

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Директор Департамента фармацевтической деятельности
обеспечения благополучия ж/образования



Н.Н. Володин
« 03 > августа 2005г.

Информационное письмо

Об опыте применения многодисциплинарного подхода в организации
медицинской помощи больным с психическими расстройствами и внедрении его
принципов в детскую наркологическую службу (на примере детской
наркологической службы г. Екатеринбурга)

Москва 2005

Авторы:

Власовских **Р.В.** - главный врач МУ «Психиатрическая больница №31», г. Екатеринбург.

Детков Д.В. - заведующий наркологическим диспансерным отделением МУ «Психиатрическая больница №31», г. Екатеринбург.

Канарский И.А. - заместитель главного врача МУ «Психиатрическая больница №31», г. Екатеринбург.

Кручиневская Н.Ю. - заместитель главного врача МУ «Психиатрическая больница №31», г. Екатеринбург.

Ойхер Д.Я. - кандидат педагогических наук, доцент курса психиатрии, наркологии, психотерапии ФПК и ПП Уральской Государственной Медицинской Академии.

Информационное письмо предназначено для врачей психиатров-наркологов, психиатров детских, руководителей психиатрических и наркологических лечебных учреждений, преподавателей, студентов, ординаторов и аспирантов высших образовательных медицинских учреждений.

В последние годы становится очевидным, что существовавшая ранее модель психиатрической и наркологической служб со свойственной им монопрофессиональным подходом не может отвечать современным требованиям оказания комплексной помощи. Крайне мала ее эффективность в области раннего выявления психиатрической и наркологической патологии, лечения, реабилитации, социально-психологической помощи детям, подросткам, их семьям.

Учитывая, что в формировании психических расстройств, их динамике, исходе, кроме биологических факторов, важную роль играют психологические (семейные, возрастные, ситуационно-средовые), социально-экономические и медицинские факторы, в начале 50-х годов 20 века и была сформулирована биопсихосоциальная модель, характеризующаяся мультидисциплинарным подходом к терапии имеющих расстройства, с участием специалистов различного профиля, тесно взаимодействующих между собой.

За рубежом, в частности в Великобритании, США имеется достаточный опыт работы многопрофильных бригад, определяющих в своей основе реализацию биопсихосоциального подхода, при этом не вызывает сомнений их высокая эффективность в оказании помощи детям и подросткам. Внедрение бригадной формы работы специалистов требует длительных усилий, терпения и выдержки, как со стороны участников терапевтического процесса, так и со стороны руководителей ЛПУ.

С 1996 года, в рамках Российско-Британского проекта "Детское психическое здоровье", осуществляемого Министерством здравоохранения Свердловской области и Ассоциацией "HEALTH-PROM", специалисты по детско-подростковой психиатрии и наркологии знакомятся с особенностями работы аналогичных специализированных служб Британии, по новому организуют работу службы, внедряют прогрессивные подходы в диагностике, лечении и реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами.

Специалистами психиатрической службы детской больницы №31 г. Екатеринбурга (МУ «ПБ№31») также была принята идеология многодисциплинарного подхода. Многодисциплинарные бригады (МДБ) стали функционировать в условиях поликлинического консультативно-диагностического отделения (КДО) и стационара (ДПС). В 2002 году на базе больницы была создана городская детско-подростковая наркологическая служба. В состав службы вошли наркологическое диспансерное отделение (НДО), районные наркологические кабинеты, 15 плановых наркологических коек в стационаре, с 2003г. - палата интенсивной терапии для оказания неотложной наркологической помощи несовершеннолетним, в этом же году создано новое отделение - служба клинической психологии.

Концепция развития детско-подростковой наркологической службы включает в себя поиск и внедрение новых технологий раннего выявления, профилактики, лечения и реабилитации наркологических расстройств. Учитывая положительный опыт внедрения бригадного подхода в психиатрической службе, а также штатные возможности, полипрофессиональный подход был внедрен в наркологической практике.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ МНОГОДИСЦИПЛИНАРНОЙ БРИГАДЫ

Бригадная форма работы может быть внедрена в диспансерных и стационарных наркологических отделениях психиатрических и наркологических больниц, в условиях наркологических учреждений других лечебно-профилактических учреждений, в наркологических реабилитационных центрах имеющих штатное расписание в соответствии с приказом МЗ РФ № 201 от 21.06.2002г. «Об утверждении штатных нормативов медицинского и иного персонала наркологических учреждений и наркологических подразделений в составе других лечебно-профилактических учреждений». С учетом имеющегося детского и подросткового населения муниципальных образований, рассчитывается количество должностей детско-подростковых психиатров-наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников, медицинских сестер.

При бригадной форме работы важно сохранить выполнение основных требований системы динамического наблюдения и лечения детей и подростков с наркологической

патологией. Сроки диспансерного наблюдения больных и профилактического наблюдения лиц группы риска в наркологических учреждениях определяются Приказом МЗ СССР № 704 от 12.09.88г. Существуют тематические особенности подготовки специалистов для оказания помощи в условиях наркологических реабилитационных центров - Приказ МЗ РФ от 17.12.1997г. № 373 «О подготовке врачей психиатров-наркологов, психотерапевтов, психологов, специалистов по соцработе, социальных работников для работы в наркологических реабилитационных центрах (отделениях)». Порядок подготовки специалистов по соцработе и соцработников прописан в приказ Министерства Здравоохранения РФ № 266 от 28.07.1997г. «О подготовке специалистов по социальной работе и социальных работников, участвующих в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи».

Обслуживание детского населения по районному принципу регламентируется в Приказе МЗ РФ №623 от 30.12.2003г. «О совершенствовании оказания наркологической помощи несовершеннолетним», в котором утверждено положение об организации деятельности наркологического кабинета. В Приказе МЗ РФ №500 от 22.10.2003г. утвержден протокол ведения пациентов при реабилитации больных наркоманией.

