

# Руководство

по социальному сопровождению  
«равный-равному»

для помощи людям с расстройством,  
вызванным употреблением опиоидов, и  
проходящих терапию опиоидными  
агонистами



Руководство было разработано для организации работы равных консультантов (социальных работников) на пунктах предоставления терапии опиоидными агонистами

Автор: Владимир Пикиреня

Права принадлежат БОО «Позитивное движение»

Предпочтительная форма для цитирования:

Пикиреня В., Руководство по социальному сопровождению «равный-равному» для помощи людям с расстройством, вызванным употреблением опиоидов, и проходящих терапию опиоидными агонистами. // Минск 2023 – 101с. DOI: 10.17605/OSF.IO/BXRGK

For cite:

U.Pikirenia. Guideline for peer-to-peer workers with opioid use disorder who receive opioid agonist therapy. Minsk 2023 – P. 101. DOI: 10.17605/OSF.IO/BXRGK

Предназначается равным консультантам, их кураторам, сотрудникам мультидисциплинарных команд (врачи, медицинские сестры, психологи, специалисты по социальной работе и др.), организаторам здравоохранения и всем заинтересованным темой поддержки уязвимых людей.

Руководство разработано в рамках проекта международной технической помощи «Укрепление национальных систем профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ и туберкулезом в Республике Беларусь – фаза 2» (зарегистрирован Министерством экономики Республики Беларусь в базе данных программ и проектов международной технической помощи 28 декабря 2022 г., регистрационный номер 2/22/001159)

## Оглавление

Отзывы.....	5
Предисловие .....	9
Эффективность социального сопровождения.....	11
Организация и условия работы равных консультантов .....	14
Принципы взаимодействия с клиентом .....	16
Этапы работы с клиентом.....	18
Карта клиента .....	25
Общие сведения о клиенте .....	26
Медицинская информация .....	28
Юридическая информация.....	32
Социальная информация.....	34
Результаты оценки качества жизни и риска отрыва.....	36
Анализ изменений после повторных оценок.....	37
Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни.....	38
Наркологические данные.....	42
Опрос на симптомы депрессии (PHQ-9).....	44
Оценка уровня информированности о ТОА .....	45
Суммарный риск отрыва от терапии опиоидными агонистами.....	47
Заключение и описание рисков .....	48
План помощи и снижения рисков клиента .....	49
Журнал равного консультанта .....	51
Кодирование услуг .....	55
Дополнительные опросники .....	56
Планы помощи.....	58
Рискованное употребление алкоголя.....	59
Рискованное употребление стимуляторов.....	61
Рискованное употребление антигистаминных препаратов.....	63
Рискованное употребление седативных препаратов.....	65
Нелеченая ВИЧ-инфекция.....	67
Нелеченый гепатит С.....	69
Высокий уровень депрессии.....	71
Нелеченый туберкулез.....	73

Трофические язвы.....	75
Сложности в перемещении.....	77
Близкие против участия клиента в ТОА.....	79
Вовлеченность в секс-услуги.....	81
Конфликты с персоналом.....	84
Криминальное поведение.....	86
Насилие в семье.....	88
Нереалистичное представление о ТОА.....	90
Отсутствие постоянной работы.....	92
Отсутствует стабильное жилье.....	94
Плохое материальное положение.....	96
Предупреждения, риск недобровольного завершения ТОА.....	98
Литература.....	100
Благодарность.....	101

## Отзывы



**Профессор, доктор медицинских наук Юрий Павлович Сиволап, профессор кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии, РУДН, Москва.**

Сложность проблемы расстройства употребления опиоидов (opioid use disorder) определяется тяжестью опиоидной зависимости и ее высокой психиатрической коморбидностью, неблагоприятными медицинскими последствиями внутривенного введения наркотиков, ухудшением социального, финансового и семейного статуса потребителей опиоидов, трудностями с законом, недостаточной эффективностью существующих подходов к фармакологической терапии, стигматизацией пациентов и другими препятствиями к медицинской, психологической и социальной помощи, и все перечисленное определяет чрезвычайную важность клинических руководств, подобных тому, что подготовлено Владимиром Ивановичем Пикиреней и представлено вниманию специалистов.

Руководство основано на личном опыте автора в психологическом сопровождении людей с опиоидной зависимостью, участвующих в программах терапии опиоидными агонистами, и в первую очередь описывает подходы к помощи по типу «равный-равному».

В.И. Пикиреня рекомендует оказание помощи людям с опиоидной зависимостью с применением принципов клиентоцентрированности, информированности, доверия, поддержки, вовлеченности, активного слушания, эмпатии, безоценочности и анонимности.

В руководстве выделяются этапы работы равного консультанта с пациентами, проводится анализ возможных ведущих рисков.

Предложены пути преодоления основных трудностей фармакологической терапии и психологического сопровождения, приведены основные инструкции по планированию работы специалиста с пациентами и удержания пациентов в лечебных программах.

Важной частью руководства является комплекс рекомендаций по оценке коморбидных инфекционных болезней, в том числе ВИЧ, туберкулеза и вирусного гепатита С.

Книга содержит ряд приложений, включая разработанные автором и общепринятые (предложенные ВОЗ) опросники, медицинские карты и карты сопровождения пациентов. Необходимое внимание в пособии уделено вопросам коморбидного расстройства употребления алкоголя.

Несмотря на то, что в настоящее время в странах Европы и Центральной Азии опиоиды в значительной степени вытеснены так называемыми «новыми наркотиками», проблема опиоидной зависимости по-прежнему остается важной и значимой.

Дополнительную актуальность вопросам оказания помощи пациентам с расстройством употребления опиоидов придает опиоидный кризис, возникший на протяжении двух с лишним последних десятилетий в США и Канаде и проявившийся как минимум четырьмя волнами небывалой эпидемии опиоидной зависимости и смертельной передозировки опиоидами, и с этой точки зрения руководство, подготовленное доктором В. И. Пикиреней, оказывается как нельзя более своевременным.



**Профессор, доктор медицинских наук Андрей Васильевич Копытов, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии, БГМУ, Минск.**

Проблемы употребления и зависимости от опиоидов являются крайне актуальными медико-социальными проблемами современного общества во всем мире. Если выявление данного контингента и диагностика у них проблем медицинского характера не представляет больших затруднений и представлены в научных публикация достаточно широко, то вопросы касающиеся программ профилактики и особенно медико-социальной реабилитации весьма ограничены. Этой серьезной проблемой занимаются не только врачи-специалисты, но и представители широкой общественности, руководствующиеся в основном субъективным опытом, без четкой верифицированной позиции медицинских аспектов проблемы, принципов научной доказательности и эффективности.

Представленное руководство написано своевременно и по содержанию соответствует основным достижениям и знаниям в области клинической наркологии, основным принципам доказательной медицины. Одной из сильных сторон данного издания является то, что оно ориентировано не только на врачей специалистов, которые по меньшей мере вовлечены в решение вопросов социальной адаптации и реабилитации наркозависимых, но и консультантов, не имеющих специально медицинского образования, а также социальных работников и психологов. Руководство хорошо структурировано, включает актуальные аспекты медицинской, юридической, социальной информации для практической работы с зависимыми от опиоидов. Немаловажно, что в

представленном руководстве уделяется особое внимание коморбидным психическим и соматическим расстройствам, вопросам их выявления и необходимой коррекции.

Особо следует отметить раздел «Планы помощи», в котором четко, доступно и структурировано представлены мероприятия, направленные на достижение эффективных результатов при оказании мультидисциплинарной помощи по социальному сопровождению людей с расстройством, вызванным употреблением опиоидов и проходящих терапию опиоидными агонистами.

