

Проблеми забезпечення психосоціальної підтримки в медичних закладах

Карачевський А.Б.

доцент кафедри загально, дитячої, судової психіатрії і наркології
Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика

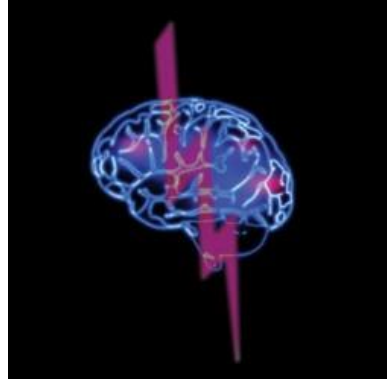
Проблеми забезпечення психосоціальної підтримки в медичних закладах

- в 2016 році лікарів-психіатрів - 7,82 на 100 тис. населення
- кількість лікарів- психотерапевтів – 0,58 на 100 тис. населення
- лікарів- психологів - 0,52 посади на 100 тис. населення
- Зарплати – 2500-3200 грн/міс
- Відсутність підготовки клінічних психологів з гуманітарною освітою
- Невизнання державою психотерапевтичної освіти у психологів
- Відсутність тривалих освітніх проектів з супервізуванням

13.03.2017 наказом МОЗ створена Робоча група з підготовки проекту концепції розвитку системи охорони здоров'я України

- **Уляна Супрун** — в.о. Міністра охорони здоров'я України
- **Оксана Сивак** — заст. Міністра охорони здоров'я України
- **Божук Богдан Степанович** заст. декана медико-психологічного факультету НМУ ім.О.О.Богомольця
- **Вознесенська Олена Леонідівна** - ст. н. сп. Інституту соціальної та політичної психології НАПН України
- **Гридковець Людмила Михайлівна** — зав. кафедри психології та педагогіки Київського інституту бізнесу та технологій
- **Дворяк Сергій Васильович** - голова правління УІПГЗ
- **Закаль Юрій Петрович** — заст. гол.лікаря Львівської ОКПЛ
- **Зарецька Наталія Євгенівна** представник Уповноваженого Президента України з питань реабілітації поранених учасників антитерористичної операції
- **Карачевський Андрій Борисович** - доцент кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології НМАПО ім. П.Л.Шупика,
- **Кечур Роман Володимирович** - доцент кафедри психіатрії та психотерапії Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького,
- **Климчук Віталій** - професор кафедри клінічної психології УКУ
- **Куценко Ігор Борисович** — директор центру злочинності і наркоманії Каліфорнійського університету в Сан-Дієго
- **Лінський Ігор Володимирович** - Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМНУ, зав. відділу невідкладних станів у неврології і психіатрії
- **Марута Наталія Олександрівна** — заст. директора з наук.роботи ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»
- **Марценковський Ігор Анатолійович** - завідувач відділу психічних розладів дітей та підлітків Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України
- **Наконечна Оксана** — віце-президент “EMDR-Україна”
- **Пінчук Ірина Яківна** Директор УНДІССПН
- **Пустовойт Михайло Михайлович** — ректор КІСПП
- **Романчук Олег Ігорович** – президент УАКПТ
- **Стратович Юрій Олександрович** - віце-президент Всеукраїнської асоціації дитячих психіатрів
- **Шум Сергій Сергійович** - заступник директора Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України
- **Імереллі Руслан** - організація інвалідів користувачів психіатричної допомоги "Юзер"
- **Кравченко Раїса Іванівна** - Благодійне товариство допомоги інвалідам та особам з інтелектуальною недостатністю