В рамках бригадного и межведомственного подхода каждый специалист должен иметь представление о статьях Административного и Уголовного кодексов РФ.

Семейный кодекс РФ в статье 69 говорит о том, что наркомания родителей является основанием для лишения родительских прав. Федеральный Закон «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» от 21.05.99г. обязывает учреждения системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних незамедлительно информировать государственные органы управления здравоохранением о выявлении несовершеннолетних, нуждающихся в обследовании или лечении в связи с употреблением наркотических средств и психотропных препаратов.

Федеральный Закон о наркотических средствах и психотропных веществах содержит статьи, касающиеся медицинского освидетельствования и наркологической помощи больным наркоманией.

Федеральный закон «О рекламе» (с изменениями и дополнениями на 1.01.2005г.)

указывает на недопустимость демонстрации процессов курения и потребления алкогольных напитков, непосредственного обращения рекламы к несовершеннолетним, а также использования образов физических лиц в возрасте до 35 лет, высказываний или участия в рекламе лиц, пользующихся популярностью у лиц в возрасте до 21 года.

СТРУКТУРА РАБОТЫ МНОГОДИСЦИПЛИНАРНОЙ БРИГАДЫ

По определениям, предоставленным британскими психиатрами: БРИГАДА -это «небольшая группа людей, состоящая обычно из разных профессионалов. Они взаимодействуют друг с другом, внося свой вклад в достижение общей цели, навстречу потребностям клиента, соответствующей группы населения».

Состав бригад может варьировать от минимального (врач психиатр-нарколог, психолог, соцработник) до большой команды, в которую дополнительно входят: психотерапевт, педагог-дефектолог, трудинструктор и другие специалисты в зависимости от целей и задач службы, контингента обслуживаемого населения и др. При этом, бригада не должна включать в себя более 10-12 человек, т.к. большое количество участников значительно усложняет внутрибригадные взаимодействия. В лечебно-диагностических центрах, диспансерах возможно одновременное функционирование двух и более, независимых друг от друга бригад с постоянным составом и руководителем, но единой для всех бригад формой документации, учета и отчетности. Руководителем бригады назначается наиболее квалифицированный врач психиатр-нарколог, как правило, заведующий отделением (прил. №1).

Основное отличие бригадной формы обслуживания пациентов от обычной поликлинической заключается в возможности осуществления координированного, интенсивного многопрофильного подхода к решению проблем психического здоровья. Многопрофильный подход основан на *равноправном* участии специалистов бригады в терапевтическом процессе. При обсуждении пациента, каждый член бригады с позиции своей специальности, предлагает разные точки зрения на его проблемы и их актуальность в данный момент, обосновывает потребности во вмешательстве. Основные преимущества бригадной формы взаимодействия специалистов:

- большие возможности для обмена профессиональными знаниями в различных областях и для контактов между профессионалами;
- оперативность при направлении пациента к другим специалистам;

- возможность более широкого обсуждения проблем, различных факторов, влияющих на состояние психического здоровья, при этом использование различных подходов может стать творческой движущей силой;
- возможность взаимного дополнения различных моделей работы, например медицинского и социального подходов;
- возможность профилактики профессионального стресса, "синдрома сгорания", переработки его последствий.

ТЕХНОЛОГИЯ ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИЯ МДБ

Эффективное взаимодействие медицинской, психологической, социальной, педагогической служб требует разработки специальных программ оказания помощи детям и подросткам с различными психическими расстройствами, в т.ч. с зависимостями.

Трудность введения бригадного принципа в лечебный процесс обусловлена, прежде всего, тем, что его идеология существенным образом отличается от традиционных медицинских подходов к больному. Работая в условиях многопрофильной бригады, каждый специалист имеет возможность принимать участие в оказании помощи детям и их родителям в соответствии с индивидуальным планом каждого пациента. Ответственным за результат лечения остается врач-психиатр (руководитель бригады), поскольку все остальные участники должны нести только часть ответственности и руководства.

Семьи с детьми обращаются в детскую службу самостоятельно, или по направлению из детских поликлиник, школьных и дошкольных учреждений, по рекомендации отдела профилактики правонарушений детей УВД и др.

Целесообразна организация доврачебного приема. При этом медрегистратор, либо медицинская сестра, действуя в пределах своей компетенции, направляет ребенка для неотложного осмотра психиатром-наркологом, или ведет запись на прием специалистов, заполняет меддокументацию. Формирует потоки из впервые обратившихся в службу пациентов на прием к имеющимся специалистам. Ведение записи на прием позволяет психиатру-наркологу амбулаторного приема планировать ежедневную работу таким образом, что на прием первичного пациента отводится достаточное время — не менее 40 минут, что очень важно для установления контакта с ребенком и его родителями.

В трудных терапевтических случаях, сообщения об этих пациентах заслушиваются на собрании бригады специалистов (психотерапевт, психиатр-нарколог, медицинский психолог, специалист по социальной работе), с этого момента ключается бригадный механизм оказания помощи.

Собрание бригады - обязательное еженедельное мероприятие, где сообщается о планирующихся поступлениях на обследование и/или лечение детей, обсуждается очередность их поступлений, пациенты распределяются руководителем бригады к специалистам, согласно нагрузке и специфической клинической квалификации последних. Ведущим становится специалист, наиболее подготовленный и опытный в решении проблемы здоровья у конкретного пациента.

Специалисты бригады работают вместе, объединяя свои знания и умения, отражая виды своего вмешательства и динамику состояния в единой медицинской документации: амбулаторной карте или истории болезни в дневниках для отдельных специалистов.