Работа изложена простым доступным языком и достаточном научном обосновании представленной информации. Считаю, что информация из данного руководства будет способствовать повышению качества оказания медико-социальной помощи зависимым от психоактивных веществ и обеспечить показатели качества их жизни и социального функционирования.

Данная рукопись может быть рекомендована к изданию в качестве руководства и в последующем для практического использования заинтересованными лицами, работающими с данным довольно сложным для курации в условиях медицинских учреждений контингентом, нуждающимся в адекватной социальной помощи и адаптации.



## Предисловие

Социальное сопровождение по модели «равный-равному» проводится БОО «Позитивное движение» на протяжении уже более, чем 5 лет. За это время накопился значимый опыт, который позволил сделать собственные выводы об эффективности социального сопровождения у людей, употребляющих наркотики, возможностях применения и оптимальных способах организации такого вида помощи.

Синдром зависимости от опиоидов – это серьезное заболевание, которое может иметь длительный и разрушительный характер.

В Беларуси пациенты, страдающие от опиоидной зависимости, сталкиваются с высокой степенью общественной стигматизации, а также существенными институциональными преградами, которые мешают им интегрироваться в общество. В некоторых случаях стигма проистекает от сотрудников наркологической и психиатрической службы.

Для многих людей, страдающих от этого расстройства, социальная поддержка является ключевым фактором на пути к восстановлению. Именно поэтому программы социального сопровождения «равный-равному» имеют такое значение.

В контексте программы «равный-равному» люди, которые сами пережили синдром зависимости от опиоидов, предоставляют поддержку тем, кто проходит через это состояние. Равные консультанты могут поделиться опытом, дать советы, улучшить понимание эмоций и чувств, которые сопровождают процесс лечения, а также помочь улучшить здоровье и научить адаптироваться к условиям трезвой жизни.

Социальное сопровождение по принципу "равный-равному" имеет ряд преимуществ перед интервенциями, которые реализуются профессиональными работниками социальной сферы:

1. Эмпатия и поддержка от человека, который прошел через то же самое. Настойчивый душевный подход помогает пациенту чувствовать, что он не одинок в своих трудностях, и увеличивает вероятность успеха в процессе взаимодействия.

2. Равный консультант хорошо понимает проблемы своего клиента, а благодаря доверию он может знать о существенных сторонах жизни, пациента, которые скрыты от медицинских сотрудников. Равный консультант может понятно и качественно донести достоверную информацию.
3. Участие в сопровождении может уменьшить чувство стигмы, связанное с проблемой зависимости. Многие люди чувствуют стыд или страх, когда рассказывают о своей зависимости, но сопровождение со стороны людей, которые сами пережили эту ситуацию, может помочь преодолеть эти чувства.
4. Системное сопровождение позволяет сократить вероятность рецидивов. Люди, которые прошли через синдром зависимости от опиоидов, могут помочь своим клиентам узнать, как избегать трудных ситуаций, как управлять стрессом и как продолжать поддерживать свою ремиссию после завершения лечения.

Социальные интервенции, которые реализуются равными консультантами, менее дорогие, что позволяет увеличить охват пациентов такой помощью, при сохранении эффективности.

Наша команда, которая разрабатывала и трудилась над воплощением в жизнь подхода «равный-равному» в социальном сопровождении, искренне и глубоко убеждена, что каждый человек имеет право на доступ к качественному лечению, уважению прав, учету личных особенностей. Мы считаем, что общество показывает свой гуманизм именно через отношение к наиболее уязвимым людям, а как раз к такой категории относятся пациенты ТОА.

## Эффективность социального сопровождения.

Существует много доказательств эффективности социального сопровождения в разных сферах медицины. Особенно хорошо результат проявляется в сферах, связанных с психическим здоровьем и с поддержкой наиболее уязвимых людей.

Разработанное нами вмешательство на протяжении всего времени также проходило оценку эффективности по таким показателям, как:

- приверженность лечению и частота отрывов от лечения;
- качество жизни.

Мы хотели бы поделиться результатами работы социального сопровождения силами равных консультантов в Беларуси.

### *Общие данные о клиентах*

Большинство клиентов, прошедших первичную оценку в 2022 году, находились на ТОА впервые (57%), во второй раз – 28,5%, остальные клиенты составили 14,6%.

Возраст клиентов, находящихся на социальном сопровождении (СС) на конец 2022 года, составил 41,2 года, доля женщин среди клиентов составила 22,1%. Женщины, в среднем, были на 2 года младше мужчин ( $t=-2,08$ ,  $p=0,039$ ), 39,4 и 41,7 лет соответственно.

### *Эффективность социального сопровождения для снижения отрывов от лечения.*

Общий показатель удержания в ТОА по стране в течение 6 месяцев после включения составляет около 65%.

Всего в социальное сопровождение за время существования интервенции было включено 116 пациентов, соответствующих критерию нахождения в ТОА перед оценкой риска отрыва менее 6 месяцев (менее 183 дней). Из них прекратили ТОА в течение 6 месяцев после начала социального сопровождения 15 пациентов, таким образом доля оставшихся в лечении составила 87,07%, что значительно выше страновых показателей.

Влияние социального сопровождения не может сказаться сразу же в момент, когда пациента включили в программу помощи, поэтому для оценки влияния социального сопровождения необходимо отсеять тех пациентов, которые оторвались от лечения в самом начале терапии. Так, если взять «новых» пациентов ТОА, начавших социальное сопровождение и пробывших на социальном сопровождении более 90 дней ( $n=83$ ), то за 9 месяцев ТОА (6 месяцев и 3 месяца «потраченных» на социальное сопровождение) продолжили ТОА 85,45%. А если расширить время наблюдения до 1 года, то продолжили терапию 77%, что также значительно выше страновых показателей, особенно с учетом того, что, в соответствии с руководством, в сопровождение включаются те пациенты, у которых наиболее высокий риск отрыва от лечения.

### *Влияние социального сопровождения на качество жизни.*

Объективным показателем изменений у пациентов является уровень качества жизни. Объективный он по той причине, что в процессе сопровождения не проводится специальных действий, направленных на улучшение всех или отдельных показателей этой шкалы, а также потому что данный показатель является интегральным и учитывает все стороны жизни человека – оцениваются 4 относительно независимых сферы жизни: физическое здоровье, психологическое состояние, социальные отношения и окружающая среда и описываются в процентах, подразумевая, что 100% – это максимальный уровень.

По результатам повторной оценки, проведенной в 2022 году, у пациентов, взятых на социальное сопровождение, наблюдалось достоверное повышение качества жизни по всем сферам, а полученный размер эффекта ( $r$  Вендта) 0,584 обычно интерпретируется как «средний», но с учетом того, что качество жизни – это сложный комплекс, который тяжело изменить в короткие сроки, достигнутый показатель крайне значим с гуманитарной точки зрения, в контексте достижения обществом поставленных ООН целей устойчивого развития, в частности, цели 3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте». По сравнению с первичной оценкой перед началом социального сопровождения, качество жизни у оцененных в 2022 году пациентов улучшилось на 6,17%.

Наиболее сильно качество жизни улучшилось в группе пациентов, успешно завершивших социальное сопровождение ( $n=42$ ). Общий показатель улучшился на 9,7% (размер эффекта 0,72 указывает на значительные изменения), достигнув уровня 55,9%, в результате чего количество пациентов с качеством жизни выше 50% составило 66,7% против 42,9% при первичной оценке, и если с качеством жизни выше 70% (среднемировой показатель качества жизни) при первичной оценке пациенты, успешно завершившие социальное сопровождение в 2022 году, отсутствовали, то при финальной оценке выявилось 7% таких пациентов.