Робота над Концепцією розвитку охорони психічного здоров'я в Україні



- 20.03-20.04 - напрацювання Концепції
- 25-26.04 – Національна консультація
- 28.04 – панельна дискусія на Науково-практичній конференції з міжнародною участю “Психіатрія XXI століття: проблеми та іноваційні рішення”
- 25 квітня-30 травня – громадське обговорення Концепції
- Червень-липень 2017 – погодження 1-го варіанту Концепції в інших міністерствах
- Серпень-вересень 2017 – врахування зауважень до Концепції
- Жовтень-грудень 2017 – перепогодження 2-го варіанту Концепції в інших міністерствах та затвердження Кабінетом Міністрів України
- Листопад 2017 - лютий 2018 – робота над Планом заходів розвитку охорони психічного здоров'я в Україні

Мета

- Метою Концепції є створення цілісної, ефективної системи охорони психічного здоров'я, яка функціонує в єдиному міжвідомчому просторі, забезпечує покращення якості життя та дотримання прав і свобод людини.



Рис.1. Складові здоров'я людини

V. Шляхи і способи розв'язання проблем



1. Підвищення рівня обізнаності щодо психічного здоров'я у суспільстві та подолання стигматизації

2. Зменшення дискримінації та порушень прав людей з проблемами психічного здоров'я

3. Розвиток системи промоції психічного здоров'я та профілактики психічних розладів

4. Забезпечення регулювання діяльності у сфері охорони психічного здоров'я

5. Удосконалення системи формування та підтримки професійних компетентностей фахівців у сфері охорони психічного здоров'я

6. Забезпечення впровадження галузевих стандартів та контролю якості допомоги в сфері охорони психічного здоров'я

7. Поліпшення доступності допомоги.

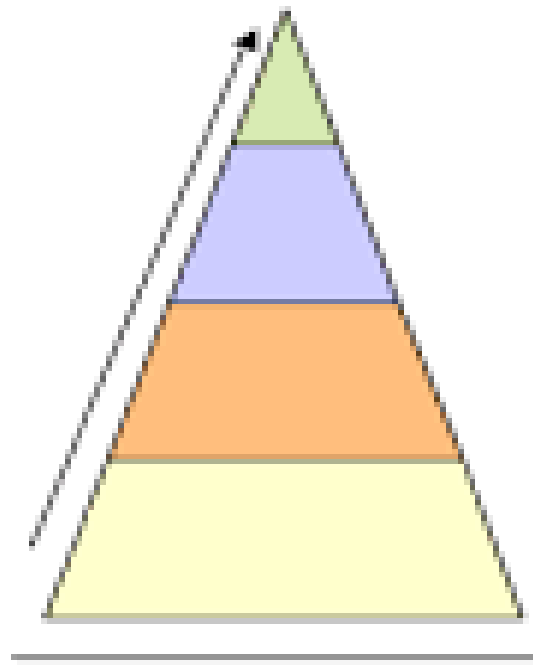
8. Розвиток системи психосоціальної підтримки на рівні громад.



9. Впровадження технологій, методів та процедур оцінки в сфері психічного здоров'я в установах первинної ланки медичної та соціальної допомоги

10. Посилення диференційованості надання допомоги у сфері охорони психічного здоров'я та підвищення чутливості до потреб специфічних суспільних груп

11. Підвищення ефективності адміністрування, міжвідомчої координації та міжсекторальної співпраці в сфері охорони психічного здоров'я



Матеріали ВООЗ та ООН у сфері охорони психічного здоров'я

- Програма сталого розвитку 2030 ООН
- Пакет документів mhGAP 2.0
- mhGAP для медичних працівників:
 - mhGAP-IG 2.0
 - mhGAP-HIG
 - E-mhGAP
- Удосконалення доступу та практичного використання ліків при психічних порушеннях
- Сприяння правам та залученню у спільноту дітей з порушеннями психосоціального функціонування
- Керівні принципи МПК ООН
- Якісні права



IASC IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings



8. Підвищення доступності послуг. Розвиток системи психосоціальної допомоги на рівні громад.