Обмен информацией, полученной специалистами в процессе работы с пациентом, дает хорошую возможность сделать выводы о наличии проблем развития ребенка, его образовательном потенциале, социальных проблемах и влиянии их на психологическую приспособляемость. Установление же диагноза с оценкой ведущего синдрома, осуществляет врач психиатр-нарколог с учетом информации, полученной от других специалистов, а остальные участники МДБ вносят дополнения с точки зрения их специальностей. Эти данные объединяются многоосевой классификационной системой МКБ-10. В ней для каждого пациента используется 6 параметров.

МНОГООСЕВАЯ СИСТЕМА КЛАССИФИКАЦИИ В УСЛОВИЯХ БРИГАДНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В МКБ-10 используется один параметр, имеющий отношение к пациентам с наркопатологией - психические и поведенческие расстройства в результате употребления психоактивных веществ - главы Р 10 - Р 19. При оказании помощи пациенту в режиме многодисциплинарного подхода предлагается использовать многоосевую систему диагностики.

Ось 1А. Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, а именно:

F10 - алкоголя	F15 - других стимуляторов, включая кофеин
F11 - опиоидов	F16 - галлюциногенов
F12 - каннабиоидов	F17 - табака
F13 - седативных или снотворных веществ	F18 - летучих растворителей
F14 - кокаина	F19 - сочетанное употребление наркотиков и других психоактивных веществ
P1x.1 -неоднократное употребление... с вредными последствиями	

Синдром зависимости от алкоголя: P10.2 - Ранний алкоголизм, в т.ч. со стадиями:

- начальная (1)-P10.2x1;
- средняя (2)-P10.2x2;
- конечная (3) - P 10.2x3. Синдром зависимости от наркотических веществ: P11.2-9; P12.2-9; P13.2.-9;

P14.2-9;P16.2-9;P19.2-9. Синдром зависимости от ненаркотических веществ: P13.2.-9; P 15.2-9; P 16.2-9;

P17.2-9; P18.2-9. Критерии диагностики оси 1А используются врачами: психиатром-наркологом

амбулаторного приема, врачом-психотерапевтом и клиническим психологом. **Ось 1Б.** Психические и поведенческие расстройства. XX - Отсутствие психиатрического расстройства. P84 - Общие (первазивные) расстройства развития. P90-P98 - Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в

детском и подростковом возрасте. P20-P29 - Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства. P30-P39 - Расстройства настроения (аффективные). P40-P48 - Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. P50-P59 - Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими

нарушениями и физическими факторами. Критериями диагностики оси 1Б используются врачами: психиатром-наркологом амбулаторного приема, врачом-психотерапевтом и клиническим психологом.

Ось 2. Специфические расстройства психологического развития

XX - Специфического расстройства психологического развития нет.

Р 80 - Специфические расстройства развития речи.

Р 81 - Специфические расстройства развития школьных навыков (чтения, письма, счета, смешанные, другие).

Р 83 - Смешанные специфическое расстройства развития.

Критерии оси 2 используются клиническим психологом, дефектологом, логопедом.

Ось 3. Интеллектуальный уровень Р 70 — Р 79 Умственная отсталость. Критерии диагностики Оси 3 используют клинические психологи, психиатры.

Ось 4. Состояние физического здоровья пациента (заболевания, которые часто сопровождают наркологические и психические расстройства). К ним относятся неврологические заболевания (эпилепсия, черепно-мозговые травмы, детский церебральный паралич), соматические заболевания (диабет, бронхиальная астма и др.), инфекционные заболевания (ВИЧ-инфекция, гепатит).

Критерии диагностики Оси 4 используются педиатром, неврологом, узкими специалистами

Ось 5. Оценка психосоциальной ситуации, имеющей отношение к пациенту с наркопатологией.

1. Аномальные внутрисемейные взаимоотношения (2 61.4, 2 61.6, 2 625, 2 62.4, 263.8.)

2. Умственные расстройства, девиации или нетрудоспособность у родственников пациента (2 58.8,2 63.8)

3. Аномальные варианты воспитания (2 62.1,2 62,0,2 62.6,2 62.8)

4. Острые жизненные ситуации (2 61.0, 2 61.1, 2 61.2, 2 61.5, 2 61.6, 2 61.7, 261.8) и социальные стрессы (2 60.5,2 60,3)

5. Хронические стрессовые ситуации, относящиеся к школе (2 60.5,2 60.3,2 55), относящиеся к работе (2 56)

Критери оси 5 используются клиническим психологом, специалистом по социальной работе, социальным работником.

Ось 6. Состояние психологического, социального положения пациента, его трудоспособности (определение степени психосоциальной инвалидности).

- *Отличное/хорошее психосоциальное функционирование (во всех социальных сферах).* Хорошие межличностные отношения в семье, со сверстниками и взрослыми вне семьи: сохранена возможность справляться с непредвиденными социальными ситуациями; сохранены интересы и активность в свободное время.
- *Умеренное социальное функционирование* вообще, но с преходящими или минимальными трудностями только по одной или двум сферам.
- *Незначительная (легкая) социальная инвалидизация.* Адекватное функционирование в большинстве социальных сфер, но с небольшими затруднениями, как минимум, в одной - двух (например, затруднения, возникающие при ограничении социальной активности /интересов, в результате трудностей в семейных отношениях).
- *Умеренная социальная инвалидизация* как минимум, по одной или двум сферам
- *Выраженная социальная инвалидизация* Инвалидность в большинстве социальных сфер.
- *Несостоятельность в большинстве социальных сфер.* Нуждается в постоянном надзоре или уходе со стороны других людей для поддержания повседневного функционирования, не способен самостоятельно справляться с ситуациями.
- *Глубокая социальная инвалидизация.* Постоянная неспособность поддерживать личную гигиену; или постоянный риск самоповреждения, или травмирования других, или полное отсутствие коммуникативных способностей. Критериями диагностики Оси 6 пользуются все специалисты с учетом заполнения осей 1-5.