Таким образом, описанный в руководстве метод социального сопровождения, осуществляемый равными консультантами, продемонстрировал высокую эффективность в двух аспектах. Во-первых, по сравнению со стандартным подходом, он привел к значительному увеличению доли пациентов, продолжающих лечение в течение длительного времени (87% против 65%). Во-вторых, этот метод привел к повышению качества жизни у людей, страдающих от опиоидной зависимости и получающих терапию опиоидными агонистами, что было подтверждено высоким значением коэффициента корреляции ( $r=0,584$ ).

Применение социального сопровождения силами равных консультантов позволяет достичь значимых успехов как в продолжительности терапии, так и в улучшении качества жизни пациентов, страдающих от опиоидной зависимости и получающих терапию опиоидными агонистами.

## Организация и условия работы равных консультантов

Для обеспечения устойчивой работы системы социального сопровождения по принципу «равный-равному» важно, чтобы взаимодействие с организацией здравоохранения, предоставляющей терапию опиоидными агонистами, было оформлено документально. Это могут быть различные формы:

- договор о сотрудничестве между некоммерческой общественной организацией, к которой относятся равные консультанты, в рамках какого-либо проекта и организацией здравоохранения;
- прямые контракты между равным консультантом и организацией здравоохранения;
- государственный социальный заказ, когда из местного или странового бюджета выделяются средства на социальную работу, а равные консультанты нанимаются и администрируются некоммерческой общественной организацией.

Последний вариант, на наш взгляд, представляет собой оптимальную форму по той причине, что совмещает системность в виде наличия государственного финансирования (а значит и понимания важности такой работы со стороны государства) и гибкости общественной организации, находящейся в прямом контакте с уязвимыми людьми.

Как и у других сотрудников, взаимодействующих с людьми и получающих чувствительные сведения о клиентах, желательно, чтобы у равных консультантов было свое помещение для работы. Это нужно для обеспечения достаточного уровня конфиденциальности и доверительности, безопасного хранения документов, возможности работы в удобном графике.

Эффективная работа равного консультанта опирается на возможность тесного взаимодействия с другими специалистами и организациями, это: врач-психиатр-нарколог, психолог, специалист по социальной работе, врачи других специальностей, сотрудники социальных служб и центров занятости, различные специализированные общественные организации.

Значительно улучшает взаимодействие наличие регулярных междисциплинарных собраний, на которых могут обсуждаться сложные случаи, вопросы тактики в ведении клиентов, вызовы и пути решения

проблем. Междисциплинарные собрания также позволяют специалистам лучше понимать работу друг друга.

Необходимо организовать такое обращение с документацией равного консультанта, которое обеспечивает сохранение конфиденциальных данных. В процессе работы с клиентом равный консультант часто получает информацию, которой нет у врача, психолога или других сотрудников междисциплинарной команды. Делиться такой информацией возможно только с прямого согласия клиента, поэтому такие сведения не должны быть доступны никому, кроме равного консультанта.

Очень важным аспектом организации работы равных консультантов является их регулярное обучение. Равных консультантов необходимо также постоянно поддерживать в связи с их собственными проблемами и неудачами у их клиентов, организовывать обмен опытом.

Опыт работы с равными консультантами показал, что количество клиентов, которых равный консультант может эффективно сопровождать, составляет 6-10 человек, в зависимости от ситуации и личных особенностей равного консультанта. Как правило, количество клиентов составляет 8 и дальнейшее повышение нагрузки может быть сопряжено с вероятностью снижения качества оказываемых услуг.

## Принципы взаимодействия с клиентом

Равные консультанты по своему жизненному опыту уже, как правило, обладают навыками общения с другими клиентами ТОА. В то же время, сбор сведений и процесс консультирования несколько отличается от просто дружеской беседы, поэтому при взаимодействии с клиентами желательно придерживаться следующих принципов<sup>1</sup>:

- Главный принцип – клиентоцентрированность, что означает сосредоточенность на проблемах и потребностях клиента;
- Принцип информированности – донести до клиента цели и задачи социального сопровождения;
- Принцип доверия – необходимо постараться выстроить доверительные отношения для продуктивного взаимодействия с клиентом. Можно кратко рассказать о себе, о своем личном опыте, показав тем самым, что есть выход из существующего положения и клиент не один со своими проблемами;
- Принцип поддержки – не быть осуждающим. Негативная моральная оценка поведения клиента, в большинстве случаев, не приведет к улучшению ситуации, но может привести к тому, что клиент перестанет рассказывать о своем рискованном поведении, суицидальных мыслях и т.д.;
- Принцип вовлеченности – это значит «включаться» в потребность клиента и избегать советов в стиле «вот я бы на твоём месте». Лучше вместе обсудить варианты, приемлемые для вашего клиента, и быть готовым принять его решение, даже если оно отличается от того, как поступили бы вы;
- Принцип активного слушания – во время интервью не нужно говорить слишком много и пытаться додумывать что-либо за клиента, лучше уточнить и убедиться, что вы правильно поняли, кратко пересказав сказанное клиентом и спросив, это ли он имеет в виду. Задавая наводящие вопросы, важно узнать взгляд самого клиента на его текущее положение. При этом, ведя документацию и фиксируя данные о клиенте, можно объективизировать полученную информацию;

<sup>1</sup> На основе списка признаков «эффективного провайдера лечения зависимости» SAMHSA



- Эмпатия – важно быть внимательным к чувствам клиентов. Понимание того, что они чувствуют, помогает лучше увидеть их ситуацию и причины того или другого поведения;
- Принцип безоценочности – нужно относиться к клиенту с уважением, каким бы неприемлемым ни казалось его поведение, нужно выражать признательность за то, что он готов с вами сотрудничать и двигаться к общей цели. Работа равного консультанта – находить и справляться с рисками, а не давать им моральную оценку;
- Принцип анонимности – заполнение карты происходит после кодирования индивидуальных данных клиента, консультант не должен обсуждать клиента с другими клиентами.

## Этапы работы с клиентом

Работа равного консультанта с клиентами получающими терапию опиоидными агонистами можно разделить на несколько этапов:

- Первичная оценка риска отрыва;
- Выделение ведущих рисков и составление плана действий;
- Сопровождение клиента и текущая корректировка плана;
- Повторная оценка.

Взаимодействие с клиентом в рамках социального сопровождения начинается с первичной оценки, в ходе которой собираются подробные биографические, социальные, психологические и медицинские данные. Итогом первичной оценки является заключение о степени риска отрыва от лечения и потребности в социальном сопровождении для снижения рисков.

Далее равный консультант совместно с клиентом обсуждают выявленные риски и выделяют, в среднем, три ведущих, над которыми будет проводиться работа в процессе социального сопровождения.

После того, как выбраны ведущие риски, равный консультант берет соответствующие им алгоритмы (шаблоны) и составляет план на ближайший месяц работы, предполагая, что за этот месяц по каждому из рисков надо сделать хотя бы один шаг.

В конце каждого месяца с клиентом подводят промежуточный итог, равный консультант вместе с клиентом смотрят, что из запланированного получилось, и определяют план действий на следующий месяц.