- децентралізація та розвиток позастаціонарних форм надання спеціалізованої допомоги,
- створення системи кризового консультування (в тому числі телефонного та он-лайн консультування),
- покращення надання допомоги щодо психічного здоров'я на рівні первинної медичної допомоги
- реорганізації допомоги в закладах охорони здоров'я на рівні вторинної та третинної медичної допомоги,
- створення чіткого механізму перенаправлення між наявними службами, розвитку мультидисциплінарних команд та міжгалузевої співпраці.

Вибуло з програми МПЛ протягом 2015 року - 2 158 осіб, з них:

успішно завершили програму – 245 (11,3% від усіх осіб, які вибули),

покинули програму за власним бажанням – 799 (37%),

адміністративна виписка – 520 (24%),

померли – 368 (17%),

притягнення до кримінальної відповідальності – 226 (10,5%)

Причини вибуття пацієнтів з програми за 2015 рік



Критерії SAMHSA (Medication-Assisted treatment for opioid addiction in opioid treatment programs) готовності пацієнта виходити з програми МПЛ:

- не менше 2 років знаходження в програмі;
- не вживання інших ПАР та відсутність проблем пов'язаних із зловживанням призначених медичних препаратів протягом 2 років;
- відсутність проблем із зловживанням алкоголю;
- стабільне соціальне оточення в середовищі вільному від вживання ПАР;
- стабільний та легальне джерело доходу;
- включеність в продуктивну активність (робота, навчання, волонтерство);
- відсутність кримінальної поведінки та іншої протиправної діяльності не менше 3 років, а також відсутність умовного строку чи знаходження в системі пробації;
- адекватна система соціальної підтримки;
- відсутність нестабілізованого психічного стану або захворювання.

Психосоціальні втручання

Форми:

- стаціонарна
- амбулаторна
- індивідуальний або груповий формат,



Моделі:

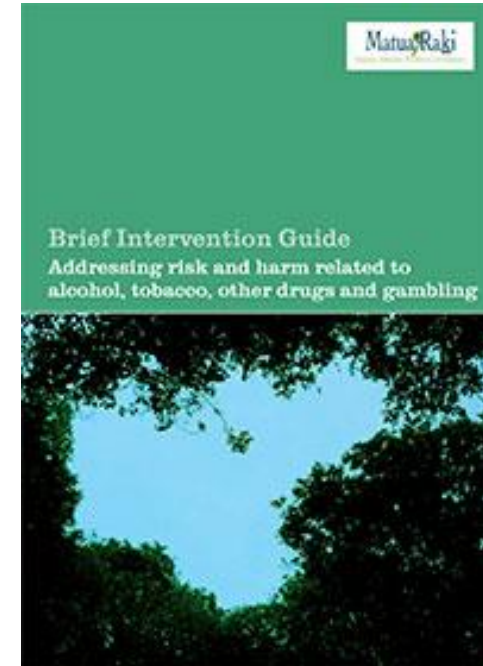
- короткі втручання
- навчання соціальним навичкам,
- консультування сімейних пар,
- мотиваційне інтерв'ювання,
- когнітивно-поведінкова терапія,
- терапія 12 кроків,
- сімейна терапія та інші.

Психотерапевтичні методи, що ефективні у лікуванні залежності від ПАР

- Заохочувальний менеджмент (contingency management),
- традиційна когнітивно-поведінкова терапія (КПТ),
- навчання навичкам профілактики рецидиву,
- мотиваційне інтерв'ювання,
- консультування пар і сімейна терапія (Carroll and Onken, 2014; McHugh et al., 2010; Smedslund et al., 2011)
- Дослідження ефективності методів третьої хвилі СБТ:
- Терапія прийняття і відповідальності (АСТ; Hayes і ін., 2012)
- Діалектично-поведінкова терапія (DBT; Linehan, 1993),
- Майндфулнес-базованої профілактики рецидиву (Witkiewitz і ін ., 2005)

Короткі втручання (КВ)

- це не окремий метод, а сукупність втручань
- порівняно з традиційними методами терапії, КВ обмежені в часі, який витрачається на їх проведення
- триває від 5-хвилинного сеансу-поради до трьох сеансів тривалістю по одній годині (Бабор [Babor], 1994)
- у переважній більшості вони тривають менше 25 хвилин, складаються з одного сеансу і одного або кількох короткотривалих контактів в подальшому



Що таке короткі втручання?