На основе многоуровневого диагноза, разрабатывается совместная координированная программа оказания помощи для конкретного пациента, учитывая профессиональную компетентность каждого члена МДБ в решении выявленных проблем, а также используемых технологий.

ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА СПЕЦИАЛИСТАМИ МНОГОДИСЦИПЛИНАРНОЙ БРИГАДЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Успешность лечебно-реабилитационного процесса зависит от соблюдения ряда принципиальных положений. Соблюдение этих принципов позволяет приступить к его осуществлению, удержать пациента в программе, обеспечить его активность в ходе ее реализации и рассчитывать на итоговый положительный результат.

Один из главных принципов - добровольное согласие и участие. Согласие оформляется письменно либо самим пациентом (в возрасте старше 16 лет), либо законным представителем - родителем или опекуном (в возрасте до 16 лет). Программа должна быть доступной и открытой для всех детей с наркопатологией, а сотрудники должны прилагать усилия по созданию и поддержанию доверительных отношений с пациентами, атмосферы взаимного уважения и взаимопонимания. Эффективная лечебно-профилактическая работа возможна только в случае построения системы партнерства между детьми и персоналом, основанной на максимальном взаимодействии, сотрудничестве, открытом диалоге.

Медицинский, психологический и социальный подходы составляют в работе неразрывное целое в плане направленности на обеспечение эффективности лечебно-реабилитационного процесса. Все методики для пациентов подбираются индивидуально с учетом возраста, вида употребляемого психоактивного вещества, стадии и длительности заболевания, наличия спонтанных и терапевтических ремиссий, уровня осознания проблемы, психопатологических отклонений, имеющих до начала возникновения зависимости, особенно резидуальной цереброорганической недостаточности, сопутствующих соматических заболеваний, семейного, профессионального, образовательного статуса и других факторов. Их суммирование позволяет определить индивидуальный реабилитационный потенциал - высокий, средний или низкий.

Пациент должен играть активную и ответственную роль в противостоянии болезни, в достижении личного роста и развития, в поисках своего места в семье, коллективе. Таким образом, обеспечивается отказ от гиперопеки и патернализма.

Индивидуальное расписание пациента составляется таким образом, чтобы время

пребывания ребенка на территории службы было предельно структурировано, насыщено диагностическими, а в дальнейшем, терапевтическими, мероприятиями, но не обременительно для ребенка, удобно для его родителей. Оптимальная длительность нахождения пациента в наркологическом отделении 1-2 часа.

В лечебно-реабилитационную карту пациента, страдающего наркологическим заболеванием вносится план работы: даты встреч со специалистами, отдельные виды процедур, медикаментозное лечение, групповые и индивидуальные занятия, указывая точное время и место их проведения. При этом учитывается время обучения ребенка в школе, которую ребенок продолжает посещать. Возможно введение охранительного школьного режима: ограничение количества уроков, дополнительный выходной день или перевод на индивидуальное обучение. Данная информация доводится до пациентов, родителей и специалистов.

Учитывая личностные особенности наркологического контингента -необязательность, забывчивость, случаются моменты неявки пациентов на прием, либо посещения наркологической службы в нерегулярном режиме. В таких случаях по отработанной технологии вызовом пациентов занимается медсестра -по телефону, по почте, осуществляя сестринские патронажи. Социальные работники выходят к пациентам на дом, встречаются с ними по месту жительства.

МЕДИЦИНСКИЕ ДОКУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ПРИ ВВЕДЕНИИ МНОГОДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА

Все виды помощи, медицинская, психологическая, социальная, оказываемые специалистами в рамках бригадного подхода должны находить свое отражение в соответствующей документации. Такие правила приучают сотрудников к более детальному соблюдению обязанностей, вырабатывают и повышают трудовую дисциплину, позволяют проводить аудит службы. Ряд документов - журнал движения, журнал исходящих вызовов, журналы взятия и снятия с наблюдения - позволяют оптимизировать и сделать максимально репрезентативной статотчетность. Другие документы - паспорт района, журнал учета профработы - необходимы для активизации профилактической деятельности. Введение же в практику анкет для пациентов облегчает сбор информации о ребенке, позволяет.) оценивать степень удовлетворенности пациентов и родителей уровнем оказанной помощи.

Ниже перечислена медицинская документация, используемая в наркологическом

диспансерном отделении:

1. журнал взятия под наблюдение,
2. журнал снятия с наблюдения,
3. журнал движения (передача во взрослую наркологическую службу),
4. районные журналы движения,
5. журналы учета врачебных посещений,
6. лечебно-реабилитационная карта пациента, страдающего наркологическим заболеванием (прил. 2),
7. журнал учета работы соцработника,
8. анкета соцработника наркологического диспансерного отделения (прил. 3),
9. лист психологического обследования,
10. анкета для родителей (прил. 4),
11. карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью
12. карта лица, допускающего немедицинское потребление психоактивных веществ, вызывающих одурманивание,
13. журнал КЭК,
14. журнал актов РВК,
15. журналы проф. работы,
16. алфавитные журналы,
17. журнал медрегистратора,
18. паспорта районов,
19. журнал учета процедур,
20. журналы исходящих вызовов,
21. журнал рабочих совещаний,
22. журнал дефектов, выявленных при проверке амбулаторных карт,
23. журнал анализов биологических жидкостей на содержание психоактивных веществ.

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИБРИГАДНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

При переходе на бригадный стиль работы специалистов, важно учитывать известный факт, что в любых повседневно существующих группах (на работе, по интересам, в семье) имеют место такие скрытые факторы как давление партнеров, социальное влияние и конформизм. Эти явления существенно отражаются на эффективности взаимодействия участников.