Сопровождение клиента включает в себя регулярные встречи, совместное посещение специалистов, поддержку в сложных ситуациях, использование личного опыта для повышения уверенности клиента в возможности положительных изменений, переадресацию другим специалистам в соответствии с их компетенциями и потребностями клиента, а также любые другие активности, помогающие клиенту продвинуться на пути снижения рисков отрыва от лечения и повышения качества жизни.

Повторная оценка проводится через 6 месяцев по такой же схеме, как первичная и позволяет оценить общий прогресс за время сопровождения, сделать заключение о том, нуждается ли клиент в дальнейшем сопровождении и пересмотреть приоритетные риски отрыва от лечения.

## Первичная оценка

Первичная оценка проводится для тех клиентов, которые не находятся на социальном сопровождении в настоящее время (но могли в ней состоять ранее и прекратить по различным причинам).

В первую очередь следует оценить следующих клиентов:

- Начавшие терапию опиоидными агонистами (до 6 месяцев);
- Клиенты, сами обратившиеся за помощью к равному консультанту;
- Клиенты, направленные персоналом кабинета ТОА;
- Клиенты, о которых у равного консультанта есть информация о высоком риске отрыва от ТОА.

Как правило, равный консультант знаком с большинством пациентов, получающих ТОА в том же кабинете, где и он (она), и может предполагать, кому нужна поддержка. Кроме того, направить клиента к равному консультанту для оценки могут любые члены мультидисциплинарной команды, работающей с пациентами ТОА.

Целью первичной оценки является определение рисков исключения из ТОА, установление общего уровня рискованности прекращения лечения и необходимости включения в социальное сопровождение.

Для облегчения и формализации первичной оценки равный консультант проводит структурированное интервью. Желательно начать его проводить уже при первой встрече или договориться с клиентом на ближайшее удобное для него время.

Нужно постараться, чтобы условия собеседования были как можно более комфортными, не было посторонних людей (даже при согласии клиента), т.к. они могут смущать клиента, и он не полностью раскроет свою ситуацию, особенно то, что может быть связано с общественным осуждением и чувством вины.

Перед началом интервью равный консультант доступно и понятно рассказывает, для чего нужна беседа, и чем может помочь клиенту участие в равном социальном сопровождении.

Также нужно рассказать, каким образом будут храниться и использоваться личные данные, и получить информированное согласие клиента на совместную работу, на передачу сведений другим специалистам и экспертам

по анализу данных. Согласие на передачу некоторых данных лечащему врачу, другому персоналу должно браться в каждом случае отдельно.

Задача первичной оценки – выявить у пациента ТОА риски отрыва от лечения и отнести его к рискованной или нерискованной, в отношении отрыва от лечения, категории.

К факторам, повышающим риск отрыва от лечения, относятся:

- Сопутствующее употребление психоактивных веществ (в том числе алкоголя);
- Криминальная активность;
- Неудовлетворительное материальное положение;
- Отсутствие места жительства;
- Нелеченые ВИЧ-инфекция, гепатит, туберкулез, острые заболевания (пневмония и т.п.);
- Сопутствующие нелеченые и/или обострившиеся психические расстройства;
- Насилие в семье или от других близких;
- Сложности в перемещении (проблемы с опорно-двигательным аппаратом, другие заболевания, затрудняющие передвижения);
- Вовлеченность в секс-работу;
- Нереалистичные ожидания от ТОА и др.

После проведения интервью равный консультант должен проанализировать все риски, имеющиеся у клиента, и отнести его к одной из категорий:

0-9 баллов – низкий риск исключения (зеленая категория)

В сопровождении, как правило, не нуждается, но могут быть полезны единичные консультации. Эти консультации могут быть оказаны по запросу и без составления плана помощи.

10-37 баллов – высокий риск (красная категория)

Нуждается в сопровождении. Далее следует переходить к выделению основных рисков и составлению плана помощи.

## Выделение ведущих рисков и составление плана действий

Ведущие риски – это те риски, которые в наибольшей степени нарушают жизнь человека и создают угрозу отрыва от лечения.

Ранжирование всех рисков может представлять для равного консультанта сложность, поэтому общая рекомендация – считать более серьезным риск, вносящий большее количество баллов в общий показатель риска отрыва от лечения.

Для формализации и описания ведущих рисков в карте, которую заполняет равный консультант, выделен специальный раздел, где нужно указать не только сам риск, но и подробно его описать. Это нужно потому, что за одним и тем же риском могут скрываться совершенно разные обстоятельства. Например, один человек может злоупотреблять алкоголем по причине выраженного тревожного расстройства, проявления которого уменьшаются при употреблении, другой таким способом может «лечить» свою бессонницу, а третий только в состоянии алкоголя чувствует, что он полноценно испытывает эмоции. Различные особенности диктуют необходимость и в разных действиях для помощи таким клиентам.

В то же время, основные проблемы клиентов равного консультанта довольно типичны и раз за разом встречаются у большого количества людей. Опыт помощи клиентам, получающим ТОА, с 2019 года позволил нам сформулировать и структурировать основные действия, которые нужно выполнить равному консультанту для того, чтобы помочь клиенту справиться с рисками. Эти действия сформулированы в виде алгоритмов и находятся в приложении к данному руководству.

Как показал наш опыт, составленный план часто нуждается в корректировке по различным причинам, и это нормально. невыполненный шаг переносится на другой подходящий срок, а равный консультант обсуждает со своим клиентом возможности по реализации запланированных активностей, возможные барьеры и как можно эти барьеры преодолеть.

## Сопровождение клиента

Выполнение плана работы с клиентом и различные координирующие действия являются основной частью работы равного консультанта и начинаются сразу же после того, как был составлен план работы.

Равный консультант и другие члены мультидисциплинарной команды оказывают клиенту необходимую помощь и взаимодействуют со специалистами или организациями, предоставляющими специализированную помощь и поддержку.

В процессе сопровождения постоянно дорабатывается и изменяется план работы, соответственно, в его бумажную часть регулярно вносятся изменения и дополнения в соответствии с тем, как меняется ситуация у клиента и в зависимости от того, насколько успешно получается следовать составленному плану.

Равный консультант может использовать дополнительные страницы и продолжать вести план в той же форме. Важно чтобы в документе были отражены запланированные действия, а также фиксировались результаты этих действий и хронология реализации запланированных шагов.

Подробный план действий с клиентом должен быть составлен на ближайший месяц работы. И очень желательно, чтобы приблизительный план действий был составлен на несколько (4-6) месяцев вперед.

Все действия по изменению плана должны быть оговорены и одобрены клиентом.

По мере возможности, следует предоставлять клиентам выбор относительно доступных и квалифицированных специалистов/организаций. Равные консультанты должны обсуждать с клиентом преимущества и недостатки каждого возможного варианта, а также, при желании клиента, помогать ему в выборе конкретного специалиста/организации, куда он мог бы обратиться за помощью.

Свои действия в процессе работы равный консультант заносит в журнал и ежемесячно фиксирует в нем результаты своей работы. При заполнении, для более простой возможности структурирования и дальнейшего анализа работы, услуги заносятся на основании памятки кодирования услуг, ее можно найти в приложении.

## Повторная оценка

Повторную оценку равный консультант проводит через 6 месяцев после первичной оценки и начала социального сопровождения.

Она нужна для того, чтобы оценить общий прогресс в достижении начальных целей и понимания, насколько успешной была работа с рисками отрыва от лечения.

По результатам оценки возможны два варианта развития событий:

- Клиент успешно завершает социальное сопровождение;
- Клиент нуждается в продолжении сопровождения.