- **Коротка, цілеспрямована, не конфронтаційна, персоналізована розмова з людиною про її проблеми, що пов'язані з алкоголем, тютюном, іншими наркотиками та / або азартними іграми** (тобто щодо будь-якої проблеми, або щодо всіх одразу).
- Мета - допомогти людині подумати про свою поведінку і встановити зв'язок між її поведінкою та будь-якими, пов'язаними з психоактивними речовинами, ризиками та шкодою (адаптовано з NHS Health Scotland, 2009, і Humeniuk, Henry-Edwards, Ali, Poznyak & Monteiro, 2010b).
- Є дослідження, що підтверджують ефективність короткотермінових інтервенцій. Найбільша ефективність відмічена щодо впливу на вживання алкоголю.
- Існує все більше доказів того, що короткі втручання повинні надаватися в інших установах, не пов'язаних з охороною здоров'я, таких як кримінальне правосуддя та соціальна служба (Bliss & Pecukonis, 2009; Brown, Newbury-Berch, McGovern, Phinn & Kaner, 2010; Hopkins & Sparrow, 2006; Макговерн, Ньюбері-Бережа, Делюка та Драммонд, 2012).

Скринінгові інструменти

- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)
- The Cannabis Use Disorder Test – Revised (CUDIT-R)
- Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)
- Case-finding and Help Assessment Tool (CHAT)
- Early Intervention Gambling Health Test (EIGHT)
- Problem Gambling Severity Index (PGSI)
- Concerned Others Gambling Screen (COGS)
- Heaviness of Smoking Index (HSI)
- Substances and Choices Scale (SACS)



Результати скринінгу та рівень втручання

Результат скринінгу	Рівень втручання
Не знайдено жодної проблеми	Надайте позитивну оцінку Запропонуйте інформацію, щоб підтримувати утримання / низький ризик
Ідентифіковано небезпечне або шкідливе використання / поведінка	Надайте коротке втручання
Залежність можлива або залежність ідентифіковано	Консультуйте щодо потреб в спеціальному лікуванні та направте до фахівця

Елементи короткого втручання: FRAMES

- **Feedback:** Дайте зворотний зв'язок щодо результатів скринінгу, підкресліть потенційні ризики або рівень поточної шкоди.
- **Responsibility:** Підкресліть відповідальність пацієнта за його вибір щодо потреби змін. Професіоналу не варто суперечити чи переконувати. Поважайте автономію людини.
- **Advice:** Надання поради щоб підвищити рівень обізнаності людини стосовно втрат та наслідків їх поведінки та надавати консультації для підтримки позитивних змін.
- **Menu:** Надайте конкретні поради щодо варіантів або стратегій змін, які треба зробити; допоможіть в постановці цілей та плануванні дій, якщо це доречно для людини.
- **Empathy:** Виявіть співчуття до думок і почуттів пацієнта. Підтримуйте взаємозв'язок; використовуйте стиль співпереживання.
- **Self efficacy:** Вселіть впевненість, що пацієнт спроможний(-а) впровадити рекомендовані зміни.

Етапи короткого втручання

- Познайомтеся
- Проведіть скринінг (= Запитайте)
- Надайте відгук та короткі поради
- Слідкуйте за готовністю і думками
- Проведіть коротке втручання



- Вихід з будь-якого етапу, якщо людина вказує на те, що не бажає продовжувати.

