



РЕКОМЕНДАЦІЇ ІЗ УДОСКОНАЛЕННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ ПАЦІЄНТАМ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ



Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні

Рекомендації із удосконалення психосоціальних послуг пацієнтам замісної підтримувальної терапії

Київ–2014

Рекомендації із удосконалення психосоціальних послуг пацієнтам замісної підтримувальної терапії. — К.: «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2014. — 128 с.

Авторський колектив:

- Бургай Ольга Сергіївна, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»
- Загребельний Олексій Семенович, голова правління ГО «Клуб «Шанс»»
- Колодежний Олексій Вікторович, заступник головного лікаря Донецького обласного наркологічного диспансеру, керівник ГО «Донбас без наркотиків»
- Коломієць Віктор Петрович, кандидат психологічних наук, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»
- Немаш Лілія Ігорівна, психолог ГО «Центр ресоціалізації хімічно-залежних «НЕЗАЛЕЖНІСТЬ»»
- Трецька Тамара Олександрівна, кандидат медичних наук, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»

Редактор: Мирослава Андрущенко



© Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2014

Тираж: 500 прим.

Розповсюджується безкоштовно.

Верстка: Лариса Конончук

Літредакція: Олена Кожушко

Коректура: Катерина Спрогіс

Публікація підготовлена й опублікована в рамках програми «Побудова стійкої системи надання комплексних послуг з профілактики ВІЛ, лікування, догляду та підтримки для груп ризику та ЛЖВ в Україні», за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією.

Точки зору, викладені в даній публікації, належать виключно авторам і можуть не співпадати з поглядами Глобального фонду для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією. Глобальний фонд не брав участі в узгодженні і затвердженні як безпосередньо матеріалу, так і можливих висновків, які впливають з нього.

The views described herein are the views of this institution, and do not represent the views or opinions of The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria, nor is there any approval or authorization of this material, express or implied, by The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria.

Перелік скорочень

АМТБ	антитуберкульозна терапія
АРТ	антиретровірусна терапія
ВГ	вірусні гепатити
ВІЛ	вірус імунodefіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗП	замісний препарат
ЗПСШ	захворювання, що передаються статевим шляхом
ЗПТ	замісна підтримувальна терапія
ЗШ	зменшення шкоди
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
ІПЧК	інфекції, що передаються через кров
ЛЖВ	люди, що живуть з ВІЛ
ЛКК	лікарсько-консультативна комісія
ЛПЗ	лікувально-профілактичний заклад
ЛПУ	лікувально-профілактична установа
МБТ	мікобактерія туберкульозу
МДК	мультидисциплінарна команда
МПСС	медичний та психосоціальний супровід
НУО	неурядова організація
ПАР	психоактивна речовина
ПВТ	протівірусна терапія (при вірусних гепатитах)
ПСС	психосоціальний супровід
СІН	споживачі ін'єкційних наркотиків
СНІД	синдром набутого імунodefіциту
ТБ	туберкульоз
ЦІД	центр інтегрованої допомоги
ЮНОДК	Управління ООН з наркотиків та злочинності

ЗМІСТ

Розділ 1. Стратегія зменшення шкоди. Мета та основні методи роботи в сфері профілактики поширення епідемії ВІЛ-інфекції/СНІД	6
1.1. Концепція зменшення шкоди	6
1.2. Стратегія зменшення шкоди	7
Розділ 2. Особливості впровадження замісної підтримувальної терапії	9
2.1. Суть і завдання замісної підтримувальної терапії	9
2.2. Міжсекторальна взаємодія та мультидисциплінарний підхід при наданні послуг пацієнтам ЗПТ	11
2.3. Юридично-правова база застосування ЗПТ в Україні	16
Розділ 3. Загальні принципи надання соціальних послуг	18
3.1. Основні завдання та принципи соціального супроводу	18
3.2. Моделі соціального супроводу	20
3.3. Види та зміст соціальних послуг	21
3.4. Вимоги до фахівців, що здійснюють соціальний супровід	29
3.5. Критерії та індикатори дотримання стандартів	31
Розділ 4. Соціальний супровід пацієнтів замісної підтримувальної терапії ...	32
4.1. Соціальні послуги, які надаються пацієнтам замісної підтримувальної терапії (перелік, опис специфіки)	32
4.2. Особливості надання соціальних послуг пацієнтам із подвійним (наркозалежність + ВІЛ-інфекція, наркозалежність + ТБ, наркозалежність + гепатит В/С) та потрійним (наркозалежність + ВІЛ-інфекція + ТБ/гепатит В/С) діагнозами	48
4.3. Специфіка надання соціальних послуг різним групам пацієнтів ЗПТ ..	55

Розділ 5. Психологічний супровід пацієнтів замісної підтримувальної терапії	67
5.1. Психологічні послуги, які надаються пацієнтам замісної підтримувальної терапії (перелік, опис специфіки)	68
5.2. Особливості надання психологічних послуг пацієнтам із подвійним (наркозалежність + ВІЛ-інфекція, наркозалежність + ТБ, наркозалежність + гепатит В/С) та потрійним (наркозалежність + ВІЛ-інфекція + ТБ/гепатит В/С) діагнозами	79
5.3. Специфіка надання психологічних послуг різним групам пацієнтів ЗПТ	81
5.4. Специфіка надання психологічних послуг рідним та близьким пацієнтів ЗПТ для забезпечення підтримки ними пацієнтів, утримання їх в ЗПТ та підвищення її ефективності	85
5.5. Методи надання психологічних послуг щодо гармонізації особистості та покращення якості життя пацієнтів ЗПТ	88
Розділ 6. Принципи кейс-менеджменту в МПСС пацієнтів ЗПТ	92
Розділ 7. Переадресація пацієнтів ЗПТ	96
Розділ 8. Професійна підтримка (супервізія) персоналу, який здійснює психосоціальний супровід пацієнтів ЗПТ	98
Розділ 9. Моніторинг та оцінка якості надання послуг із психосоціального супроводу пацієнтів ЗПТ	102
Список літератури	107
Додатки	110
1. Норми орієнтовного навантаження фахівців, які надають психологічні та соціальні послуги	110
2. Документація:	
2.1. Індивідуальна карта надання соціальних послуг пацієнту ЗПТ (адаптовано Альянсом-Україна)	112
2.2. Індивідуальний план психосоціального та медичного супроводу пацієнта (адаптовано Альянсом-Україна)	121
2.3. Форми журналів обліку роботи із психосоціального супроводу (адаптовано Альянсом-Україна)	124

Розділ 1. Стратегія зменшення шкоди.

Мета та основні методи роботи в сфері профілактики поширення епідемії ВІЛ-інфекції/СНІД

1.1. Концепція зменшення шкоди

Концепція зменшення шкоди вперше була започаткована у Великобританії та Голландії в середині 80-х років минулого століття і у подальшому отримала розвиток в Австралії, Іспанії, деяких штатах США, країнах Східної Європи та колишнього СРСР.

В Україні програми зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків розпочали свою діяльність у 1995 році. Вперше законодавчо заходи зменшення шкоди було зазначено у новій редакції Закону України «Про запобігання захворювань на СНІД та соціальний захист населення», який вступив у дію 1998 року, де було зазначено: *«Держава гарантує ... забезпечення запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед осіб, які вживають наркотичні засоби шляхом ін'єкції, зокрема, створенням умов для заміни використання ін'єкційних голок і шприців на стерильні»*.

Стратегія ЗШ концентрує зусилля на покращенні здоров'я серед СІН та, як наслідок, серед суспільства загалом. Повна відмова від вживання наркотиків розглядається як бажана, але не надто реалістична мета. Тому зусилля фахівців зосереджуються на тих заходах, що безпосередньо впливають на кількість небажаних наслідків від споживання наркотиків ін'єкційним шляхом: передозування, передача вірусів чи інших інфекційних агентів через кров, криміналізація та десоціалізація СІН.

Концепцію зменшення шкоди підтримують ВООЗ, ЮНЕЙДС та ЮНОДК, повністю вона відповідає і українському законодавству.

Заходи ЗШ включені до комплексного пакету програм профілактики, догляду і підтримки, лікування для СІН і затверджені спеціалізованими організаціями. Вони включають наступні компоненти:

1. Програми обміну шприців для забезпечення доступу СІН до стерильних шприців та голок.
2. Масштабне впровадження замісної підтримувальної терапії — ЗПТ (за рекомендаціями ВООЗ оптимальним варіантом вважається, коли ЗПТ охоплено близько 50% усіх залежних від опіоїдів) із забезпеченням психосоціального супроводу пацієнтів.

3. Тестування на ВІЛ-інфекцію (в т.ч. експрес-тестами) та консультування.
4. Антиретровірусна терапія з формуванням прихильності до лікування.
5. Профілактика і лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом.
6. Програми забезпечення презервативами СІН та їхніх статевих партнерів.
7. Цільові інформаційні програми для СІН та їхніх статевих партнерів.
8. Вакцинація, діагностика та лікування вірусних гепатитів В і С.
9. Профілактика, діагностика та лікування туберкульозу.

Саме програми ЗШ дають можливість встановлювати контакти із зазвичай «закритими» групами СІН та залучати представників цих груп до програм ЗПТ, АРТ та до лікування туберкульозу. Заходи ЗШ варто інтегрувати у лікувальний процес, коли йдеться про лікування СІН від ВІЛ-інфекції, туберкульозу, гепатитів В і С.

1.2. Стратегія зменшення шкоди

Стратегія зменшення шкоди — невід’ємна складова комплексного підходу до вирішення проблеми ВІЛ/СНІД у світі. Це профілактика та зменшення негативних медичних та соціальних наслідків як для людини, що вживає ін’єкційні наркотики, так і для суспільства.

Стратегія зменшення шкоди має на меті досягнення наступних цілей:

- ♦ мінімізувати, наскільки можливо, шкідливі наслідки та соціальні проблеми, що виникають у зв’язку із уживанням наркотиків;
- ♦ зменшити поширеність споживання опіоїдів в небезпечних кількостях і ризикованими способами.

Стратегія ЗШ як модель ставлення до проблеми вживання наркотичних речовин існує поряд із психіатричною, соціокультурною, моралістичною, медичною моделями та принципово відрізняється від них за своєю філософією. Дана стратегія оцінює профілактику ВІЛ-інфекції як пріоритетну задачу і є прагматичною політикою з точки зору усвідомлення невідоротності наявності наркотичних речовин у суспільстві, тому немає іншого вибору, окрім необхідності навчитися з цим жити з якомога меншою шкодою. Це також політика, яка ґрунтується на здоровому глузді, наукових даних, піклуванні про здоров’я населення та права людини.

Модель ЗШ не дає жодних оцінок та суджень стосовно вживання наркотичних речовин, розглядаючи це як один зі способів соціальної поведінки, що розвива-

ється від експериментів з наркотичними речовинами — до вимушеного їх вживання. Дана модель спрямована на зменшення шкідливих наслідків від вживання наркотичних речовин для всіх споживачів, включаючи тих, котрі не можуть або хочуть припинити їх вживання.

Одним із завдань програм ЗШ є встановлення та підтримка контактів зі споживачами наркотичних речовин для надання їм допомоги в контексті наслідків від вживання наркотичних речовин, оскільки споживачі ведуть, фактично, кримінальний спосіб життя. Мета програм зменшення шкоди — докласти зусиль, щоб у споживачів наркотичних речовин було якомога менше проблем зі здоров'ям, у сім'ях та стосунках із оточуючими, аби вони могли вести соціально активне життя, працювати або вчитись, незалежно від того, вживають вони наркотики чи ні. При цьому в роботі програм зайняті як професіонали, так і колишні та активні споживачі. Програми ЗШ не ставлять перед пацієнтом вимоги щодо обов'язкової відмови від споживання наркотиків. В основі цієї філософії лежить ідея про те, що споживачі наркотичних речовин мають такі самі права на свободу, економічну стабільність та піклування про здоров'я, як і ті, хто не є споживачами. Запропоноване програмами ставлення до пацієнта як до рівноцінного члена суспільства, а не як до кримінального елемента, сприяло тому, що більше споживачів почали звертатися за допомогою, в тому числі й медичною. Загальні цілі профілактичних програм, заснованих на ідеях ЗШ, — це підвищення рівня знань у представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ про ризиковані види поведінки та їхні наслідки; навчання ефективним навичкам подолання ризикованих ситуацій, пов'язаних із наркотичними речовинами та сексуальною практикою; підтримка поведінки, що сприяє оздоровленню та зменшенню ризику.

Виходячи з позицій громадського здоров'я, важливими є не лише успіх лікування ВІЛ-інфекції, але й зниження темпів поширення епідемії, тобто її профілактика. ВІЛ-позитивні особи повинні отримати не тільки якісну медичну, психологічну та соціальну допомогу, але й бути залученими до певних профілактичних програм, що мають на меті сприяти зміні їхньої ризикованої поведінки (за її наявності). Такі заходи дозволяють уникнути нових випадків зараження ВІЛ та запобігти реінфікуванню. Лікування наркозалежності також має і елементи профілактики, яка повинна здійснюватися так само професійно, як і лікування та догляд. Лікарі, соціальні працівники, консультанти мають однозначно засвоїти, що від ретельного виконання профілактичних заходів залежить і можливість взяття епідемії під контроль.

Отже, ЗШ — це стратегія профілактики негативних медичних, соціальних, економічних та правових наслідків серед СІН, які не можуть чи не готові відмовитися від вживання, спрямована на вирішення першочергових проблем та зменшення ризику, асоційованого з ін'єкційним вживанням, передусім — ризику зараження ВІЛ.

Розділ 2. Особливості впровадження замісної підтримувальної терапії

2.1. Суть і завдання замісної підтримувальної терапії

Нині загальноновизнано, що синдром залежності формується під впливом найрізноманітніших чинників біологічного, психологічного і соціального характеру. У разі опіоїдної залежності фізіологічна складова має величезне значення. Встановлено, що тривалий прийом нелегальних опіоїдів істотно порушує роботу головного мозку, особливо структур, пов'язаних з опіоїдними рецепторами і обміном ендорфінів. Тривале вживання опіоїдів призводить до формування синдрому відміни («ломки») — він складається з нестримного потягу до наркотику та певних психовегетативних розладів. Це спричиняє рецидиви, повернення в середовище споживачів і, як наслідок, ризиковану (ін'єкційну) поведінку.

Замісна підтримувальна терапія (ЗПТ) — призначення замісного препарату в комплексному лікуванні синдрому залежності, що виник внаслідок уживання опіоїдів. Замісний препарат поліпшує стан хворого, запобігає розвитку синдрому відміни, зменшує потяг до нелегальних наркотиків, створює можливість реабілітації і зменшує ймовірність ризикованої поведінки (щодо ВІЛ-інфекції та інших хвороб, що передаються через кров). Препарат із замісними властивостями може призначатися на термін від кількох тижнів (детоксикація) до багатьох років (ЗПТ), в окремих випадках — пожиттєво.

Залежність від нелегальних опіоїдів є серйозним станом, з яким пов'язують високу захворюваність, зокрема на ВІЛ/СНІД та інші інфекційні хвороби, що передаються з кров'ю (гепатити В і С), туберкульоз, а також високий ризик смерті серед споживачів. У багатьох країнах ін'єкції є головною причиною ВІЛ-інфікування серед споживачів опіоїдів через спільне використання забрудненого ін'єкційного інструментарію з ризиком поширення інфекції на загальне населення через їхніх статевих партнерів та передачі інфекції від матері до дитини. Окрім того, опіоїдна залежність вважається одним із головних чинників, що спричиняє зuboжіння, злочинність, розпад сімей, а також збільшення обсягів державних видатків. Людині, яка стає залежною від опіоїдів, важко контролювати свою поведінку внаслідок нав'язливого потягу до певної хімічної речовини. Це призводить до пошуку наркотику й повторного вживання, незважаючи на негативні соціальні та медичні наслідки. Нині існує широкий спектр методів лікування, і для більшості людей з опіоїдною залежністю замісна підтримувальна терапія вважається найуспішнішим із них.

При ЗПТ регулярно вживаний наркотик замінюють його агоністом (або частковим агоністом — агоністом-антагоністом) з метою переведення залежності в контрольовану форму. Використання агоністів полегшує більшість симптомів відміни, а також зменшує медичний та соціальний ризик. Коли замісна підтримувальна терапія надається за правильною схемою дозування, вона зменшує потяг до опіоїдів. Найчастіше при ЗПТ використовують препарати метадону та бупренорфіну.

Було визнано, що підтримувальне лікування метадоном та бупренорфіном безпечне з медичного погляду і не спричинює седативного ефекту.

Головними перевагами замісної підтримувальної терапії у контексті профілактики ВІЛ/СНІД є контрольоване вживання препаратів ЗПТ в умовах медичного закладу та зміна шляху вживання наркотику з ін'єкційного на менш шкідливий — пероральний.

Цінність ЗПТ полягає в можливості, яку вона надає наркозалежним СІН щодо зменшення ризикованої поведінки та стабілізації їхнього життя в медичному та соціальному сенсі. Зазвичай таку терапію розглядають як прийнятний варіант допомоги тим СІН, які фактично не в змозі припинити вживання, навіть якщо прагнуть це зробити.

Основні цілі замісної підтримувальної терапії полягають у наступному:

- 1) Зменшення вживання нелегальних опіоїдів завдяки попередженню розвитку синдрому відміни.
- 2) Стабілізація і поліпшення психосоматичного стану пацієнтів, хворих на синдром залежності від опіоїдів.
- 3) Зниження кримінальної активності серед СІН.
- 4) Запобігання ризикованій поведінці, пов'язаній з поширенням ВІЛ-інфекції, гепатитів В і С та інших ІПЧК серед СІН.
- 5) Залучення СІН до співпраці із соціальними службами і створення умов для соціальної реабілітації та реінтеграції пацієнтів у суспільство.
- 6) Забезпечення ефективного лікування ВІЛ-інфекції, туберкульозу і супутніх захворювань СІН (сепсис, гнійні інфекції, гепатити В і С, трофічні виразки, флебіти).
- 7) Створення умов для якісного медичного обслуговування вагітних жінок, що вживають наркотики.

Невід'ємним від медичної складової у ЗПТ є компонент із психосоціального супроводу, який спрямовано на збереження здоров'я пацієнтів, ресоціалізацію та декриміналізацію і включає наступну діяльність:

- ♦ консультування з питань ВІЛ/СНІД, ІПСШ, гепатитів В і С, туберкульозу, безпечної поведінки та здорового способу життя;
- ♦ надання психологічної підтримки;
- ♦ сприяння в працевлаштуванні, оформленні пенсій, субсидій тощо;
- ♦ сприяння в отриманні медичної допомоги;
- ♦ догляд вдома за ЛЖВ, які перебувають на термінальній стадії захворювання;
- ♦ інформаційні заняття;
- ♦ робота з родичами пацієнтів;
- ♦ направлення у інші проекти та сервіси зменшення шкоди для отримання більш широкого спектру послуг;
- ♦ організація дозвілля та розваг.

2.2. Міжсекторальна взаємодія та мультидисциплінарний підхід при наданні послуг пацієнтам ЗПТ

Міжсекторальна взаємодія

Під міжсекторальною взаємодією розуміється довгострокова і оперативна координація всіх програм, проектів та заходів різного географічного масштабу (на місцевому, національному та міжнародному рівні), статусу (державні, міжурядові організації, малий бізнес) та галузевої спрямованості (медичні, екологічні, соціальні, політичні, просвітницькі).

Міжсекторальна взаємодія (міжсекторальний підхід) має на увазі не лише участь усіх груп громадськості та гілок влади, соціальних інститутів, але і міжгалузеву інтеграцію, синтез знань, заснованих на вищому ступені міждисциплінарності.

Мультидисциплінарний підхід

У процесі проведення ЗПТ застосовується мультидисциплінарний підхід — фахівці з різних галузей знань працюють скоординовано над наданням послуг одному й тому ж пацієнтові, забезпечуючи в такий спосіб комплексність допомоги.

До складу мультидисциплінарної команди (МДК) входять: сертифікований лікар-нарколог (або інший лікар, який пройшов спеціальну підготовку), медична

сестра, соціальний працівник, психолог (консультант із залежностей), а також, за потреби, — лікар-інфекціоніст, лікар-фтизіатр та інші спеціалісти. Кожен з них виконує свою роль у лікувально-реабілітаційному процесі.

Лікар-нарколог:

- ♦ оцінює стан пацієнта згідно з діагностичними критеріями МКХ-10 і приймає діагностичні рішення;
- ♦ організує діагностику інфекційних захворювань (ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів, туберкульозу) шляхом направлення пацієнта на консультацію та лабораторні обстеження до відповідних установ або до відповідного фахівця у складі МДК;
- ♦ складає і погоджує з пацієнтом план лікування;
- ♦ визначає необхідні дози бупренорфіну або метадону згідно з планом лікування і, за необхідності, корегує їх, а також призначає інші ліки, включаючи психотропні препарати, за наявності подвійної патології;
- ♦ контролює стан пацієнта, робить необхідні корективи у фармакологічних і соціально-психологічних інтервенціях, за потреби направляє пацієнтів на консультації і лікування до фахівців інших ЛПУ;
- ♦ бере участь у роботі МДК;
- ♦ проводить консультації пацієнтів ЗПТ, які потрапили до соматичних стаціонарів внаслідок хвороби або травми. Разом з лікарями цих ЛПУ приймає рішення щодо продовження ЗПТ;
- ♦ консультує пацієнтів з проявами синдрому відміни опіоїдів у соматичних стаціонарах та вирішує щодо них питання про початок ЗПТ у стаціонарних відділеннях;
- ♦ вирішує питання щодо призначення препаратів ЗПТ для їх самостійного прийому пацієнтом в амбулаторних умовах (при призначенні стаціонару на дому, отриманні препарату за рецептом або безпосередньо з ЛПЗ);
- ♦ готує пропозиції для МДК відносно виписки пацієнтів ЗПТ та бере участь в їх розгляді.

Медична сестра:

- ♦ виконує призначення лікаря, видає препарати ЗПТ відповідно до призначення і контролює їх прийом пацієнтами в межах кабінету ЗПТ (крім

випадків призначення препаратів ЗПТ для самостійного прийому пацієнтами в амбулаторних умовах);

- ♦ забезпечує дружню підтримувальну атмосферу у кабінеті ЗПТ;
- ♦ спостерігає за соматичним і психічним станом пацієнтів та доповідає лікареві про помічені зміни стану і поведінки;
- ♦ фіксує порушення режиму пацієнтами і подає їх на розгляд МДК;
- ♦ за вказівкою лікаря контролює забір сечі пацієнтами для її дослідження на наявність нелегальних наркотиків і психотропних речовин;
- ♦ веде необхідну документацію;
- ♦ відповідає за обіг (збереження й облік) препаратів ЗПТ на етапі їх видачі пацієнтам згідно з чинними наказами МОЗ;
- ♦ допомагає іншим членам МДК у проведенні соціально-психологічних реабілітаційних заходів.

Соціальний працівник:

- ♦ проводить попереднє консультування СІН щодо їхньої можливої участі в ЗПТ і надає необхідну інформацію з цього приводу;
- ♦ оцінює потреби пацієнта у соціальній та юридичній сферах;
- ♦ разом із психологом і пацієнтом складає індивідуальний план психосоціальної реабілітації;
- ♦ проводить індивідуальне і групове консультування;
- ♦ проводить консультування членів родини;
- ♦ надає допомогу у вирішенні соціальних проблем (оформлення документів, соціальна допомога, пошук житла, працевлаштування тощо);
- ♦ бере участь у засіданнях МДК.

Психолог (консультант із залежностей):

- ♦ оцінює психологічний стан пацієнтів, разом із соціальним працівником і пацієнтом складає індивідуальну програму психосоціальної реабілітації;
- ♦ проводить індивідуальні та групові сесії психологічного консультування відповідно до протоколу;

- ♦ проводить психологічне консультування членів родини пацієнтів;
- ♦ проводить моніторинг стану пацієнтів і оцінку ефективності лікування відповідно до процедури визначення індексу тяжкості залежності;
- ♦ підтримує роботу групи самодопомоги, створену пацієнтами ЗПТ.

Лікар-інфекціоніст (за потреби):

- ♦ здійснює ведення пацієнтів з ВІЛ-позитивним статусом та у випадках необхідності призначає АРТ;
- ♦ забезпечує консультування з прихильності до АРТ;
- ♦ здійснює діагностику та лікування опортуністичних інфекцій;
- ♦ здійснює діагностику та ведення пацієнтів з гепатитами В і С;
- ♦ здійснює обстеження пацієнтів, консультування;
- ♦ призначає лабораторні та інструментальні обстеження, веде моніторинг ефективності лікування;
- ♦ бере участь у засіданнях МДК.

Лікар-фтизіатр (за потреби):

- ♦ здійснює діагностику туберкульозу у пацієнтів (збирає анамнез, проводить огляд та фізикальне обстеження, призначає необхідні лабораторні та інструментальні дослідження);
- ♦ мотивує пацієнта до своєчасного проходження обстежень, а також інформує його щодо шляхів зараження, методів діагностики, можливості одужання, доступу до терапії та безоплатного лікування;
- ♦ консультує з питань прихильності до лікування туберкульозу. Якщо у кабінеті ЗПТ проводиться контрольоване лікування туберкульозу, відстежує прийом протитуберкульозних препаратів на амбулаторному етапі та лікує побічні дії протитуберкульозних препаратів;
- ♦ контролює стан пацієнта, робить необхідні корективи у фармакологічних і соціально-психологічних інтервенціях (якщо у кабінеті ЗПТ проводиться контрольоване лікування туберкульозу) або перенаправляє до районного фтизіатра;
- ♦ бере участь у засіданнях МДК.

МДК створюється наказом керівника ЛПЗ, де здійснюється ЗПТ. На МДК покладаються обов'язки сумісного ведення пацієнтів з подвійною (ВІЛ+ЗПТ) та потрійною (ВІЛ-інфекція+ТБ+ЗПТ) патологіями з використанням методик кейс-менеджменту, забезпечення соціальної підтримки пацієнтів. На засіданнях МДК також обговорюються клініко-психологічний стан пацієнтів, динаміка реабілітаційного процесу, поточні потреби пацієнтів щодо вирішення соціальних проблем. МДК може брати участь у прийнятті рішення щодо надання можливості приймати ЗПТ в домашніх умовах (отримання препарату за рецептом або безпосередньо у закладі охорони здоров'я) або про припинення лікування у разі адміністративної виписки пацієнта. Усі рішення МДК протокуються та фіксуються у медичних картках пацієнтів. Проте функціонування МДК має свої особливості через залучення фахівців з різними професійними знаннями й навичками, підходами, принципами роботи. Тому задля виконання завдань, які вони мають вирішити як команда, необхідно надати кожному члену МДК можливість:

- ♦ контактувати один з одним;
- ♦ набувати навичок роботи у команді;
- ♦ розуміти особливості й розбіжності у їхніх підходах;
- ♦ отримувати міждисциплінарні знання й навички, не втрачаючи власної професійної ідентифікації.

Основними принципами, якими мають керуватися члени МДК, прийнято вважати: рівність, консенсус, розподіл влади, поточний та кінцевий аналіз результатів діяльності. Комплексне лікування з використанням ЗПТ надається у спеціальних підрозділах — кабінетах ЗПТ, які створюються на базі ЛПЗ, що мають ліцензії на медичну діяльність та на право діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, підготовлений персонал та необхідні приміщення.

Кабінет ЗПТ повинен мати такий графік роботи, який би сприяв трудовій та соціальній реабілітації пацієнтів, а також забезпечував щоденну роботу включно з вихідними та святковими днями.

2.3. Юридично-правова база застосування ЗПТ в Україні

На даний час в Україні існує низка діючих нормативних актів, які покликані поліпшити якість життя ВІЛ-позитивних і хворих на СНІД людей, забезпечити безперешкодний доступ до лікування і позалікарняного догляду та підтримки, а також надання такій категорії людей додаткових прав і пільг, у тому числі — у сфері застосування ЗПТ, основними з яких є:

- ♦ Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІД на 2014–2018 роки;
- ♦ Закон України від 23.12.2010 № 2861-VI «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»;
- ♦ Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб»;
- ♦ Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз»;
- ♦ Закон України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки»;
- ♦ Постанова Кабінету Міністрів України від 13 травня 2013 р. № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я»;
- ♦ Постанова Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2013 р. № 637 «Про затвердження Державної цільової соціальної програми профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 року»;
- ♦ Розпорядження Кабінету Міністрів України від 13 травня 2013 р. № 356-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки»;
- ♦ Розпорядження Кабінету Міністрів України від 28 серпня 2013 р. № 735-р «Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року»;
- ♦ Етичний кодекс спеціалістів із соціальної роботи України, затверджений наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту від 09.09.2005 № 1965;
- ♦ Наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України від 13.09.2010 № 3123/275/770, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 08.10.2010 за № 903/18198 «Про затвердження стандартів надання соціальних послуг групам ризику»;

- ♦ Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10.11.2008 № 645 «Про затвердження методичних рекомендацій «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні із синдромом залежності від опіоїдів»;
- ♦ Наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства юстиції України, Державної служби України з контролю за наркотиками від 22.10.2012 № 821/937/1549/5/156 «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 7.11.2012, № 1868/22180;
- ♦ Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.03.2012 № 200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 5.06.2012, № 889/21201;
- ♦ Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21.01.2010 № 11 «Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України»;
- ♦ Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.07.2005 № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень»;
- ♦ Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.08.2008 № 476 «Про затвердження стандарту лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків».

Розділ 3. Загальні принципи надання соціальних послуг

3.1. Основні завдання та принципи соціального супроводу

Соціальний супровід — це спланований процес взаємовідносин між пацієнтом та фахівцем із супроводу (соціальним працівником, кейс-менеджером), який включає використання різних моделей роботи та стратегій втручання. Суть процесу полягає в тому, що фахівець із супроводу допомагає пацієнту розібратися в ситуації, що склалася, визначити пріоритетні для нього проблеми і доступні нині способи вирішення цих проблем, після чого фахівець із супроводу надає пацієнту можливість отримати конкретні послуги і, таким чином, вирішити існуючі проблеми.