Важно помнить, что если человек успешно закончил сопровождение, то это не означает, что он не сможет вернуться снова. В части случаев, после какого-то времени, в жизни клиента могут произойти различные негативные события, которые приведут его снова в ситуацию с высоким риском отрыва от лечения. Тогда равный консультант может снова провести первичную оценку и взять клиента на социальное сопровождение.

Если риск остается высоким, то равный консультант должен не просто оценить риски, но и проанализировать, что было успешно, что менее успешно и как можно улучшить свою работу с данным клиентом. В ряде случаев это может быть довольно сложно и тогда в понимании того, как дальше работать с клиентом, может помочь консультант, который курирует «равного», очень полезны могут быть междисциплинарные собрания, на которых обсуждаются сложные случаи, и различные специалисты озвучивают свои соображения по данному кейсу.

В ходе работы клиент может захотеть отказаться от дальнейшей помощи равного консультанта. В такой ситуации стоит внимательно изучить и обсудить причины данного решения. Если оно вызвано убеждением клиента, что помощь в решении проблем уже оказана, человек удовлетворен и дальше способен справляться самостоятельно, это можно воспринимать, как нормальный итог социального сопровождения. Но если клиент покидает сопровождение в силу иных обстоятельств, требуется дополнительный анализ ситуации, и в каждом случае необходим индивидуальный подход.

Если на пункте ТОА работает несколько равных консультантов, то можно предложить клиенту работу с другим специалистом.

Хорошо, если получится, даже в случае отказа от сопровождения, провести повторную оценку. Это поможет лучше понять, что изменилось у клиента и как можно улучшить систему оказания помощи и предоставления услуг.





**Карта клиента № \_\_\_\_\_**

**Клиент (Ф. И. О.)** \_\_\_\_\_

**Код**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Пол**

**Дата первичной оценки** \_\_\_\_\_

**Дата повторной оценки 1** \_\_\_\_\_

**Дата повторной оценки 2** \_\_\_\_\_

**Дата повторной оценки 3** \_\_\_\_\_

**Взят на сопровождение** \_\_\_\_\_

**Снят с сопровождения** \_\_\_\_\_

**причина завершения сопровождения** \_\_\_\_\_

**Был ли ранее на СС (да (нет) месяц, год и причина завершения СС)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Дата начала ТОА** \_\_\_\_\_

**Который раз получает ТОА** \_\_\_\_\_

**Прерывал ТОА (даты, причины)** \_\_\_\_\_

**Равный консультант (Ф. И. О.)** \_\_\_\_\_

Для оказания помощи мы нуждаемся в информации о Вашем здоровье и некоторых особенностях поведения. Эти данные заносятся в специальную форму – карту клиента. Продолжительность заполнения карты составит около 40 минут. Для соблюдения анонимности Вам будет присвоен специальный код. Вы можете в любой момент отказаться от заполнения этой карты или отказаться отвечать на какие-либо отдельные вопросы в карте.

## Общие сведения о клиенте

### Ф. И. О. клиента


### Идентификационный код клиента <sup>2</sup>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Контактный телефон:

---



---



---

Координаты родных или близких, с кем можно связаться в случае отсутствия связи с клиентом (телефон или адрес, имя):

---



---



---

#### <sup>2</sup> Идентификационный код клиента

*Пол (1 – мужской, 2 – женский)*

2
---

*Две первые буквы полного имени матери*

ТА
----

*Число рождения*

2	4
---	---

*Две первые буквы полного имени клиента*

ИР
----

*Последние две цифры года рождения*

8	0
---	---

Пример: 2ТА24ИР80



## Медицинская информация

### ВИЧ-статус, тестирование на ВИЧ (если ВИЧ есть, то результаты анализа – CD4, ВН)

Дата оценки				
ВИЧ-статус				
Дата последнего теста на ВИЧ				
Результат тестирования (или показатели CD4, ВН)				
Дискордантная пара (ДА, НЕТ, не знает)				

### Диспансерный учет в КДО

Дата заполнения				
Да/Нет/Неизвестно				

### АРВ-терапия

Принимает ли клиент терапию в настоящий момент?	Описать, принимает ли, регулярность приема, причины неприема или нерегулярности, если прервал, то когда принимал и когда прервал
Дата опроса _____	_____ _____ _____ _____
Дата опроса _____	_____ _____ _____ _____
Дата опроса _____	_____ _____ _____ _____
Дата опроса _____	_____ _____ _____ _____

**Туберкулез-статус**

Дата заполнения				
Последнее обследование на ТБ (флюорография и др.)				
Результат				

**Диспансерный учет в туберкулезном диспансере**

Дата заполнения				
Наличие учета				

Принимает ли клиент терапию туберкулеза	Принимает (+)	Не принимает (-)	Принимает не регулярно (указать регулярность)
Дата опроса			
Дата опроса			
Дата опроса			
Дата опроса			
Если клиент нуждается в ТБ терапии, но не принимает ее или, если клиент прервал прием терапии, укажите причину			

**Гепатит-статус**

Дата заполнения				
Дата исследования на ВГВ, С				
Дата вакцинации от ВГВ				
Выставлен диагноз ВГС				
Выставлен диагноз ВГВ				
Пролечен ВГС				
Пролечен ВГВ				
Нуждается в лечении ВГС				
Нуждается в лечении ВГВ				
Желает лечить ВГС				
Желает лечить ВГВ				
Принимает лечение ВГС				
Принимает лечение ВГВ				

ВГ – вирусные гепатиты, ВГВ – вирусный гепатит В, ВГС – вирусный гепатит С

**Результат лечения ВГС**

---

---

---

---

**Результат лечения ВГВ**

---

---

---

---

**Общее состояние здоровья (наличие заболеваний, в том числе хронических):**

тромбофлебит, лимфостаз (отек рук), трофические язвы, нарушения стула, стоматологические проблемы, артериальная гипертензия, аритмия, избыточный вес, нарушение цикла и другие.

**Опишите подробно**

**Первичный опрос.** Дата \_\_\_\_\_ 202\_\_.

---

---

---

---

---

---

---

---

**Опрос 2.** Дата \_\_\_\_\_ 202\_\_.

---

---

---

---

---

---

---

---

**Опрос 3.** Дата \_\_\_\_\_ 202\_\_.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Опрос 4.** Дата \_\_\_\_\_ 202\_\_.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Юридическая информация

### Ограничение и лишение свободы

Дата опроса				
Нет				
Готовится к осуждению				
Исправительное учреждение открытого типа (химия)				
Уголовно-исполнительная инспекция (домашняя химия)				
Находится под следствием				
Количество судимостей				
Нет данных				
Есть ли необходимость в оформлении/ восстановлении документов ДА / НЕТ КАКИХ?				
Проблемы взаимоотношений с правоохранительными органами в настоящий момент ДА / НЕТ КАКИЕ?				

Нуждается ли в юридической помощи? \_\_\_\_\_

Первичный опрос. Дата \_\_\_\_\_ 202\_\_.