Так, уже на начальных этапах формирования внутрибригадных отношений, когда, с целью координации профессиональных усилий, встречаются 4 — 10 профессионалов не только разных специальностей, но и разного уровня подготовки, персональных качеств, особенностей поведения, неизбежно возникают проблемы. Они вызваны чаще всего:

1. недостаточным владением навыками выслушивания представителей другой специальности;

2. нежеланием изменять свое мнение;
3. недоверием к другим членам бригады;
4. нечетким пониманием своей роли и места в бригаде, а также роли других специалистов.

В связи с вышесказанным, руководитель бригады должен уже на подготовительном этапе предусматривать формулирование целей, стоящих перед этим сообществом специалистов, задач бригады и каждого участника.

Одним из весьма существенных и значимых вопросов в процессе установления внутрибригадных взаимоотношений является делегирование функций и полномочий. У всех членов бригады должно быть ясное, четкое представление о своей роли в бригаде, связях и возможных взаимодействиях.

Важно регламентировать все виды работ (указываются исполнители, сроки), оговаривается мера ответственности, пределы компетенции каждого участника терапевтического процесса. В противном случае происходит размывание границ профессиональной роли каждого члена бригады, наложение деятельности одного участника на деятельность другого, дублирование деятельности (например, психиатра – нарколога и психотерапевта, психотерапевта и психолога, психолога и специалиста по социальной работе), утрата уже полученного положительного опыта.

На протяжении курса терапии вся информация о решениях бригады, принятых в отношении данного пациента, доводится до сведения его родителей. В случае возникновения альтернативных точек зрения специалистов на сущность проблемы или способы воздействия (бригада не пришла к согласию) — руководитель бригады доводит эти точки зрения до родителей, высказывая при этом свое отношение к мнению специалистов. При этом допускается возможность выбора родителей в пользу одного из предложенных методов воздействия (пример из практики: родители дали согласие на проведение предложенной психиатром медикаментозной терапии, отказываясь от психотерапевтической интервенции в рамках семейной терапии).

В других случаях, решение о выборе одной из отстаиваемых специалистами моделей расстройства и / или способов воздействия, принимает руководитель бригады, как наиболее квалифицированный специалист, обосновывая его в беседе с родителями и коллегами по бригадной работе. В дальнейшем, с интервалом в 1 — 2 недели, на собраниях выступают

все те, кто встречался с ребенком на территории службы. При этом участники бригадного взаимодействия, заранее договорившись, не используют специальных терминов, чтобы избежать ошибок в восприятии информации представителями других специальностей. Во время собрания специалисты, принимавшие участие в терапевтическом процессе, обмениваются полезной информацией, сообщают о своих проблемах курации данного пациента (в этом случае докладчиком является специалист, заявивший запрос на помощь других членов бригады). Выступления и сообщения участников бригадного взаимодействия должны быть краткими, но насыщенными информацией, полезной для работы других специалистов (важно понимать, что собрание специалистов имеет отличия от консилиума врачей). Завершая собрание, руководитель (лидер) может выяснить у всех присутствовавших на собрании, была ли предложенная информация понятной и полезной для них, удовлетворены ли они уровнем своего участия в обсуждении и др.).

Важной особенностью бригадной формы работы является то, что на рабочее собрание бригады могут быть приглашены другие специалисты (для обсуждения реабилитационных мероприятий, возможностей профилактики рецидивов): участковый педиатр, классный руководитель, представитель службы социальной защиты населения, инспектор подразделения по делам несовершеннолетних, мастер производственного обучения, юрист и т.д. При этом обязательным условием является согласие родителей на обсуждение проблем ребенка с представителями других служб. Целесообразно также посещение собрания бригады наркологического диспансерного отделения представителями бригады стационарного звена — для обмена полезной информацией, планирования госпитализации ребенка или предстоящей выписки из стационарного отделения.

Необходимо подчеркнуть: при бригадной форме работы значительно возрастает эффективность немедикаментозных методов лечения, они становятся приоритетными, что особенно важно при оказании помощи детям. Широко используются индивидуальные и групповые методы психотерапевтического и психологического воздействия: тренинга, ролевые игры, терапия творческим самовыражением, гештальт-терапия, семейная терапия, терапия занятостью, песочная терапия, сказкотерапия, телесно-ориентированная терапия и др. Многими из указанных выше методов могут овладеть и использовать их в своей работе не только психотерапевт и психолог, но и медсестра, специалист по социальной работе, социальный работник.

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ**МНОГОДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В ДЕТСКОЙ
НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ**

1. Увеличение числа детей, состоящих под наблюдением в диспансерном отделении в группе профилактического учета, как показатель активной работы в профилактическом направлении (раннее выявление групп риска).
2. Увеличение числа больных, снятых с наблюдения в результате выздоровления / стойкой ремиссии в данном году.
3. Снижение количества повторных госпитализации в наркологическое отделение в данном году (как показатель стойкой ремиссии).

Положение о многодисциплинарной бригаде наркологического диспансерного отделения МУ «ПБ №31». Общие положения

Многодисциплинарная бригада (МДБ) выделяется в структуре НДО на основании приказа МЗ РФ №391 от 26.11.1996г. и приказа МУ ПБ №31 от 7.06.04г.

МДБ оказывает комплексную квалифицированную консультативную, лечебно-диагностическую помощь детям с наркологическими расстройствами и их родственникам, путем решения клинических, психологических и социально-педагогических проблем. В своей работе МДБ руководствуется действующим законодательством РФ, приказами и распоряжениями главного врача, а также настоящим положением.

Структура

МДБ работает на базе НДО по адресу: ул. Индустрии 100А, а также районных наркологических медико-профилактических кабинетов. Руководителем бригады является зав. отделением.