Цикл сучасного соціального супроводу поділяється на шість етапів, що схематично зображено на *рис. 1*.



Рис. 1. Етапи циклу соціального супроводу

Роль фахівця із супроводу полягає переважно у координуванні роботи з пацієнтом в отриманні послуг різних служб допомоги та сервісів, що передбачено індивідуальною картою надання соціальних послуг пацієнту ЗПТ.

Фахівець із супроводу покликаний по можливості усувати адміністративні та організаційні перешкоди і складнощі, що виникають у ході надання пацієнту необхідних йому послуг. Відповідні дії пацієнта, фахівця із супроводу та інших осіб, у тому числі членів родини пацієнтів, повинні бути чітко визначені.

Основні завдання соціального супроводу пацієнтів ЗПТ полягають у наступному:

1. Проведення необхідної оцінки та складання плану надання всебічної допомоги, що стосується основних сфер життя пацієнта: психосоціальної, медичної, фінансової тощо.
2. Переконавання, що для пацієнта доступні всі види послуг і що вони відповідають його потребам.
3. Полегшення доступу та розширення спектру необхідних послуг.
4. Забезпечення безперервності догляду на всіх етапах із залученням різних організацій, служб та сервісів.
5. Зменшення ймовірності дублювання послуг і спостереження за якістю їх надання.
6. Підтримка самостійної діяльності пацієнта та членів його родини.
7. Покращення обізнаності пацієнта щодо впливу ЗПТ на його здоров'я та необхідності здорового способу життя.

При цьому соціальний супровід має відображати підхід до надання послуг, при якому дотримується право пацієнта на:

- ♦ особисте життя та конфіденційність;
- ♦ уважне, неупереджене ставлення та повагу;
- ♦ самовизначення і самостійність у виборі;
- ♦ отримання медико-соціальних послуг високої якості.

Зазначені права припускають наявність як мінімум двох ключових компонентів: фахівця із супроводу (соціального працівника, кейс-менеджера) і набору послуг, доступних пацієнту в результаті даного звернення. Соціальний супровід передбачає, що пацієнт залишається у контакті з фахівцем із супроводу доти, доки не будуть вирішені або, принаймні, визначені шляхи вирішення проблем, з якими він звернувся до кабінету ЗПТ лікувальної установи.

3.2. Моделі соціального супроводу

На даний час існує кілька моделей соціального супроводу в галузі профілактики ВІЛ/СНІД. Вони відрізняються за кількома факторами: цільова аудиторія, середовище, роль фахівця із супроводу та набір пропонованих послуг. Найчастіше використовуються чотири моделі:

- ♦ **«Модель брокера»** — сфокусована на тому, щоб «зв'язати» пацієнта з необхідними йому службами, проектами та сервісами, які зазвичай перебувають за межами організації або служби, що надає послуги з соціального супроводу. У даній моделі взаємовідносини між фахівцем із супроводу і пацієнтом обмежені, оскільки завдання соціального супроводу складаються лише у визначенні потреб пацієнта та направленні його до поставальників послуг. Охоплення пацієнтів при використанні даної моделі, як правило, є високим. Фахівець із супроводу у цій моделі несе відповідальність за оцінку потреб пацієнта та за виконання плану лікування.
- ♦ **«Реабілітаційна модель»** — відносини між фахівцем із супроводу і пацієнтом виступають в якості механізму отримання послуг. Визначаючи сильні та слабкі сторони пацієнта, фахівець із соціальної роботи намагається подолати бар'єри, які заважають пацієнтові самостійно функціонувати у спільноті. Коли бар'єри успішно подолані, взаємини з пацієнтом або припиняються, або стають менш інтенсивними.
- ♦ **«Модель повної підтримки»** — будується на фундаментальних принципах реабілітаційної моделі з використанням інтегрованої мультидисциплінарної команди поставальників послуг. Переваги даної моделі — відсутність системи перенаправлень до інших служб та надання послуг в одному місці. Роль фахівця із супроводу в цьому випадку полягає не тільки в координуванні процесу, але й у наданні певного рівня підтримки та навчанні пацієнтів корисним життєвим навичкам.
- ♦ **«Модель сильних сторін»** — будується на виявленні сильних сторін пацієнта. Фахівець із супроводу у даному разі покликаний допомогти пацієнтові сформулювати необхідні цілі та надалі дотримуватися їх.

Таким чином, соціальний супровід пацієнтів, які отримують ЗПТ, спрямований на:

- ♦ зменшення частоти або повну відмову від вживання «вуличних» наркотиків;
- ♦ вирішення проблем, які виникли внаслідок зловживання наркотиками (юридичні, соціальні, сімейні та інші);

- ♦ зниження рівня ризикованої поведінки, в тому числі, ризику інфікування ВІЛ, вірусними гепатитами та іншими інфекціями, що передаються через кров та статевим шляхом;
- ♦ зменшення вірогідності повернення до зловживання нелегальними наркотиками в подальшому (рецидиву);
- ♦ зменшення кримінальної активності;
- ♦ стабілізацію емоційного стану пацієнта;
- ♦ формування прихильності до лікування у зв'язку із соматичними захворюваннями.

3.3. Види та зміст соціальних послуг

Індивідуальні методи

Індивідуальне консультування пацієнта ЗПТ розподіляється на консультування до початку ЗПТ та консультування під час ЗПТ.

Перше індивідуальне консультування потенційного пацієнта ЗПТ проводиться до початку ЗПТ та, зазвичай, присвячується знайомству фахівця із супроводу з пацієнтом: отриманню відомостей про його історію вживання ПАР та попереднього лікування, ознайомленню пацієнта з ЗПТ, відповіді на запитання пацієнта.

Друге індивідуальне консультування проводиться на етапі прийому пацієнта в ЗПТ та присвячується допомозі у проходженні необхідних обстежень та зборі документів, необхідних для початку ЗПТ.

Після прийому пацієнта у ЗПТ (протягом першого тижня) фахівець із супроводу проводить з ним консультування з метою складання індивідуальної карти надання соціальних послуг пацієнту ЗПТ.

На етапі стабілізації індивідуальні консультації бажано проводити не рідше 1 разу на тиждень. Завдання цих консультацій — допомогти розпізнавати та уникати подразників, що призводять до вживання нелегальних наркотиків, вміти вести альтернативну діяльність при виникненні потягу до вживання ПАР, спонукати до участі у здоровій діяльності та участі в групах взаємодопомоги. Рекомендовані теми індивідуальних консультацій:

- ♦ «Залежність та її симптоми»
- ♦ «Люди, місце, речі»

- ♦ «Профілактика та лікування ВІЛ-інфекції»
- ♦ «Профілактика та лікування ТБ»
- ♦ «Вірусні гепатити: профілактика та лікування»
- ♦ «Профілактика ІПСШ»
- ♦ «Життя з ВІЛ»
- ♦ «Структурування особистого часу»
- ♦ «Потяг до вживання наркотику»
- ♦ «Ситуації підвищеного ризику»
- ♦ «Соціальний тиск, що провокує вживання»
- ♦ «Вимушена сексуальна поведінка»
- ♦ «Вживання алкоголю, марихуани та інших наркотиків»
- ♦ «Проективні методи у індивідуальному консультуванні (за допомогою малюнків)»

За потреби, консультації можуть проводитися у форматі «пацієнт — члени сім'ї — спеціаліст із соціального супроводу». Рекомендовані теми консультацій:

- ♦ «Взаємовідносини у сім'ї»
- ♦ «Встановлення миру в сім'ї»
- ♦ «Причини зриву людей, залежних від наркотичних речовин»
- ♦ «Зниження конфліктності у сімейній парі»
- ♦ «Допомога при втраті або розставанні з близькою людиною»
- ♦ «Методи ефективного виховання дітей та взаємодії з ними»
- ♦ «Проективні методи у сімейному консультуванні (за допомогою малюнків)»

На підтримувальному етапі індивідуальні консультації проводяться 1–2 рази на місяць. Їх завдання — допомогти пацієнту утримуватися від вживання нелегальних наркотиків, вміти розпізнавати емоційні подразники, навчитися навичкам опанування проблемних ситуацій в житті без повернення до вживання ПАР та усвідомити процес зриву.

На підтримувальному етапі (за індивідуальним графіком) також проводяться індивідуальні консультації, які присвячені питанням профілактики, діагностики та лікування ВІЛ, вірусних гепатитів В і С, туберкульозу, прихильності до АРТ та лікуванню ТБ. Окремо проводяться індивідуальні консультації з питань

прихильності до ЗПТ. Це актуально для нових пацієнтів, які перебувають у ЗПТ менш ніж 6 місяців. Основні теми консультацій:

- ♦ «Інструменти запобігання зриву»
- ♦ «Ознаки рецидиву»
- ♦ «Стосунки у період одужання»
- ♦ «Перехід до стилю життя, вільного від нелегальних наркотиків»
- ♦ «Сором та провина»
- ♦ «Вади характеру»
- ♦ «Ідентифікація потреб та відповідь на них»
- ♦ «Опанування гніву»
- ♦ «Відпочинок та вільний час»
- ♦ «Робота та розподілення грошей»
- ♦ «Трансформація залежної поведінки»

Групові методи (консультації)

Групова робота полягає у наданні допомоги групі осіб зі схожими життєвими проблемами, яка об'єднана спільними інтересами та загальним баченням шляхів вирішення цих проблем. Групова робота має низку позитивних факторів, що мають терапевтичний ефект:

- ♦ Універсалізація — узагальнення проблем, потреб, почуттів, мотивів. Люди усвідомлюють, що не одинокі у своїх переживаннях. Зникає відчуття унікальності своєї проблеми, почуття відчуженості та самотності, підвищується самооцінка.
- ♦ Зворотній зв'язок — отримання ширшої та правдивої інформації про себе, свою проблему та шляхи її вирішення з боку інших людей. При цьому різні погляди дають можливість вибору.
- ♦ Згуртування — відчуття підтримки з боку інших членів групи, розуміння того, що всі сприймають іншого як особистість.
- ♦ Інсайт та навчання на міжособистісних взаємодіях. Спостереження за поведінкою людей у групах доводить, що в процесі такої роботи пацієнти діють у групах так само, як і в житті, оскільки приходять до груп з певними моделями поведінки.

- ♦ Надія на краще (ефект позитивного настрою). Пацієнти бачать позитивний результат, отримують надію, а терапевт, у свою чергу, звертає увагу групи на позитивні наслідки групової роботи.
- ♦ Альтруїзм та взаємодопомога дає учасникам змогу відкрити у собі нові якості.

Працюючи у групі, пацієнт може відкрити у собі щось важливе, включаючи поведінку, фантазії, очікування, прагнення, думки.

Консультативні заняття — один з різновидів групової роботи у соціально-психологічній реабілітації пацієнтів ЗПТ.

Консультативні заняття використовують певні психологічні теорії: психоаналітичні, транзактного аналізу, гуманістичні, когнітивні. Вони можуть бути зосереджені на відносинах, почуттях, досягненні особистісних змін завдяки груповій взаємодії. Окрім консультативних занять, у соціальній роботі з пацієнтами ЗПТ також розповсюджені інформаційні групи, групи самодопомоги тощо.

Пацієнти ЗПТ часто деморалізовані, тому впевнені, що їм нема чого запропонувати іншим. Кращий спосіб допомогти людині — це дозволити їй допомогти вам. Альтруїзм сприяє більш уважному ставленню до інших людей та зменшенню надлишкової зосередженості на собі.

Терапевтичні ефекти групи та групової роботи складають основу для подальших змін пацієнтів, а тому фахівцю із супроводу (соціальному працівнику, кейс-менеджеру) необхідно активізувати та заохочувати прояви цих ефектів. Таким чином, групова робота може бути корисним підґрунтям для вирішення проблем, надання емоційної підтримки та розвитку впевненості у собі пацієнтів ЗПТ.

До методів групової роботи відносять: групові інтерв'ю, групову консультацію, соціально-психологічний тренінг, лекцію, бесіду, дискусію, організацію групи взаємодопомоги.

1. Метод групового інтерв'ю (метод фокус-групи) використовують для виявлення та дослідження широкого кола проблем цільової групи, що дає змогу за короткий час зібрати максимум інформації про пацієнтів. Технологія проведення групового інтерв'ю: підготовка обладнання та приміщення; комплектування групи; власне проведення групового інтерв'ю (встановлення контакту з групою, обговорення питань, завершення, підсумки).

2. Метод групового консультування. На відміну від групового інтерв'ю, проводиться з довгостроково існуючою конкретною групою, що має спільну проблему, а також, коли проблема одного з членів групи потребує спільних дій групи. Групове консультування дає змогу не тільки виявити та проаналізувати

проблему групи, а й мобілізувати усіх членів групи до спільних дій, спрямованих на подолання проблем та внутрішніх перешкод на цьому шляху.

Організація та проведення групової роботи

Кожна конкретна робота групи є унікальною та має власний неповторний досвід. Водночас можна говорити про певні етапи групової роботи та загальний зміст діяльності на кожному з них.

Групова робота складається з планування, проведення переговорів та узгодження діяльності, проведення зустрічей групи, завершення роботи групи та її оцінки.

1. Планування. На даній фазі можна визначити контекст, в якому буде проходити робота групи, зокрема: різні потреби та можливі форми участі зацікавлених сторін (кожна з них привносить власний досвід), очікування, переконання, надії та побоювання; цінності та припущення, на яких ґрунтується прийняття рішення щодо запропонованих методів втручання; наявність ресурсів та підтримки групи.

Також необхідно визначити цілі та завдання групи. Результативною є та група, яка сформулювала чіткі та зрозумілі для всіх цілі. У процесі роботи деякі групи більше зорієнтовані на завдання, проте досягнення правильно поставленої мети — завжди важливіше. Звичайно, необхідне узгодження програми та методології з усіма зацікавленими сторонами (зокрема, іншими членами МДК ЗПТ).

2. Переговори та узгодження діяльності. У ході цієї фази формується група та визначається, якою вона буде: відкритою чи закритою; гомогенною чи гетерогенною; довгостроковою чи короткостроковою; великою чи малою; спрямованою на вирішення внутрішніх чи зовнішніх проблем; з добровільною чи обов'язковою участю. Ідеальним є склад групи у 5–9 осіб, оскільки це дозволяє швидко її консолідувати. Якщо група розширюється, більше уваги треба приділити організаційній діяльності, аби кожен з її членів включився у спільну роботу, та не виникало фракцій усередині групи.

Ще до проведення зустрічей групи психологи або соціальні працівники часто проводять індивідуальні зустрічі з потенційними учасниками групи. Це дозволяє налагодити особисті стосунки, вивчити відповідні очікування та занепокоєння, мотивувати пацієнтів до активної участі у групі. Група, безумовно, є мікрівідображенням тих соціальних установок та форм дискримінації (наприклад, сексизм чи расизм), які превалюють у соціумі. Враховуючи це, консультантові необхідно ще на підготовчому етапі вжити заходів щодо протидії упередженому ставленню.

Важливим є також визначення основних правил групи. Правила приймаються за згодою членів групи, і вони можуть бути різноспрямовані. Проте існують такі правила, прийняття яких бажане для кожної групи: дотримуватися конфіденційності; говорити від першої особи; не перебивати, не перемовлятися; у зверненні до інших членів групи використовувати імена замість вживання займенників («він», «вона»); дотримуватися принципу «тут і зараз» (перевагу надавати розгляду актуальних проблем, аналізу думок та почуттів, що виникають у процесі роботи групи, навіть якщо ці думки та почуття стосуються минулих подій); дотримуватися добровільності участі та висловлювань, правила «стоп», уникати критики інших членів групи та проявляти повагу до них тощо.

3. Проведення зустрічей групи. Кожна зустріч учасників групи може бути побудована за заздалегідь складеним сценарієм або зосереджена на певній проблемі, привнесеній членом групи. Ведучому групи потрібно враховувати, що деякі теми можуть об'єднати присутніх, а деякі — загальмувати груповий розвиток.

У ЗПТ групова робота передбачає можливість участі пацієнта впродовж 6 місяців у 12 групових психотерапевтичних сесіях; 12 інтерактивних лекціях, присвячених різним аспектам хімічної залежності, сімейним та сексуальним відносинам, духовним проблемам тощо; а також у 12 тренінгах з отримання навичок поведінки (асертивність, спілкування, вирішення конфліктів та ін.).

Вибір тематики для групових занять з пацієнтами, залежними від ПАР, залежить від етапу терапії. Зібрання новачків повинні мати мотивуючий характер та бути покликани допомогти пацієнтам глибше усвідомити власні проблеми. Тому групові зустрічі з ними можуть мати таку тематику:

- «Як я уявляю собі зміни у своєму житті»
- «ЗПТ та прийом «вуличних» наркотиків»
- «Що проковує моє вживання «вуличних» наркотиків»
- «Яка соціальна та психологічна підтримка мені потрібна»
- «Як проявляється моя залежність та як я це долаю»

У подальшому темами можуть бути:

- «Як покращити моє здоров'я»
- «Як отримати якісну медичну допомогу»
- «Скоєні правопорушення, які досі мене турбують»
- «Як змінити власну поведінку»
- «Як знайти роботу»

- «Чим відрізняється залежна людина від не-залежної»
- «Що значить любити себе і чому це важливо»
- «Взаємовідносини в сім'ї»
- «Конфлікти. Як я їх вирішую»
- «Як долати негативні емоції»
- «Як бути другом»
- «Моя система підтримання здоров'я»
- «Отримання підтримки в одужанні з боку інших людей»

Однією із важливих особливостей групової роботи є організація отримання зворотного зв'язку учасників групи один від одного. Це дає змогу спостерігати, що відбувається у групі та з кожним її членом. З боку консультанта зворотній зв'язок може набувати форму конструктивної критики, метою якої є позитивна поведінка пацієнта, а не підсилення його почуття провини. Тому позитивні оцінки повинні завжди передувати негативним. Критиці можна надавати лише певні прояви поведінки, а не особистість.

4. Завершення роботи групи та її оцінка. Консультант допомагає учасникам групи побачити та пережити їхні почуття; акцентує увагу на позитивних почуттях, що пов'язані з завершенням групи; допомагає сформулювати план подальшої роботи пацієнту, який залишає групу.

Одним із важливих факторів в одужанні пацієнтів ЗПТ є участь у групах самодопомоги. **Групи самодопомоги** об'єднують людей, що мають спільний досвід, життєву ситуацію або проблему і збираються разом для вирішення своїх індивідуальних проблем, одночасно допомагаючи вирішити проблеми іншим членам групи. Завдяки участі в групах самодопомоги, пацієнти ЗПТ отримують необхідну інформацію щодо залежності та методів її лікування, психологічну підтримку, надію на одужання та повернення до суспільства.

Групи самодопомоги пацієнтів ЗПТ спрямовані на допомогу в подоланні кризових ситуацій; на підвищення самооцінки, впевненості в собі, на надання моральної підтримки в вирішенні психологічних та соціальних проблем; обмін досвідом із іншими членами групи. Більшість зборів таких груп відбуваються на базі лікувальних закладів, де ці пацієнти отримують ЗПТ.

Групи самодопомоги пацієнтів ЗПТ, як правило, створюють самі учасники, але такі групи можуть бути створені й за ініціативи та сприяння медичних працівників або фахівців, які здійснюють соціальний супровід пацієнтів ЗПТ. Надаючи допомогу в організації та проведенні груп самодопомоги пацієнтів ЗПТ, важливо пам'ятати, що це повинна бути справді само- та взаємодопомога, а не

звичайна терапевтична група, яку проводить фахівець із соціального супроводу — фасилітатор групи.

Такі групи існують лише для надання відповідної інформації та психологічної підтримки своїм членам. Найчастіше в цих групах використовують програму «12 кроків», християнську або іншу духовну концепцію, за допомогою якої учасники поліпшують свій психологічний стан, отримують надію та підтримку.

Також пацієнтам ЗПТ можна рекомендувати участь у групах Анонімних Наркоманів. Традиційно ці групи орієнтовані на повну відмову від вживання наркотиків, але, згідно з традиціями Анонімних Наркоманів, вживання призначених лікарем наркотичних препаратів не вважається порушенням тверезості. Проте, як свідчить досвід, нерідко трапляються випадки, коли пацієнти ЗПТ піддаються тиску та дискримінації з боку окремих членів спільноти Анонімних Наркоманів: обмеження в правах учасника групи (позбавлення права голосу), примушення («підштовхування») до виходу із ЗПТ задля досягнення «повної хімічної чистоти». Свого часу подібні випадки спонукали зародження та подальший розвиток руху Анонімних Метадонщиків.

Групи Анонімних Метадонщиків (АМ) виникли 1991 року в місті Балтимор (США) на базі центру ЗПТ.

Головною метою програми Анонімних Метадонщиків є вміння жити в гармонії з собою, навчатися позитивному образу життя та допомагати всім, хто страждає на хімічну залежність, досягти та зберегти тверезість.

Приводом для появи груп АМ став випадок з координатором центру «Map Alive» Гаррі Суїні, який, відвідуючи збори Анонімних Наркоманів, сподівався привітати пацієнтку центру з нагоди отримання нею відзнаки на рік тверезості. Коли ця жінка висловила на групі про те, як їй допомагала протягом цього року ЗПТ, у неї відібрали відзнаку, тому що учасники тієї групи вважали препарати ЗПТ забороненою наркотичною речовиною. Гаррі Суїні був обурений поведінкою та вчинком групи. Він вирішив створити програму «12 кроків» для пацієнтів, які отримують ЗПТ. Суїні побудував свою програму на засадах та принципах програми одужання Анонімних Алкоголіків. Тільки перший із 12 кроків згадує про алкоголь: «Ми визнали своє безсилля перед алкоголем, визнали, що більше не мали змоги керувати своїм життям». Єдиною зміною, яка була потрібна, аби застосувати всі 12 кроків для пацієнтів ЗПТ, було додавання фрази «...нелегальними наркотиками та алкоголем» замість «...алкоголем». Нині в світі працюють сотні груп АМ. Рух Анонімних Метадонщиків існує не лише в США, а й в Ізраїлі, Іспанії, Великій Британії, Австралії, Китаї, скандинавських країнах. Зароджується він і в деяких регіонах України.

3.4. Вимоги до фахівців, що здійснюють соціальний супровід

Фахівцям із супроводу доводиться виконувати непросту роботу: допомагати людям, що мають труднощі в адаптації до умов нашого суспільства, вирішувати їхні медичні, соціальні та психологічні проблеми.

Фахівець із супроводу покликаний допомогти своїм пацієнтам стати самостійними, придбати основні соціальні навички для того, щоб вони могли керувати своїм життям. З огляду на ці завдання, він повинен бути передусім консультантом — людиною, яка здатна зрозуміти пацієнта і допомогти розкрити його потенціал.

Часто до фахівця із супроводу ставляться як до якогось всемогутнього «психолога-супермена», який знає відповіді на всі питання, розуміється на усіх сферах людського життя, здатний з першого погляду визначити, що відбувається з пацієнтом, миттєво знайти оптимальний вихід з будь-якої ситуації. Практика показує, що в деяких пацієнтів такий фахівець може викликати захоплення і бажання повністю перенести відповідальність за своє життя на великого «гуру». В інших пацієнтів такий «експерт» може викликати активний (відкрита агресія) або пасивний (формальне погодження) протест і опір. Ні перше, ні друге ставлення не є конструктивним. Перше — у зв'язку з тим, що воно суперечить основному завданню консультування: допомогти пацієнту самостійно приймати рішення. Друге — тому, що опір заважає вибудовуванню довірчих відносин, без яких вся робота соціального працівника виявиться безглуздою.

Існує чимало варіантів опису особистості «ідеального фахівця із супроводу». Наведемо перелік найбільш важливих характеристик, які (бажано) повинен мати такий фахівець:

- ♦ доброзичливий інтерес до людей — здатність відчувати радість від спілкування з оточуючими, особиста привабливість;
- ♦ емпатія — здатність поставити себе на місце іншої людини, прагнення зрозуміти її почуття, думки й установки;
- ♦ об'єктивність — певний ступінь емоційної відстороненості; співпереживання із збереженням контролю над своїми почуттями: не цинічна холодність, але й не надмірна сентиментальність консультанта, що заважає у наданні допомоги;
- ♦ повага — здатність прийняти людину такою, якою вона є, без оцінок і без прагнення переробити її відповідно до своїх уявлень про «добро» та «зло»;
- ♦ гнучкість — відмова від стереотипів у спілкуванні з людьми;

- ♦ чесність — по відношенню до самого себе; розуміння самого себе; усвідомлення особливостей свого характеру та темпераменту, своїх недоліків та можливостей; прийняття власної недосконалості.

Подібні вимоги до особистості фахівця із соціального супроводу можуть здатися завищеними. Але всі ці якості необхідно розвивати та прагнути їх досягти.

У своїй щоденній роботі фахівець із супроводу має дотримуватись наступних принципів:

- ♦ не завдавай шкоди;
- ♦ не перебільшуй ролі допомоги;
- ♦ демонструй, що ти перебуваєш поряд із пацієнтом заради нього;
- ♦ будь доступним, відкритим, природним, гнучким, толерантним;
- ♦ утримуйся від критичних суджень;
- ♦ підтримуй добрі стосунки з пацієнтом;
- ♦ вір у здатність пацієнта до змін;
- ♦ перетворюй незадоволення на прагнення змін;
- ♦ орієнтуйся на прагнення і бажання пацієнта;
- ♦ роби тільки те, що необхідно;
- ♦ спирайся на добру волю, згоду пацієнта;
- ♦ допомагай людям якомога більше дізнатися про власні ресурси і можливості їх розкриття;
- ♦ збільшуй кількість варіантів вибору для пацієнта;
- ♦ будь реалістичним;
- ♦ практикуй те, що знаєш, і те, у що віриш;
- ♦ продовжуй навчання.

Говорячи про організацію соціального супроводу, важливо відзначити здатність фахівця із соціального супроводу встановлювати контакти з партнерами. Партнерська мережа завжди складається з реальних людей зі своїми особливостями, цінностями і запитами, тому важливо вміти знаходити точки дотику з різними людьми, думаючи передусім про благо пацієнтів, а не про власні почуття і бажання.

Фахівець із супроводу також повинен володіти повною інформацією про те, де і коли пацієнт може отримати необхідну допомогу (працевлаштування, ночівля, страхівка тощо), а також вміти координувати процес її надання та отримання.

Усім фахівцям із супроводу потрібно мати необхідні знання та навички і постійно підвищувати свою кваліфікацію. Кожен фахівець несе відповідальність за власний професійний розвиток відповідно до існуючих кваліфікаційних вимог.

3.5. Критерії та індикатори дотримання стандартів

Одним із найважливіших індикаторів ефективності ЗПТ є показник утримання в лікуванні. Він розраховується як відсоток за певний термін (6 місяців, рік) за наступною формулою:

$$\frac{\text{Кількість пацієнтів, що залишаються у ЗПТ певний термін (6 місяців, рік)}}{\left(\text{Загальна кількість пацієнтів, що розпочали лікування} \right) - \left(\text{Кількість пацієнтів, що залишаються у ЗПТ, але менше певного терміну} \right)} \times 100\%$$

Якщо значення цього індикатора 70% та більше, то ЗПТ (та усі складові ЗПТ — медична та психосоціальна) працює ефективно.

Інші індикатори, що свідчать про ефективність або неефективність ЗПТ:

- ♦ відсоток пацієнтів, що пройшли всі медичні обстеження;
- ♦ кількість пацієнтів, що працевлаштувались або відновили документи за певний термін;
- ♦ кількість нових випадків ВІЛ та гепатитів (сероконверсій) серед пацієнтів ЗПТ;
- ♦ кількість пацієнтів з ВІЛ-позитивним статусом, які отримують АРТ.

Висновок про ефективність ЗПТ повинен робитись на основі комплексної оцінки, але й окремі показники можуть вказати на «слабкі місця» та визначити потенціал для покращення діяльності кабінетів ЗПТ.

Розділ 4. Соціальний супровід пацієнтів замісної підтримувальної терапії

4.1. Соціальні послуги, які надаються пацієнтам замісної підтримувальної терапії (перелік, опис специфіки)

Метою надання соціальних послуг пацієнтам ЗПТ є покращення якості їх життя та ресоціалізація. Ці послуги допоможуть їм:

- ♦ зменшити частоту або повністю відмовитись від вживання «вуличних» наркотичних речовин;
- ♦ придбати навички самостійно вирішувати проблеми, пов'язані зі зловживанням наркотиками, а саме: юридичні, соціальні, сімейні тощо;
- ♦ зменшити рівень ризикованої поведінки, зокрема, ризик інфікування ВІЛ, вірусами гепатитів В, С та інших інфекцій, що передаються через кров та статевим шляхом;
- ♦ зменшити ймовірність рецидиву — повернення до зловживання «вуличними» наркотиками у майбутньому;
- ♦ зменшити кримінальну активність;
- ♦ стабілізувати психоемоційний стан;
- ♦ сформувати відповідальне ставлення до свого здоров'я та звертатися за медичною допомогою в разі необхідності.

Соціальні послуги мають передбачати допомогу та підтримку пацієнтів лікувально-профілактичних закладів, які отримують замісну підтримувальну терапію. Послуги можуть бути разовими чи багаторазовими, тривалими у часі. Критеріями початку надання послуг є заява пацієнта ЗПТ на отримання послуг психосоціального супроводу та/або згода на отримання послуги. Соціальні послуги, враховуючи специфіку, надаються в умовах кабінету ЗПТ в медичному закладі, а також в умовах інших кабінетів при громадських організаціях та державних установах, що надають соціальні послуги. Перелік необхідних послуг складається індивідуально для кожного пацієнта з урахуванням його потреб та життєвої ситуації.