---



---



---



---



---



---



---



---



**Опрос 2.** Дата \_\_\_\_\_ 202\_\_.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Опрос 3.** Дата \_\_\_\_\_ 202\_\_.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Опрос 4.** Дата \_\_\_\_\_ 202\_\_.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Социальная информация

<b>Дата опроса</b>				
<b>Работа / обучение</b>				
<b>Образование:</b> отсутствует, неполное среднее, среднее, среднее специальное, неполное высшее (3-й курс вуза), высшее				
<b>Специальность</b>				
<b>Учеба в настоящее время:</b> нет; академический отпуск; если учится, то где.				
<b>Наличие места работы</b> ЕСТЬ / НЕТ				
<b>Официальное место работы:</b> ДА / НЕТ				
<b>Источники дохода:</b> зарплата, случайные заработки, иждивенчество (за счет близких), пособие по безработице, пенсия по инвалидности, воровство, стипендия, другие				
<b>Уровень дохода</b> (сумма в месяц, сколько из какого источника)				
<b>Долги, кредиты:</b> нет / есть; если имеются, в каком количестве, суммы и сроки				
<b>Готовность (желание) к трудоустройству</b>				
<b>Опыт работы:</b> где, кем, как долго, причины увольнения				
<b>Секс за вознаграждение</b>				

<b>Место жительства</b>				
<b>Жилищные условия:</b> отдельная квартира, комната в коммунальной квартире, общежитие, бездомный, съемное жилье				
<b>С кем живет:</b> один, с родителями, с другими родственниками, со своей семьей, с сожителем, с друзьями				
<b>Семья</b>				
Кто из близких знает о: - ВИЧ-статусе - употреблении ПАВ - нахождении на ТОА Есть ли те, кто против получения ТОА?				
<b>Семейное положение:</b> холост/не замужем, в разводе, в браке, вдовец(ва), в гражданском браке				
<b>Наличие постоянного партнера (если не в браке)</b> ДА/НЕТ				
<b>Наличие детей, их возраст</b>				
<b>Находится ли семья в СОП?</b> Если да, то в течение какого времени?				
Домашние стрессоры (отношения с родственниками, бывает ли насилие, конфликты и т.д.)				
Наличие поддержки (кто может оказать клиенту поддержку, на чью помощь он может рассчитывать)				

Примечания (по социальному статусу):

---



---



---



---



---

## Результаты оценки качества жизни и риска отрыва

Сфера 1 – физическое благополучие

Сфера 3 – социальные отношения

Сфера 2 – психологическое благополучие

Сфера 4 – окружающая среда

Дата первичной оценки \_\_\_\_\_

Оценка качества жизни	Сфера 1	Сфера 2	Сфера 3	Сфера 4	Баллы риска отрыва
Сырой балл					
% качества жизни					

Дата повторной оценки (оценка 2) \_\_\_\_\_

Оценка качества жизни	Сфера 1	Сфера 2	Сфера 3	Сфера 4	Баллы риска отрыва
Сырой балл					
% качества жизни					

Дата повторной оценки (оценка 3) \_\_\_\_\_

Оценка качества жизни	Сфера 1	Сфера 2	Сфера 3	Сфера 4	Баллы риска отрыва
Сырой балл					
% качества жизни					

Дата повторной оценки (оценка 4) \_\_\_\_\_

Оценка качества жизни	Сфера 1	Сфера 2	Сфера 3	Сфера 4	Баллы риска отрыва
Сырой балл					
% качества жизни					



## Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF)

Дата оценки \_\_\_\_\_

Следующие вопросы касаются Вашей точки зрения на качество жизни, на состояние здоровья и другие сферы Вашей жизни. Я буду вслух читать Вам каждый вопрос вместе с вариантами ответов. **Пожалуйста, выберите ответ, который покажется наиболее подходящим.** Если вы не уверены, как ответить на вопрос, первый ответ, который придет Вам в голову, часто бывает наилучшим. Пожалуйста, помните о своих стандартах, надеждах, развлечениях и интересах. Мы спрашиваем о том, какой Вы считаете свою жизнь **в течение последних четырех недель.**

		Очень плохо	Плохо	Ни плохо, ни хорошо	Хорошо	Очень хорошо
q1.	Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?	1	2	3	4	5
		Очень не удовлетворен	Не удовлетворен	Ни то, ни другое	Удовлетворен	Очень удовлетворен
q2.	Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья?	1	2	3	4	5

В ответах на следующие вопросы укажите, в **какой степени** Вы испытывали определенные состояния в течение последних четырех недель.

		Вовсе нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезмерно
q3.	По Вашему мнению, в какой степени физические боли мешают Вам выполнять свои обязанности?	5	4	3	2	1
q4.	В какой степени Вы нуждаетесь в какой-либо медицинской помощи для нормального функционирования в своей повседневной жизни?	5	4	3	2	1
q5.	Насколько Вы довольны своей жизнью?	1	2	3	4	5
q6.	Насколько, по Вашему мнению, Ваша жизнь наполнена смыслом?	1	2	3	4	5

		Вовсе нет	Немного	Умеренно	В значительно й степени	Чрезмерно
q7.	Насколько хорошо Вы можете концентрировать внимание?	1	2	3	4	5
q8.	Насколько безопасно Вы чувствуете себя в повседневной жизни?	1	2	3	4	5
q9.	Насколько здоровой является физическая среда вокруг Вас?	1	2	3	4	5

В следующих вопросах речь идет о том, насколько полно Вы ощущали или были в состоянии выполнять определенные функции в течение последних четырех недель.

		Вовсе нет	Немного	Умеренно	В основном	Полностью
q10	Достаточно ли у Вас энергии для повседневной жизни?	1	2	3	4	5
q11	Способны ли Вы смириться со своим внешним видом?	1	2	3	4	5
q12	Достаточно ли у Вас денег для удовлетворения Ваших потребностей?	1	2	3	4	5
q13	Насколько доступна для Вас информация, необходимая в Вашей повседневной жизни?	1	2	3	4	5
q14	В какой мере у Вас есть возможности для отдыха и развлечений?	1	2	3	4	5

		Очень плохо	Плохо	Ни плохо, ни хорошо	Хорошо	Очень хорошо
q15	Насколько легко Вы можете добраться до нужных Вам мест?	1	2	3	4	5

		Совершенно не удовлетворен	Не удовлетворен	Ни то, ни другое	Удовлет- ворен	Очень удовлетворен
q16.	Насколько Вы удовлетворены своим сном?	1	2	3	4	5
q17.	Насколько Вы удовлетворены способностью выполнять свои повседневные обязанности?	1	2	3	4	5
q18.	Насколько Вы удовлетворены своей трудоспособностью?	1	2	3	4	5
q19.	Насколько Вы довольны собой?	1	2	3	4	5
q20.	Насколько Вы удовлетворены личными взаимоотношениями?	1	2	3	4	5
q21.	Насколько Вы удовлетворены своей сексуальной жизнью?	1	2	3	4	5
q22.	Насколько Вы удовлетворены поддержкой, которую Вы получаете от своих друзей?	1	2	3	4	5
q23.	Насколько Вы удовлетворены условиями в месте Вашего проживания?	1	2	3	4	5
q24.	Насколько Вы удовлетворены доступностью медицинского обслуживания для Вас?	1	2	3	4	5
q25.	Насколько Вы удовлетворены транспортом, которым Вы пользуетесь?	1	2	3	4	5



Следующие вопросы касаются того, насколько часто Вы ощущали или переживали определенные состояния в течение последних четырех недель.

		Никогда	Изредка	Довольно часто	Очень часто	Всегда
q26.	Как часто у Вас были отрицательные переживания, например плохое настроение, отчаяние, тревога, депрессия?	5	4	3	2	1

У Вас есть какие-нибудь замечания в отношении обследования (оценки)?