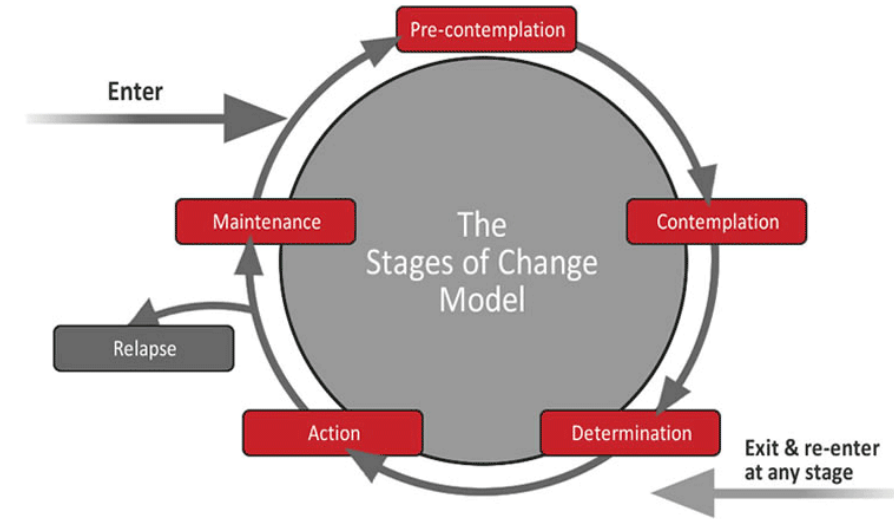
- Source: Adapted from Center for Substance Abuse Treatment (1999).

Мотиваційне консультування

- це направляючий клієнт-центрований **стиль взаємодії**, що допомагає людям досліджувати їх амбівалентність по відношенню до їх вживання алкоголю та починати змінювати свою поведінку
- **Meta-analysis of motivational interviewing for adolescent health behavior: efficacy beyond substance use.** Christopher C. Cushing, Chad D. Jensen, Mary B. Miller, Thad R. Leffingwell. JConsultClinPsychol. 2014 Dec; 82(6): 1212–1218. Published online 2014 May 19. doi: 10.1037/a0036912
- **Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.** Brad Lundahl, Teena Moleni, Brian L. Burke, Robert Butters, Derrik Tollefson, Christopher Butler, Stephen Rollnick. Patient Educ Couns. 2013 Nov; 93(2): 157–168.
- **Motivational interviewing for substance abuse.** Geir Smedslund, Rigmor C. Berg, Karianne T. Hammerstrøm, Asbjørn Steiro, Kari A. Leiknes, Helene M. Dahl, Kjetil Karlsen. Cochrane Database Syst Rev. 2011 May 11

Принципи мотиваційного консультування

- Проявляти емпатію
 - Схвалення провокує зміни
 - Рефлексивне слухання
 - Невизначеність і конфлікти є частиною процесу зміни
- Развивати протиріччя
 - Розмовляйте з пацієнтом про наміри змінитися
 - Побудова мотивації до зміни на основі побачених відмінностей/конфліктів між поведінкою та індивідуальними цілями і цінностями
- Уникати аргументації
- Обходити супротив
- Підтримувати впевненість в своїх силах (самоефективність)
 - Власне розуміння пацієнта щодо можливості змін є переламним мотиваційним фактором
 - Пацієнт сам/сама відповідає за свої дії та зроблений вибір



OARS

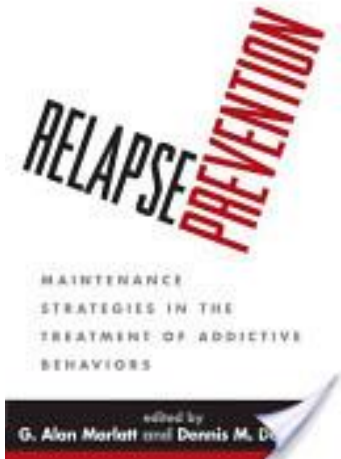
Стратегії початкових сесій: **OARS** - навички, що дозволяють заохотити клієнтів до бесіди, дослідити їх амбівалентність по відношенню до вживання психоактивних речовин та прояснити мотиви для зменшення чи зупинення їх вживання.