Состав МДБ - врач психиатр-нарколог, врач психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе, медицинская сестра. Рабочие встречи проводятся по графику.

Ведение документации - в соответствии с методическими рекомендациями (см. приказ МЗ РФ №391 от 26.11.96г.).

Содержание деятельности

Основные задачи:

- Совершенствование методов оказания наркологической помощи несовершеннолетним.
- Повышение эффективности лечебно-реабилитационного процесса.
- Осуществление сбалансированного, интенсивного, многопрофильного подхода к

решению наркологических проблем у несовершеннолетних, основанного на равноправном участии специалистов бригады в терапевтическом процессе.

- Расширение круга обсуждаемых проблем и факторов приводящих к развитию зависимости и провоцирующих рецидивы заболевания.
- Привлечение родителей и других родственников для коррекции созависимого поведения.
- Обмен профессиональными знаниями между специалистами бригады.
- Профилактика синдрома эмоционального сгорания и профессиональной деформации.

Показания для работы с пациентами МДБ наркологического диспансерного отделения.

1. Первичная диагностика расстройств:

- Синдром зависимости от алкоголя, наркотических и ненаркотических веществ
- Начальные признаки интеллектуально-мнестического снижения, возникшими вследствие злоупотребления психоактивными веществами
- Сочетание наркологической и психиатрической патологии

2. Дифференциальная диагностика, необходимость проведения которой диктуется результатами динамического наблюдения за состоянием пациента.

3. Решение проблем пациентов, связанных с необходимостью привлечения к работе не только врачей психиатров-наркологов, но и других специалистов (психотерапевта, клинического психолога, специалиста по социальной работе, социального работника, медсестры):

- Эмоционально-поведенческие расстройства;
- * Нарушение психологического развития;
- Умственная отсталость;
- Фобические и тревожные расстройства;

- Психосоциальные ситуации в семье и окружении, отражающиеся на пациентах, употребляющих психоактивные вещества.

4. Определение показаний для направления пациентов в стационар.

5. Осуществление комплексной лечебно-реабилитационной и профилактической работы с пациентами, совершившими общественно-опасные действия и включенными в группу активного диспансерного наблюдения (АДН).

6. Составление индивидуальных рекомендаций по дальнейшей комплексной реабилитации пациента в амбулаторных условиях.

Контроль за деятельностью МДБ

Проверка работы МДБ осуществляется главным врачом МУ ПБ №31, заместителем главного врача по лечебной работе. Отчеты о работе предоставляются 2 раза в год.

Приложение №2

Лечебно-реабилитационная карта пациента, страдающего наркологическим заболеванием

Ф.И.О. _____

 Год рождения

 Дата взятия под наблюдение

 Многоосевой диагноз (заключение всех членов многодисциплинарной бригады):

 План работы (рекомендации включают медикаментозное лечение, психотерапию, социальную помощь, терапию занятостью и т.д.) _____

Подписи специалистов:

АНКЕТА СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА НДО

Дата заполнения «__» _____ 200__ г.

Источники информация о ребёнке _____

Ф.И.О. ребёнка_

1. Кличка (прозвище)_

2. Дата рождения _____ полных лет _____ пол_

3. Приметы (цвет волос, глаз, особенности внешнего вида) _____

4. Место проживания _____

Телефон _____ Жилищные условия? _____

Всего проживает человек _____

5. проживает с родителями (родственниками) _____

6. мать: ФИО _____

Возраст _____ место работы (специальность, тел.) _____

7. Отец: ФИО _____

Возраст _____ место работы (специальность, тел.) _____

8. Сведения о братьях, сестрах _____

9. Другие родственники (Ф И О, тел.) _____**Нарушение прав ребёнка**

1. Есть ли нарушение прав ребёнка? Какое?

2. Признаки насилия (да/нет) 3. Характер насилия

- Физическое

- Психологическое

- Сексуальное

4. Кто его осуществляет _____

5. Уходил ли ребёнок из дома _____ периодичности побегов _

6. Продолжительность жизни вне дома

7. Порядок возвращения домой (сам, милиция, соц. работник, др.)__

Сведения о семье и характере взаимоотношений со слов ребёнка_ Образование

1. Сколько классов закончил _____ школа .№ _____ адрес _____

телефон _____ ФИО (завуч, директор)_____

2. Учится ли на данный момент? да; нет если не учится, то почему?,

3. Хочет ли получить образование? _____ Какое? _____

4. Специальность нет; есть, какая? _____

5. Работа (место, должность, юридич. адрес, тел) _____

Проблемность

1. Употребление ПАВ:

- Курение, нет; да какие? _____ шт./день

Как давно? _____

- Алкоголь, нет; да? _ Как часто?
в каком кол - ве? _____

- Употребление других ПАВ нет; да как давно? какое средство? _____

Способ употребления? _____ доза?

как часто? _____

2. Учёт в различных учреждениях (состоит, состоял, причины попадания),

3. Основные проблемы ребёнка

- Психологические _____

- Физиологические _____

* Другие (инвалидность, др.) _____

Среда ребёнка

1. Окружение (кол - во, возраст, имена, место жительства),

2. Кто является авторитетом для ребёнка

В семье? _____ почему? _____

В неформальной среде? _____

Почему? _____

3. Любимое место тусовок

4. Любимые виды досуга 5-Зарботок:

- Форма получения денег
- Места получения
- Количество (руб./день) 6. проблема долгов нет, да _

подпись)

Социальное положение с моих слов составлено, верно

Социальный работник _____

АНКЕТА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ (нужные ответы подчеркиваются)