До соціального супроводу пацієнтів ЗПТ залучаються різні за фахом та освітою фахівці, які мають відповідну спеціалізовану підготовку, необхідні знання та навички, а також постійно підвищують свою кваліфікацію. Під поняттям «фа-

хівець із супроводу» розуміються соціальні працівники, кейс-менеджери, які надають соціальні послуги пацієнтам ЗПТ та є членами мультидисциплінарних команд кабінетів ЗПТ.

Водночас фахівці із супроводу виконують роль «ретранслятора» потреб пацієнтів ЗПТ для медичних працівників. Вони можуть донести до пацієнтів важливу інформацію, в тому числі медичного плану, доступною та зрозумілою для пацієнтів мовою. Це є дуже важливим фактором, який може значно зменшити кількість конфліктних ситуацій, що можуть виникати у кабінетах ЗПТ, причиною більшості з яких, як свідчить досвід, є саме неналагоджені порозуміння та конструктивне спілкування пацієнтів з персоналом кабінетів ЗПТ.

Перелік послуг, що надаються пацієнтам ЗПТ

Інформаційні послуги стосовно ЗПТ

- ♦ консультування СІН щодо їхньої можливої участі в ЗПТ і надання їм необхідної інформації з цього приводу.

Медико-соціальні послуги:

- ♦ консультування з питань профілактики ВІЛ/СНІД, ТБ, ВГ;
- ♦ консультування з питань прихильності до ЗПТ;
- ♦ консультування з метою формування та контролю прихильності до АРТ, АМТБ, ПВТ;
- ♦ консультування щодо профілактики ускладнень внаслідок додаткового вживання нелегальних ПАР;
- ♦ мотивування пацієнта ЗПТ до обстежень та лікування ВІЛ/СНІД, ТБ, ВГ.

З метою ефективного лікування пацієнтів ЗПТ фахівець із супроводу має підтримувати зв'язок з МДК супроводу АРТ та супроводу СІН з ТБ/ВІЛ.

Соціально-економічні послуги:

- ♦ виявлення матеріальних проблем, які виникли у пацієнта ЗПТ;
- ♦ консультування з метою допомогти пацієнту ЗПТ розкрити та мобілізувати свої внутрішні ресурси для розв'язання власних проблем, а саме: сприяння в отриманні освіти, відновленні документів, працевлаштуванні;
- ♦ мотивування пацієнтів ЗПТ для працевлаштування та переадресація їх до територіальних центрів зайнятості.

Юридичні послуги (надаються фахівцем із соціального супроводу, а також шляхом переадресації до юристів партнерських організацій та державних соціальних служб):

- ♦ консультування з питань, пов'язаних з правом громадян на отримання соціальних послуг в державних, муніципальних та недержавних установах;
- ♦ надання допомоги в підготовці та поданні скарг на діяння або бездіяльність закладів, служб або їх робітників, які порушують права пацієнтів ЗПТ;
- ♦ надання допомоги в оформленні документів для працевлаштування, отримання паспорту та інших документів, що мають юридичне значення.

Інформаційні послуги:

- ♦ проведення інформаційних занять за наступними темами: базові аспекти лікування та профілактики ВІЛ/СНІД, ІПСШ, туберкульозу, гепатитів;
- ♦ надання необхідної інформації щодо можливості отримання потрібної допомоги в інших установах та партнерських організаціях (проведення індивідуальних або групових консультацій);
- ♦ формування прихильності до лікування ВІЛ/СНІД, ІПСШ, туберкульозу, гепатитів;
- ♦ надання інформації стосовно:
 - базових знань про хімічну залежність;
 - правильного харчування;
 - дій пацієнтів під час екстремальних ситуацій (затримання правоохоронними органами, госпіталізація);
 - профілактики передозувань;
- ♦ поширення інформаційно-освітніх матеріалів як серед пацієнтів ЗПТ та їх близького оточення, так і для інших СІН — потенційних пацієнтів замісної підтримувальної терапії;
- ♦ інші теми, які будуть актуальні для пацієнтів ЗПТ.

Перенаправлення та переадресація пацієнтів:

- ♦ Фахівець із супроводу може або особисто здійснювати супровід пацієнта ЗПТ, або перенаправити його до відповідних структур з метою отримання соціальної, юридичної та інших видів допомоги (за умови попередньої домовленості про прийом даного пацієнта ЗПТ конкретним фахівцем у визначені дату та час). Перенаправлення пацієнтів має здійснюватись

спеціалістами із соціального супроводу до відповідних державних та недержавних організацій з метою вирішення нагальної проблеми пацієнта ЗПТ. Основний принцип перенаправлення полягає у попередньому встановленні контакту з цією установою/фахівцем, домовленості про прийом даного пацієнта, транспортуванні або супроводі його до установи (за необхідності), а також перевірку факту та результату надання послуги.

- ♦ Акцент у роботі з пацієнтами ЗПТ має ставитись на переадресації пацієнтів до проектів зменшення шкоди, програм медико-соціального супроводу АРТ і формування прихильності до АРТ і АМТБ та, при бажанні виходу пацієнта з програми, — до реабілітаційних центрів. Для успішної реалізації даної послуги потрібна наявність відпрацьованого механізму перенаправлення та переадресації пацієнтів ЗПТ, системи обміну інформацією та механізму взаємодії між фахівцями всіх організацій та служб.

Фахівцям із супроводу бажано використовувати в роботі так звану карту соціальних мереж та послуг, тобто перелік організацій та проектів, які діють на території району чи міста із зазначенням конкретних осіб, до яких можна звернутися за допомогою чи залучити їх до роботи з пацієнтом ЗПТ.

Послуги зменшення шкоди від вживання наркотиків:

- ♦ Стратегія зменшення шкоди як система заходів вторинної профілактики — це попередження ускладнень ін'єкційного споживання наркотиків, на відміну від первинної профілактики (профілактика вживання наркотиків серед молоді шляхом інформаційно-просвітницької роботи) та третинної профілактики (реабілітація споживачів наркотиків).
- ♦ Ціль стратегії зменшення шкоди — запобігати та перешкоджати поширенню деяких негативних явищ (насамперед, ВІЛ-інфекції та вірусних гепатитів, а також тромбофлебіту, передозувань тощо) серед споживачів ін'єкційних наркотиків та у суспільстві в цілому.
- ♦ Одним з головних принципових положень стратегії зменшення шкоди є постулат — не можна нікому відмовляти в наданні допомоги (наприклад, медичної) тільки тому, що людина схильна до ризикованої поведінки або відрізняється від більшості членів соціуму за своїм способом життя.

Для пацієнтів ЗПТ існують наступні послуги зменшення шкоди:

- ♦ тестування на ВІЛ-інфекцію, ВГ, ІПСШ;
- ♦ обмін шприців на стаціонарних і мобільних пунктах обміну шприців (ПОШ) та за допомогою аутріч-роботи;

- ♦ аутріч-робота (від англ. outreach — охоплення зовні, вулична робота) — робота з пацієнтами ЗПТ на «їхній території»: на вулиці, вдома, у місцях споживання наркотиків. За допомогою аутріч-роботи поширюються засоби безпеки, ліки, дезінфектанти, профілактична література, інформація про адреси допомоги, проводиться консультування, надання первинної медичної допомоги тощо;
- ♦ інформаційно-просвітницька робота — поширення профілактичної літератури, проведення тренінгів, навчання пацієнтів ЗПТ на групах самодопомоги;
- ♦ соціальний супровід і переадресація пацієнтів ЗПТ до державних установ та інших інституцій для обстеження, лікування, реабілітації, соціального забезпечення тощо.

Перераховані вище послуги пацієнти ЗПТ можуть отримати наступним чином:

- ♦ шляхом їхнього перенаправлення та супроводу (за необхідності) в інші проекти профілактики, які реалізуються іншими НУО або державними організаціями;
- ♦ шляхом побудови партнерських відносин ЛПЗ та НУО, які ведуть проекти профілактики за профілем потреб пацієнта ЗПТ;
- ♦ створення ПОШ на базі ЛПЗ, наближуючи ПОШ до місця перебування цільової групи.

Найбільш оптимальним механізмом впровадження послуг зменшення шкоди для пацієнтів ЗПТ є співпраця з НУО або центром соціальних служб для сім'ї, дітей і молоді, іншими державними та недержавними інституціями на постійній основі або за встановленим графіком.

Форми та методи надання соціальних послуг (за алгоритмом)

I. Послуга: Проведення первинної оцінки стану СІН для включення до ЗПТ.

Мета послуги:

- ♦ оцінити потреби у соціальних послугах;
- ♦ створити сприятливі умови для участі пацієнта у ЗПТ.

Місце надання послуги: кабінет психосоціального супроводу (або інше окреме приміщення) у межах кабінету ЗПТ.

Формат послуги: індивідуальне консультування.

Частота та тривалість надання послуги:

На етапі прийому у програму	На етапі індукції (підбору дози)	Стабільні пацієнти ЗПТ	На етапі виходу пацієнта із програми
Одноразово, при прийомі до програми. Тривалість — близько 40 хв.	—	—	—

Вимоги до персоналу, що надає послугу: послуга надається фахівцем із супроводу НУО, що здійснює МПСС пацієнтів ЗПТ, ЛПЗ або соціальної служби відповідно до їх функціональних обов'язків.

Опис послуги: підготовка до роботи. Налагодження контакту з пацієнтом. Збір інформації. Аналіз інформації: потреби, проблеми, переваги, обмеження пацієнта. Надання інформації про: умови прийому до ЗПТ, правила участі в ЗПТ та можливості отримання послуг, вимоги режиму лікування, тривалості прийому замісних препаратів, ризику в разі паралельного вживання інших наркотичних препаратів тощо.

Очікуваний результат надання послуги:

- ♦ підписана інформаційна згода на отримання соціальних послуг;
- ♦ створені умови для успішного проходження етапу індукції (підбору дози препарату ЗПТ).

Звітність:

1. Письмова заява пацієнта ЗПТ на безкоштовне отримання соціальних послуг.
2. Заповнена індивідуальна карта надання соціальних послуг пацієнта ЗПТ.
3. Зроблений відповідний запис у журналі обліку проведення індивідуальних консультацій.

II. Послуга: Складання та подальше коригування індивідуального плану соціального супроводу пацієнта ЗПТ.

Мета послуги:

- ♦ визначення актуальних потреб пацієнта ЗПТ у соціальних послугах;
- ♦ створення сприятливих умов для перебування пацієнта на ЗПТ;

- ♦ сприяння утриманню пацієнта в лікуванні;
- ♦ формування у пацієнта адекватної соціальної поведінки.

Місце надання послуги: кабінет психосоціального супроводу (або інше окреме приміщення) у межах кабінету ЗПТ.

Формат послуги: індивідуальна консультація.

Частота та тривалість надання послуги:

На етапі прийому в ЗПТ	На етапі індукції (підбору дози)	Стабільні пацієнти ЗПТ	На етапі виходу пацієнта із ЗПТ
–	–	Орієнтовно через місяць після початку ЗПТ, переглядається не рідше 1 разу на три місяці. Тривалість — до 1 години.	Переглядається не рідше 1–2 разів на місяць. Тривалість — до 1 години.

Вимоги до персоналу, що надає послугу: послуга надається фахівцем із супроводу НУО, що здійснює МПСС пацієнтів ЗПТ, ЛПЗ або соціальної служби відповідно до їх функціональних обов'язків.

Опис послуги: підготовка до роботи. Збір інформації. Аналіз інформації: потреби, проблеми, переваги, обмеження пацієнта. Вибір методів роботи, перегляд ресурсів, розподіл часу. Досягнення домовленості про послуги і очікувані результати.

Очікуваний результат надання послуги:

- ♦ узгоджені з пацієнтом ЗПТ мета, завдання та план заходів соціального супроводу;
- ♦ створені умови для успішного проходження етапу індукції (підбору дози препарату ЗПТ).

Звітність:

1. Запис в індивідуальній карті надання соціальних послуг пацієнта ЗПТ.
2. Відповідний запис у журналі/відомості проведення індивідуальних консультацій.

III. Послуга: Індивідуальне консультування пацієнта ЗПТ згідно з індивідуальним планом соціального супроводу пацієнта ЗПТ.

Мета послуги:

- ♦ сприяння в уникненні ускладнень внаслідок додаткового вживання нелегальних психоактивних речовин;
- ♦ набуття пацієнтами навичок опанування проблемних ситуацій без повернення до вживання;
- ♦ допомога пацієнту ЗПТ розкрити та мобілізувати свої внутрішні ресурси для розв'язання власних проблем, формування прихильності до лікування;
- ♦ виявлення соціальних чинників, які перешкоджають соціальній адаптації пацієнта ЗПТ;
- ♦ формування прихильності до лікування захворювань, супутніх вживанню наркотиків;
- ♦ формування у пацієнта адекватної соціальної поведінки.

Місце надання послуги: кабінет психосоціального супроводу (або інше окреме приміщення) у межах кабінету ЗПТ.

Формат послуги: індивідуальна консультація.

Частота та тривалість надання послуги:

На етапі прийому в ЗПТ	На етапі індукції (підбору дози)	Стабільні пацієнти ЗПТ	На етапі виходу пацієнта із ЗПТ
За потреби пацієнта.	Від 1 разу на день до 1–2 разів на тиждень. Тривалість — близько 40 хв.	1–2 рази на місяць. Тривалість — близько 40 хв.	1–2 рази на тиждень. Тривалість — близько 40 хв.

Вимоги до персоналу, що надає послугу: послуга надається фахівцем із соціального супроводу соціальної служби або НУО, які здійснюють МПСС пацієнтів ЗПТ, відповідно до його функціональних обов'язків у організації.

Опис послуги: збір інформації. Аналіз інформації: потреби, проблеми, переваги, обмеження пацієнта. Вибір методів роботи, перегляд ресурсів, розподіл часу. Досягнення домовленості про послуги і очікувані результати. Здійснення моніторингу та оцінювання виконання індивідуального плану одужання.

Очікуваний результат надання послуги:

- ♦ виявлені соціальні чинники, які перешкоджають соціальній адаптації пацієнта ЗПТ;
- ♦ зменшився рівень ризикованої поведінки, зокрема, ризик інфікування ВІЛ, вірусами гепатитів В, С та інших інфекцій, що передаються через кров та статевим шляхом;
- ♦ створені сприятливі умови для подальшого сталого перебування пацієнта у ЗПТ;
- ♦ сформована прихильність до лікування захворювань, супутніх вживанню наркотиків;
- ♦ пацієнтами отримані навички опанування проблемних ситуацій без повернення до вживання;
- ♦ створені умови для успішного завершення лікування та виходу із ЗПТ.

Звітність:

1. Запис в індивідуальній карті надання соціальних послуг пацієнта ЗПТ.
2. Відповідний запис у журналі/відомості проведення індивідуальних консультацій.
3. Запис в журналі переадресації/супроводу пацієнтів ЗПТ.

IV. Послуга: Проведення групових консультацій для пацієнтів ЗПТ.

Мета послуги:

- ♦ сприяння уникненню ускладнень внаслідок додаткового вживання нелегальних психоактивних речовин;
- ♦ придбання пацієнтами навичок опанування проблемних ситуацій без повернення до вживання;
- ♦ допомога пацієнту ЗПТ розкрити та мобілізувати свої внутрішні ресурси для розв'язання власних проблем, формування прихильності до лікування;
- ♦ виявити соціальні чинники, які перешкоджають соціальній адаптації пацієнта ЗПТ;
- ♦ формування прихильності до лікування захворювань, супутніх вживанню наркотиків;
- ♦ формування у пацієнта адекватної соціальної поведінки.

Місце надання послуги: кабінет психосоціального супроводу (або інше окреме приміщення) у межах кабінету ЗПТ, офісу НУО та іншому зручному та обладнаному місці.

Формат послуги: групова робота.

Частота та тривалість надання послуги:

На етапі прийому в ЗПТ	На етапі індукції (підбору дози)	Стабільні пацієнти ЗПТ	На етапі виходу пацієнта із ЗПТ
–	–	Не рідше 1 разу на три місяці. Тривалість — до 1 години.	Не рідше 1 разу на місяць. Тривалість — до 1 години.

Вимоги до персоналу, що надає послугу: послуга надається фахівцем із соціального супроводу соціальної служби або НУО, які здійснюють МПСС пацієнтів ЗПТ, відповідно до його функціональних обов'язків у організації, або залученим фахівцем.

Опис послуги: проведення інформаційних та тренінгових занять з питань формування прихильності до лікування, отримання базових знань щодо хімічної залежності, дій пацієнтів під час екстремальних ситуацій (затримання правоохоронними органами, госпіталізація), профілактики передозувань; інші теми, які будуть актуальні для пацієнтів.

Очікуваний результат надання послуги:

- ♦ зменшився рівень ризикованої поведінки, зокрема, ризик інфікування ВІЛ, вірусами гепатитів В, С та інших інфекцій, що передаються через кров та статевим шляхом;
- ♦ створені сприятливі умови для подальшого сталого перебування пацієнта у ЗПТ;
- ♦ сформована прихильність до лікування захворювань, супутніх вживанню наркотиків;
- ♦ пацієнтами набуті навички опанування проблемних ситуацій без повернення до вживання;
- ♦ створені умови для успішного завершення лікування та виходу із ЗПТ.

Звітність:

1. Запис в індивідуальній карті надання соціальних послуг пацієнтам ЗПТ.
2. Відповідний запис у журналі/відомості проведення групових консультацій.
3. Відповідний запис у журналі/відомості проведення інформаційних занять.

V. Послуга: Групове консультування пацієнтів ЗПТ. Проведення фасілітованих груп самопомоги пацієнтів ЗПТ.

Мета послуги:

- ♦ придбання пацієнтами навичок опанування проблемних ситуацій без повернення до вживання;
- ♦ допомога пацієнту ЗПТ розкрити та мобілізувати свої внутрішні ресурси для розв'язання власних проблем, формування прихильності до лікування;
- ♦ надання моральної підтримки у вирішенні соціальних та матеріальних проблем;
- ♦ обмін досвідом із тими пацієнтами ЗПТ, хто подолав схожі проблеми;
- ♦ формування у пацієнта адекватної соціальної поведінки;
- ♦ створення сприятливих умов для подальшого сталого перебування пацієнта у ЗПТ.

Місце надання послуги: кабінет психосоціального супроводу (або інше окреме приміщення) у межах кабінету ЗПТ, офісу НУО та іншому зручному та обладнаному місці.

Формат послуги: групова робота.

Частота та тривалість надання послуги:

На етапі прийому в ЗПТ	На етапі індукції (підбору дози)	Стабільні пацієнти ЗПТ	На етапі виходу пацієнта із ЗПТ
–	–	1–2 рази на місяць. Тривалість — від 1 години.	Не рідше 1 разу на тиждень. Тривалість — від 1 години.

Вимоги до персоналу, що надає послугу: послуга надається фахівцем із соціального супроводу соціальної служби або НУО, які здійснюють МПСС пацієнтів ЗПТ, відповідно до його функціональних обов'язків у організації.

Опис послуги: проведення регулярних груп самопомоги пацієнтів.

Очікуваний результат надання послуги:

- ♦ підвищення самосвідомості та самооцінки пацієнтів ЗПТ;
- ♦ придбання пацієнтами впевненості у собі, своїх силах;

- ♦ виявлення та усунення соціальних чинників, що перешкоджають соціальній адаптації пацієнта ЗПТ.

Звітність:

1. Запис у індивідуальній карті надання соціальних послуг пацієнтам ЗПТ.
2. Відповідний запис у журналі/відомості проведення груп самодопомоги.

VI. Послуга: Індивідуальне консультування членів родини (близького оточення) пацієнтів ЗПТ.

Мета послуги:

- ♦ налагодження взаємостосунків між членами родини або партнерами пацієнтів ЗПТ;
- ♦ інформаційно-просвітницька робота з пацієнтами, членами їх родин або партнерами з метою здійснення супроводу пацієнта;
- ♦ створення сприятливих умов для подальшого сталого перебування пацієнта у ЗПТ;
- ♦ сприяння створенню умов для формування у пацієнта адекватної соціальної поведінки;
- ♦ сприяння створенню нових сімейних стосунків та поновленню родинних зв'язків;
- ♦ навчання членів сім'ї навичкам супроводу пацієнтів ЗПТ для забезпечення діагностики та лікування ВІЛ, ТБ тощо.

Місце надання послуги: кабінет психосоціального супроводу (або інше окреме приміщення) у межах кабінету ЗПТ.

Формат послуги: індивідуальна та/або групова консультація.

Частота та тривалість надання послуги:

На етапі прийому в ЗПТ	На етапі індукції (підбору дози)	Стабільні пацієнти ЗПТ	На етапі виходу пацієнта із ЗПТ
За потреби. Тривалість — до 1 години.	За потреби. Тривалість — до 1 години.	За потреби. Тривалість — до 1 години.	За потреби. Тривалість — до 1 години.

Вимоги до персоналу, що надає послугу: послуга надається фахівцем із соціального супроводу соціальної служби або НУО, які здійснюють МПСС пацієнтів ЗПТ, відповідно до його функціональних обов'язків у організації.

Опис послуги: надання інформації щодо природи залежності та інших можливостей лікування (зокрема, мотиваційне консультування щодо проходження курсу реабілітації), стосовно вимог режиму лікування, тривалості прийому замісних препаратів, ризику в разі паралельного вживання інших наркотичних препаратів тощо.

Очікуваний результат надання послуги:

- ♦ відновлення родинних стосунків у сім'ях пацієнтів;
- ♦ покращення рівня соціальної взаємодії в родині пацієнта;
- ♦ створене сприятливе соціальне середовище для повноцінного суспільного життя пацієнта ЗПТ;
- ♦ покращення рівнів утримання пацієнтів в ЗПТ, прихильності до лікування, відповідного ставлення пацієнтів до свого здоров'я.

Звітність:

1. Запис у індивідуальній карті надання соціальних послуг пацієнтам ЗПТ.
2. Відповідний запис у журналі/відомості проведення групових консультацій.
3. Відповідний запис у журналі/відомості проведення індивідуальних консультацій.

VII. Послуга: Супровід пацієнтів ЗПТ у медичні заклади.

Мета послуги:

- ♦ сприяння відвіданню пацієнтом ЗПТ медичних закладів з метою діагностики, консультування та лікування ВІЛ-інфекції, ТБ, ВГ, ІПСШ;
- ♦ формування відповідної ін'єкційної та сексуальної поведінки з метою попередження зараження ін'єкційних та сексуальних партнерів ВІЛ-інфекцією, ТБ, ВГ;
- ♦ адекватне ставлення до стану свого здоров'я.

Місце надання послуги: кабінети лікарів відповідного фаху (кабінет лікаря-інфекціоніста, кабінет довіри, кабінет лікаря-фтизіатра) у центрах профілактики та боротьби зі СНІД, протитуберкульозних диспансерах тощо).

Формат послуги: індивідуальна робота.

Частота та тривалість надання послуги:

На етапі прийому в ЗПТ	На етапі індукції (підбору дози)	Стабільні пацієнти ЗПТ	На етапі виходу пацієнта із ЗПТ
Одноразово: тестування на ВІЛ; тестування на ВГ; флюорографія.	–	Флюорографія; ВГ – 1 раз на 6 міс; ВІЛ-інфекція — 1 раз на 3 міс.	–

Вимоги до персоналу, що надає послугу: послуга надається фахівцем із соціального супроводу соціальної служби або НУО, які здійснюють МПСС пацієнтів ЗПТ, відповідно до його функціональних обов'язків у організації.

Опис послуги: супровід.

Очікуваний результат надання послуги:

- ♦ формування відповідної ін'єкційної та сексуальної поведінки з метою попередження зараження ін'єкційних та сексуальних партнерів ВІЛ-інфекцією, ТБ, ВГ;
- ♦ адекватне ставлення пацієнта ЗПТ до стану свого здоров'я.

Звітність:

1. Запис у індивідуальній карті надання соціальних послуг пацієнтам ЗПТ.

VIII. Послуга: Відстеження термінів періодичних обстежень пацієнтів ЗПТ.

Мета послуги:

- ♦ сприяння відвіданню пацієнтом ЗПТ медичних закладів з метою діагностики, консультування та лікування ВІЛ-інфекції, ТБ, ВГ, ІПСШ;
- ♦ дотримання нормативних термінів періодичних обстежень пацієнтів ЗПТ на ВІЛ-інфекцію, ТБ, ВГ.

Місце надання послуги: кабінет психосоціального супроводу (або інше окреме приміщення) у межах кабінету ЗПТ.

Формат послуги: робота з документацією.

Частота та тривалість надання послуги:

На етапі прийому в ЗПТ	На етапі індукції (підбору дози)	Стабільні пацієнти ЗПТ	На етапі виходу пацієнта із ЗПТ
Одноразово: тестування на ВІЛ; тестування на ВГ; флюорографія.	Постійно. Дотримання наступних термінів тестування: флюорографія; ВГ– 1 раз на 6 міс. ВІЛ-інфекція — 1 раз на 3 міс.		–

Вимоги до персоналу, що надає послугу: послуга надається фахівцем із соціального супроводу соціальної служби або НУО, які здійснюють МПСС пацієнтів ЗПТ, відповідно до його функціональних обов'язків у організації.

Опис послуги: робота з медичною документацією пацієнта ЗПТ.

Очікуваний результат надання послуги:

- ♦ формування відповідної ін'єкційної та сексуальної поведінки з метою попередження зараження ін'єкційних та сексуальних партнерів ВІЛ-інфекцією, ТБ, ВГ;
- ♦ адекватне ставлення пацієнта ЗПТ до стану свого здоров'я.

Звітність:

1. Запис у індивідуальній карті надання соціальних послуг пацієнтам ЗПТ.

ІХ. Послуга: Переадресація пацієнтів ЗПТ**Мета послуги:**

- ♦ отримання пацієнтом ЗПТ послуг зовнішніх проектів зменшення шкоди, програм медико-соціального супроводу АРТ і формування прихильності до АРТ і АМТБ, а також послуг реабілітаційних програм.

Місце надання послуги: кабінет психосоціального супроводу (або інше окреме приміщення) у межах кабінету ЗПТ.

Формат послуги: індивідуальна робота.

Частота та тривалість надання послуги:

На етапі прийому в ЗПТ	На етапі індукції (підбору дози)	Стабільні пацієнти ЗПТ	На етапі виходу пацієнта із ЗПТ
–	За потреби.		–

Вимоги до персоналу, що надає послугу: послуга надається фахівцем із соціального супроводу соціальної служби або НУО, які здійснюють МПСС пацієнтів ЗПТ, відповідно до його функціональних обов'язків у організації.

Опис послуги: переадресація пацієнтів ЗПТ до проектів зменшення шкоди, програм медико-соціального супроводу АРТ і формування прихильності до АРТ і АМТБ, а також переадресація до реабілітаційних центрів.

Очікуваний результат надання послуги:

- ♦ вирішення нагальної проблеми пацієнта ЗПТ: отримання соціальної, юридичної та інших видів допомоги, призначення та контроль прихильності до АРТ і АМТБ, допомога з реабілітації тощо.

Звітність:

1. Запис у індивідуальній карті надання соціальних послуг пацієнтам ЗПТ.
2. Запис у журналі переадресації.

Х. Послуга: Працевлаштування пацієнтів ЗПТ.

Мета послуги:

- ♦ отримання пацієнтом ЗПТ послуг із працевлаштування.

Місце надання послуги: кабінет психосоціального супроводу (або інше окреме приміщення) у межах кабінету ЗПТ.

Формат послуги: індивідуальна робота.

Частота та тривалість надання послуги:

На етапі прийому в ЗПТ	На етапі індукції (підбору дози)	Стабільні пацієнти ЗПТ	На етапі виходу пацієнта із ЗПТ
–	За потреби.		–

Вимоги до персоналу, що надає послугу: послуга надається фахівцем із соціального супроводу соціальної служби або НУО, які здійснюють МПСС пацієнтів ЗПТ, відповідно до його функціональних обов'язків у організації.

Опис послуги:

- ♦ надання пацієнту ЗПТ інформації з наявних вакантних робочих місць, з урахуванням його рівня освіти, існуючого досвіду роботи та особистих бажань.

Очікуваний результат надання послуги:

- ♦ вирішення нагальної проблеми пацієнта ЗПТ: працевлаштування (у т.ч. сезонне).

Звітність:

1. Запис у індивідуальній карті надання соціальних послуг пацієнтам ЗПТ.

4.2. Особливості надання соціальних послуг пацієнтам із подвійним (наркозалежність + ВІЛ-інфекція, наркозалежність + ТБ, наркозалежність + гепатит В/С) та потрійним (наркозалежність + ВІЛ-інфекція + ТБ/гепатит В/С) діагнозами

Споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН) і особливо ВІЛ-інфіковані СІН є однією з найбільш маргіналізованих груп населення з обмеженим доступом до послуг профілактики, лікування та догляду.

Труднощі з наданням/отриманням лікування та догляду для СІН пов'язані з:

- ♦ значною стигмою в суспільстві, в установах охорони здоров'я стосовно соціально неблагополучних верств населення і щодо груп ризику ВІЛ в тому числі;
- ♦ великими потребами в різноманітних видах послуг;
- ♦ вузькою спеціалізацією більшості медичних фахівців;
- ♦ обмеженістю доступу до сучасних видів наркологічної допомоги;
- ♦ малою кількістю установ, які здатні надавати комплексні послуги цій групі хворих;
- ♦ недостатньою кількістю кваліфікованих фахівців, неукомплектованістю штатами більшості лікувальних закладів.