---



---

**Подсчитайте баллы по каждой из сфер жизни в соответствии с формулами в таблице**

	Уравнения для подсчета баллов по каждой сфере	Сырой балл	% качества жизни
<b>Сфера 1</b>	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____	=	
<b>Сфера 2</b>	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ __ + __ + __ + __ + ____ + _____	=	
<b>Сфера 3</b>	$Q20 + Q21 + Q22$ ____ + _____ + _____	=	
<b>Сфера 4</b>	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ __ + __ + ____ + ____ + __ + ____ + ____ + _____	=	

$$\text{Сфера 1 (физическое здоровье)} = \left( \frac{\text{сырой балл}-7}{28} \right) * 100$$

$$\text{Сфера 2 (психологическое состояние)} = \left( \frac{\text{сырой балл}-6}{24} \right) * 100$$

$$\text{Сфера 3 (социальные отношения)} = \left( \frac{\text{сырой балл}-3}{12} \right) * 100$$

$$\text{Сфера 4 (окружающая среда)} = \left( \frac{\text{сырой балл}-8}{32} \right) * 100$$

## Наркологические данные

### Данные о ТОА

Дата опроса				
Что принимает				
Дозировка препарата				
Состояние на утро				
Предупреждения в ТОА (когда, за что?)				
Побочные эффекты от приема метадона/бупренорфина (от 1 до 10, где 1 – слабо выражено, а 10 – максимально выражено)				
Сонливость				
Потливость				
Снижение полового влечения				
Снижение потенции				
Запоры				
Нарушения менструального цикла				
Набор массы тела				
Сильные колебания состояния в течение суток				
Раздражительность, возбуждение				
Онемение во рту				
Головная боль				
Взаимоотношения с персоналом кабинета оцените от 1 до 10, где 1 – очень частые конфликты, а 10 – очень хорошие отношения. Если балл ниже 5, то пояснить причину				
С врачом				
С медсестрами				
С другим персоналом (указать с кем)				

### Употребление дополнительных веществ

Дата оценки \_\_\_\_\_

Частота употребляли веществ за <u>последние три месяца</u> и как часто это приводило к проблемам (со здоровьем, окружающими, законом или деньгами)?	Описание режима употребления, способа приема (внутрь, инъекции и т.п.), последствия приема, при наличии, причина.
1. Никотинсодержащие изделия (сигареты, жевательный табак, сигары, вейпы и др.)	
2. Алкогольные напитки (пиво, джин-тоник, сидр, вино, крепкие напитки и др.)	
3. Каннабис (марихуана, план, трава, гашиш, и др.)	
4. Альфа-PVP, мефедрон (соли, кристалл, "собака" и др.)	
5. Амфетамины (скорость, кислота, экстази и др.)	
6. Габапептиноиды (прегабалин («прега»), «лирика» и др.), габапентин)	
7. Успокоительные и снотворные (диазепам, клоназепам («клон», «кресты»), зопиклон и др.)	
8. Противоаллергические (димедрол, тропикамид, донормил и др.)	
9. Опиоиды (фентанил, героин, морфин, метадон, кодеин, «бубки», «солома» и др.)	
10. Другое (уточнить)	

**Описание употребления веществ:** (какие вещества, в каком режиме, к чему привело, например, угроза исключения, заболевания, долги) \_\_\_\_\_

---



---



---

**Заключение о рискованности употребления\*** (высокий, средний или низкий риск):

\_\_\_\_\_ (высокий риск – частое употребление (чаще 1 раза в неделю, для алкоголя – чаще 2 раз в неделю); средний риск – употребление не более 1 раза в неделю; низкий риск – употребление 1 раз в месяц или реже)

Дата заполнения \_\_\_\_\_

**Опрос на симптомы депрессии (PHQ-9)**

Попросите клиента ответить на вопросы: «Беспокоили ли вас следующие проблемы в течение последних двух недель». Каждый вопрос имеет четыре возможных ответа и оценку:

**В последние две недели, вы испытывали:**

<b>Вопрос</b>	Не каждый день (0 баллов)	Несколько дней (1 балл)	Более чем в половине дней (2 балла)	Почти каждый день (3 балла)
1. Отсутствие интереса к происходящим событиям?				
2. Безразличие, подавленность?				
3. Проблемы с засыпанием, бессонница, наоборот спали слишком много?				
4. Чувство усталости или упадок сил?				
5. Отсутствие аппетита или переедание?				
6. Чувствуете себя неудачником, вините за то, что тяготите свою семью?				
7. Трудно сосредоточиться на чтении или просмотре телевизора?				
8. Двигаетесь или говорите необыкновенно медленно (заторможенность), или наоборот, возбуждены, двигаетесь больше, чем обычно?				
9. Мысли о самоубийстве или причинении себе вреда?				
<b>Общий балл:</b>				

**Выраженность депрессии:**

1 – 4 Минимальная депрессия; 5 – 9 Легкая депрессия; 10 – 14 Умеренная депрессия;  
15 – 19 Тяжелая депрессия; 20 – 27 Крайне тяжелая депрессия.

Дата заполнения \_\_\_\_\_

## Оценка уровня информированности о ТОА

Верных ответов \_\_\_\_\_ из 10

### Вопросы и верные ответы

1. Длительный прием метадона или бупренорфина оказывает вредное влияние на организм.

Ответ клиента: да / нет / другое \_\_\_\_\_

Ответ: нет, исследования и многолетний опыт ТОА во всем мире (в том числе и нашей стране) показывает, что длительный прием препарата не наносит вреда организму, если лечение применяется как надо, т.е. правильно подобрана доза и нет сопутствующего рискованного употребления других психоактивных веществ. Конечно, метадон/бупренорфин, как и любое лекарство имеет побочные эффекты, однако вред побочных эффектов не сравним с вредом от употребления нелегальных психоактивных веществ. Плюс, из-за того, что люди перестают употреблять уличные наркотики, они могут заняться решением накопившихся за время употребления проблем и значительно улучшить здоровье.

2. Меня могут исключить если я буду употреблять дополнительные вещества.

Ответ клиента: да / нет / другое \_\_\_\_\_

Ответ: нет. На основании постановления Министерства здравоохранения от 20.08.2023 №98, исключить из ТОА могут за 1) отказ следовать плану лечения, 2) попадание в больницу с передозировкой, 3) совершение административных правонарушений и преступлений в отношении работников при кабинете ТОА и 4) незаконный оборот ПАВ, связанный с направлением в МЛС. В остальных случаях прекращение терапии без согласия пациента незаконно.

3. Мне ТОА поможет полностью отказаться от любых наркотиков.

Ответ клиента: да / нет / другое \_\_\_\_\_

Ответ: нет, метадон/бупренорфин подавляет тягу только к опиоидам, поэтому если есть зависимость или тяга еще к другим веществам, то она может остаться и после начала ТОА. Плюс ТОА в том, что если у вас сочетанная зависимость, то это можно обсудить с доктором и лечить ее параллельно.

4. Чем ниже доза метадона/бупренорфина, тем лучше.

Ответ клиента: да / нет / другое \_\_\_\_\_

Ответ: нет. Низкая доза препарата может не полностью убирать тягу к наркотикам и поэтому быть риском срыва. Конечно, слишком высокая доза тоже имеет недостатки в виде более сильных побочных эффектов. Поэтому доза лекарства должна подбираться индивидуально так, чтобы вы себя комфортно чувствовали и при этом была заблокирована тяга к наркотикам.

5. Прием метадона/бупренорфина вреден для беременности и плода

Ответ клиента: да / нет / другое \_\_\_\_\_

Ответ: нет. Беременность является показанием для скорейшего начала терапии опиоидными агонистами, потому что это гораздо более безопасно чем употребление «уличных» веществ и для будущего ребенка, и для матери. Таким образом снижается

риск невынашивания, а также риск осложнений для женщины. Абстинентный синдром у ребенка обычно проходит легко и без проблем снимается еще до выписки из роддома. Выбор препарата для начала лечения зависит от того, в каком состоянии начинается терапия. Во время беременности препарат лучше не менять.