1).Ф.И.О

2) Состав семьи: 1. полная, 2. отец одинокий, 3. отец, мачеха, 4. Мать разведена, 5. Мать, отчим, 6. Мать, родители матери, 7. Отец, родители отца, 8. Мать одинокая

3) Род занятий и образование

	мать	отец
Начальное		
Неполное среднее		
Средне-техническое		
Высшее		
Профессия		
Место работы		

4) Возраст матери при рождении ребенка

5) Какая беременность по счету данньм ребенком _____

6) Осложнения в течение предыдущей беременности: 1.нет, 2. были (указать какие)

Осложнения в течение настоящей беременности 1.не было, 2 токсикоз 1-й, 2-й половины беременности, 3 угроза выкидыша, 4 другие

Течение родов: 1.без особенностей, 2. преждевременные в сроке, ..мес., 3.наложение щипцов , 4.Вакуум-экстракция 3.Кесарево сечение, 6. Асфиксия в родах, 7. Не сразу закричал, 8. Родовая травма, 9.Другое (указать) _____

Психофизическое развитие: 1 .держит голову с __, 2. Сидит самостоятельно с __, 3.Ходить начал самостоятельно с __, 4. Лепет с __, 5. Первые слова с __, 6. Фразовая речь с __

Признаки биологической неполноценности ЦНС:

1. Энурез с_лет до _лет, 2 Снохождение с_лет до __лет 3. Сноговорение с_лет до __лет, 4.Страхи с_лет до лет,

Особенности раннего развития:

1 .Вскармливание до 1года, 2.Срыгивание 3.Рос беспокойным, 4.Часто болел (чем?), 5.Учет у невропатолога, 6.Психиатра, 7.Логопеда 8.Судороги, 9.Детские инфекции, 10. Аллергии.

7) Другие дети в семье: 1.нет, 2. да (количество) __3.дети здоровые, 4 больные (чем?)

- 8) Материально-бытовые условия семьи: 1 .неблагоустроенность, перенаселенность, 2. средние удовлетворительные условия, 3. полный достаток и благоустроенность, 4. Изобилие, прекрасные условия
- 9) Особенности воспитания: 1 .воспитание вне семьи, 2. часто был предоставлен сам себе, 3. снисхождение к проступкам, 4. воспрещение, 5. изнеживание, заласкивание, 6. в системе повышенной ответственности, 7. постоянно жестокое, подавляющее, 8. неровное, лишенное твердых принципов.
- 10) Тип наказания: 1. осуждение, 2. лишение удовольствий, 3. иногда физическое, 4. физическое, как система, 5. иные виды _____
- 11) ДДУ (садик): 1. посещал, 2. не посещал (по каким причинам)
- 12) В школу пошел с .. лет, учится в .. классе.
- 13) Успеваемость: 1. смена программы, 2. отличная, 3. хорошая, 4. удовлетворительная, 5. не-удовлетворительная.
- 14) Отношения между родителями до болезни ребенка: 1 .жили в основном мирно, серьезно не ссорились, не было угрозы развода, 2. уважали и заботились друг о друге, 3. стремились командовать друг другом, действовали окриком, одергивали по пустякам, 4. любили друг друга, 5. жили совместными интересами и заботами, 6. каждый жил сам по себе
- 15) Какой была реакция ребенка на болезнь близкого: 1. был безразличен, 2. ухаживал, но без желания, 3. сопереживал, тревожился, 4. высказывал опасения за исход болезни близкого, 5. боялся заболеть, спрашивал не заболит ли сам, 6. другое _____
- 16) Отношение к болезни (простудные и т.д.) ребенка до данного заболевания:
1. пассивно подчинялся лечению,
 2. сопротивлялся лечению, осмотру врачей,
 3. всегда интересовался чем болен, лечением,
 4. любил лечиться, обследоваться, охотно ходил к врачам,

4. высказывал опасение за свое здоровье,

5. предъявлял много жалоб при хорошем состоянии,

6. другое

17) Были ли судороги, припадки: 1. нет, 2. было в возрасте __ лет, 3. до настоящего времени __ раз в месяц.

18) Были ли среди родственников больные алкоголизмом, наркоманией, психические расстройства, самоубийства

19) В каком возрасте впервые заметили ребенка в состоянии алкогольного опьянения: ____

20) С какой регулярностью употребляет алкогольные напитки, включая пиво _____

21) Курит ли Ваш ребенок?

22) Употребляет ли Ваш ребенок наркотики(какие) 1. да, 2. нет, 3 затрудняюсь ответить.

23) Вдыхает ли Ваш ребенок токсические вещества (клей, бензин и другое): 1. да, 2.нет, 3. затрудняюсь ответить

24) Видели ли Вы ребенка в неадекватном состоянии (заторможенность, возбуждение, изменение цвета кожи, величины зрачков и др.) без запаха алкоголя? (опишите)

24) Находили ли Вы у ребенка шприцы, таблетки, ватки, пакеты с травкой? (опишите)

25) Появились ли у ребенка за последние месяцы новые подозрительные друзья? 1 .да, 2.нет.

26) Отмечали ли Вы какие то изменения в поведении, характере Вашего ребенка за последние месяцы?(какие):

1 .да, 2 нет

27) Что бы вы хотели еще сообщить о Вашем сыне(дочери)?