За даними ВООЗ, що ґрунтуються на науковому підході та міжнародному досвіді, найбільш ефективним для цієї групи пацієнтів є інтегрований підхід, який передбачає координоване надання широкого спектру лікувальних, соціально-психологічних і профілактичних заходів.

Цілями інтегрованого підходу є підвищення:

- ♦ прихильності до лікування;
- ♦ ефективності окремих інтервенцій за рахунок збільшення доступності та охоплення;

- ♦ ефективності лікування загалом;
- ♦ ефективності витрат.

Базовими принципами інтегрованого підходу є передусім комплексність надання послуг, максимально зосереджених в одному місці, територіальна зручність для пацієнтів, урахування гендерної специфічності. Спектр цих послуг може бути різним, але в будь-якому випадку він повинен охоплювати проблеми, пов'язані з ВІЛ, туберкульозом та наркотичною залежністю.

При впровадженні ЗПТ в умовах вертикальної високоспеціалізованої системи охорони здоров'я в Україні все більш актуальною стає потреба впровадження інтегрованого підходу для підвищення ефективності допомоги особам з подвійною і потрійною патологією (ВІЛ, ТБ, залежність). Центри інтегрованої допомоги (ЦІД) — це сучасна модель надання допомоги, яка передбачає об'єднання «під одним дахом» або організацію чіткої схеми переадресації для отримання пакету послуг, завдяки яким пацієнти можуть вирішити значну частину своїх проблем зі здоров'ям, поліпшити якість життя і соціальний статус, а також долучитися до профілактичних заходів щодо ризикованої поведінки.

Пакет послуг містить обов'язкові та додаткові послуги і може розширюватися відповідно до потреб клієнтів.

Повний спектр послуг ЦІД:

1. Діагностика та лікування психічних розладів і залежності, в тому числі методом замісної терапії опіатами.
2. Діагностика, лікування та профілактика ВІЛ.
3. Діагностика, лікування та профілактика ВГ.
4. Діагностика, лікування та профілактика ТБ.
5. Діагностика, лікування та профілактика ІПСШ.
6. Послуги у сфері репродуктивного здоров'я.
7. Діагностика та лікування інших поширених захворювань.
8. Зменшення шкоди від вживання наркотиків.
9. Соціально-психологічна допомога: консультування, допомога у працевлаштуванні, соціальна реабілітація, юридична допомога.

Процес впровадження інтегрованого підходу має на меті концентрацію найбільшої кількості послуг на базі одного ЛПУ. Повний пакет послуг зазвичай рідко може бути доступний у рамках однієї установи, тому інші послуги мо-

жуть бути надані запрошеними консультантами або за допомогою структурної переадресації.

Інтегровані програми передбачають впровадження кейс-менеджменту — моделі ведення випадку, розрахованої на індивідуальний підхід до кожного пацієнта та залучення його до лікувального процесу. Психосоціальні компоненти програми інтегрованої допомоги також реалізуються за тісної взаємодії медичних і соціальних працівників.

Ефективним рішенням виявилось об'єднання кількох компонентів інтегрованої допомоги на базі будь-якого ЛПУ за методом «єдиного вікна», наприклад, створення кабінетів інтегрованої допомоги пацієнтам із поєднаною патологією на базі центрів профілактики і боротьби зі СНІД (обласних та міських) і туберкульозних диспансерів.

Загальний перелік послуг, що надаються пацієнтам ЗПТ із поєднаними патологіями:

- ♦ консультування (спільний прийом інфекціоніста та фтизіатра) щодо можливих проблем зі здоров'ям у випадку наявності у пацієнтів ВІЛ або ТБ/ВІЛ ко-інфекції та шляхів їх уникнення чи вирішення;
- ♦ формування та підтримка прихильності до АРТ у пацієнтів ЗПТ;
- ♦ мотивування до проходження обстеження на туберкульоз;
- ♦ формування та підтримка прихильності до лікування туберкульозу, проходження повного курсу лікування (отримання усіх доз протитуберкульозних препаратів);
- ♦ формування прихильності для забезпечення своєчасності та регулярності відвідань пацієнтом ЗПТ медичних закладів для здійснення диспансерного спостереження;
- ♦ транспортування (послуга надається в ході формування у пацієнтів ЗПТ прихильності до діагностики та лікування, у разі, якщо він потребує медичної чи соціальної послуги, що надається у відповідних закладах і установах, та має функціональні обмеження і ускладнення в пересуванні);
- ♦ сприяння в отриманні належних пільг, пенсії, допомоги та інших виплат, пов'язаних зі статусом пацієнта щодо ВІЛ-інфекції, ТБ/ВІЛ ко-інфекції та ін.;
- ♦ мотивування до працевлаштування;
- ♦ консультування з питань, пов'язаних із правом громадян на отримання соціальних послуг у державних, комунальних та недержавних установах;

- ♦ надання допомоги в підготовці і поданні скарг на діяння або бездіяльність закладів, установ, організацій, служб або їх робітників у разі, якщо вони порушують права пацієнтів у зв'язку з їх ВІЛ-позитивним статусом;
- ♦ надання допомоги у питаннях, пов'язаних із пенсійним забезпеченням;
- ♦ консультування із соціально-правових питань (цивільне, житлове, сімейне, трудове, адміністративне, кримінальне, конституційне право);
- ♦ надання юридичної допомоги в оформленні документів для працевлаштування, отримання паспорту та інших документів, що мають юридичне значення;
- ♦ розповсюдження серед пацієнтів тематичних інформаційно-просвітницьких друкованих матеріалів (листівки, буклети, брошури, тощо);
- ♦ інформаційне консультування, яке має на меті регулярне консультування пацієнтів ЗПТ з питань туберкульозу, ВІЛ/СНІД, ВГ, наркозалежності, ІПСШ, АРТ, надання інформації про заклади, установи, організації, які займаються даною проблемою.

Надання соціальних послуг із догляду і підтримки для пацієнтів ЗПТ, які живуть з ВІЛ/СНІД

Після первинного обстеження при прийомі до ЗПТ протягом всього періоду лікування дуже важливо забезпечити систематичний контроль стану здоров'я пацієнтів із ВІЛ-позитивним статусом незалежно від стадії ВІЛ-інфекції з метою своєчасного виявлення загрози прогресування хвороби, призначення АРТ-терапії та формування прихильності до її прийому. Препарати АРТ цілком сумісні з препаратами ЗПТ: метадоном та бупренорфіном.

Надання послуг таким пацієнтам доцільно організувати таким чином, щоб медична допомога надавалась у межах однієї установи (інтеграція послуг). Оптимальне рішення — організація надання ЗПТ на базі центрів профілактики та боротьби зі СНІД.

Якщо ЗПТ проводиться на базі закладів охорони здоров'я іншого профілю — наркологічні диспансери, багатопрофільні заклади тощо, необхідно створити ефективний механізм перенаправлення та супроводу пацієнтів ЗПТ до інших профільних медичних установ (центрів СНІД, протитуберкульозних закладів, дерматовенерологічних диспансерів, оздоровчих закладів загальної мережі у випадках госпіталізації) та залучати до ведення пацієнтів підготовлених фахівців із соціального супроводу. Крім залучення фахівців, одним із найбільш поширених та найбільш ефективних методів допомоги людям із ВІЛ-позитивним статусом є консультування за принципом «рівний — рівному». За цим принципом консультування проводиться ВІЛ-позитивними людьми, які про-

йшли спеціальне навчання та підготовку на тренінгах чи курсах. Ефективність такої допомоги забезпечується наданням консультацій людьми, що живуть з ВІЛ/СНІД та мають вагомі знання про потреби ЛЖВ, а також добре обізнані в проблемах, пов'язаних з життям із ВІЛ. Водночас принцип «рівний — рівному» сприяє створенню відкритих довірливих стосунків між пацієнтом ЗПТ і консультантом, а також спонукає до відвертої розмови.

Основні завдання, що стоять перед фахівцями із соціального супроводу пацієнтів ЗПТ, які живуть з ВІЛ/СНІД, — підвищення якості життя та соціального стану ЛЖВ; допомога у подоланні наслідків стигматизації та дискримінації ЛЖВ; сприяння запобіганню реінфікування ВІЛ та переходу ВІЛ-інфекції в СНІД; передача ВІЛ-інфекції до інших осіб; формування у ЛЖВ прихильності до діагностики та лікування, позитивного ставлення до довготривалого прийому препаратів, навичок безпечної поведінки, прихильності до лікування супутніх захворювань; захист прав шляхом надання комплексу соціальних послуг із догляду і підтримки.

Приклади формулювання цілей пацієнта ЗПТ із ВІЛ-позитивним статусом фахівцем із соціального супроводу (кожне формулювання може уточнюватися, наприклад, вказуванням шляхів виконання, кількісним показником, зазначенням конкретного місця, терміну виконання):

- ◆ Формування системи підтримки людини, яка живе з ВІЛ.
- ◆ Вироблення мотивації до зміни ризикованого способу життя.
- ◆ Вироблення мотивації до ведення здорового способу життя.
- ◆ Вироблення мотивації до неживання ПАР.
- ◆ Формування знань та навичок життя із залежністю від ПАР.
- ◆ Формування навичок здорового способу життя у пацієнта ЗПТ.
- ◆ Підвищення рівня знань про ВІЛ.
- ◆ Підтримка ремісії щодо вживання ПАР.
- ◆ Захист своїх прав.

Надання соціальних послуг пацієнтам ЗПТ, хворим на поєднані захворювання: туберкульоз та ВІЛ-інфекцію

Люди з поєднаними захворюваннями, такими як ВІЛ-інфекція, наркозалежність та туберкульоз, є однією з найбільш уразливих груп стосовно доступу до своєчасної діагностики та ефективного лікування. Уразливість цієї групи пов'язана з низкою факторів. Пацієнтів з поєднаною патологією ТБ+ВІЛ логічно розподіляти на 2 групи: пацієнти з ВІЛ-інфекцією, у яких виявлено ТБ, та

пацієнти з ТБ, у яких виявлено ВІЛ-інфекцію. Частіше зустрічаються випадки, коли у пацієнта ВІЛ-інфекція діагностується раніше, ніж ТБ, тому що у процесі прогресування ВІЛ та руйнування імунної системи пацієнта пізніше приєднується і ТБ.

Серед причин виникнення мультирезистентного туберкульозу розрізняють первинну та вторинну (набуту) резистентність.

Первинна резистентність виявляється у хворих, які захворіли на туберкульоз вперше і ніколи раніше не приймали протитуберкульозні препарати. Зараження відбувається резистентними мікобактеріями туберкульозу (МБТ) при контакті з хворим на мультирезистентний туберкульоз.

Вторинна (набута) резистентність виробляється в результаті втрати контролю над лікуванням (перерви в лікуванні, монотерапія, низькі дози протитуберкульозних препаратів).

Також однією з основних труднощів ефективного лікування поєданого захворювання на ВІЛ+ТБ є пізнє виявлення ВІЛ у цій групі, а також пізнє звернення за лікуванням ВІЛ.

Це пов'язано з недостатньо налагодженим контактом закладів охорони здоров'я з групами високого ризику інфікування та недостатньою профілактичною роботою. Прогалини в організації виявлення, діагностики та лікування туберкульозу, відсутність обґрунтованих, що дозволяють добитися високих результатів, стандартів лікування, відповідні спеціальним потребам пацієнтів, ведуть до низького рівня залучення до лікування й високого рівня випадання з нього у пацієнтів з поєднаними захворюваннями. Це істотно знижує ефективність лікування простого туберкульозу та веде до розвитку лікарсько-стійкого туберкульозу, а також високої смертності в цій групі пацієнтів.

Для вирішення даної проблеми необхідно постійно та систематично формувати потребу серед пацієнтів ЗПТ у регулярних медичних обстеженнях на ТБ, що дасть змогу регулярно проводити профілактику та своєчасно виявити ТБ у пацієнтів ЗПТ. Необхідно змінити ставлення пацієнтів до диспансеризації, пояснити, що диспансеризація — це послуга, яка передусім необхідна пацієнтам ЗПТ для збереження здоров'я та життя. У роботі ЦІД найбільш дієвою профілактикою ТБ є раннє виявлення хворих із числа пацієнтів ЗПТ із ВІЛ-позитивним статусом та забезпечення їх повноцінного лікування.

Соціальний супровід та підтримка при лікуванні гепатиту С у пацієнтів ЗПТ

Вірусні гепатити (ВГ) В і С особливо часто зустрічаються у людей, що вживають ін'єкційні наркотики, при цьому в деяких групах, що вживають ін'єкційні наркотики, рівень зараженості становить 80% і вище. Сьогодні проблема інфікування вірусними гепатитами СІН-пацієнтів ЗПТ випереджає навіть рівень

інфікування ВІЛ-інфекцією. ВГ тривалий час не проявляють себе відчутними симптомами, тому інфікована людина може не знати про те, що вона серйозно хвора.

Лікування ВГ вимагає багато часу і потребує прихильності пацієнтів до противірусної терапії (ПВТ). Нестабільна соціальна поведінка СІН може призводити до передчасного завершення ПВТ або взагалі робить неможливим її проведення. Призначення СІН метадону або бупренорфіну в таких випадках значно покращує результати лікування. Клінічно доведено, що вплив метадону та бупренорфіну на печінку незначний, і дані препарати можуть застосовуватися в тих випадках, коли функція печінки порушена незначно. При наявності виражених порушень функції печінки призначати препарати ЗПТ варто дуже обережно, контролюючи за допомогою лабораторних аналізів функцію печінки і використовуючи мінімально достатні дози. Нині існують нові противірусні препарати для лікування ВГ, які дозволяють мінімізувати виникаючі побічні ефекти для даної категорії пацієнтів.

Найбільш поширені прояви побічної дії ПВТ можна умовно розділити на соматичні (симптоми грипозного типу, головні і м'язові болі, слабкість, шкірні висипання) та психоемоційні (порушення з боку психіки: спонтанні неконтрольовані напади гніву і паніки, втрата критичності). Причиною цього є вплив препаратів ПВТ на обмін речовин, що відповідають за регуляцію психічної діяльності. Саме тому пацієнту ЗПТ складно концентруватися, планувати день, долати поганий настрій.

Через це протягом курсу лікування пацієнти часто відчують роздратування, яке не проходить протягом дня і призводить до емоційних ексцесів, від яких страждають не тільки самі пацієнти ЗПТ, а й їхні близькі. Отже, основним завданням психосоціального супроводу пацієнтів ЗПТ, які проходять курс ПВТ при лікуванні ВГ, має бути саме підтримка пацієнтів у нівелюванні вищезазначених побічних ефектів.

Фахівцям із психосоціального супроводу при роботі з пацієнтами, що страждають ВГ, необхідно (в разі повсякденного спілкування з пацієнтами) навчитися відчувати зміни їх настрою, підвищену запальність, нервозність і своєчасно надавати їм необхідну підтримку. Вирішенням питання може бути збільшення часу спілкування з такими пацієнтами, перехід від колективних форм роботи до індивідуальних.

У цьому контексті цікавими є «Школи пацієнта», проведення яких практикується на деяких сайтах ЗПТ. Колективна форма роботи з пацієнтами у цих школах позитивно впливає на зниження рівня емоційної нестабільності пацієнтів з ВГ, є чинником, що допомагає контролювати лікування.

4.3. Специфіка надання соціальних послуг різним групам пацієнтів ЗПТ

Потенційні пацієнти ЗПТ

Потенційні пацієнти ЗПТ отримують інформацію про умови та проведення замісної підтримувальної терапії у фахівців із соціального супроводу пацієнтів ЗПТ, лікарів-наркологів, психологів, соціальних і аутріч-працівників проєктів зменшення шкоди, працівників центрів профілактики та боротьби зі СНІД.

Перед включенням до замісної терапії з СІН проводяться роз'яснювальні бесіди, під час яких потенційним пацієнтам надається повна інформація стосовно природи та можливостей лікування залежності (зокрема, мотиваційні консультації щодо проходження курсу реабілітації), вимог режиму лікування, тривалості прийому замісних препаратів, ризику в разі паралельного вживання інших наркотичних препаратів тощо.

За наявності показань та відсутності протипоказань СІН ще раз усно детально інформується фахівцем із соціального супроводу щодо властивостей замісної підтримувальної терапії, її правил, прав і обов'язків пацієнтів і персоналу, процедури перебування у ЗПТ і виписки з неї. Потім із пацієнтом обговорюється та узгоджується план прийому до ЗПТ. На цьому етапі потенційний пацієнт ЗПТ може отримати необхідний супровід (за потреби) у лікувальні заклади (центри профілактики і боротьби зі СНІД, туберкульозні диспансери тощо) з метою постановок діагнозів.

Також потенційному пацієнту потрібно надати можливість поставити питання про перебування у ЗПТ та отримати кваліфіковані та повні відповіді на них від фахівця із соціального супроводу.

Нові пацієнти

На першому етапі включення до ЗПТ консультація фахівця із соціального супроводу присвячується загальному знайомству з пацієнтом (інтереси, захоплення, вподобання; причетність до проблеми значущих для пацієнта людей, залучення до її розв'язання), надання інформації про обов'язки пацієнта та правила поведінки у кабінеті ЗПТ, функції та задачі соціального супроводу.

У процесі консультації фахівець із соціального супроводу заповнює лицьову сторінку та розділи І (Інформація про пацієнта) і ІІІ (Журнал надання соціальних послуг) індивідуальної карти надання соціальних послуг пацієнту ЗПТ, створює індивідуальний код пацієнта, який прописується на амбулаторній та індивідуальній карті надання соціальних послуг і у подальшому вказується у журналах обліку надання відповідних соціальних послуг.

На етапі стабілізації індивідуальні консультації бажано проводити не рідше 1 разу на тиждень. Завдання цих консультацій — допомогти розпізнавати та уникати подразників, що призводять до вживання нелегальних наркотиків, вміти вести альтернативну діяльність при виникненні потягу до вживання ПАР, спонукати до участі у здоровій діяльності та участі в групах взаємодопомоги. Рекомендовані теми індивідуальних консультацій:

- ♦ «Залежність та її симптоми».
- ♦ «Люди, місця, речі».
- ♦ «Профілактика та лікування ВІЛ-інфекції».
- ♦ «Профілактика та лікування ТБ».
- ♦ «Вірусні гепатити: профілактика та лікування».
- ♦ «Життя з ВІЛ».
- ♦ «Структурування особистого часу».
- ♦ «Потяг до вживання наркотику».
- ♦ «Ситуації підвищеного ризику».
- ♦ «Соціальний тиск, що провокує вживання».
- ♦ «Вимушена сексуальна поведінка».
- ♦ «Вживання алкоголю, марихуани та інших наркотиків».

За потреби можуть проводитися консультації за схемою «пацієнт — члени сім'ї — спеціаліст із соціального супроводу», рекомендовані теми яких:

- ♦ «Взаємовідносини у сім'ї».
- ♦ «Встановлення миру в сім'ї».
- ♦ «Причини зриву людей, залежних від наркотичних речовин».
- ♦ «Зниження конфліктності у сімейній парі».
- ♦ «Допомога при втраті або розставанні з близькою людиною».
- ♦ «Методи ефективного виховання дітей та взаємодії з ними».
- ♦ «Проективні методи в індивідуальному консультуванні (за допомогою малюнків)».

Під час складання індивідуального плану соціальний працівник інформує пацієнта про проведення спільно з ним циклу інформаційних занять. Заняття проводяться не рідше ніж 1 раз на тиждень, за потреби — частіше. Тривалість

заняття — не менше 20 хвилин. При проведенні заняття фахівцю із соціального супроводу необхідно використовувати попередньо складений конспект на відповідну тему за такою формою:

ПЛАН - КОНСПЕКТ інформаційного заняття

Тема:

Розробив:

Інформаційна мета:

Виховна мета:

Вид заняття:

Місце проведення:

Матеріальне забезпечення:

Література, інструкції, посібники:

Навчальні питання:

1.

2.

3.

...

Заклучна частина:

Підведення підсумків, відповіді на запитання.

Заняття є обов'язковим елементом роботи з пацієнтом та підлягають відображенню у журналі обліку проведення інформаційних занять.

Рекомендовані теми занять:

- ♦ «Залежність та її симптоми».
- ♦ «Люди, місця, речі».
- ♦ «Профілактика та лікування ВІЛ-інфекції».

- ♦ «Профілактика та лікування ТБ».
- ♦ «Вірусні гепатити: профілактика та лікування».
- ♦ «Життя з ВІЛ».
- ♦ «Особистий час та його використання».
- ♦ «Потяг до вживання наркотику».
- ♦ «Ситуації підвищеного ризику».
- ♦ «Соціальний тиск, що провокує вживання».
- ♦ «Вимушена сексуальна поведінка».
- ♦ «Вживання алкоголю, марихуани та інших наркотиків».

Після консультації лікаря та заповнення необхідної медичної документації разом з фахівцем із соціального супроводу лікар заповнює розділ II (Інформація медичного характеру) індивідуальної карти надання соціальних послуг.

Під час первинної консультації мають бути зафіксованими соціальні проблеми пацієнта ЗПТ: відсутність стабільного фінансового забезпечення та житла, сімейні негаразди, неможливість належним чином забезпечити дитину (дітей), переслідування з боку міліції (перебування під слідством або судом), неможливість отримувати належне медичне лікування тощо. Для адекватного планування подальшої роботи з пацієнтом ЗПТ варто з'ясувати історію вживання наркотичних речовин і наявність попереднього досвіду лікування від залежності, рівень прихильності до лікування.

Однією з найбільш гострих проблем, з якими стикаються пацієнти ЗПТ, є відсутність соціальних зв'язків, повна їх дезадаптація в суспільстві, відсутність навичок конструктивного спілкування, дискримінація та стигматизація на підставі статусу споживача наркотиків. Тобто звичний спосіб життя та коло спілкування (активні СІН) часто є причиною повернення до вживання нелегальних наркотиків. А це призводить до зниження ефективності програми медико-соціальної реабілітації та значно збільшує ризик передозувань та притягнення до кримінальної відповідальності за нелегальний обіг наркотиків.

Необхідно навчити наркозалежного розпізнавати та уникати подразників, що призводять до вживання нелегальних наркотиків, вміти вести альтернативну діяльність при виникненні потягу до вживання ПАР, спонукати до участі у здоровій діяльності та участі в групах взаємодопомоги. Цей період триває в середньому протягом трьох місяців за умови, що пацієнт робить певні успіхи.

Порядок тем групових занять та індивідуальних консультацій може змінюватись у разі необхідності, але наведені теми є оптимальними:

- ♦ «Залежність та її симптоми».
- ♦ «Люди, місця, речі».
- ♦ «Структурування особистого часу».
- ♦ «Потяг до вживання наркотику».
- ♦ «Ситуації підвищеного ризику».
- ♦ «Соціальний тиск, що провокує вживання».
- ♦ «Вимушена сексуальна поведінка».
- ♦ «Симптоми, що спостерігаються тривалий час після відмови від наркотиків».
- ♦ «Вживання алкоголю, марихуани та інших наркотиків».
- ♦ «Що потрібно знати про ВІЛ/СНІД, ТБ, ВГ та інші захворювання, супутні вживанню наркотиків».
- ♦ «Участь у групах взаємодопомоги».

На початковому етапі лікування досить незначний відсоток пацієнтів ЗПТ працевлаштовані, тому особливо гостро стоїть питання щодо проведення ними вільного часу, оскільки до надходження в ЗПТ більшу частину свого часу вони витрачали на пошук наркотиків. Особливо важливим це є на даному етапі замісної терапії, коли проблема соціальної адаптації та ресоціалізації є найбільш значимим фактором, що перешкоджає успішній та ефективній медико-соціальній реабілітації СІН.

Переважно вирішенню даного питання сприяє створення центру безпечного денного перебування пацієнтів ЗПТ (ком'юніті-центр), у яких пацієнти ЗПТ можуть проводити дозвілля: спілкуватися між собою, дивитися телевізор, грати в настільні ігри, навчатися роботі на ПК, грати в комп'ютерні ігри, користуватися послугами Інтернет. Час, проведений у центрі безпечного денного перебування, — це час, протягом якого пацієнти не будуть вживати нелегальні наркотики та вчиняти неправомірні дії. Створення та підтримання діяльності таких центрів є предметом окремих благодійних грантів.

Також соціальній реабілітації та адаптації пацієнтів ЗПТ сприяє залучення найбільш активних пацієнтів ЗПТ до діяльності і роботи ВІЛ-сервісних НУО в якості волонтерів, а за умови придбання ними відповідних навичок та досвіду — в якості членів як мультидисциплінарних команд ЗПТ (консультанти «рів-

ний — рівному», консультант із питань хімічної залежності), так і інших проєктів зменшення шкоди (проєкти обміну шприців, аутріч-працівники).

Стабільні пацієнти

На підтримувальному етапі необхідно допомогти стабільним пацієнтам ЗПТ утримуватися від нелегальних наркотиків, вміти розпізнавати емоційні подразники, навчитися навичкам опанування проблемних ситуацій в житті без повернення до вживання та усвідомити процес зриву. Основні теми групових занять та індивідуальних консультацій для стабільних пацієнтів:

- ♦ «Інструменти запобігання зриву».
- ♦ «Ознаки рецидиву».
- ♦ «Стосунки у період одужання».
- ♦ «Перехід до життя, вільного від нелегальних наркотиків».
- ♦ «Духовність».
- ♦ «Сором та провина».
- ♦ «Особистий досвід».
- ♦ «Вади характеру».
- ♦ «Ідентифікація потреб та відповідь на них».
- ♦ «Опанування гніву».
- ♦ «Відпочинок та вільний час».
- ♦ «Робота та розподілення грошей».
- ♦ «Трансформація залежної поведінки».

Найпоширенішими соціальними проблемами пацієнтів, з якими вони приходять до ЗПТ, є:

- ♦ втрата документів (паспорт, свідоцтво про народження, військовий квиток тощо);
- ♦ відсутність постійного місця проживання;
- ♦ відсутність реєстрації (прописки) за останнім місцем проживання;
- ♦ відсутність постійного місця роботи;
- ♦ відсутність групи інвалідності, субсидії на комунальні послуги, допомоги по догляду за дитиною та ін.;
- ♦ низький рівень життя.

При цьому лише незначний відсоток людей із залежністю здійснює спроби відстоювати власні права самостійно або вдається до послуг юриста. Тому фахівцям із соціального супроводу подекуди доводиться займатися представництвом інтересів пацієнтів ЗПТ, захистом їхніх прав.

Актуальними соціальними послугами для пацієнтів ЗПТ на цій фазі лікування опійної залежності є:

- ♦ консультування пацієнтів з метою формування та контролю прихильності до АРТ, АМТБ, ПВТ;
- ♦ мотивування пацієнта ЗПТ до обстежень (з необхідною періодичністю) та лікування ВІЛ/СНІД, ТБ, ВГ;
- ♦ супровід пацієнта при його перенаправленні або переведенні до інших медичних закладів з метою обстеження та лікування;
- ♦ здійснення патронажного відвідання пацієнтів ЗПТ, які перебувають у лікувальних закладах, а за потреби — на дому;
- ♦ підтримка зв'язку з МДК супроводу АРТ та супроводу СІН з ТБ/ВІЛ;
- ♦ консультування з питань репродуктивного здоров'я (для жінок);
- ♦ сприяння в отриманні належних пільг, пенсії, допомоги та інших виплат, пов'язаних зі статусом пацієнта щодо ВІЛ-інфекції, ТБ/ВІЛ ко-інфекції та ін.;
- ♦ мотивування до працевлаштування;
- ♦ консультування з питань, пов'язаних із правом громадян на отримання соціальних послуг у державних, комунальних та недержавних установах;
- ♦ надання допомоги в підготовці і поданні скарг на діяння або бездіяльність закладів, установ, організацій, служб або їх робітників у разі, якщо вони порушують права пацієнтів у зв'язку з їх ВІЛ-позитивним статусом;
- ♦ надання допомоги у питаннях, пов'язаних із пенсійним забезпеченням;
- ♦ консультування з соціально-правових питань (цивільне, житлове, сімейне, трудове, адміністративне, кримінальне, конституційне право);
- ♦ надання юридичної допомоги в оформленні документів для працевлаштування, отримання паспорту та інших документів, що мають юридичне значення.

Частота зустрічей на цьому етапі може зменшуватись до 1–2 індивідуальних консультацій на місяць (у випадку, якщо пацієнт не планує найближчим часом виходити з ЗПТ).

Пацієнти, які готуються завершити участь у ЗПТ

Найчастіше пацієнти завершують участь у ЗПТ з наступних причин:

- ♦ адміністративна виписка (за порушення правил ЗПТ);
- ♦ за власним бажанням;
- ♦ успішне завершення ЗПТ.

Деякі пацієнти втомлюються від режиму ЗПТ, який вимагає невизначено тривалого прийому препаратів ЗПТ. Існує причина цього — в Україні пацієнти ЗПТ (за невеликим винятком) для прийому препарату зобов'язані щоденно з'являтися до кабінету ЗПТ.

Після досягнення необхідного індивідуального рівня комфорту та стабільності з налагодженою системою підтримки пацієнти можуть обрати поступове зниження дози препарату ЗПТ і завершити лікування. Можуть бути складені такі лікувальні плани, які дозволять повільно та щадно відійти від медикаменту і включати постлікувальне консультування протягом деякого, індивідуального для кожного пацієнта, періоду часу.

Ті пацієнти ЗПТ, які вирішили пройти курс детоксикації, дуже часто потребують допомоги і підтримки після завершення курсу. Ризик повернення до наркотиків після детоксикації достатньо високий, оскільки для рецидивів є чимало потенційних причин, серед яких:

- ♦ тривалі симптоми відміни;
- ♦ безсоння;
- ♦ вплив навколишнього середовища;
- ♦ контакти з активними СІН;
- ♦ стрес, тривоги, занепокоєння;
- ♦ низька самооцінка;
- ♦ депресія.