1. **O**pen-ended questions – відкриті питання
2. **A**ffirmation - підтримка спроможності пацієнта та позитивний зворотній зв'язок
3. Reflective listening - **R**ефлексивне вислуховування
4. **S**ummarising - Підсумовування



Техніка «попередження рецидивів»

- Попередження зривів починається з оцінки внутрішніх, зовнішніх, середовищних та психічних ризиків та факторів чи ситуацій, що можуть спровокувати повернення до вживання.
- Коли потенційні тригери та ситуації високого ризику визначені використовуються когнітивні та поведінкові методи напрацювання навичок запобігання зриву.
- 1) навчання та інтервенції спрямовані на ситуації середнього ризику (певні події, люди, ситуації, місця тощо)
- 2) глобальну стратегію, що передбачає досягнення балансу та враховує чинники впливу стилю життя на повернення до вживання.
- В рамках зазначеної стратегії передбачається досягнення балансу між стресом та отриманням позитивних емоцій.

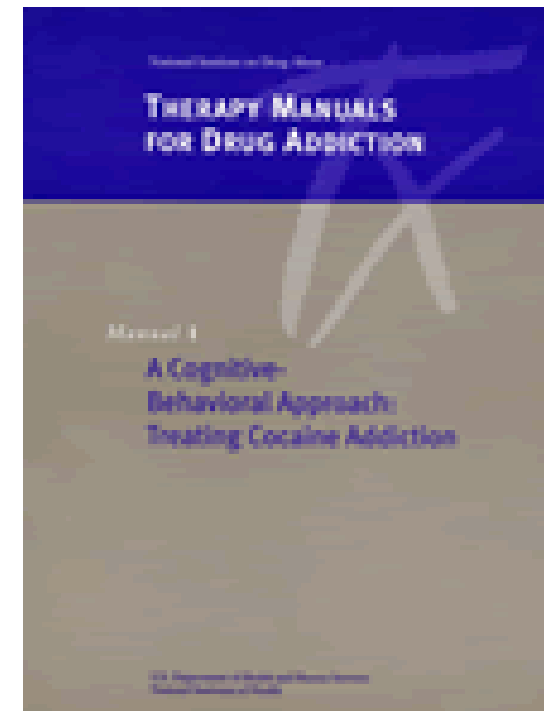


Когнітивно-поведінкова терапія залежних

короткостроковий, структурований метод психотерапії, спрямований на розвиток навичок контролю над адиктивною поведінкою у хворих із залежністю від алкоголю і наркотиків в умовах формування і підтримання ремісії.

- Cognitive-Behavioral Treatment With Adult Alcohol and Illicit Drug Users: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Molly Magill and Lara A. Ray, J Stud Alcohol Drugs. 2009 July; 70(4): 516–527

Аналіз 53 контрольованих досліджень когнітивно поведінкової терапії (КПТ) для дорослих з діагнозом вживання алкоголю або незаконних наркотиків, або залежністю від них показав загальну ефективність КПТ у дорослих, залежних від алкоголю або інших наркотиків.



Зміст програми когнітивно-поведінкової терапії

- Програма складається, щонайменше, з
- 16 індивідуальних зустрічей
- містить 11 різних тем, разом із заключною сесією.

Теми занять:

1. Мотивування і залучення.
2. Функціональний аналіз.
3. Подолання патологічного потягу.
4. Навички спілкування (асертивність).
5. Розпізнавання і подолання емоцій гніву.
6. Негативно забарвлені афективні стани і депресія.
7. Вирішення проблем.
8. Навички відмови від вживання психоактивних речовин.
9. Зміцнення соціальної підтримки.
10. Планування поведінки в кризових ситуаціях і подолання рецидивів
11. Перспективне планування.