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вид В.Д. Бригадный подход в современной психиатрической клинике и его функциональное структурирование. Социальная и клиническая психиатрия, 1995 год, выпуск 3.
2. Поташева А.П., Малахова О.А., Борисова Л.Б., Леонтьев И.Л., Козяков С.Б. Организация многопрофильных бригад в детско-подростковой психиатрической службе Свердловской области. Практические рекомендации. - Екатеринбург, 2001 г. с. 47.
3. Громова В.Л., Гейзли К. Управление персоналом и стили руководства. Лекции по организации здравоохранения. Екатеринбург— Манчестер, 2000 год.
4. Грюсс У. От многомерного психиатрического диагноза к многомерной терапии. Социальная и клиническая психиатрия, 1996 год, выпуск 2.
5. Дернер К., Плог У. Заблуждаться свойственно человеку. Пер. с нем. СПб; изд. Психоневрологического НИИ им. В.М. Бехтерева, 1997 год.
6. Материалы региональной конференции "Современные аспекты организации помощи детям с психическими расстройствами", Екатеринбург, 1999 год.
7. Материалы XIII съезда психиатров России. Москва, 2000 год.
8. Материалы Конгресса по детской психиатрии. Москва, 2001 год.
9. Методические рекомендации для школьных психологов, педагогов и социальных работников детства. Под ред. Вострокнутова Н.В. и Романова А.А., Москва, 1998 год.
10. Модель организации психиатрической помощи детям Новгородской области. Яковлев В.И., Глущенко В.В.. Российский психиатрический журнал, №5, 1999 год, стр. 62 — 65.
11. Многопрофильная квалификация больных эндогенными психозами при восстановительном лечении. Методические рекомендации. Ленинградский НИИ им. В.М. Бехтерева, 1985 год.
12. Никол Р. Практическое руководство по детско-юношеской психиатрии: Британский подход. Екатеринбург, 2001 год.
13. Организация психотерапевтической помощи в общепсихиатрическом стационаре. Методическое пособие. Оренбург, 1998 год. олустанационарные формы психиатрической помощи. Под ред. С.Б. Семичова. Ленинград, 1988 год.
14. Работа врача-психотерапевта и медицинского психолога в многопрофильной бригаде специалистов в учреждениях, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь. Методические рекомендации. Приложение 3 к приказу МЗ РФ от 26.11.1999г. № 391 "О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь".

15. Рудестам К. Групповая психотерапия. Москва, 1993 год.
16. Сидоренко Е.В. Психодраматический и недерективный подходы в групповой работе с людьми. Методическое описание и комментарии. Санкт-Петербург, 1992 год.
17. Филюнович С. Р. Лидерство и практические навыки менеджера. Модульная программа для менеджеров, модуль 9, Москва, 2000 год.
18. Ходжкинсон М. Многопрофильный дневной стационар (центр) для детей и их семей. Профессиональные роли и клиническая деятельность. Лекции для психиатров, Екатеринбург, 2000 год.
19. Шмуклер А.Б., Немиринский О.В. Проблемы взаимодействия психиатра, психолога и социального работника. Социальная и клиническая психиатрия, 1995 год, выпуск 3.
20. Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворяк С.В., Глушков В.А. Наркомании у подростков. -Киев: «Здоровье», 1989.
21. Гофман А. Г. Клиническая наркология. - М.: «Миклош», 2003.
22. Власовских Р.В., Детков Д.В., Ретюнский К.Ю. Материалы 9 Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» (10-12 февраля 2004г.). Вопросы современной педиатрии 2004. том 3. Приложение №1. с. 128.
23. Власовских Р.В., Детков Д.В., Ойхер Д.Я., Ретюнский К.Ю. Актуальные вопросы оказания психиатрической помощи в Свердловской области. - Екатеринбург, Изд-во Уральского Университета, 2003г. с. 48-50
24. Власовских Р.В., Детков Д.В., Ойхер Д.Я., Ретюнский К.Ю. Ранняя диагностика злоупотребления психоактивными веществами у несовершеннолетних. Учебно-методическое пособие для врачей-педиатров - Екатеринбург, Изд-во Уральского Университета, 2004г. с. 39.
25. Детков Д.В., Ойхер Д.Я., Ретюнский К.Ю., Власовских Р.В. Формирование единого профилактического пространства в образовательной среде. Материалы 10 научно-практической конференции «Спасение молодежи от наркомании». - Екатеринбург, Изд-во Уральского Университета, 2004г. с. 81-83.
26. Ерыппев О.О., Рыбаков Т.Г., Шабанов П.Д. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противоречивая терапия. - СПб.: Изд-во «Элби-СПб», 2002. - с 37-49.
27. Иванец Н.Н. Лекции по наркологии. - М., Нолидж. - 2-е изд. - 2000.
28. Иванец Н.Н., Винникова М.А. - Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение). - М.: изд. Медпрактика - 2000.
29. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Рук. Для врачей. - М.: «Медицина», 1995.
30. Кошкина Е.А. Лекции по наркологии. -М.: «Нолидж», 2000.- с 41-56.

31. Коэн Г., Флеминг Н.Ф., Глэттер К.А., Хаджиж Д.Б. Наркология.- СПб.: «Изд-во БИНОМ», 1998.-с 27-51.
32. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. - Л.; Медицина, 1991.
33. Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю. Особенности клиники течения и принципы лечения наркологических заболеваний у несовершеннолетних: пособие для врачей. М., 2001.
34. Немчин Т.А., Цыцарев С.В. Личность и алкоголизм. - Л.: Изд. Ленинградского университета, 1989.
35. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1994.
36. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. -М.: Издательский центр академия, 2002. - с. 9-12
37. Сидоров П.И., Митюхляев А.В. Ранний алкоголизм. - Архангельск: Изд-во АГМА, 1999. -с 61-85
38. Спектор С.И. Богданов С.И. Наркомании в Свердловской области.- Екатеринбург: Изд-во Уральского университета, 2003.- с 52-82.
39. Справочник по МКБ-10 (наркологический раздел).
40. Шабанов П.Д. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. - Спб.: Изд-во «Лань»,2001.

Заказ №821. Объем 1 п.л. Тираж 100 экз.

Отпечатано в 000 «Петроруш»

г. Москва, ул. Палиха-2а, тел. 250-92-06

www.postator.ru