Пацієнт ЗПТ, який намагається завершити ЗПТ, потребує соціальної підтримки, щоб не піддатися небезпечним факторам і не повернутися до наркотиків у майбутньому. Більшість споживачів опіоїдів кілька разів проходили детоксикацію, перш ніж їм вдавалося на досить тривалий час відмовитися від прийому наркотиків.

Акцент у роботі з такими пацієнтами ЗПТ має ставитись на переадресації їх до проєктів зменшення шкоди, а при бажанні виходу пацієнта з ЗПТ — направ-

лення до реабілітаційних центрів та/або груп взаємодопомоги, орієнтованих на повну відмову від вживання ПАР (на кшталт Анонімних Наркоманів).

За відсутності у пацієнта можливості проходити реабілітацію альтернативою можуть бути специфічні підтримувальні сесії, що проводять фахівці із соціального супроводу кабінету ЗПТ з пацієнтами, які завершили ЗПТ, 1 раз на місяць після завершення ЗПТ. Мета цих сесій — нагадати пацієнту про його зобов'язання щодо одужання, запропонувати підтримку та зворотній зв'язок, допомогти утриматися на власному шляху одужання та бути пильним щодо симптомів рецидиву при виникненні кризових ситуацій.

На етапі детоксикації фахівцеві із соціального супроводу доводиться частіше зустрічатися з пацієнтом ЗПТ (1–2 індивідуальні консультації на тиждень), а наприкінці — провести заключну сесію щодо здобутків, отриманих під час лікування.

Найбільшій уваги фахівців із соціального супроводу потребують пацієнти, які зазнали адміністративної виписки за порушення режиму ЗПТ, оскільки вони зазвичай не проходять детоксикацію та поступове зменшення дози препаратів ЗПТ. З такими пацієнтами необхідно проводити до 3–5 індивідуальних консультацій на тиждень, а також — 3–4 підтримувальні сесії.

Підсумовуючи зазначимо, що фахівець із соціального супроводу у будь-якому випадку звернення пацієнта по допомогу повинен максимально забезпечити його необхідними умовами для позитивних зрушень з урахуванням колишнього досвіду.

Роль соціальних працівників у вирішенні конфліктних ситуацій, що виникають у кабінетах ЗПТ

Порушення пацієнтами загальноприйнятих норм поведінки та пов'язані з цим конфлікти — це скоріше норма, зважаючи на частоту випадків, тому правильна тактика поведінки членів МДК, а особливо фахівців із соціального супроводу є важливою складовою роботи в терапевтичних програмах і може суттєво поліпшити якість лікування, а також запобігти різноманітним ускладненням.

Найбільш поширені причини виникнення конфліктних ситуацій:

1. Відвідування кабінету ЗПТ у стані сп'яніння

Вживання ПАР та алкоголю зустрічається в ЗПТ досить часто, і тому важливо пам'ятати, що стан інтоксикації або сп'яніння може призвести до ускладнень.

Передусім мова йде про можливі передозування, які пов'язані з одночасним прийомом замісного препарату та будь-яких ПАР, які викликають пригнічення

нервової системи. Щодо метадону — такою речовиною є алкоголь, але може й інтоксикація іншими ПАР (барбітурати, бензодіазепіни). Навіть такий безпечний з точки зору передозувань препарат, як бупренорфін, також може призвести до фатальних наслідків у випадку його вживання разом із бензодіазепінами.

Іншою проблемою є поведінка пацієнтів, які перебувають під впливом ПАР або алкоголю. Часто вона є доволі деструктивною (агресія до персоналу та інших відвідувачів, насильницькі дії, створення зайвого галасу та порушення спокою навколишніх мешканців тощо). Також треба мати на увазі, що відвідання ЛПЗ у стані алкогольного сп'яніння часто може свідчити про те, що пацієнт не може контролювати прийом алкоголю у соціально прийнятних формах, що може бути першою ознакою розвитку синдрому залежності.

2. Порушення режиму лікувального закладу

Кожна установа, яка надає ЗПТ, розробляє свої правила, яких мають дотримуватись як пацієнти, так і медперсонал.

Пацієнти ЗПТ мають бути завчасно поінформовані про вимоги та наслідки порушення цих вимог. Важливо також, щоб і персонал був відповідно підготовлений, розумів специфіку роботи з наркоспоживачами та ставився до них із повагою та турботою, як до хворих, а не як до антисоціальних суб'єктів. Практика свідчить, що груба поведінка пацієнтів часто провокується нетолерантним та непрофесійним поведінням медичного персоналу.

Ключові пункти режиму та його дотримання пацієнтами входять до інформованої згоди, яку пацієнти підписують перед початком терапії.

3. Спроби виносу препарату

Причини, які призводять до цього порушення, можуть бути різноманітними. Це і намагання створити у себе «резервний залишок», і спроби допомогти близьким, які з тих чи інших причин не можуть потрапити у ЗПТ, і банальні намагання поправити своє матеріальне становище, продаючи препарат на нелегальному ринку. Незважаючи на те, які саме причини лежать в основі конкретної дії, спроби виносу препарату вважаються серйозним порушенням режиму, передусім тому, що це є порушенням кримінального кодексу. Винос препарату за межі кабінету ЗПТ і його зберігання може трактуватись як злочин, що веде до кримінального покарання (стаття 309 Кримінального Кодексу України). Якщо має місце збут винесеного препарату, то це тяжчий злочин, який карається за статтею 307 КК України. Навіть якщо ці факти не стали відомі правоохоронним органам, контакти з кримінальним середовищем можуть значно погіршити процес соціальної реабілітації пацієнта ЗПТ.

Незважаючи на можливість адміністративної виписки, пацієнти все одно намагаються виносити препарати ЗПТ, тому варто приділяти увагу заходам, які ускладнюють внос препаратів. Це може бути застосування рідких форм метадону або розчинних таблеток. Препарат у вигляді розчину, особливо низької концентрації (1мг у 1 мл), або розчин таблеток у достатній кількості води або апельсинового соку складніше винести, ніж пігулки.

У випадку прийому бупренорфіну важливою є організація роботи, що не допускає скупчення пацієнтів, які одночасно приймають препарат, у кабінеті. Таке скупчення може заважати спостереженню і дає зайві можливості вносу. Враховуючи, що бупренорфін повинен розсмоктуватись під язиком протягом певного часу, необхідно забезпечити перебування пацієнтів протягом цього часу у кабінеті ЗПТ. У деяких ЛПЗ практикують подрібнення пігулок бупренорфіну на частки або розтирають його у порошок. Подібна практика не є офіційною і достатньо дослідженою, хоча є окремі спостереження, які засвідчують відсутність суттєвих відмінностей у рівні препарату в сироватці крові при прийомі цілих таблеток, порівняно з подрібненими.

4. Агресія та насильницькі дії на адресу персоналу та інших пацієнтів робить процес ЗПТ небезпечним, що є абсолютно неприйнятним як з огляду персональної безпеки, так і з огляду безпеки ЗПТ в цілому. Агресією варто вважати також погрози на адресу персоналу як у самому ЛПЗ, так і поза його межами, відкрити демонстрацію холодної або вогнепальної зброї тощо.

Дуже важко скласти вичерпний список агресивних або насильницьких дій (тим більше, що часто інтерпретації подій учасниками конфлікту не збігаються, особливо у випадках відсутності прямої однозначної фізичної агресії). Такі речі, як бійки, застосування зброї, погрози вбивством, є абсолютно неприйнятними. З іншого боку, наприклад, нецензурна лайка може трактуватись як агресія, хоча може бути й звичайним проявом емоцій у людей, які частину життя провели за ґратами або в кримінальному середовищі. Звісно, це не підстава сприймати таке толерантно, але треба надати пацієнту певний час для корекції такої поведінки і залучити до цього процесу фахівця із соціального супроводу.

Випадки порушення безпеки повинні розглядатись МДК. Якщо у місті є ще один ЛПЗ, де надають ЗПТ, то варто перевести пацієнта у цей заклад для подолання конфлікту, особливо, якщо це сталося між пацієнтами. В інших випадках адміністративна виписка є цілком виправданим засобом захисту прав персоналу та пацієнтів.

5. Торгівля наркотиками або ПАР в ЛПЗ або на прилеглих територіях

Звичка заробляти собі на життя дрібною торгівлею наркотиками або ПАР при-
таманна деяким СІН. Це може стосуватися і пацієнтів ЗПТ з ряду причин (бор-
ги, примус дилерів, нестача коштів тощо). Фахівці із соціального супроводу не
можуть толерантно ставитись до цього явища, тому що це значно перешкоджає
лікувальному процесу та реабілітації. Навколо ЛПЗ створюється кримінальне
середовище, яке дискредитує ЗПТ в очах суспільства та може ускладнити жит-
тя тим, хто не причетний до цих оборудок.

З метою попередження таких випадків та створення перешкод для торгівлі
наркотиками та ПАР може бути встановлено відеоспостереження за місцями
очікування або входом до клініки. Цей відеонагляд повинен відповідати чин-
ному законодавству.

Якщо достеменно встановлено факт причетності пацієнта до торгівлі наркоти-
ками або ПАР, то фахівець із соціального супроводу через МДК виносить пи-
тання про його виписку в адміністративному порядку. Перед випискою необ-
хідно надати пацієнту можливість пройти прискорену детоксикацію.

6. Створення незручностей мешканцям навколишніх будинків

Вживання наркотичних речовин викликає сильні негативні емоції в суспіль-
стві, що призводить до стигматизації наркоспоживачів. ЛПЗ, де надають ЗПТ,
особливо якщо вони розташовані поблизу житлових будинків та місць від-
починку, а також якщо вони досить великі (понад 100 відвідувань на добу),
можуть викликати спротив місцевого населення. А надто, коли пацієнти ЗПТ
створюють незручності місцевим мешканцям (галас, нецензурна лайка, вжи-
вання алкоголю, тривале перебування в традиційних місцях відпочинку, пере-
шкодження паркуванню транспорту тощо). Скарги населення можуть суттєво
ускладнити роботу кабінету ЗПТ й навіть призвести до його закриття.

З метою запобігання таким ситуаціям до інформованої згоди або правил кабін-
ету ЗПТ може бути внесено пункт, який обмежує термін перебування пацієн-
тів в ЛПЗ тільки часом очікування, прийомом препарату та іншими заходами
медичного або соціального супроводу.

До цієї угоди можна додати мапу, де окреслена територія, яку треба залишити
відразу після виконання призначень. Організаторам охорони здоров'я треба
мати на увазі, що краще створювати приміщення для ЗПТ подалі від житлових
будинків, наприклад, на території лікарень або в адміністративних будівлях.

Систематичні порушення цього пункту згоди або обґрунтовані скарги насе-
лення на конкретних осіб, які створюють незручності, розглядаються на МДК і,
якщо така поведінка створює загрозу лікувальному процесу, може бути прий-
няте рішення про припинення надання ЗПТ даному пацієнтові.

Розділ 5. Психологічний супровід пацієнтів замісної підтримувальної терапії

Психологічний супровід пацієнтів замісної підтримувальної терапії здійснюється на підставі чинних в Україні законів та відповідно до чинних відомчих документів, що регламентують дані послуги.

Проблема залежності від психоактивних речовин (ПАР) складається з багатьох чинників і впливає на всі сфери життя як споживачів наркотиків, так і їх близького оточення. Процес формування синдрому залежності відбувається поступово. Спочатку формується соціальний рівень залежності. Потім формується психологічна потреба у переживанні особливих станів, потяг до наркотику або іншого предмету залежності, знижується можливість вольового контролю над поведінкою, прагненнями, вчинками. При вживанні психоактивних речовин виникає фізіологічна потреба, а згодом — фізична залежність, яка поглиблює комплекс проблем залежної людини, в результаті чого всі попередні порушення соціального і психологічного стану посилюються і набувають більш масштабного характеру. Внаслідок вживання ПАР організм виснажується, піддається ризику важких інфекційних захворювань, які згодом призводять до незворотних процесів в організмі.

Діагноз «залежність від ПАР» отримують люди, які мають сформований фізичний рівень залежності, але проблеми, з якими вони приходять, не обмежуються лише фізіологічними проявами. При складанні індивідуального плану лікування пацієнтів ЗПТ важливо враховувати не лише стан здоров'я, наявні проблеми соціальної і психологічної сфери у пацієнта, а також продумати послідовність виконання завдань та визначити ресурси, потрібні для виконання поставлених задач. Важливо реально оцінювати стан пацієнта і можливості персоналу МДК. Не варто підтримувати очікування, здійснити які немає можливості. Це викликає недовіру до персоналу та ЗПТ, а також породжує міфи, з якими важко боротися. Тому на початку роботи з пацієнтом необхідно розподілити його проблеми за рівнями структури залежності та сформулювати план роботи відповідно до потреб, запитів пацієнта і рівнів порушення його життєдіяльності. Це дасть можливість диференціювати роботу фахівців МДК і працювати у подальшому, використовуючи індивідуальний підхід до кожного пацієнта ЗПТ.

В роботі кабінету ЗПТ соціально-психологічну допомогу пацієнтам надають як професійні психологи, так і інші фахівці, залучені до надання послуг. Досить часто очікування пацієнтів і суспільства від роботи психолога не відповідають реальним можливостям і професійним задачам фахівців із супроводу ЗПТ. Через необізнаність люди часто плутають як фахову роботу психолога і психо-

терапевта, так і види професійної взаємодії з пацієнтами. Тому дуже важливо чітко розмежувати поняття про соціальну, психологічну, психокорекційну та психотерапевтичну допомогу. Кожен з видів такої допомоги має свої завдання, необхідні умови, методичні засоби, проблеми, на які він спрямований, та рівень відповідальності фахівця, який визначається професійною підготовкою фахівця (освіта, досвід) та його посадовими обов'язками. Діяльність ПСС у ЗПТ передусім спрямована на вирішення проблем соціального та соціально-психологічного характеру пацієнтів. Саме на них спрямовані заходи з ресоціалізації (тобто відновлення соціального добробуту) людей, які його втратили.

У посадові обов'язки психолога кабінету ЗПТ не входить проведення психотерапії для пацієнтів, але використання технік і методик, притаманних різним психотерапевтичним методам, дає спеціалісту змогу якісно виконувати свою роботу. Основною функцією психолога кабінету ЗПТ є надання пацієнтові необхідної інформації та стимулювання його активності для роботи над собою.

5.1. Психологічні послуги, які надаються пацієнтам замісної підтримувальної терапії (перелік, опис специфіки)

Відповідно до Стандарту надання соціальних послуг особам, які отримують замісну підтримувальну терапію агоністами опіоїдів, метою надання таких послуг є покращення життя та ресоціалізація пацієнтів ЗПТ. Задачі психологічної роботи з пацієнтами ЗПТ спрямовані на визначення і підтримку особистісних ресурсів пацієнтів, розвиток їхніх адаптивних вмінь і навичок для покращення інтеграції у суспільстві, врівноваження емоційно-вольової сфери, розширення адаптивних поведінкових стратегій у ситуаціях емоційного напруження, покращення навичок спілкування, налагодження стосунків у сім'ях тощо.

Згідно з вимогами та змістом проектів медико-соціального та психологічного супроводу пацієнтів ЗПТ основні завдання психологічної складової в роботі з пацієнтами полягають у:

- ♦ первинній оцінці психоемоційного стану пацієнта (одноразово перед включенням у ЗПТ та початком прийому ЗПТ);
- ♦ проведенні індивідуального психологічного консультування (багаторазово);
- ♦ плануванні участі пацієнта в груповій психокорекційній та/або груповій інформаційній роботі (багаторазово);
- ♦ проведенні консультування членів родини або партнерів учасника ЗПТ (багаторазово).

Також до плану роботи можуть бути включені інші задачі для ресоціалізації пацієнта, якщо фахівці із супроводу кабінету ЗПТ можуть сприяти їхньому виконанню або переадресувати таке виконання в інші заклади або організації.

На даному етапі роботи важливо чітко розподіляти відповідальність за виконання поставлених задач між пацієнтом і фахівцями МДК.

Первинна оцінка психоемоційного стану пацієнта

Первинна оцінка психоемоційного стану пацієнта проводиться психологом під час першого інтерв'ю. Під час бесіди психолог намагається створити довірливу атмосферу, ознайомитися з основними анкетними даними пацієнта, його сімейним станом, рівнем соціальної підтримки, звернути увагу на психоемоційний стан та рівень критичної оцінки реальності у пацієнта. Після прийому пацієнта в ЗПТ передусім увага приділяється стану фізичного здоров'я пацієнта (індукція), потім — гострим проблемам соціального забезпечення (немає де переночувати, за що купити їжу та ін.). Іноді фізичний та емоційний стан пацієнта не дозволяє проводити з ним повноцінне психологічне консультування. В такому разі досить знайомства та отримання анкетних даних. Після того, як стан пацієнта стабілізується, психолог може продовжити роботу — провести розширене інтерв'ю з ним, оцінити психологічний стан і скласти/доповнити індивідуальний план лікування, в якому будуть визначені основні задачі в роботі з цим пацієнтом (медичного, соціального і психологічного напрямку). Важливо, аби пацієнт брав активну участь у розробці плану своєї психосоціальної реабілітації та щоб цей план був з ним узгоджений.

Психолог може використовувати в роботі стандартизовані діагностичні тестові методики або проводити оцінку в форматі інтерв'ю.

Алгоритм надання послуги:

Послуга: Первинне психологічне консультування пацієнта ЗПТ при прийомі у ЗПТ.

Мета послуги:

- ♦ вивчення психологічного стану пацієнта;
- ♦ складання індивідуального плану соціально-психологічного та медичного супроводу пацієнта;
- ♦ створення сприятливих умов для подальшого сталого перебування пацієнта у ЗПТ;
- ♦ сприяння умовам для формування у пацієнта адекватної соціальної поведінки.

Місце надання послуги: кабінет психосоціального супроводу (або інше окреме приміщення) у межах кабінету ЗПТ.

Формат послуги: очне психологічне консультування.

Частота та тривалість надання послуги:

На етапі прийому у програму	На етапі індукції (підбору дози)	Стабільні пацієнти ЗПТ	На етапі виходу пацієнта із програми
Одноразово, при прийомі до програми. Тривалість — до 1 години.	—	—	—

Вимоги до персоналу, що надає послугу: послуга надається дипломованим («Психолог», «Практичний психолог», «Соціальний психолог» або «Медичний психолог») практикуючим психологом НУО (ЛПЗ), який здійснює психосоціальний супровід пацієнтів ЗПТ, відповідно до його функціональних обов'язків.

Опис послуги:

- ♦ загальна бесіда психолога з пацієнтом;
- ♦ оцінка психологічного стану пацієнта;
- ♦ складання разом із пацієнтом індивідуального плану психосоціальної реабілітації.

Очікуваний результат надання послуги:

- ♦ оцінка психологічного стану пацієнта;
- ♦ складання разом із пацієнтом індивідуального плану психологічної роботи;
- ♦ створення умов для успішного проходження етапу індукції (підбору дози препарату ЗПТ).

Звітність:

1. Заповнена форма індивідуального плану соціально-психологічного та медичного супроводу пацієнта.
2. Відповідний запис у журналі обліку проведення індивідуальних консультацій.

Психологічна структура залежної особи має у своєму складі особливості максимально покладатись на когось (або щось) іншого і перекладати на цього іншого відповідальність за себе і свої вчинки. Особистісна трансформація мож-

лива тоді, коли пацієнт починає усвідомлювати помилковість своїх суджень, очікувань та намагається змінювати свою поведінку. Саме тому потрібно довести до відома пацієнта, що від нього також залежить результат спільної роботи, і включити його до співпраці. Не варто підтримувати сподівання пацієнта, що хтось має виконати за нього роботу. Психологічна робота має бути спрямована на формування соціальної спроможності пацієнтів і утворення корисних поведінкових навиків.

Психологічне консультування

Традиційно психологічне консультування розглядається як процес, спрямований на допомогу людині у розв'язанні (у пошуках шляхів розв'язання) проблем і труднощів психологічного характеру. Психологічне консультування — це процес взаємодії двох чи більше людей у атмосфері довіри, коли спеціальні знання психолога спрямовані на надання психологічної допомоги в оперативному розв'язанні проблем пацієнтові чи групі пацієнтів, виявленні особистісних ресурсів чи створенні перспективних програм розвитку.

У процесі консультування психолог під час бесіди:

- ♦ допомагає пацієнтові зорієнтуватися у власних проблемах, визначитись, що є причиною, а що наслідком, знайти напрямок, у якому варто шукати вихід зі скрутної ситуації;
- ♦ звертає увагу на особистісні ресурси та здібності пацієнта, підкріплює впевненість, самооцінку пацієнта, що сприяє віднайденню нових можливостей для розв'язання проблем, мотивує пацієнта до позитивних змін.

Консультативна бесіда має два аспекти: діагностичний і психокорекційний.

Для діагностики психологові потрібно проаналізувати отриману інформацію про пацієнта і його ситуацію й визначити (ідентифікувати) проблеми, які змусили звернутися за допомогою. З'ясовуються причини й похідні джерела утворення й розвитку проблем пацієнта.

Корекційні задачі полягають у реалізації допомоги людині з використанням спеціальних прийомів і технік. Вони включають психологічну підтримку, оптимізацію психічного стану й актуалізацію власних ресурсів пацієнта. Ефективність цих засобів буде набагато вищою, якщо корекційна робота ґрунтується на результатах проведеної діагностики, яка спрямована на встановлення оптимальної форми допомоги (узгоджений план лікування).

Мета консультативної бесіди — виявлення проблем пацієнта, зміна ставлення пацієнта до своїх переживань, пошук альтернативних дій, переживань і думок, сприяння змінам у поведінці пацієнтів.

Критеріями успішно проведеного консультування будуть:

- 1) ослаблення напруженості пацієнта;
- 2) розширення репертуару когнітивних схем пацієнта;
- 3) зміна поведінки пацієнта за рахунок нового емоційного досвіду;
- 4) зміна формату переконань;
- 5) засвоєне або усвідомлене інше ставлення пацієнта до нових форм поведінки.

Результатом психологічного консультування пацієнтів ЗПТ є виховання або поновлення здатності до самопомогі, вирішення власних життєвих труднощів.

Алгоритм надання послуги:

Послуга: Індивідуальне психологічне консультування пацієнта ЗПТ.

Мета послуги:

- ♦ психологічна корекція стану пацієнта та його поведінки;
- ♦ складання та корекція індивідуального плану соціально-психологічного та медичного супроводу пацієнта;
- ♦ створення сприятливих умов для подальшого сталого перебування пацієнта у ЗПТ;
- ♦ сприяння умовам для формування у пацієнта адекватної соціальної поведінки.

Місце надання послуги: кабінет психосоціального супроводу (або інше окреме приміщення) у межах кабінету ЗПТ.

Формат послуги: очне психологічне консультування.

Частота та тривалість надання послуги:

На етапі прийому у програму	На етапі індукції (підбору дози)	Стабільні пацієнти ЗПТ	На етапі виходу пацієнта із програми
–	1–2 консультації, до встановлення лікувальної дози (до 15 хв.).	Багаторазово, але не частіше 1 разу на місяць або відповідно до плану роботи (від 10 до 30 хв.).	Відповідно до змін дози препарату або відповідно до плану роботи (від 10 до 30 хв.).

Вимоги до персоналу, що надає послугу: послуга надається дипломованим («Психолог», «Практичний психолог», «Соціальний психолог» або «Медичний психолог») практикуючим психологом НУО (ЛПЗ), який здійснює психосоціальний супровід пацієнтів ЗПТ, відповідно до його функціональних обов'язків у організації.

Опис послуги:

- ♦ загальна психокорекційна бесіда психолога з пацієнтом;
- ♦ оцінка психологічного стану пацієнта;
- ♦ складання або корекція разом із пацієнтом індивідуального плану психосоціальної реабілітації.

Очікуваний результат надання послуги:

- ♦ оцінка психологічного стану пацієнта;
- ♦ складений або відкорегований разом із пацієнтом індивідуальний план психологічної роботи.

Звітність:

1. Заповнені відповідні розділи індивідуальної карти надання соціальних послуг пацієнту ЗПТ.
2. Відповідний запис у журналі обліку проведення індивідуальних консультацій.

Групові методи психологічної роботи

Психологи кабінетів ЗПТ використовують також групові методи психологічної роботи: тренінги, семінари, лекції або інформаційні заняття, психокорекційні групові заняття. Різниця між ними полягає в методології проведення та формі активності учасників. Тренінг і психокорекційне заняття передбачають високу активність учасників, а лекції або інформаційні заняття — наявність інформаційних блоків, які готує ведучий. У форматі семінару-тренінгу вдало поєднується надання інформації та практичне її засвоєння і обговорення. Психокорекційні заняття також проводяться в інтерактивній формі, мають попередній план/тему проведення, але такий план є дуже умовним, тому що головним завданням такого заняття є не передача підготовленої інформації, а робота з актуальними переживаннями учасників, які неможливо попередньо занести в план. Проведення таких занять потребує від психолога серйозної професійної підготовки і навиків ведення груп.

Тренінги. В психологічній практиці тренінгова група визначається як збори індивідів, які зішлись з метою вивчення міжособистісних стосунків та групової динаміки, що породжується їхньою взаємодією.

Тренінгові групи (Т-групи, психокорекційні групи) — групова робота з пацієнтами ЗПТ, спрямована на розвиток конкретних вмінь, виявлення особистісних якостей, здібностей, навиків у спілкуванні, самопрезентації, комунікативної компетенції, стресостійкості, досвіду публічних виступів, проведення переговорів, вирішення конфліктів, підвищення впевненості в собі, розширення копінг-стратегій особистості. Об'єктом вивчення дії цієї групи є якості самих учасників — їхні вміння, переконання, властивості, установки, які проявляються у груповому спілкуванні. На таких тренінгах виконуються психокорекційні завдання, навчання учасників новим формам взаємодії.

При успішному проходженні етапів групового процесу в учасників формуються нові корисні навички соціальної взаємодії. Але така форма групової взаємодії дуже складна, потребує багато часу, не завжди отримує підтримку учасників. Треба відмітити, що психокорекційний ефект групової взаємодії є дуже високим, тому психологи кабінетів ЗПТ використовують і інші варіанти групової роботи.

Тренінг-семінар (або інформаційне заняття, лекція). Це форма інформаційної групової роботи, в рамках якої надається новий матеріал учасникам тренінгу. Така групова робота планується в часі, визначається тема заняття, мета проведення роботи, завдання, готується методичний матеріал по темі, в плані роботи передбачається час на обговорення запропонованого матеріалу учасникам зустрічі. На таких тренінгах також відбуваються процеси групової взаємодії, але вони не мають можливості розгорнутися повною мірою. Основною задачею тренера є передача нової інформації учасникам тренінгу, а не психокорекційна робота.

Тренінг для корекції певних навичок (тренінг асертивної поведінки, навиків спілкування). Задачею такої форми роботи є формування заявлених навичок поведінки. Відбувається за заздалегідь складеним планом, передбачає відпрацювання запропонованих вправ, участь у рольових іграх учасників та подальше їх обговорення в формі зворотного зв'язку або дискусії. Така форма роботи є ефективною в створенні нових форм поведінки, соціалізації пацієнтів. Передбачається план роботи, правила проведення групи, визначається час для проведення заходу.

Загальні збори учасників ЗПТ. На таких зборах обговорюються поточні проблеми, інформація про адміністративні зміни, нововведення, оголошуються розпорядження тощо. А також — повідомляється інформація від персоналу кабінету та вислуховуються учасники програми ЗПТ, погоджуються спільні дії

та розглядаються варіанти спірних питань. Складається протокол загальних зборів.

Алгоритм надання послуги:

Послуга: Групове психологічне консультування пацієнтів ЗПТ.

Мета послуги:

- ♦ психологічна корекція стану пацієнтів та їхньої поведінки;
- ♦ інформаційно-просвітницька робота з пацієнтами задля здійснення соціально-психологічного супроводу пацієнта;
- ♦ створення сприятливих умов для подальшого сталого перебування пацієнта у ЗПТ;
- ♦ сприяння умовам для формування у пацієнта адекватної соціальної поведінки.

Місце надання послуги: кабінет психосоціального супроводу (або інше окреме приміщення) у межах кабінету ЗПТ.

Формат послуги: групове психологічне або інформаційне консультування.

Частота та тривалість надання послуги:

На етапі прийому у програму	На етапі індукції (підбору дози)	Стабільні пацієнти ЗПТ	На етапі виходу пацієнта із програми
–	–	Багаторазово, але не частіше 1 разу на місяць або відповідно до плану роботи (від 30 хв. до 1,5 год.).	Відповідно до плану роботи (від 30 хв. до 1,5 год.).

Вимоги до персоналу, що надає послугу: послуга надається дипломованим («Психолог», «Практичний психолог», «Соціальний психолог» або «Медичний психолог») практикуючим психологом НУО (ЛПЗ), який здійснює психосоціальний супровід пацієнтів ЗПТ, відповідно до його функціональних обов'язків. Для здійснення даної послуги можуть бути запрошені інші спеціалісти.

Опис послуги:

- ♦ загальна інформаційна та/або психокорекційна бесіда психолога (або запрошеного спеціаліста) з групою пацієнтів;
- ♦ активна участь пацієнтів у проведенні заходу, інтерактивне обговорення запропонованої теми.

Очікуваний результат надання послуги:

- ♦ підвищення рівня обізнаності пацієнтів із запропонованих тем;
- ♦ покращення рівня соціальної взаємодії в групі пацієнтів;
- ♦ розкриття прихованих потенційних можливостей пацієнтів;
- ♦ підняття рівня самооцінки пацієнтів у результаті отриманих навичок.

Звітність:

1. Заповнена форма індивідуального плану соціально-психологічного та медичного супроводу пацієнта.
2. Відповідний запис у журналі обліку проведення групової роботи.