Підходи щодо ведення пацієнтів, які завершують лікування

Сценарій\модель	Переваги	Недоліки	Застереження
Переадресація до реабілітаційного центру	- інтенсивність підтримки, - спрямована на вирішення великої кількості проблем пацієнта та його повноцінну ресоціалізацію, - підходить для пацієнтів зі складними соціальними проблемами та нерозвиненими навичками тверезого життя	- висока вартість, - велика кількість центрів, що використовують підходи з недоказовою ефективністю, - займає багато часу та мало підходить для працюючих пацієнтів та жінок з маленькими дітьми	не визначена обґрунтованість проходження реабілітації після завершення ЗПТ з точки зору фінансових витрат (вартісна послуга) та ефективності для пацієнта.

Підходи щодо ведення пацієнтів, які завершують лікування

Сценарій\модел	Переваги	Недоліки	Застереження
Лікування антагоністами опіоїдів (налтрексоном)	підходить для пацієнтів з високою мотивацією *	- у більшості пацієнтів низький рівень дотримання курсу лікування*	- підвищення ризику передозування після закінчення лікування, - побічні ефекти, - ускладнює лікування больового синдрому*
Стаціонарна реабілітація на базі наркологічного лікувального закладу, що надає послуги ЗПТ	- інтенсивність підтримки, - спрямована на вирішення великої кількості проблем пацієнта та його повноцінну ресоціалізацію, - підходить для пацієнтів зі складними соціальними проблемами та нерозвиненими навичками життя,	- Відсутність такої можливості в більшості регіонів, - займає багато часу та мало підходить для працюючих пацієнтів та жінок з маленькими дітьми	не визначена обґрунтованість проходження реабілітації після завершення ЗПТ з точки зору фінансових витрат (вартісна послуга) та ефективності для пацієнта

Підходи щодо ведення пацієнтів, які завершують лікування

Сценарій\модель	Переваги	Недоліки	Застереження
Психосоціальні і заходи, що організовані силами відділення ЗОЗ, яке надає ЗПТ	- модель приваблива з економічної точки зору, - дозволяє комплексно оцінювати стан пацієнта та гнучко підходити до визначення його готовності завершувати лікування в програмі ЗПТ, - комфортність для пацієнта (послуги надаються в процесі основного лікування та є його складовою), - подальший супровід забезпечується в рамках диспансерного нагляду	Існуюча директивна модель відносин персоналу до пацієнтів унеможливорює партнерські відносини та перенесення відповідальності на пацієнта. Додаткове навантаження соціальних працівників, які не в змозі пристосувати робочий графік до потреб працюючих пацієнтів. Складність забезпечити якість надання послуг.	- Необхідність у пілотуванні підходу для визначення його ефективності та економічної доцільності (який обсяг послуг та ким має надаватись, як моніторити якість ремісії після припинення ЗПТ...)

Підходи щодо ведення пацієнтів, які завершують лікування

Сценарій\модель	Переваги	Недоліки	Застереження
Когнітивно-поведінкова терапія, що надається підготовленими фахівцями	- наукова доказовість, підходить для працюючих пацієнтів та жінок з маленькими дітьми - спрямована на напрацювання пацієнтом навичок вирішення проблем та працює з коморбідними розладами.,	- висока вартість, - мала кількість фахівців, що використовують такий підхід	Поки що відсутній “рух коштів за пацієнтом”, Не визначена вартість послуги в державній системі, відсутня практика взаємодії центрів, де надають ЗРТ і центрів психічного здоров'я .

Національний план заходів розвитку охорони психічного здоров'я в Україні

Принципи організації роботи:

1. Максимальне залучення усіх зацікавлених сторін – громадян, клієнтів та пацієнтів, їхніх родин, фахівців, державних структур, міжнародних організацій тощо.
2. Забезпечення максимальної прозорості усіх кроків та процесів, можливість відкритого обговорення усіх компонентів Плану заходів.
3. Структурованість та організованість роботи, чіткість і конкретність пропозицій, готовність брати на себе відповідальність за пропоновані рішення.