Консультування членів родини пацієнта ЗПТ або їхніх партнерів

На формування залежної структури особистості надзвичайно великий вплив має сімейна ситуація людини.

Психологічне консультування членів родин учасників ЗПТ є надзвичайно важливою частиною роботи з пацієнтами. Звернення родичів пацієнтів, як правило, переслідують мету негайно «вплинути на свого мучителя». Але цей самий «мучитель» є особливою складовою сімейної системи, взаємодоповнюючими елементами якої є інші члени родини. Сімейна система, як і будь-яка інша система, використовує різні засоби, щоб зберегти свою цілісність. Тому запит мами або дружини: «Зробіть з ним щось» не буде конструктивним. Працювати потрібно не лише з самим залежним, а і з членами його родини. Тому що справді якісні зміни залежної поведінки можливі лише за підтримки та корекції найближчого соціального оточення, яким і є сім'я. Члени такої родини є співзалежними, перебувають у складних, виснажуючих стосунках, але зазвичай не беруть участі у підтримці свого родича. Психологічна робота зі співзалежними членами родин пацієнтів ЗПТ спрямована на корекцію моделей поведінки «жертва — гонитель», «Я за все відповідаю, а він невдячний», що переходить у «Я в усьому винна» тощо.

Головною задачею психолога в роботі зі співзалежними є:

1. Вислухати з емпатією, але не долучатися до страждань.
2. Допомогти розгледіти деструктивний сценарій сімейних взаємодій і справжні ролі (очікування і вплив) учасників «гри».
3. Знову вислухати з емпатією, але не долучатися до страждань.
4. Допомогти знайти нову, більш ефективну, форму взаємодії та побудувати справжні, а не маніпулятивні стосунки.

5. Знову вислухати з емпатією, але не долучатися до страждань. Тому що обов'язково будуть зриви. Система намагається утримати свою цілісність.

6. Знову вислухати з емпатією, але не долучатися до страждань. Допомогти розгледіти позитивні зміни, підкріпити досягнення.

Традиційно співзалежність членів сім'ї розуміється як залежність дружини/чоловіка, дітей або батьків від того, хто вживає наркотики або алкоголь (той, кого називають залежним). Однак це тільки окремий випадок співзалежних стосунків. У широкому розумінні слова співзалежність — це емоційна залежність однієї людини від значимого для неї Іншого.

Виходячи з останнього визначення, ми можемо зробити висновок, що будь-які значимі стосунки породжують певну частку емоційної співзалежності, оскільки, впускаючи у своє життя близьких людей, ми обов'язково реагуємо на їхній емоційний стан, так чи інакше пристосовуємося до їхнього способу життя, смаків, звичок, потреб. І це справді так. Однак у так званих «здорових», або зрілих, стосунках завжди залишається досить великий простір для задоволення своїх власних потреб, для досягнення власних цілей і індивідуального росту особистості, що, як відомо, зберігає здоров'я і життєздатність винятково в процесі розвитку.

У стосунках же, які ми називаємо співзалежними, простору для вільного розвитку особистості практично не залишається. Життя людини повністю поглинається значимим Іншим. І в таких випадках співзалежний живе не своїм, а Його життям. Співзалежна людина перестає відрізняти власні потреби й цілі від цілей і потреб коханого. У неї немає власного розвитку: її думки, почуття, вчинки, способи взаємодії й рішення рухаються по замкнутому колу, циклічно й неминуче повертаючи людину до повторення тих самих помилок, проблем і невдач.

Основними ознаками співзалежності є:

- ♦ низька самооцінка;
- ♦ компульсивне бажання контролювати життя інших;
- ♦ постійне бажання піклуватися про інших.

Незважаючи на високу складність роботи з сім'єю, така діяльність вкрай потрібна. Психологу необхідно використовувати всі можливі заходи для розширення практики роботи зі співзалежними.

Умови для зменшення співзалежності:

- ♦ усвідомлення проблеми;
- ♦ аналіз отриманої прихованої вигоди від того, що відбувається;

- ♦ бажання змінитися;
- ♦ робота над собою;
- ♦ участь у терапевтичній групі допомоги, консультації з психологом.

Алгоритм надання послуги:

Послуга: Консультування членів родини пацієнта ЗПТ або їхніх партнерів.

Мета послуги:

- ♦ психологічна корекція стану пацієнта та взаємостосунків між членами родини або партнерами;
- ♦ інформаційно-просвітницька робота з пацієнтом, членами його родини або партнерами задля здійснення соціально-психологічного супроводу пацієнта;
- ♦ створення сприятливих умов для подальшого сталого перебування пацієнта у програмі ЗПТ;
- ♦ сприяння умовам для формування у пацієнта адекватної соціальної поведінки;
- ♦ сприяння встановленню доброзичливих стосунків у сім'ях пацієнтів програми ЗПТ;
- ♦ сприяння створенню нових сімейних стосунків та поновленню родинних зв'язків.

Місце надання послуги: кабінет психосоціального супроводу (або інше окреме приміщення) у межах кабінету ЗПТ.

Формат послуги: сімейне психологічне чи інформаційне консультування або групова психокорекційна робота.

Частота та тривалість надання послуги:

На етапі прийому у програму	На етапі індукції (підбору дози)	Стабільні пацієнти ЗПТ	На етапі виходу пацієнта із програми
За потреби пацієнта.	За потреби пацієнта.	Багаторазово, але не частіше 1 разу на місяць або відповідно до плану роботи (від 30 хв. до 1,5 год.).	Відповідно до плану роботи (від 30 хв. до 1,5 год.).

Вимоги до персоналу, що надає послугу: послуга надається дипломованим («Психолог», «Практичний психолог», «Соціальний психолог» або «Медичний психолог») практикуючим психологом НУО (ЛПЗ), який здійснює психосоціальний супровід пацієнтів ЗПТ, відповідно до його функціональних обов'язків у організації.

Опис послуги:

- ♦ загальна інформаційна та/або психокорекційна бесіда психолога з членами родини пацієнта;
- ♦ активна участь пацієнтів у проведенні заходу, інтерактивне обговорення запропонованої теми.

Очікуваний результат надання послуги:

- ♦ покращення родинних стосунків у сім'ях пацієнтів;
- ♦ покращення рівня соціальної взаємодії в родині пацієнта;
- ♦ розкриття прихованих потенційних можливостей у взаємодії родини пацієнта.

Звітність:

1. Заповнена форма індивідуального плану соціально-психологічного та медичного супроводу пацієнта.
2. Відповідний запис у журналі обліку проведення сімейного консультування.

5.2. Особливості надання психологічних послуг пацієнтам із подвійним (наркозалежність + ВІЛ-інфекція, наркозалежність + ТБ, наркозалежність + гепатит В/С) та потрійним (наркозалежність + ВІЛ-інфекція + ТБ/гепатит В/С) діагнозами

Велика кількість пацієнтів ЗПТ внаслідок ризикованої поведінки мають важкі супутні наркозалежності захворювання на ВІЛ/СНІД, та/або туберкульоз, та/або гепатити В/С. Це соціально небезпечні захворювання, які можуть впливати на якість життя та призвести до смерті, тому цілком справедливо викликають багато страху і переживань у людей. Піковими моментами напруження у пацієнтів щодо свого життя є період перед або відразу після встановлення діагнозу, в ситуаціях, коли: потрібно розкрити свій статус перед близькими; повторні дослідження виявляють погіршення стану здоров'я; виникають інші життєві труднощі. Важкі діагнози потребують додаткової уваги при плануванні психологічної роботи з пацієнтами ЗПТ. Спектр послуг, які надаються пацієнтам

з подвійним або потрійним діагнозом, визначено в Стандарті надання соціальних послуг з догляду і підтримки для людей, які живуть з ВІЛ/СНІД.

В ЗПТ такі пацієнти мають можливість отримати психологічну підтримку під час індивідуального та/або групового психологічного консультування, взяти участь у груповій психокорекційній та/або інформаційній роботі, пройти сімейне психологічне консультування разом із членами своєї родини або партнерами.

З пацієнтами ЗПТ, які мають подвійний або потрійний діагноз, під час психологічної роботи потрібно планувати додаткові інформаційні блоки про способи контролю над розвитком хвороби, про формування у ЛЖВ нових навичок безпечної поведінки щодо запобігання повторному інфікуванню ВІЛ, розвитку ВІЛ-інфекції в СНІД, передачі ВІЛ-інфекції іншим особам. Також потрібна особлива психологічна підготовка ЛЖВ до можливого розкриття ВІЛ-позитивного статусу близькому оточенню у зв'язку із розвитком захворювання. Така робота проводиться відповідно до запиту і потреб пацієнта. Її не можна пришвидшувати або нав'язувати. Особливу увагу в роботі з такими пацієнтами потрібно приділити принципам конфіденційності, емпатії і прийняття. Робота з граничними переживаннями потребує від спеціаліста додаткових душевних зусиль, часто стає причиною професійного вигорання. Тому важливо співвідносити свої можливості і запит пацієнта. Вміння знайти баланс у такій роботі є ознакою професіоналізму.

В темах індивідуального і групового консультування потрібно приділяти увагу формуванню у пацієнтів прийняття свого статусу, прихильності до діагностики і лікування, позитивного ставлення до довготривалого лікування, навичок безпечної поведінки, прихильності до лікування АРВ-препаратами, навичок збереження якості життя, працездатності. З особливою увагою необхідно ставитись до формування психотерапевтичних груп, тому що при порушенні правила конфіденційності є загроза розкриття статусу учасників. У випадках, коли психотерапевтична група працює у відкритому форматі, потрібно додатково робити оголошення про профілактичну мету заходу.

Пацієнти по-різному можуть переживати інформацію про свою хворобу, але завжди є ризик гострих, непередбачуваних реакцій. Іноді така реакція може бути миттєва, віддалена у часі, демонстративна, може не проявитися, залишитись прихованою. Такі переживання зазвичай досить тривалі, а з часом можуть трансформуватися в стан зібраності (спрацьовують копінг-стратегії) або, навпаки, людина втрачає свої життєві здобутки, перетворюється на «овоч» або озлоблюється.

Особливість гостроти переживань пацієнтів ЗПТ стосовно подвійних або потрійних діагнозів в тому, що вони починають переживати свою неминучу смерть ще до того, як ця загроза стає невідворотною. Саме перебування у стані

постійної, неминучої загрози смерті позбавляє людину життєвих сил, впевненості, надії та здатне перетворити життя на жахіття. Такий стан називається передбачуванним горем. Навіть сильні духом люди можуть втрачати рівновагу. Наркозалежні пацієнти мають психологічну структуру особистості, яка без додаткової підтримки навряд чи зможе подолати таке випробування. За умов успішної тривалої психологічної роботи багато хто з таких пацієнтів стає хорошим помічником персоналу в роботі з іншими пацієнтами, котрі нещодавно дізналися про свій діагноз. Пацієнти-волонтери можуть надавати підтримку та ділитися власним досвідом опанування ситуації. Але таких помічників потрібно ще «виросувати», і це є ще однією формою роботи психолога кабінету ЗПТ. Перетворитися з отримувача допомоги у волонтера — це досить вагомий внесок у процес підняття своєї самооцінки для наркозалежної особистості. Користь від такої роботи важко переоцінити, тому що довіра до людини, яка сама здолала подібну проблему, буде вищою, ніж до «теоретика».

У своїй діяльності психолог обов'язково має керуватись Етичним кодексом психолога, відповідною нормативно-правовою базою, дотримуватися заходів безпеки, не ставити нереальних завдань собі та не давати хибних надій пацієнтам.

5.3. Специфіка надання психологічних послуг різним групам пацієнтів ЗПТ

Потенційні пацієнти ЗПТ

Фахівці програм зменшення шкоди та волонтери із числа пацієнтів доносять до потенційних пацієнтів ЗПТ інформацію про переваги та умови перебування у ЗПТ. Нині головні ідеї та завдання стратегій зменшення шкоди відомі зацікавленому середовищу наркозалежних людей. Але існують також багато міфів, нездійснених надій, очікувань чарівного зцілення або відвертих маніпуляцій зі сторони наближених до проблематики наркозалежності людей. Досить часто потенційним пацієнтам ЗПТ важко відділити правду від вигадок. І цікавлять їх переважно власні вигоди від потрапляння в ЗПТ. Психологічна робота в даному випадку переважно зосереджується в межах надання достовірної інформації щодо ЗПТ. Зазвичай пацієнти не мають відомостей про останні організаційні досягнення (рецептурна видача, можливість переадресації пацієнта в інші міста та ін.). Тому головною темою їхніх заперечень є: «Я не хочу бути на прив'язі» або щось подібне.

Нові пацієнти ЗПТ приходять за рекомендаціями своїх знайомих, родичів і друзів, котрі розпочали замісну підтримувальну терапію раніше, іноді їх приводять батьки або рекомендують участь у ЗПТ інспектори кримінально-виконавчої служби чи переадресовують до кабінетів ЗПТ лікарі інших медичних

закладів тощо. Але непрофільні фахівці не завжди можуть надати потенційним пацієнтам достовірну та професійну інформацію про замісну підтримувальну терапію. Ефективно щодо залучення нових пацієнтів працюють програми, розроблені на основі моделі PDI (peer-driven interventions), наприклад, GPS (GUIDE to point of services), де інформація про ЗПТ надається спеціально навченими людьми із числа пацієнтів ЗПТ. Також пацієнтами ЗПТ часто стають пацієнти інших проектів зменшення шкоди із числа СІН, які приходять у кабінети ЗПТ по переадресації.

Задача психолога — надати правдиву інформацію щодо можливостей та існуючих обмежень замісної підтримувальної терапії, показати особистісні вигоди від участі в ЗПТ, допомогти зважити усі «ЗА» і «ПРОТИ». Бесіда будуватиметься у сфері інтересів та вигод потенційного пацієнта ЗПТ. У такій роботі потрібно бути дуже уважними до того, що і як зрозуміли слухачі. Повідомлення психолога мають бути максимально простими і короткими. Як правило, така бесіда триває недовго, оскільки пацієнти нечасто можуть тривалий час фокусувати свою увагу. Якщо затягнути час спілкування, то це може викликати зворотній ефект. Краще приділити більше часу соціальним темам. Бажано, щоб спілкування на психологічні і соціальні теми проводили різні фахівці, аби у пацієнтів формувалось уявлення про різні види допомоги.

Працюючи з пацієнтами ЗПТ, психолог використовує в роботі концепцію мотиваційного консультування (МК).

В бесіді з потенційними пацієнтами замісної підтримувальної терапії психолог має діагностувати, на якій стадії змін перебуває його співрозмовник. Якщо пацієнт прийшов у стадії переднаміру, то дуже мала ймовірність того, що він готовий до реальних змін. У такому випадку краще надати йому можливість просто побути в центрі допомоги, відчутти атмосферу. Можливо, він захоче прийти знову. Якщо ж пацієнт має намір змінювати своє життя, але не знає, як це зробити, потрібно підтримати його намір, допомогти перейти до активних дій. Основними ознаками бажання потенційного пацієнта прийти в ЗПТ будуть питання про те, що зробити і куди прийти. Важливо, щоб фахівець із соціального супроводу довів пацієнта до лікаря, допоміг йому виконати обов'язкові вимоги для прийняття у ЗПТ, тобто проявити командний підхід до роботи у МДК.

Нові пацієнти

Відразу після прийняття пацієнта в ЗПТ приділяти багато часу психологічній роботі не доцільно, оскільки пацієнт ще перебуває у стані індукції, йому фізично важко переживати свій стан. І якщо психолог буде намагатися надмірно з ним працювати — це швидше викличе роздратування і недовіру. Тому на цьому етапі досить знайомства, отримання основної інформації про пацієнта і запрошення до подальших зустрічей. Після перебування пацієнта в програмі 2–4 тижні вже можна планувати регулярні зустрічі з ним, індивідуальну і

групову роботу. В інтерв'ю потрібно з'ясувати, на який вид допомоги в пацієнта є першочерговий запит. Дуже важливо проявити увагу саме до нагальних потреб — соціальних чи медичних. Усвідомлення психологічної допомоги, як правило, приходить пізніше. З новими пацієнтами потрібно проводити багато інформаційної роботи, під час якої поступово залучати їх до психокорекційних заходів. Якщо психолог отримує кредит довіри у пацієнта в цей період, то подальша робота може бути результативною. Не треба поспішати, важливо створити надійний контакт. Дуже добре, якщо нового пацієнта будуть підтримувати стабільні пацієнти ЗПТ.

З новим пацієнтом потрібно спланувати його участь у психокорекційній роботі, в інформаційних заняттях, з'ясувати інтерес і потребу в психологічній роботі з членами родини пацієнта. Психолог робить свої висновки на основі проведеної психодіагностичної бесіди з пацієнтом та на основі проведених тестових випробувань, які психолог обирає, керуючись індивідуальними потребами пацієнта. На даному етапі виникає багато запитань щодо нестабільності фізичного самопочуття, невідповідності очікуванням, перепадів емоційного стану, проблем із рідними. Людина ще довго може відшукувати свою фізичну і емоційну рівновагу. У цей період важливо підтримати пацієнта та сприяти покращенню самооцінки. Це стає добрим ресурсом для утримання і стабілізації стану пацієнта.

Стабільні пацієнти

Ті пацієнти, які знайшли власну рівновагу в соціальному, фізичному і психологічному стані, можуть вважатися стабільними. Але це не означає, що у них ніколи не може відбутися рецидив та що з ними не потрібно проводити певну психологічну роботу для утримання стабільності. Така робота буде спрямована на підтримку досягнутих результатів у житті пацієнта, пошуки нових задач і можливостей. Стиль спілкування психолога з такими пацієнтами може бути партнерським, адже вони справді стають експертами в своїй життєвій ситуації, можуть допомагати і приносити важливі і доцільні рішення в складних питаннях роботи кабінету ЗПТ. Якщо пацієнти «доростають» до таких рішень, фахівці із супроводу кабінетів ЗПТ можуть вважати свою роботу успішно виконаною. Проте у процесі змін може трапитися зрив, але не потрібно впадати у відчай.

Кожному пацієнтові для стабілізації потрібна різна кількість часу, тому про надійну стабільність ми зможемо говорити тільки після кількох років лікування. Навіть значне покращення стану здоров'я не є достатнім показником загальної рівноваги стану пацієнта. Лише після того, як соціальна ситуація пацієнта стабілізується, а його психічна сфера не буде підпадати під різні дестабілізуючі впливи, ми зможемо назвати його стан стабільним. Часто пацієнти бажають завершувати лікування, позбувшись гострого бажання вжити наркотик негайно. Далеко не всі пацієнти ставлять для себе завдання впорядкувати своє соці-

альне життя, взяти відповідальність за нього на себе, а не очікувати постійної допомоги ззовні. Це їхній вибір. Багатьом досить приходити вчасно, отримувати препарат і не шукати додаткових «пригод». Це теж є певний рівень стабільності, досягнення якого є добрим результатом. З такими пацієнтами продовжується психологічна робота на утримання досягнутих результатів, підтримку та розширення сфери їхніх інтересів. У процесі групової роботи з'являються спеціалізовані теми, які важко запланувати психологові заздалегідь. Такі теми пропонують самі пацієнти. Вони стосуються культурного, історичного та політичного змісту. Поступово психологічна робота за своєю специфікою стає клубною. Задача психолога відстежувати загальне спрямування цієї роботи, підтримувати успішність, допомагати пацієнтам стверджуватись у соціальних навиках.

Пацієнти, які готуються завершити участь у ЗПТ

Кожен пацієнт ЗПТ має право сам визначати термін свого лікування. Проте його суб'єктивне сприйняття свого стану може не відповідати медичним висновкам, але затримувати або виписувати пацієнта з програми без особливих показів (порушення режиму, агресивна поведінка) ніхто не має права.

Якщо пацієнт сам вирішує закінчити участь у ЗПТ, він заздалегідь повідомляє про це персонал. Лікар-нарколог за схемою знижує дози препаратів ЗПТ, а фахівці із соціального супроводу мають у цей час провести завершальний етап із психосоціального супроводу такого пацієнта.

Результат лікування оцінюється за показниками соціальної стабільності — цей результат можна виміряти у фактах реального життя пацієнта, а також у прихованих даних. Мова йде про суб'єктивне сприйняття пацієнтом його життя, здатність брати і нести відповідальність, утримуватися від надміру емоційних рішень, знаходити вихід зі складних ситуацій та, найголовніше, — не повертатись до вживання наркотиків. Саме зміни такого порядку будуть говорити про успішно пройдений курс лікування і ресоціалізації. Але це дуже високий рівень вимог до результатів лікування, який навряд буде виконаний пацієнтом у повному обсязі. Фахівці команди МДК мають із розумінням поставитися до рішення пацієнта про виписку.

У випадку, коли пацієнт хоче завершити лікування, повідомляючи про успішне вирішення своїх проблем, психолог проводить із ним індивідуальне консультування, під час якого потрібно пересвідчитись щодо глибини мотивації такого рішення. Іноді пацієнти після довготривалого лікування просто втомлюються від щоденного відвідування кабінету ЗПТ, відчуття прив'язаності. Вони не завжди цілком впевнені в надійності свого стану, але готові ризикувати. Відмовляти їх не слід, потрібно звернути увагу на сильні сторони їх особистості, підкріпити бажання «вирватись», але не обіцяти легких шляхів подолання залежності. Важливо дати пацієнтові впевненість, що в разі потреби він завжди

зможе звернутись у програму зменшення шкоди або повернутися в ЗПТ. Задача психолога в такій ситуації — підтримати бажання пацієнта жити нормальним життям, укріпити його самооцінку, але не підштовхувати до передчасних рішень. Надійний контакт із такими пацієнтами дає змогу підтримувати їхню впевненість у правильності обраного ними шляху.

В ситуаціях, коли пацієнти змушені завершувати участь у ЗПТ через складні обставини (загроза ув'язнення, переїзд в інше місто, де немає ЗПТ, інші надзвичайні ситуації), також складається план поступового зменшення дози препарату та проводиться підтримка пацієнта в його рішенні. Навіть якщо психолог не впевнений у своєчасності такого рішення, пацієнт має право на свою думку. В індивідуальній роботі важливо підкріпити сильні сторони особистості, звернути увагу на наявні ресурси і можливості пацієнта, підказати адреси організацій, які надають допомогу наркозалежним. Надзвичайно важливо, аби пацієнт пішов із відчуттям «відкритих дверей» у разі його повернення.

Не завжди виходить провести консультування пацієнтів, які були адміністративно виключені із ЗПТ. Такий розрив відбувається, як правило, дуже стрімко внаслідок серйозного порушення ними правил ЗПТ. У таких випадках немає сенсу вмовляти людину подумати над своєю поведінкою. Дисципліна та правила повинні дотримуватись усіма учасниками без винятку. При порушенні домовленостей одним іншим пацієнти дуже швидко переймають приклад, і повернути загальну дисципліну буде дуже важко. У цьому разі пацієнту потрібно повідомити про можливість отримати допомогу в інших організаціях, котрі надають послуги в діючих програмах зменшення шкоди. Через деякий час такі пацієнти можуть повернутись у ЗПТ, якщо цьому нема протипоказань.

5.4. Специфіка надання психологічних послуг рідним та близьким пацієнтів ЗПТ для забезпечення підтримки ними пацієнтів, утримання їх в ЗПТ та підвищення її ефективності

Залежність не може існувати сама по собі. Для того, щоб хтось був залежним, йому потрібно від когось або від чогось залежати. Всі люди народжуються залежними від тих, хто їх народив. Така природа людства. Але по мірі дорослішання маленька людина починає поступово вчитись бути незалежною, тобто вміти обходитись без помічника. Якщо помічник з якихось причин «не відпускає» самостійність дитини, з часом у цієї дитини утворюється залежна структура особистості, яка буде завжди шукати собі надмірну підтримку в чомусь або в комусь.

Пацієнти ЗПТ є залежними не лише від наркотику, вони проявляють ознаки залежності в соціальному середовищі, в стосунках, в їжі тощо. Для підвищення ефективності роботи ЗПТ та якості життя пацієнтів необхідно створювати умо-

ви для психологічної роботи з рідними та близькими учасників програми. Така робота надзвичайно важка і клопітка, вона не може давати швидких результатів, але без неї неможливо досягти надійних результатів. Пацієнти зазвичай з дитинства звикли перекладати відповідальність на когось, перебувати «під патронатом». В цьому сенсі мало що змінюється, але, проводячи просвітницьку і тренерську роботу з родинами наркозалежних, ми маємо можливість спрямувати і направити підтримку в конструктивне русло. Задача психолога — не перейняти відповідальність на себе, а перерозподілити права і відповідальність за їхнє життя між залежним і співзалежними членами родини. Відсутність балансу між правами та обов'язками в таких родинах є однією із головних проблем їхнього існування. В перспективі отримане в результаті психологічної роботи вміння допоможе учасникам ЗПТ влаштовувати і свої родинні стосунки та впорядковувати існувачі.

Для повноцінного існування сім'ї потрібно мати територію, на якій вона буде жити. Поділяючи фізичну територію, люди також поділяють між собою і психологічну територію, тобто — зону взаємодії. Для можливості гармонійного розвитку потрібна «вільна зона», в якій можна проявляти свої творчі знахідки, самореалізовуватися. Спільна зона несе в собі одночасно і деструкцію, і комфорт.

Близькі наркозалежних змушені жити в умовах, які сприяють постійно наростаючому стресу. Неможливість контролювати ситуацію, перебування в постійному страху, почуття провини, сорому; відчуття безсилля, що виникає при кожній думці про те, що близька людина гине на їхніх очах, а також хронічно присутня фінансова криза, в яку вводить сім'ю наркозалежний, — все це призводить до значної деформації психіки будь-кого. У випадку, якщо ця людина схильна створювати співзалежні стосунки, подібне оточення веде до посилення й загострення всіх невротичних рис і домагань. І якими б особливостями характеру не була наділена людина, пов'язана з наркозалежним, вона буде постійно відчувати себе жертвою й рятувальником одночасно.

Для роботи психолога був би ідеальним випадок, коли співзалежний розуміє свою власну роль у створенні та розвитку деструктивних стосунків та повністю готовий активно і слухняно виконувати рекомендації, діяти в цілях конструктивних змін. Очікування співзалежної мами або дружини перебувають в площині: «ВІН (залежний) все сам зрозуміє і зміниться». За очікуванням сценарієм психолог має бути в ролі глядача страждань, виражаючи співчуття та увагу, або ж психолог має щось зробити, аби ВІН змінився в потрібному жертві напрямку.

В інших випадках рідні беруть на себе не тільки відповідальність, а і право вирішувати всі без винятку питання замість свого «незграби». В психологіч-

ній роботі вони дуже швидко починають диктувати психологові ті стратегії та методи, які вони вважають потрібними. Як правило, це силові методи, які поглиблюють проблему залежності. Саме завдяки подібним стратегіям сім'ї опиняються у скрутних ситуаціях. Очікувана роль психолога — виконати замовлення і не втручатись у те, про що не питають. Якщо психолог не виконує запропоновану роль, то отримує звинувачення в непрофесіоналізмі. Хоча саме професійна задача психолога полягає в тому, щоб не підтримувати неефективні способи існування сім'ї.

В таких випадках психологові потрібно створити умови, при яких в родині почнуть встановлюватись стосунки, спрямовані на формування прямої комунікації, взаємної поваги, розуміння і довіри. Консультування таких сімей проходить важкі етапи звинувачень, образ, розпачу. Задача психолога полягає в допомозі сім'ї знайти спільне розуміння своїх особливостей, проблем, шляхів виходу та функціональних розподілів ролей і обов'язків.

У ситуаціях, коли в сім'ї залежними є кілька чоловік, психологічна робота також спрямовується на перерозподіл прав і обов'язків та методи ефективного їх виконання. В таких сім'ях дуже багато болю, образ, зневаги і тісної прив'язаності один до одного. Як правило, проблема залежних сімей — це проблема не одного покоління. Це не означає, що залежність передається у спадок, але діти в сім'ях залежних отримують соціальний рівень залежності змалечку, сприймають його як норму, і такі переконання важко піддаються конструктивним змінам. Причина «живучості» співзалежних моделей поведінки — в спадкоємності поколінь, в переході норм, догм, обмежень, правил взаємодії між родичами, які діти переносять в свої сім'ї, навіть якщо самі страждали від подібного. В психологічній роботі потрібно «розгледіти» ці особливості і розірвати шаблон поведінки, вибудувати нові форми взаємодії між членами родини.

Цілком можливо, що хтось із близьких пацієнтів отримав свою співзалежність внаслідок входження в родину залежних, ятрогеній та інших трагічних ситуацій. Ці люди також потребують психологічної корекції після тривалого перебування в травмуючому середовищі. Робота з ними може давати більш надійні та швидкі результати внаслідок меншої «глибини» пошкодження особистісної структури.

Психологічна робота з членами родин або партнерами пацієнтів ЗПТ відбувається в форматі сімейного консультування або групової психокорекційної/інформаційної роботи, в якій беруть участь кілька сімей. Можливість спілкування з людьми, у яких є подібні проблеми, має додаткові ресурси, але потребує від психолога вміння професійного ведення групової роботи, аби таке спілкування не перетворилося на звичний співзалежним учасникам «викид» взаємних звинувачень.

5.5. Методи надання психологічних послуг щодо гармонізації особистості та покращення якості життя пацієнтів ЗПТ

В організації психологічної роботи, спрямованої на гармонізацію особистості пацієнта (формування адекватної самооцінки та рівня намагань, стабілізація рівня тривожності, нівелювання конфліктогенних акцентуацій характеру тощо), що є базовою основою і для покращення якості його життя, ключовим фактором буде те, якими вміннями і навичками володіє психолог. Професійна підготовка передбачає не лише вищу психологічну освіту, а і додатково отримані навички консультування відповідно до певних психотерапевтичних напрямків. Кожен із методів психотерапії має свою теорію, досвід практичного застосування, набір технік і методик. Для психологічної роботи з пацієнтами ЗПТ використовують мотиваційне консультування, методики когнітивно-поведінкового методу, пацієнт-центрованого підходу, техніки і методики символдрами, психодрами, системно-сімейної терапії, техніки арт-терапії, гештальту та медитативні техніки. За умови майстерного володіння психологом іншими методами та методиками їх також вибірково можна застосовувати у роботі, але потрібно пам'ятати про певні особливості організації процесу надання допомоги для пацієнтів ЗПТ, які дещо обмежують професіонала у виборі методик. Варто також зауважити, що використання методів психологічного впливу без ґрунтового знайомства з їхніми теорією і практикою може негативно вплинути як на пацієнтів, так і на самого фахівця.

Психологічна робота з пацієнтами замісної підтримувальної терапії розпочинається з діагностики їхнього психологічного стану, яка проводиться психологом під час інтерв'ю (бесіди), та може включати проведення певних психологічних методик — тестів. Для достовірності отриманих результатів бажано використовувати стандартизовані методики, результати котрих мають певну шкалу стандартних відхилень і показують діапазон варіантів норми психічного стану. Психолог сам обирає потрібні методики відповідно до тих проблем, про які він здогадується або про які заявляє пацієнт під час інтерв'ю. На основі отриманих результатів може будуватися план психокорекційної роботи з пацієнтом.

Методики психодіагностики:

- ♦ проєктивні методики діагностики — малюнкові тести, асоціативні тести та ін.;
- ♦ опитувальник Д. Кейрсі для визначення соціального типу особистості;
- ♦ методика вивчення ставлення до себе В.В. Століна, С.Р. Пантелєєва;
- ♦ методика вивчення механізмів психологічного захисту LSI;

- ♦ методики вивчення емоційно-вольової сфери особистості;
- ♦ методики по виміру мотивації на досягнення або уникнення невдач;
- ♦ тест на залежність (аддікцію). Методика діагностики схильності до 13 видів залежності (автор Г.В. Лозова);
- ♦ тест смисложиттєвих орієнтацій (СЖО);
- ♦ тести на визначення рівня депресивності тощо.

Пацієнти з цікавістю ставляться до можливості пройти психологічне тестування, очікують результати. Психологові потрібно уважно інтерпретувати отримані результати, співвіднести їх із даними, отриманими в індивідуальній роботі з пацієнтом. Важливо пам'ятати, що для достовірності результатів тестування потрібно виконати загальні вимоги, потрібні при проведенні таких випробувань.

Загальним методом психологічної роботи є консультування. Також існують спеціалізовані методи консультативної допомоги. В роботі з наркозалежними фахівці із супроводу кабінетів ЗПТ використовують мотиваційне консультування (МК).

Метод мотиваційного консультування

На всіх етапах надання психологічної допомоги пацієнтам ЗПТ використовуються техніки і принципи мотиваційного консультування.

Мотиваційне консультування — це особлива техніка консультування, в якій психолог допомагає пацієнтові прийняти рішення щодо зміни своєї поведінки. В основі цієї концепції є положення про те, що в ситуації вибору людина завжди перебуває в амбівалентному стані. Психолог має допомогти пацієнтові прийняти правильне рішення і вийти з амбівалентності.

Задачами МК є допомога пацієнтові:

- ♦ задуматися над своєю поведінкою;
- ♦ визначитися в готовності до змін;
- ♦ визначитися, яким чином потрібно діяти, щоб виконати задумане.

Основними ознаками правильно проведеного МК буде успішно створений довірчий контакт із пацієнтом, якщо пацієнт може досить вільно повідомляти про свої стани, переживання, страхи. Такий пацієнт демонструє готовність до діалогу, в результаті якого формується мотивація до змін. Самі зміни починають відбуватися тоді, коли пацієнт добре усвідомлює свої ХОЧУ і МОЖУ та ВЖЕ ГОТОВИЙ ДІЯТИ.

Самі зміни в поведінці є не якоюсь разовою акцією, а складним процесом, що має свої закономірні стадії. Вчені — психологи Джеймс Прочаска та Карло Ді-кліменте запропонували модель змін у поведінці, виділивши 5 стадій, які розглядаються як процеси зі своїми закономірностями:

- 1) стадія переднаміру, допроблемна (ситуація не сприймається як проблема);
- 2) стадія наміру (перші думки про те, що не все гаразд, що проблема таки є);
- 3) стадія прийняття рішення і підготовки до дій;
- 4) стадія активних дій;
- 5) стадія підтримки змін.

Але може існувати і необов'язкова шоста стадія — зрив (рецидив) як закономірність процесу. В роботі з наркозалежними — це повернення пацієнта до неконтрольованого вживання. В таких випадках необхідно поновлювати роботу з цим пацієнтом.

Під час роботи з пацієнтами замісної терапії психолог може використовувати методики і техніки, які пропонуються різними психотерапевтичними методами. Кожен із таких напрямків розроблявся його авторами для подолання певних проблем у пацієнтів та має свої особливості та обмеження. Знайомство з такими методами допомагає фахівцям обирати найбільш доцільні варіанти для роботи з пацієнтами.

Арт-терапевтичні методи

Арт-терапія — терапія мистецтвом, відносно новий метод психотерапії. Уперше цей термін був використаний Андріаном Хілом у 1938 р. при описі своєї роботи з хворими туберкульозом і незабаром отримав широке поширення. В наш час ним позначають усі види занять мистецтвом, що проводяться в лікарнях і з лікувальними цілями. Ефективність застосування мистецтва в контексті лікування ґрунтується на тому, що цей метод дозволяє експериментувати з почуттями, досліджувати і виражати їх на символічному рівні. До основних форм арт-терапії належать: групова, індивідуальна, сімейна.

Психологи в роботі з пацієнтами замісної терапії часто використовують цей метод. В груповій, індивідуальній та сімейній терапії важко обійтись без зображення переживань пацієнтів у малюнках, колажах, роботах із глиною або пластиліном. В малюнках пацієнти проявляють і свої проблеми, і свою творчість. Психолог може давати директивне завдання (намалюйте мандалу) або стимулювати вільне вираження внутрішнього світу пацієнта. Арт-терапевтичні техніки дають учасникам змогу більш вільно виражати свої стани, особливо, коли є труднощі робити це мовними засобами. Також до арт-терапії відносять

інші види лікування мистецтвом — кінотерапія, літературно-мистецькі заходи та ін.

Цей метод є доступним у використанні та надзвичайно дієвим, вивільняючим творчий потенціал пацієнтів.

Метод пацієнт-центрованої терапії

Основна методологічна позиція пацієнт-центрованого методу полягає в тому, що призначення людини — жити й діяти, вільно визначаючи свою долю. Зосередження контролю й прийняття рішень належить самій людині, а не її оточенню. Споконвічна наявність у людині прагнення до максимальної соціальної самоактуалізації, росту особистості — це гуманістичний напрямок у психології. Автор методу К. Роджерс наполягав на зміні медичного терміну «пацієнт» на «клієнт», що передбачало більш партнерські стосунки у взаємодії. Завдання пацієнта й психолога полягає в тому, аби якомога повніше зрозуміти світ пацієнта й підтримати його під час ухвалення відповідального рішення за допомогою «творчого, активного, почуттєвого, точного, емпатичного, неосудуючого слухання» (К. Роджерс). Основне поняття, з яким працюють консультанти даного напрямку, — світосприйняття конкретного пацієнта. Психолог повинен вміти працювати із протиріччям реального і ідеального образу «Я», бути конгруентним і безоціночним.

Консультант, який використовує метод Роджерса, насамперед починає з віри у здатність людини знайти свій власний шлях. Інакше кажучи, ця парадигма акцентує не діагноз і не інформацію про минуле, а передусім припускає вільне висловлення почуттів — неадекватності, фрустрації, безнадійності тощо. Метод успішно застосовується в роботі з наркозалежними, але потребує високого професіоналізму від фахівців-психологів.

Розділ 6. Принципи кейс-менеджменту в МПСС пацієнтів ЗПТ

Кейс-менеджмент (case management) — «робота з випадком» чи «соціальний супровід» — процес, що об'єднує оцінку, планування, допомогу та підтримку в отриманні послуг, які відповідають потребам здоров'я пацієнта. Цей процес здійснюється через спілкування і пошук наявних ресурсів для досягнення якісних та визначених результатів. Кейс-менеджмент — достатньо розповсюджений метод в європейських країнах, його використовують у соціальній роботі з різними категоріями громадян: безхатченками, пацієнтами лікарень, людьми, які живуть з ВІЛ, неблагополучними сім'ями, особами, які звільняються з місць позбавлення волі, людьми похилого віку, емігрантами, залежними людьми тощо.

Робота кейс-менеджерів будується за таким алгоритмом:

- ♦ встановлення контакту, аналіз ситуації, мотивація, складання індивідуального плану та підписання інформованої згоди щодо медико-соціального супроводу пацієнта;
- ♦ індивідуальний супровід, а також переадресація в інші установи;
- ♦ моніторинг досягнутих цілей (в т.ч. коригування плану) та аналіз досягнень.

Кейс-менеджери спільно з пацієнтами складають план заходів із супроводу (направлення на обстеження, госпіталізація, правова допомога тощо), координують взаємодію з окремими профільними закладами.

На принципах кейс-менеджменту будується вся робота із психосоціального супроводу пацієнтів ЗПТ.

Кейс-менеджмент пацієнтів ЗПТ — один із методів роботи, який одночасно спрямований як на вирішення психологічних, соціальних проблем, проблем із здоров'ям, так і на роботу із соціальною системою, в якій живе пацієнт (направлення до партнерських організацій, адвокація і т.ін.). Усі фахівці із соціального супроводу, які працюють у складі МДК ЗПТ, повинні володіти навичками кейс-менеджменту і консультування, загальними навичками соціальної роботи та поділяти етичні правила соціальних працівників. Бажано, аби кейс-менеджери мали спеціальну освіту, яку вони отримали на факультетах соціальної роботи чи медичних факультетах, але зазвичай ці обов'язки виконують фахівці, що пройшли відповідний тренінг та мають навички спілкування з наркоспоживачами та представниками різних медичних та соціальних служб.

Кейс-менеджмент пацієнтів ЗПТ включає в себе супровід пацієнта і допомогу у розв'язанні його проблеми та має на меті надання послуг найефективнішим способом.

Традиційні стадії кейс-менеджменту у ЗПТ:

1. Встановлення контакту та визначення доцільності програми даному пацієнтові, інформування про наявні види допомоги, залучення в ЗПТ.
2. Оцінювання — визначення можливостей та потреб пацієнта.
3. Планування, визначення цілей — розробка разом із пацієнтом чіткого плану, що містить цілі, які відповідають потребам пацієнта, і використовує можливості, виявлені при оцінюванні. Кейс-менеджеру варто ставити досяжні цілі, чітко визначати час, необхідний для виконання плану, та постійно переглядати і за необхідності уточнювати заплановані інтервенції. Інтервенція — це відповідна послуга чи вид допомоги, що здійснюється на певному етапі плану.
4. Моніторинг та оцінка — перевірка виконання запланованих завдань та досягнення очікуваних результатів.
5. Завершення — закриття випадку після виконання плану та досягнення бажаних результатів щодо потреб, виявлених на стадії оцінювання.

Систему супроводу варто адаптувати до конкретних медичних і соціальних потреб пацієнтів, які мають різне виховання, походження і проблеми, зокрема, обумовлені наявністю ВІЛ-інфекції. Послуги соціального супроводу повинні відповідати загальним принципам надання допомоги, зокрема, визнання права пацієнта на підтримання високої якості життя, недоторканість приватного життя, конфіденційність, самовизначення, недискримінаційне і неупереджене ставлення, милосердний догляд, гідність і повагу.

Основні функції кейс-менеджменту:

- ♦ інформування та направлення пацієнта до відповідних служб;
- ♦ оцінювання потреб пацієнта і його можливостей отримати підтримку;
- ♦ захист, відстоювання інтересів пацієнтів, пов'язаних із участю в ЗПТ (час отримання препарату, який би дозволяв пацієнту працювати, безперервність ЗПТ при госпіталізації, участь у засіданнях МДК при вирішенні питань виключення пацієнтів із ЗПТ тощо);
- ♦ інформування медичних працівників щодо наявності у пацієнтів стресових ситуацій, які можуть потребувати корекції дозувань препарату ЗПТ;
- ♦ допомога в отриманні соціальних, психологічних або юридичних послуг;

- ♦ складання індивідуального плану отримання послуг;
- ♦ координація діяльності служб, що беруть участь у реалізації складеного індивідуального плану;
- ♦ моніторинг процесу супроводу та оцінка ефективності індивідуального плану;
- ♦ періодичний перегляд та внесення змін до індивідуального плану.

Пацієнту також може знадобитися допомога в пошуках житла, юридичне консультування або інші послуги. При цьому пошук житла та юридична консультація не є соціальним супроводом. Натомість соціальний супровід — це визначення потреби в цих видах допомоги та організація їх надання. Послуги варто завжди надавати з позиції інтересів пацієнта.

Стандарти ведення випадку включають вимоги щодо:

- ♦ навчання та підбору персоналу;
- ♦ визначення прав і обов'язків пацієнта;
- ♦ організації процесу прийняття пацієнта в ЗПТ;
- ♦ проведення оцінки та повторної оцінки потреб пацієнта;
- ♦ складання індивідуального плану супроводу;
- ♦ організації моніторингу і подальшого спостереження;
- ♦ планування виходу із ЗПТ.

Направляючи пацієнтів ЗПТ до відповідних служб, кейс-менеджер виконує роль сполучної ланки між пацієнтами та постачальниками послуг. До обов'язків кейс-менеджера входить спілкування з усіма установами, де пацієнт отримує ЗПТ та куди направлений (з його згоди); захист інтересів пацієнта, якщо останній не здатний відстоювати їх самостійно.

Моніторинг та подальше спостереження здійснюється для виконання таких завдань:

- ♦ проконтролювати доступність послуг, які пацієнт планує отримати;
- ♦ визначити та усунути бар'єри, з якими стикається пацієнт при виконанні заходів індивідуального плану;
- ♦ визначити, чи зберігається у пацієнта потреба в послугах супроводу;
- ♦ допомогти установам, що надають послуги, планувати та прогнозувати обсяг роботи з пацієнтами;
- ♦ планувати вихід пацієнту із ЗПТ та заходи на перехідний період.

Планування виходу із ЗПТ здійснюється для:

- ♦ забезпечення поступового виходу із ЗПТ пацієнта, який більше не потребує послуг із супроводу або не бажає їх далі отримувати;
- ♦ надання кейс-менеджеру можливості інтенсивно працювати з активними пацієнтами, які звертаються за послугами.

Деяким пацієнтам необхідний лише мінімальний пакет послуг, наприклад, інформування і направлення в організацію, що надає певні види послуг, тому вони спілкуються з кейс-менеджером епізодично.

Розділ 7. Переадресація пацієнтів ЗПТ

Основна вимога до кабінету ЗПТ — спроможність налагодити співпрацю із зацікавленими ЛПЗ та іншими установами для створення команди фахівців із надання необхідних послуг пацієнтам.

У процесі надання соціальних послуг з метою забезпечення змісту та якості послуг не нижче рівня, визначеного Стандартами, організації, установи та заклади, які надають відповідні послуги, можуть здійснювати таку діяльність спільно на підставі угод про співробітництво (за потреби).

У тих випадках, коли послуга за запитом пацієнта ЗПТ не може бути надана співробітниками кабінету ЗПТ, відбувається перенаправлення пацієнта до релевантних державних закладів, установ, недержавних організацій та фахівців з метою вирішення нагальної проблеми пацієнта.

Надання інформації, зокрема, по телефону, про інші партнерські установи та організації, де пацієнт ЗПТ може отримати необхідну послугу, без супроводу процесу надання послуги, є інформаційною послугою.

Повноцінна співпраця між релевантними державними закладами, установами, недержавними організаціями та фахівцями включає в себе контакт із ними, домовленість про прийом даного пацієнта, його транспортування або супровід до установи (за необхідності), а також перевірку факту та результату надання послуги.

Направлення до іншого суб'єкта надання послуги здійснюється лише за умови згоди пацієнта та у разі нагальної потреби в домовленості про його прийом чи супровід до відповідного закладу. Пацієнт ЗПТ має бути готовим до можливого повідомлення стороні, куди відбувається направлення, про його статус. У разі небажання пацієнта розголошувати свій статус йому надається інформація про заклад, де він може отримати необхідну йому послугу, уникаючи розголосу.

Переадресація пацієнта може здійснюватись як у стаціонарних (за місцем проживання/знаходження) умовах, так і у процесі роботи фахівців із супроводу на вулицях та в місцях, які часто відвідують пацієнти (аутріч-робота).

На основі результатів попереднього консультування та оцінювання стану пацієнта фахівцем із супроводу установи чи організації, що надає соціальні послуги, приймається рішення щодо необхідності його супроводу даним фахівцем до місця направлення.

Пацієнт, що потребує послуги, яка не може бути надана кабінетом ЗПТ, але надається іншою установою/закладом/організацією, отримує направлення. В направленні вказується назва установи/закладу/організації, що направляє

пацієнта до установи/закладу/організації, де йому пропонується отримати дану послугу, дату направлення, назву послуги, яка повинна бути надана. Водночас у журналі здійснення переадресації/супроводу кабінету ЗПТ/організації, яка здійснила переадресацію, робиться відповідний запис.

Відповідно до потреби, але не рідше 1 разу на місяць фахівець із супроводу відвідує відповідні установи/заклади/організації, до яких здійснювалася переадресація, з метою контролю кількості випадків переадресації.

У випадку, коли пацієнта до необхідної установи/закладу/організації супроводжує фахівець із супроводу без оформлення направлення (наприклад, у зв'язку з ризиком розголошення статусу пацієнта), надану послугу теж можна вважати різновидом співпраці.

Також супровід пацієнта може здійснюватися згідно з запитом медичної установи з метою встановлення діагнозу або в процесі формування прихильності до виконання режиму лікування.

Очікуваним результатом дотримання цього алгоритму є зафіксований контакт пацієнта з відповідним фахівцем за місцем переадресації.

Критерії та індикатори, за якими оцінюються дотримання алгоритму:

- ◆ загальна кількість пацієнтів;
- ◆ абсолютна кількість випадків переадресації за звітний період;
- ◆ співвідношення кількості пацієнтів, що отримали послуги за місцем перенаправлення, до загальної кількості переадресованих пацієнтів;
- ◆ кількість повторних звернень пацієнтів.

Розділ 8. Професійна підтримка (супервізія) персоналу, який здійснює психосоціальний супровід пацієнтів ЗПТ

Професійна підтримка (супервізія) персоналу, який здійснює психосоціальний супровід пацієнтів ЗПТ, здійснюється за допомогою методів супервізії та інтерв'язії.

Супервізія — метод, за допомогою якого визначений організацією фахівець (супервізор) допомагає персоналу (супервізованим) якнайефективніше виконувати зазначені в посадових інструкціях завдання відповідно до стандартів роботи.

Інтервізія (внутрішня супервізія) — це офіційна форма взаємодопомоги фахівців із супроводу (соціальних працівників, консультантів, психологів, волонтерів), при якій фахівці можуть спільно з досвідченим фахівцем у сфері надання соціальних послуг постійно обговорювати, аналізувати та оцінювати свою роботу.

Супервізор має допомагати супервізованому чітко визначати мету, пріоритети роботи; бачити всі аспекти проблеми та власну роль в її розв'язанні; керувати власними почуттями щодо конкретних ситуацій; формувати позитивне ставлення до своєї роботи, брати на себе відповідальність за її результати. Важливими завданнями супервізора є також розвиток професійної автономії, незалежності супервізованого, стабілізація його думок і почуттів щодо професійної діяльності, формування моделі аналізу і компетентного розв'язання проблем у взаємодії з пацієнтами.

Супервізія проводиться протягом усього періоду роботи, як правило, із залученням фахівця із супервізії з іншої організації.

Супервізія може бути зосереджена на роботі:

- ♦ команди фахівців, що має на меті покращення ефективності їх взаємодії;
- ♦ з пацієнтом, що сприятиме підвищенню якості послуг, які він отримує.

Супервізія повинна відповідати наступним основним принципам:

- ♦ етичності;
- ♦ конфіденційності;
- ♦ безпечності;

- ♦ ефективності;
- ♦ компетентності.

До основних функцій супервізора належать:

- ♦ підтримка персоналу (управління стресом і побоюваннями; роз'яснення питань; надання порад; зворотний зв'язок; розуміння особистих проблем, що перешкоджають роботі; створення атмосфери довіри; мотивування та підтримка вмотивованих рішень);
- ♦ управління персоналом (адміністрування, розв'язання адміністративних проблем; планування і організація виконання; встановлення стандартів; моніторинг, оцінювання якості роботи; дотримання плану роботи);
- ♦ дисциплінування; виконання посадових інструкцій; ефективне та економне використання ресурсів;
- ♦ навчання персоналу (інструктування щодо політики і процедур організації; допомога в опануванні ефективною практикою моделювання роботи і проведення тренінгів; рекомендування літератури і навчальних курсів; підтримка професійного зростання; розвиток кар'єри; мобілізація ресурсів).

Особливо важливою є роль супервізора у період інтенсивних змін у команді. За такої ситуації для нових членів команди необхідне створення фізичного та психологічного простору, чим і займається супервізія. А якщо проблема стосується всієї команди/групи (наприклад, давно сформована команда не приймає новачка), її потрібно розв'язувати не лише на індивідуальних підтримуючих супервізіях, а й на зібраннях команди та груповій супервізії.

Постійна супервізія соціального працівника з боку його керівника є однією з головних умов якісної роботи, ключовим елементом його професійного розвитку.

У професійних соціальних службах супервізія є елементом надання допомоги, оскільки вона спрямована на забезпечення стандартів якості та підтримку соціальних працівників у їхній повсякденній діяльності. Вона допомагає визначити особистісні якості, способи реагування, особливості поведінки та ціннісні орієнтації працівників, полегшує набуття ними теоретичних знань, умінь і їх адекватне використання в професійній практиці, запобігає професійному стресу та вигоранню.

Супервізію варто розглядати як частину політики організації, важливий чинник забезпечення її стабільності й ефективного розвитку. У процесі її здійснення потрібно послідовно діяти в інтересах пацієнта, якщо відсутні загрози для інших працівників організації. При цьому потрібно чітко розподілити

обов'язки між пацієнтом, супервізором і організацією, що є однією з передумов ефективного їх партнерства. Взаємодія супервізора з пацієнтом має відбуватися регулярно, на рівноправній основі, без дискримінації, з дотриманням усіх вимог конфіденційності. Важливо при цьому системно фіксувати здійснені заходи, результати спостережень, проблеми, які виникають.

З огляду на особливості взаємодії супервізора і супервізованого виокремлюють такі різновиди супервізії:

- а) менеджерська супервізія, за якої супервізор є безпосереднім менеджером працівника, а їхні стосунки розгортаються за схемою «керівник — підлеглий»;
- б) наставницька супервізія — супервізор діє як учитель, наставник, переймаючись тим, як його підопічний опановує знання і навички;
- в) навчальна (тренінгова) супервізія, особливість якої полягає в тому, що супервізований є студентом, який перебуває в організації на практиці, а супервізор зобов'язаний сприяти йому в цьому і несе певну відповідальність за результати;
- г) консультаційна супервізія — супервізор не несе відповідальності за супервізованого і його роботу, добровільно пропонуючи свої послуги консультанта.

Найпоширенішою є менеджерська супервізія, і тому роль супервізора часто ототожнюють з ролями керівника.

Найчастіше супервізорами є досвідчені, компетентні фахівці-практики, чий знання і досвід допомагають розв'язувати проблеми супервізованих; науковці або освітяни, які займаються науковою роботою і беруть участь у практичних соціальних проектах, співпрацюючи з державними службами чи громадськими організаціями соціальної сфери. Вони поєднують глибоке теоретичне розуміння змісту соціальної роботи з досвідом практичної діяльності в реальних ситуаціях, нерідко беруть участь у моніторингу і оцінюванні ефективності соціальних проектів (інколи їх називають незалежними експертами); спеціально підготовлені фахівці, для яких супервізія є професією.

Зміст супервізії залежить від змісту діяльності соціальної служби. Проте у кожній службі він сфокусований на системі працівника (особисті його ресурси); системі практики (взаємодія з пацієнтами, їхнім оточенням, особами, яким доводиться відмовляти в наданні послуг); системі команди (взаємодія всередині колективу); системі установи (організаційний клімат, нормативні вимоги, процедури, які задають параметри діяльності соціального працівника).

Супервізор разом із працівником аналізує проблеми у кожній із цих систем, зв'язки між ними: між практикою і працівником (професійний аспект), між командою і установою (управлінський аспект) та ін. Наприклад, у соціальній службі під час персонального наставництва соціального працівника менеджером увагу зосереджено на спільному обговоренні ними обома особових справ пацієнтів; на аналізі проблем, що постають у роботі; узгодженні робочого плану; керівництві та підтримці соціального працівника з боку менеджера; обговоренні особистих проблем соціального працівника, які можуть впливати на ефективність спільної роботи; створенні можливостей для самостійної роботи соціального працівника на основі консультацій з менеджером; оцінюванні компетентності соціального працівника та ефективності його роботи.

Обговорення проблем, планів, досвіду між соціальним працівником і менеджером (керівником) під час супервізії має бути конфіденційним. Супервізія повинна відбуватися за заздалегідь складеним планом, в обумовлений час, в окремому приміщенні і має бути максимально захищеною від втручання сторонніх осіб, її варто проводити принаймні раз на місяць. Крім персонального наставництва соціального працівника менеджером, доцільно організовувати командні супервізії.

Консультанти можуть проводити і зовнішні супервізії на замовлення керівництва організації. На індивідуальних і групових сесіях із супервізованими вони ініціюють обговорення конкретної проблеми в організації, загальних тем, що сприяє аналізу і об'єктивній оцінці ситуації в організації, виробленню тактики дій щодо її поліпшення. Зазвичай із супервізованими ведуть мову про призначення супервізії та її вплив на розвиток організації; про основні проблеми організації і можливості (ресурси) вдосконалення її функціонування, можливості (ресурси) для особистого професійного розвитку; обговорюють завдання на найближчий період. Супервізору необхідно мати повну інформацію про особистісні якості, функціональні обов'язки, проблеми на роботі учасників супервізії, знати особливості їх роботи в команді, їхні очікування від супервізії та можливі, на їх погляд, форми підтримки. Важливо при цьому налагодити зворотний зв'язок із супервізованими, вислухати запитання і побажання, що допоможе раціональніше спланувати і продуктивно здійснювати супервізію.

Групову супервізію у цьому разі варто зосередити на таких питаннях, як особливості роботи в команді; можливості проведення спільних обговорень діяльності учасників команди (форма проведення, типи можливих запитань, способи обговорення, планування роботи команди тощо), конфіденційність стосунків та інформації.

Розділ 9. Моніторинг та оцінка якості надання послуг із психосоціального супроводу пацієнтів ЗПТ

Якість соціальних послуг — істотна ознака, яка задовольняє вимоги встановленого стандарту.

Основними критеріями якості соціальних послуг є: географічна доступність, соціальна доступність, рівність у розподілі послуг, відповідність потребам населення, ефективність (досягнення цілей), економічність.

У соціальній роботі багатьох країн критеріями якості послуг вважають їх корисність і схвалення пацієнтами, оперативність реакції на їхні потреби, позитивний вплив на поліпшення якості життя пацієнтів.

Якість послуг залежить від узгодженості цілей, взаємодовіри у практичній діяльності фахівців із соціального супроводу та пацієнтів, максимального використання ресурсів усіх служб і мереж допомоги, від їх комплексності і міждисциплінарності, взаємозв'язку зі спеціалізованими службами кризового втручання.

На якість соціальних послуг впливає також зорієнтованість зацікавлених служб і осіб на її досягнення, спрямовування відповідних зусиль і засобів. Комплекс цих зусиль і дій утворює систему забезпечення якості у соціальній роботі.

Стандартні вимоги відіграють важливу роль у соціальній роботі. В багатьох країнах існують нормативи і стандарти, покликані забезпечити належний якісний рівень соціальних послуг, підвищення кваліфікації фахівців із супроводу, впровадження системи контролю за якістю послуг. Дотримання стандартів є обов'язковою умовою акредитації соціального, навчального закладів, отримання чи підтвердження ліцензії, а також критеріями аналізу якості процесу соціальної роботи.

Стандарти соціальної роботи є моделлю, зразком для вимірювання, порівняння з ними реальної практики, механізмом забезпечення прав пацієнтів та належної якості послуг. Такими стандартами можуть бути: час обслуговування одного пацієнта; витрати на утримання одного пацієнта; кількість пацієнтів, яких обслуговує один фахівець із супроводу. Водночас стандарти є критеріями етичної поведінки фахівців із супроводу. До таких стандартів належать: права та обов'язки фахівців і пацієнтів; процедури і правила (наприклад, в яких випадках варто припиняти надання послуги); конфіденційність; повага до пацієнта тощо.

У соціальній сфері існують певні відмінності між стандартами діяльності організації і стандартами професійної діяльності (до них належать соціальні норми, нормативи та етичні стандарти).

В Україні, на відміну від інших держав, на цей час не сформовано системи ліцензування, атестації соціальних послуг, спрямованої на забезпечення стандартів соціальної роботи. Це ускладнює оцінювання ефективності та якості соціальних послуг, діяльності соціальних працівників. Попри те, немало організацій розробляють власні нормативи і критерії, що дає змогу з'ясовувати, наскільки надані послуги відповідають очікуванням пацієнтів.