Основна мета Плану заходів: створити СИСТЕМУ охорони психічного здоров'я

Ця система повинна забезпечити

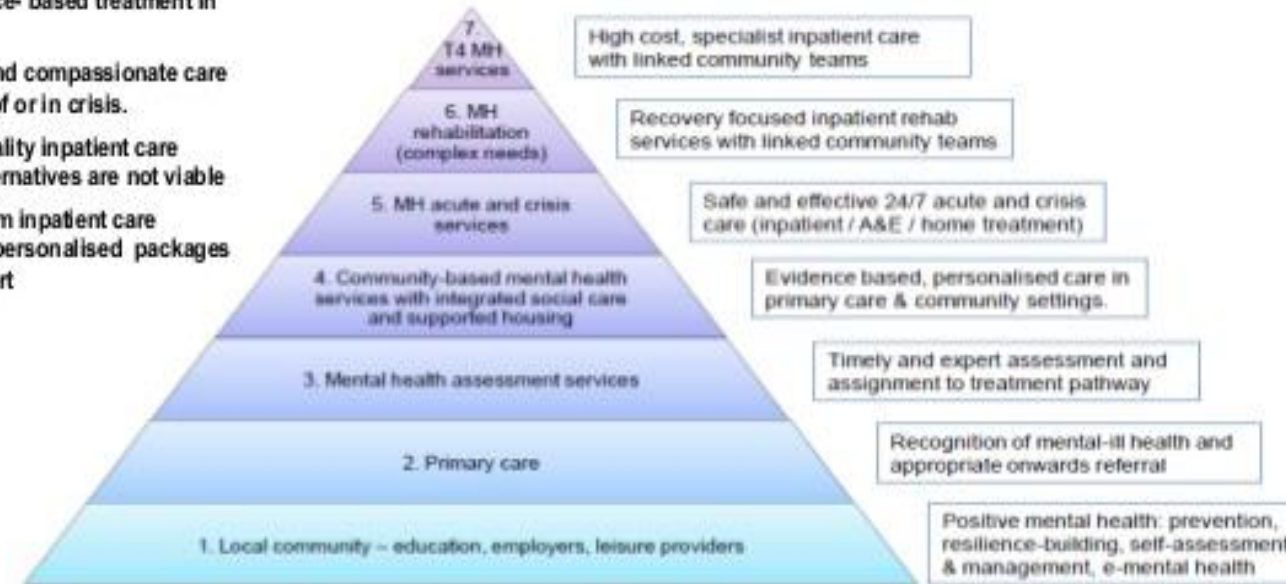
- Інформування населення,
- Тренінги
- скринінг (виявлення),
- діагностику,
- стабілізацію пацієнтів,
- реінтеграцію,
- Психосоціальну підтримку
- психотерапію
- медикаментозну терапію

Components of an effective mental health system



An effective 'in balance' mental health system would:

- Ensure rapid detection of mental ill health and access to evidence-based treatment in community settings.
- Provide responsive and compassionate care to individuals at risk of or in crisis.
- Provide safe, high quality inpatient care where community alternatives are not viable
- Enable discharge from inpatient care through provision of personalised packages of home-based support



Робота над Планом заходів

- Ми попросили фахову спільноту та громадські організації обрати один або кілька напрямків роботи та описати бачення вирішення проблем у сфері охорони психічного здоров'я.
- 19-20 грудня плануються початкові наради по напрямкам щодо Плану заходів розвитку охорони психічного здоров'я у МОЗі.
- Лютий-березень 2018 р – Національна консультація щодо Плану заходів

Завдання	Найменування заходів	Найменування документів для коригування / створення	Індикатор / результат	Термін проведення/ строк виконання

- **Дякую за увагу!**

- Email: karachevskyy@gmail.com