Для моніторингу та оцінювання результатів, ефективності діяльності з надання соціальних послуг використовують деяку систему показників (кількісних і якісних критеріїв), що дає змогу виміряти та оцінити рівень реалізації завдань. Вони мають бути об'єктивними, зрозумілими, відповідати меті діяльності.

Інколи соціальні служби розробляють спеціальні форми проміжних звітів (критеріїв виконання), які спільно заповнюють фахівці із супроводу і пацієнти, форми перегляду плану-угоди тощо. Незалежно від виду соціальних послуг доцільно відстежувати і контролювати такі параметри:

- ♦ види діяльності згідно з програмою;
- ♦ характеристики персоналу, який надає послуги;
- ♦ періодичність, тривалість, інтенсивність обслуговування;
- ♦ відповідність обслуговування передбаченій запланованій діяльності;
- ♦ розмір групи, яка користується послугами;
- ♦ стабільність (нестабільність) діяльності;
- ♦ якість обслуговування, чутливість його до зміни індивідуальних потреб.

Кожен соціальний проект будує власну систему звітності і моніторингу. Іноді доводиться готувати додаткові звіти на вимогу спонсорів соціальної служби або контрольних органів.

Звичайно, жодна формалізована система звітності не може охопити всі ситуації, що виникають у соціальній роботі. Це актуалізує важливість дотримання власних стандартів якості послуг та загальних етичних стандартів соціальної роботи.

Найпростішим методом оцінювання діяльності є складання переліку всіх стандартних вимог, нормативів і критеріїв. Зміст і структура такого переліку залежать від змісту діяльності і складеного спільно з пацієнтом плану втручання.

Моніторинг і оцінка якості психосоціальних послуг

Моніторинг і оцінка якості є важливими складовими процесу надання психосоціальних послуг пацієнтам ЗПТ.

У питанні якості послуг на перше місце безумовно необхідно поставити важливість їх оцінки і ступеня задоволеності рівнем роботи із супроводу з боку пацієнтів ЗПТ як основних споживачів даних послуг.

Моніторинг — це процес рутинного збору та систематизації ключових показників діяльності соціального супроводу. Метою моніторингу є оцінка та корекція поточної діяльності, забезпечення ефективного використання ресурсів та безперервності надання послуг, досягнення запланованих завдань та визначення можливостей для подальшого розвитку.

Збір інформації для моніторингу базується на системі документування діяльності з психосоціального супроводу, що існує у кабінеті ЗПТ. На раціональність схеми документування варто звертати увагу на початковому етапі організації діяльності кабінету ЗПТ. Добре спланована схема полегшить виконання щоденних обов'язків персоналом МДК та буде сприяти проведенню моніторингу. Моніторингові заходи (збір інформації) мають відбуватися на регулярній основі установленим чином.

Передбачається документування наступних видів діяльності з психосоціального супроводу:

- ♦ проведення індивідуальних консультацій;
- ♦ проведення групових консультацій;
- ♦ проведення груп самопомоги;
- ♦ проведення інформаційних занять;
- ♦ проведення сімейних консультацій;
- ♦ випадки переадресації/супроводу.

Кожна послуга із психосоціального супроводу має бути зафіксована в індивідуальній карті надання соціальних послуг пацієнту ЗПТ, а також у особистому журналі, який веде кожний психолог/соціальний працівник. Ці дані потім збираються в агрегованому вигляді та використовуються для підрахунку кількості наданих послуг та кількості пацієнтів, що охоплені цими послугами, за певний період (квартал).

Оцінка — систематизований процес дослідження ефективності діяльності процесу супроводу. Цей процес зазвичай не є частиною рутинної діяльності кабінету ЗПТ, але проведення оцінки, якщо така можливість є, може бути дуже

корисним для того, аби зробити висновки щодо ефективності та доцільності програмних заходів.

Оцінка повинна базуватися на загальновідомих випробуваних дослідницьких інструментах, як от анкета Індексу тяжкості залежності (ASI), анкета ризику передачі вірусів, що передаються через кров (BBV-TRAQ), та ін. Ці опитування мають проводитись підготовленими інтерв'юерами. В більшості програм рідко є можливість проводити систематизовану оцінку із застосуванням випробуваних інструментів. Але деякі показники, що збираються в процесі оцінки, можуть допомогти оцінити ефективність програми та виконання терапевтичних цілей на узагальненому рівні.

Конкретний перелік моніторингових показників (індикаторів) і форми звітності визначаються спонсорами проекту або адміністрацією ЛПУ. Перелік типових показників психосоціального супроводу пацієнтів ЗПТ наведено нижче в таблиці.

Типові моніторингові показники процесу психосоціального супроводу пацієнтів ЗПТ

Персональна документація	Первинні данні	Агрегуюча документація	Типові індикатори (моніторингові показники)
Індивідуальна карта надання соціальних послуг пацієнту ЗПТ.	Дата та результат консультації.	Журнал кейс-менеджера; Журнали: - проведення індивідуальних консультацій; - проведення групових консультацій; - проведення груп самопомогги; - обліку проведення інформаційних занять; - обліку проведення сімейних консультацій.	Кількість (%) охоплених певним видом консультування.
			Кількість проведених консультацій.

Персональна документація	Первинні данні	Агрегуюча документація	Типові індикатори (моніторингові показники)
	Відомості про переадресацію/ супровід.	Журнал обліку переадресації/супроводу.	Кількість (%) переадресованих.
	Відомості про працевлаштування.	—	Кількість (%) працевлаштованих.
	Відомості про відновлення навчання.	—	Кількість (%) осіб, які відновили навчання.
	Відомості про створення відновлення/ покращення сімейних стосунків.	—	Кількість (%) осіб, які відновили сімейні стосунки.
	Якісні показники моніторингу та оцінки.	—	- спектр послуг, що надаються; - наявність додаткового фінансування проекту з різних джерел; - наявність пацієнтів, що повністю припинили вживання нелегальних наркотичних речовин; - наявність пацієнтів, що покращили соціальний стан; - наявність активістів-волонтерів з числа пацієнтів.

Список літератури

1. Закон України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» від 05.10.2000 № 2017-III (зі змінами) [Електронний ресурс] // Верховна Рада України: офіційний веб-портал. — К., 1994–2014. — Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2017-14>
2. Наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України від 13.09.2010 № 3123/275/770 «Про затвердження стандартів надання соціальних послуг представникам груп ризику» [Електронний ресурс] // Верховна Рада України: офіційний веб-портал. — К., 1994–2014. — Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0903-10>
3. Методичні рекомендації щодо впровадження в практичну діяльність суб'єктів, що надають соціальні послуги, Стандартів надання соціальних послуг групам ризику / Міністерство охорони здоров'я України, Державна служба України з питань профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних хвороб, Міжвідомча робоча група з розробки стандартів соціальних послуг та навчальних модулів підвищення кваліфікації соціальних працівників. — К., 2011. — 84 с.
4. Лікування опіоїдної залежності агоністами опіоїдів: Навчально-методичний посібник. — К., 2012.
5. Уроки снижения вреда: Материалы для самостоятельного изучения социальными работниками: Учебное пособие. — К.: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2012.
6. Поддерживающая терапия агонистами опиоидов: Методическое пособие. — К.: УИИПОЗ, 2010.
7. Упровадження інтегрованих послуг для осіб із наркотичною залежністю в закладах охорони здоров'я. Практичний посібник. — К., 2010.
8. Рекомендации по организации программ социального сопровождения для уязвимых групп. Практическое пособие для социальных работников. — Алматы: «СПИД Фонд Восток-Запад» (AFEW), 2007.
9. HIV Case Management: A Review of the Literature. Boston University School of Public Health, 2003.
10. Соціально-психологічна підтримка клієнтів програм замісної підтримувальної терапії. Методичні рекомендації. — К., 2008.

11. Замісна підтримувальна терапія в лікуванні хворих із синдромом залежності від опіоїдів. Методичні рекомендації / Затв. наказом МОЗ України від 10.11.2008 № 645; К., 2008.
12. Соціально-психологічна підтримка клієнтів програм замісної підтримувальної терапії: Методичні рекомендації / Укр. інст. досл. політ. щодо громад. здоров'я; наук. ред. к. мед. н. С. Дворяк. — К., 2008.
13. Браун А., Боурн А. Супервізор у соціальній роботі: Супервізія догляду в громаді, денних та стаціонар. установах / Пер. з англ. Т. Семигіної. — К.: Унів. вид-во «Пulsари», 2003. — 240 с.
14. Вдосконалення ВІЛ-сервісу в Україні / Звіт з благодійного проекту (за фінансової підтримки ВБО «Всеукраїнська Мережа ЛЖВ») / ВБО «Коаліція ВІЛ-сервісних організацій». — К., 2012. — 118 с.
15. Гарифуллин Р.Р. Психокоррекция духовно-ценностных ориентаций наркозависимых личностей. Феномен человека: Дух, душа, духовность. Сборн. статей круглого стола. — Казань, 2000.
16. Гурвич И.Н. Выводы и рекомендации для программ первичной профилактики. — СПб., 2000.
17. Энциклопедия глубинной психологии / Под ред. А. М. Боковикова. — М., 2001.
18. Емельянова Е.В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования. — СПб.: Речь, 2004. — 368 с.
19. Кольцова О.В. Психология работы с наркозависимыми. — СПб.: Речь, 2007.
20. Кулаков С.А. Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков. Учеб.-метод. пособие. — М., 1998.
21. Лейтц Г. Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама Я.Л. Морено. — М.: Когнито-центр, 2007. — 380 с.
22. Лисецкий К.С., Литягина Е.В. Психология и профилактика наркотической зависимости. — Самара: Издательский Дом «Бахрах М», 2008.
23. Методическое пособие для специалистов, работающих с родителями наркозависимых. — СПб.: 1999. — 10 с.
24. Обухов Я.Л. Символдрама. Введение в основную ступень. — Ростов-на-Дону: ООО «Мини Тайп», 2005. — 120 с.
25. Прохазка Д., Норкросс Д., Ди Клементе К. Психология позитивных изменений. Как навсегда избавиться от вредных привычек. — М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. — 320 с.

26. Психология зависимости. Хрестоматия / Сост. К.В. Сельченко. — Минск: Харвест, 2007.
27. Романова Е.С. Психодиагностика. 2-е изд. — СПб.: Питер, 2008. — 400 с.
28. Теория социальной работы. Учебник / Под ред. проф. Е.И. Холостовой. — М.: Юрист, 1999. — 334 с.
29. Харитонов С.В. Руководство по когнитивно-поведенческой психотерапии. — М.: Психотерапия, 2009. — 176 с.
30. Шнейдер Б. Помощь в психологическом консультировании. — М.: Ось-89, 2003.
31. Эксакусто Т.В. Практикум по групповой психокоррекции: тренинги, упражнения, ролевые игры. Изд. 2-е. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2008. — 339 с.

НОРМИ ОРІЄНТОВНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ФАХІВЦІВ, ЯКІ НАДАЮТЬ ПСИХОЛОГІЧНІ ТА СОЦІАЛЬНІ ПОСЛУГИ

Норми часу та навантаження на працівників, які безпосередньо залучені до процесу надання послуг пацієнтам ЗПТ, визначаються із застосуванням положень, наведених в цьому додатку.

Назва виду роботи	Норма часу	Примітки
Штатні працівники, сумісники чи по договору ЦПХ:		
Соціальний працівник, психолог, консультант «рівний–рівному».		
Індивідуальна робота з клієнтами: консультування первинне (включаючи оцінювання та розробку індивідуального плану роботи з клієнтом); консультування повторне (за темами, що передбачені стандартом).	Одноразово, від 30 хвилин до 1,5 годин на 1 клієнта. В середньому кожна консультація (залежно від стандарту): ТБ/ВІЛ – від 20 до 45 хв. ЗПТ – від 10 до 30 хв. ВІЛ/ТБ/СІН – від 10 до 40 хв.	Проведення консультацій фіксуються в журналі/базі даних.
Проведення тренінгів, занять, груп самопомогі, групове консультування.	В середньому (залежно від стандарту та теми): ТБ/ВІЛ – від 45 хв. до 1,5 год. заняття ЗПТ – від 30 хв. до 1 год. заняття ВІЛ/ТБ/СІН – від 1 год. 30 хв. до 3 год. заняття.	До звіту додаються – програма заняття, список реєстрацій учасників.

Назва виду роботи	Норма часу	Примітки
Робота з документацією (заповнення облікових форм, звітів тощо).	Не більше 10% робочого часу.	
Інші завдання, що виконуються в організації.	Не більше 10% робочого часу.	Відповідно до посадових обов'язків.
Переадресація клієнтів	Не більше 5% робочого часу.	Клієнт отримує талон переадресації.
Залучені спеціалісти: лікар, медична сестра		
Індивідуальні консультації клієнтів.	В середньому кожна консультація (залежно від стандарту): ТБ/ВІЛ – від 10 до 25 хв. ЗПТ – від 10 до 40 хв. ВІЛ/ТБ/СІН – 1 год лікарського часу; 30 хвилин роботи медсестри.	Проведення консультацій фіксуються в журналі.
Забір крові на лабораторне обстеження.	В середньому – 15 хв.	Ведеться облік в журналах медичної частини.

Назва НУО, яка здійснює соціальний супровід:

2.1. ІНДИВІДУАЛЬНА КАРТА НАДАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ ПАЦІЄНТУ ЗПТ

П.І.Б. та підпис соціального працівника

Препарат ЗПТ: _____

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Дата народження

□□ / □□ / □□
число місяць рік

Стать

□□ Ж □

Індивідуальний код

□□□□□□□□□□

Дата початку участі в ЗПТ

□□ / □□
місяць рік

Дата початку участі в ЗПТ на сайті ЗПТ

_____ (назва сайту)

(місяць/рік)

□□ / □□

Повторне включення в програму ЗПТ

□□ / □□
місяць рік

□□ / □□

місяць рік

□□ / □□

місяць рік

I. Інформація про клієнта (заповнюється соціальним працівником зі слів клієнта)

1.	Місце проживання	
2.	Контактний телефон	
	З ким проживає	☐ проживає сам ☐ разом з (вказати) _____ дружина, батьки, діти, брат, сестра, друзі тощо
3.	Довірена особа (зі слів клієнта)	
4.	Контактний телефон довіреної особи	
5.	Сімейний стан клієнта	☐ одружений ☐ неодружений ☐ громадянський шлюб
6.	Інформованість родичів	☐ поінформовані про початок клієнтом ЗПТ ☐ не поінформовані про початок клієнтом ЗПТ (вказати причини) _____
7.	Джерело доходів	☐ постійна робота ☐ тимчасова робота ☐ не працює ☐ стипендія ☐ безробітний ☐ інше, вказати _____ ☐ державна соціальна допомога
8.	Група інвалідності (якщо є)	☐ I ☐ II ☐ III
9.	Графік роботи (якщо працює)	з _____ до _____
10.	Освіта	☐ початкова ☐ середня ☐ н/середня ☐ середня спеціальна ☐ вища ☐ н/вища ☐ не має
11.	Ким направлений для отримання ЗПТ	☐ центр профілактики і боротьби зі СНІД ☐ дерматовенерологічний диспансер ☐ протитуберкульозний диспансер ☐ психоневрологічний диспансер ☐ інше, вказати _____

	☐ НУО, у тому числі ☐ проект зменшення шкоди (вказати назву НУО) _____ ☐ самостійне звернення _____
12. Перебування на диспансерному обліку	☐ центр профілактики і боротьби зі СНІД ☐ наркологічний диспансер ☐ протитуберкульозний диспансер ☐ дерматовенерологічний диспансер ☐ психоневрологічний диспансер ☐ інше, вказати _____
13. Стаж споживання наркотиків (років) до призначення ЗПТ	

II. Інформація медичного характеру

(заповнюється соціальним працівником за участю лікаря, який проводить ЗПТ, під час перебування клієнта у проекті)

1. ЗПТ (вказується на момент заповнення карти та для нових пацієнтів після завершення фази індукції)

П/п	Препарат	Добова доза	Дата призначення	Дата відміни (якщо ЗПТ призначалося раніше)

2. АРТ

Вказати рівень СД4 (останнє обстеження) _____ дата / / місяць рік

рівень СД4 (вказується в подальшому через кожні 6 місяців) _____
 рівень СД4 (вказується в подальшому через кожні 6 місяців) _____
 рівень СД4 (вказується в подальшому через кожні 6 місяців) _____
 рівень СД4 (вказується в подальшому через кожні 6 місяців) _____
 АРТ призначена та клієнт її приймає ☐ _____ дата / / місяць рік

АРТ показана, але клієнт її не отримує ☐ _____ вказати причини

3. Діагностика та лікування туберкульозу

Дата виявлення / рік
місяць

Форма туберкульозу:

легенева ☐ позалегенева ☐
активна ☐ неактивна ☐

Лікування призначено

так ☐ ні ☐

В разі призначення: лікування отримує

так ☐ ні ☐

Вказати заклад охорони здоров'я, у якому отримує лікування

Якщо не отримує лікування, вказати причини _____

Лікування закінчено так ☐ ні ☐

4. Наявність гепатитів В та С

Гепатит В так ☐ Гепатит С так ☐
ні ☐ ні ☐

Дата виявлення

гепатит В ☐☐☐ (рік встановлення діагнозу)
гепатит С ☐☐☐ (рік встановлення діагнозу)

Лікування отримував/є: гепатит В так ☐ ні ☐
гепатит С так ☐ ні ☐

III. Журнал надання соціальних послуг

(заповнюється соціальним працівником за участю клієнта з урахуванням його потреб)

Діяльність	Квартал _____ 201__ р.			Квартал _____ 201__ р.			Квартал _____ 201__ р.		
	Дата виконання (план)	Дата виконання (факт)	Результат	Дата виконання (план)	Дата виконання (факт)	Результат	Дата виконання (план)	Дата виконання (факт)	Результат
Діагностика ВІЛ-інфекції (не рідше 1 разу на 6 місяців)									
Обстеження та консультації лікарів при постановці на диспансерний облік з приводу ВІЛ+ статусу									
Сприяння в диспансерному нагляді з приводу ВІЛ+ статусу (не рідше 1 разу на 6 міс.)									
Сприяння у лікуванні ВІЛ									
Сприяння у діагностиці та лікуванні ТБ									

Діяльність	Квартал ____ 201__р.			Квартал ____ 201__р.			Квартал ____ 201__р.		
	Дата виконання (план)	Дата виконання (факт)	Результат	Дата виконання (план)	Дата виконання (факт)	Результат	Дата виконання (план)	Дата виконання (факт)	Результат
Сприяння у діагностиці та лікуванні ІПСШ									
Надання інформації про реабілітаційні програми/центри									
Проведення індивідуального психологічного консультування									
Проведення консультування членів сімей (за потреби)									
Участь у інформаційних заняттях									
Проведення соціальним працівником групових консультацій									
Скерування до груп самопомогти									

Діяльність	Квартал ____ 201__р.			Квартал ____ 201__р.			Квартал ____ 201__р.		
	Дата виконання (план)	Дата виконання (факт)	Результат	Дата виконання (план)	Дата виконання (факт)	Результат	Дата виконання (план)	Дата виконання (факт)	Результат
Супровід до 303*									
Сприяння у відновленні документів									
Сприяння у наданні юридичної допомоги									
Допомога у працевлаштуванні									
Інше (вказати)									
Інше (вказати)									
Інше (вказати)									
Інше (вказати)									

Результати (зміни у стані клієнта, поведінці, способі життя тощо)

* супровід до 303 та/або лікаря, надання інформації щодо графіку роботи відповідного кабінету 303 та/або лікаря тощо

IV. Якість життя

	Квартал 201 р.	Квартал 201 р.	Квартал 201 р.
Працевлаштування	Працює так ☐ ні ☐ ☐ офіційно ☐ неофіційно Якщо звільнено, вказати причину _____	Працює так ☐ ні ☐ ☐ офіційно ☐ неофіційно Якщо звільнено, вказати причину _____	Працює так ☐ ні ☐ ☐ офіційно ☐ неофіційно Якщо звільнено, вказати причину _____
Навчання	Навчається так ☐ ні ☐ ☐ ВНЗ ☐ коледж ☐ професійно-технічне училище ☐ інше, вказати _____ Якщо навчання припинено, вказати причину _____ Навчання закінчено так ☐ ні ☐	Навчається так ☐ ні ☐ ☐ ВНЗ ☐ коледж ☐ професійно-технічне училище ☐ інше, вказати _____ Якщо навчання припинено, вказати причину _____ Навчання закінчено так ☐ ні ☐	Навчається так ☐ ні ☐ ☐ ВНЗ ☐ коледж ☐ професійно-технічне училище ☐ інше, вказати _____ Якщо навчання припинено, вказати причину _____ Навчання закінчено так ☐ ні ☐
Поновлення сімейних стосунків	Стосунки поновлено так ☐ ні ☐ Сім'ю створено так ☐ ні ☐	Стосунки поновлено так ☐ ні ☐ Сім'ю створено так ☐ ні ☐	Стосунки поновлено так ☐ ні ☐ Сім'ю створено так ☐ ні ☐
Народження дітей	Народжено дитину/дітей так ☐ ні ☐	Народжено дитину/дітей так ☐ ні ☐	Народжено дитину/дітей так ☐ ні ☐
Відновлення документів	Вид документу, вказати _____	Вид документу, вказати _____	Вид документу, вказати _____
Отримання соціальної допомоги (пенсія, пенсія через інвалідність, допомога по безробіттю тощо)	Отримув соц. допомогу так ☐ ні ☐ Яку, вказати _____	Отримув соц. допомогу так ☐ ні ☐ Яку, вказати _____	Отримув соц. допомогу так ☐ ні ☐ Яку, вказати _____
Соціально активне життя	Заняття спортом так ☐ ні ☐ Волонтерство так ☐ ні ☐ Хобі так ☐ ні ☐ Вказати _____ Інше так ☐ ні ☐ Вказати _____	Заняття спортом так ☐ ні ☐ Волонтерство так ☐ ні ☐ Хобі так ☐ ні ☐ Вказати _____ Інше так ☐ ні ☐ Вказати _____	Заняття спортом так ☐ ні ☐ Волонтерство так ☐ ні ☐ Хобі так ☐ ні ☐ Вказати _____ Інше так ☐ ні ☐ Вказати _____
Притягнення до кримінальної відповідальності	так ☐ ні ☐	так ☐ ні ☐	так ☐ ні ☐

V. Завершення участі у ЗПТ

Дата завершення участі у ЗПТ

Число / місяць / рік

Рішення прийнято колегіально на засіданні мультидисциплінарної команди

Причини*:

- ☐ За власним бажанням
- ☐ Завершення курсу ЗПТ
- ☐ Адміністративна виписка
- ☐ Ув'язнення
- ☐ Смерть
- ☐ Зміна місця проживання
- ☐ Інше, вказати _____

***Не вважається завершенням участі у ЗПТ тимчасове вибуття клієнта до іншого ЗОЗ, де він продовжує отримувати ЗПТ.**

П.І.Б. та підпис соціального працівника

2.2. ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПЛАН ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО ТА МЕДИЧНОГО СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТА

Пацієнт (ка) _____
(код)

1. План огляду спеціалістами

№	Спеціаліст	Запланована дата	Відмітка про виконання
1.	Нарколог		
2.	Інфекціоніст		
3.	Фтизіатр		
4.	Психолог		
5.	Соціальний працівник		
6.	Консультант з хімічної залежності		
7.	Інше: _____		

2. План лабораторного обстеження*

№	Вид обстеження	Назва обстеження	Запланована дата	Відмітка про виконання
1.	Аналізи			
2.	Інструментальні дослідження			

* Дані перенесені з амбулаторної карти клієнта чи історії хвороби.

3. План замісної терапії*

♦отримує препарат ЗТ ☐

♦не тримує препарат ЗТ ☐

№	Препарат	Добова разова доза	Дата початку програми	Дата закінчення програми
1.				
2.				

* Дані перенесені з амбулаторної карти клієнта чи історії хвороби.

Дата _____

Підпис клієнта _____

4. План антиретровірусної терапії*

(після консультації інфекціоніста, за потребою)

♦ отримує ☐ ♦ не отримує ☐ ♦ прихильність до отримання ☐ ☐
АРТ АРТ АРТ так ні

№	Препарат	Добова разова доза	Дата початку прийому	Дата закінчення прийому
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

* Перенесення схеми АРТ з амбулаторної карти клієнта чи історії хвороби.

5. План реабілітаційних заходів

№	Втручання	Кількість сеансів	Дата початку	Дата закінчення
1.	Консультування (інформаційне та мотиваційне)			
2.	Психокорекція			
3.	Участь в роботі груп взаємодопомоги			
4.	Соціальна допомога			
5.	Робота з рідними клієнта			
6.	Індивідуальна консультація психолога			
7.	Інше _____			

Дата _____ / Підпис клієнта _____

6. План соціального супроводу клієнта

Ціль _____

№	Завдання	Спеці- аліст	Заходи	Запла- нована дата	Реалі- зовані заходи	Завдання на наступний період
1.	Оформлення втрачених документів, (паспорт, військовий квиток тощо)					
2.	Оформлення пенсії за віком					
3.	Оформлення інвалідності					
4.	Сприяння в пошуку тимчасового притулку					
5.	Допомога у працевлаштуванні					
6.	Робота з близьким оточенням					
7.	Формування прихильності до лікування					
8.	Сприяння в проходженні медичних обстежень та лікування					
9.	Інше _____					

Дата _____/ Підпис клієнта _____

Підпис посадової особи, яка склала план: _____

(посада, підпис, ПІБ)

Дата складання плану: _____

- Індивідуальний план соціального супроводу формується у термін не пізніше одного тижня після первинного інтерв'ювання та всебічної оцінки клієнта.
- Індивідуальний план соціального супроводу переглядається в термін, визначений індивідуально для кожного клієнта, але не рідше одного разу на місяць.

2.3. ФОРМИ ЖУРНАЛІВ ОБЛІКУ РОБОТИ ІЗ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ

Форма внутрішнього моніторингу роботи сайту ЗПТ

Назва організації	
Дата проведення моніторингу	
ПІБ та посада співробітника, який здійснював моніторинг	
Блок 1. Загальна інформація	
Адреса сайту ЗПТ	
ПІБ соціального працівника, який працював на сайті під час моніторингу	
Графік роботи сайту ЗПТ	
Блок 2. Коректність ведення проектної документації	
На кожного нового клієнта заповнюється індивідуальна карта надання соціальних послуг	
Ведуться Журнали обліку надання консультацій (соц. працівниками, кейс-менеджерами, психологами, лікарями, юристами тощо)	
Ведеться Журнал супроводу до 303 та/або лікарів	
Ведуться Журнали засідань МДК	
Блок 3. Комплексність послуг	
Клієнти мають можливість отримувати препарат замісної терапії (бупренорфін/метадон) щодня 7 разів на тиждень	
Клієнти одержують інформацію про послуги, доступні у проекті	
Клієнти одержують консультації інших медичних фахівців, крім нарколога (інфекціоніста, фтизіатра, дерматовенеролога, хірурга, психіатра) на сайті ЗПТ або шляхом переадресації (вказати які і де)	

Клієнтам надаються консультації з безпечної поведінки, профілактики ВІЛ та ІПСШ та з інших питань	
Клієнти відвідують заходи, організовані в рамках соціально-психологічного супроводу (індивідуальні та групові консультації, тренінги, інформаційні заняття)	
Блок 4. Виконання індикаторів	
Кількість клієнтів, які повинні отримувати ЗПТ у відповідності до наказу ОУОЗ	
Кількість клієнтів, які отримують ЗПТ на день моніторингу	
Можливі причини невиконання індикатору	
Блок 5. Зустріч із членами МДК та керівництвом сайту ЗПТ	
Питання, які обговорювалися (у тому числі виконання індикатору щодо кількості клієнтів, які отримують ЗПТ)	
Рішення	
Загальні зауваження:	
Рекомендації:	
Дата заповнення форми	
Підпис співробітника, який проводив моніторинг	

На кожному сайті ЗПТ моніторинговий візит необхідно проводити не рідше 1 разу у 6 місяців.

1. Журнал обліку проведення індивідуальних консультацій

№	Дата проведення консультації	П.І.Б. особи, яка проводила консультацію	Посада	Тема консультації	Унікальні коди клієнтів, які були присутні на консультації	Примітки
1	2	3	4	5	6	7

2. Журнал обліку проведення групових консультацій

№	Дата проведення консультації	П.І.Б. особи, яка проводила консультацію	Посада	Тема консультації	Унікальні коди клієнтів, які були присутні на консультації	Примітки
1	2	3	4	5	6	7

3. Журнал обліку проведення груп самодопомоги

№	Дата проведення групи самодопомоги	П.І.Б. особи, яка проводила групу самодопомоги	Посада	Тема	Унікальні коди клієнтів, які були присутні на групі самодопомоги	Примітки
1	2	3	4	5	6	7

4. Журнал обліку проведення інформаційних занять

№	Дата проведення інформаційного заняття	П.І.Б. особи, яка провела інформаційне заняття	Посада	Тема інформаційного заняття	Унікальні коди клієнтів, які були присутні на інформаційному занятті	Примітки
1	2	3	4	5	6	7

5. Журнал обліку проведення сімейних консультацій

№	Дата проведення сімейної консультації	П.І.Б. особи, яка провела сімейну консультацію	Посада	П.І.Б. клієнта, унікальний код (якщо є)	Учасники сімейної консультації із зазначенням члена родини клієнта (мати, батько, дружина...)	Спислий перелік питань, які обговорювалися на сімейній консультації	Примітки
1	2	3	4	5	6	7	8

6. Журнал обліку переадресації/супроводу клієнтів ЗПТ

№	Код клієнта	Дата звернення	Первинне звернення	Вторинне звернення	Зміст звернення	Організація/установа, куди було здійснено звернення	П.І.Б. спеціаліста, що здійснив переадресацію	Відмітка про надання послуги
1	2	3	4	5	6	7	8	9