6. Метадон/бупренорфин накапливается в костях и мышцах и чем дольше его принимать, тем тяжелее с него уходить

Ответ клиента: да / нет / другое \_\_\_\_\_

Ответ: нет. Препараты для ТОА не копятя в костях или мышцах. Они до некоторого уровня накапливаются в жировой ткани, что позволяет держаться равномерной концентрации в течение суток. Синдром отмены при уходе с ТОА зависит не от продолжительности лечения (нет разницы, например, 1 год или 10 лет), а от дозы, которую вы получаете перед выходом, а также от сопутствующего употребления веществ или препаратов.

7. Метадон/бупренорфин портит печень

Ответ клиента: да / нет / другое \_\_\_\_\_

Ответ: нет. Метадон/бупренорфин действительно перерабатывается печенью, но он не создает для нее значительную нагрузку, поэтому является безопасным для нее препаратом. Метадон можно принимать также, имея заболевания печени, такие как гепатит или цирроз. Бупренорфин при тяжелом циррозе может быть противопоказан.

8. Метадон/бупренорфин вреднее «мака» или «соломки»

Ответ клиента: да / нет / другое \_\_\_\_\_

Ответ: нет. Основной вред уличных опиоидов в том, что ни доза, ни состав точно не известны, а также в них содержится множество вредных примесей. В отличие от уличных наркотиков, медицинские препараты производятся в строго контролируемых условиях, не содержат вредных примесей и принимаются внутрь, а не внутривенно. В многочисленных исследованиях показано, что при соблюдении правил лечения, препараты ТОА не оказывают вредного влияния на организм.

9. Во время ТОА ты полностью привязан и нет возможности путешествовать по Беларуси или другим странам

Ответ клиента: да / нет / другое \_\_\_\_\_

Ответ: нет. В Беларуси есть много кабинетов ТОА, и если вы хотите поехать в другой город, то метадон/бупренорфин можно получать там (для этого достаточно взять справку у своего врача и уведомить тот кабинет, где собираетесь продолжать лечение). Так же и с поездками в другие страны. Во всех соседних странах (за исключением России) есть терапия опиоидными агонистами, и при наличии у вас справки от врача вы можете продолжать лечение. ТОА есть во всех странах Евросоюза и в большинстве стран Мира. Есть возможность получить препарат на руки.

10. Уйти с метадона/бупренорфина сложнее, чем с уличных опиатов.

Ответ клиента: да / нет / другое \_\_\_\_\_

Ответ: нет. Все эти вещества относятся к опиоидам и у них схожий синдром отмены. У героина он более короткий, но сильный, у метадона/бупренорфина он слабее, но более длинный. Разными людям может быть сложнее пережить длительную «ломку» чем мощную, но короткую героиновую. Однако если отмену препарата проводить с минимальных доз и медленно, а также с поддержкой других препаратов, то синдром отмены выражен еще меньше и его вполне можно перенести.

Дата заполнения \_\_\_\_\_

**Суммарный риск отрыва от терапии опиоидными агонистами**

	<b>Фактор риска</b>	<b>Да</b>	<b>Частично</b>	<b>Нет</b>
1.	Злоупотребляет веществами или алкоголем 3 последних месяца. (да – частое злоупотребление, частично – не чаще раза в неделю, нет – эпизодическое)	5	3	0
2.	Плохое материальное положение (да – есть долги, частично – доход недостаточный)	2	1	0
3.	Отсутствует стабильная работа (частично – по договору подряда, испытательный срок)	2	1	0
4.	Практикует криминальное поведение (частично – редко, суммы краж не уголовного размера)	2	1	0
5.	Отсутствует стабильное место жительства (частично – есть угроза отсутствия)	3	1	0
6.	Высокий уровень депрессии (phq-9) (если есть суицидальные мысли и намерения – это красный уровень и повод для скорейшего обращения к врачу)	3	1	0
7.	Нелеченые (обострившиеся) заболевания: ВИЧ-инфекция, туберкулез, гепатит, троф. язвы и др.; острые заболевания. (частично – не полная приверженность лечению)	3	1	0
8.	Насилие в семье или от других близких (частично – насилие редко, не угрожает здоровью)	2	1	0
9.	Сложности в перемещении (проблемы с опорно-двигательным аппаратом, другие заболевания, затрудняющие передвижения)	2	1	0
10.	Уровень реалистичной информированности о ТОА (хорошая информированность, средняя информированность, плохая)	3	2	0
11.	Вовлеченность в секс-услуги (частично – не является основным источником дохода)	2	1	0
12.	Предупреждения в ТОА за последний год (да – 2 и более, частично – 1 предупреждение)	3	2	0
13.	Конфликтные отношения с персоналом ТОА (да – открытый конфликт, частично – иногда возникающее недопонимание)	3	1	0
14.	Близкие против участия в ТОА (да – явно против, частично – неявное сопротивление, подталкивание к выходу из ТОА)	2	1	0
	<b>ИТОГО:</b>			

**0-9 баллов – низкий риск исключения (зеленая категория)**

В сопровождении, как правило, не нуждается. Нужны единичные консультации.

**10-37 баллов – высокий риск (красная категория)**

Нуждается в сопровождении, оценка риска исключения из ТОА проводится один раз в 6 месяцев.

Дата заполнения \_\_\_\_\_

**Заключение и описание рисков**

Клиент относится к \_\_\_\_\_ категории

(если категория «зеленая», то сопровождение не нужно, но могут оказываться единичные услуги)

№	Риск, его описание и уточнение

На основании этих рисков нужно определить задачи для плана социального сопровождения.

Определить приоритет – с какими рисками работать в первую очередь.













**Проблемы, возникшие в ходе работы, причины:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Истории успеха:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Выводы и предложения:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Дата

---

подпись

---

ФИО

## Услуги, оказываемые равными консультантами по ТОА

### Незапланированная услуга - Н

<b>Медицинские</b>	<b>М</b>
Решение хирургических проблем	МХ
Решение инфекционных проблем	МИ
Решение терапевтических проблем	МТ
Решение проблем с ТОА	МО
Помощь при депрессии	МД
Помощь при других псих. расстройствах (тревога, бессонница, галлюц. и др)	МП
Злоупотребление веществами	МВ
Оформление гр. инвалидности	МГ
Решение других мед. проблем	ММ

<b>Социальные</b>	<b>С</b>
Помощь в трудоустройстве	СТ
Помощь с оформлением документов	СД
Получение пособий/льгот/пенсий	СП
Восстановление/защита род. прав	СР
Получение мат. помощи	СМ
Профилактика криминального поведения	СК

<b>Психологические</b>	<b>П</b>
Консультация равный-равному	ПР
Беседа с близкими/семьей	ПБ
Направление и сопровождение к психологу	ПП

<b>Работа с документацией</b>	<b>Д</b>
Работа с картой	ДК
Начало СС	ДН
Завершил СС	ДЗ
Прервал СС	ДП
Доработка рисков/плана	ДР
Первичная оценка риска отрыва	ДО-1
Повторная оценка риска отрыва	ДО-2

<b>ТОА</b>	<b>ЗТ</b>
ТОА Рекомендовано уличному потребителю	ЗТР
Довел до врача	ЗТВ
Начал ТОА	ЗТН
Прекратил ТОА	ЗТП

### Волонтерство В

(помощь человеку, который не находится на социальном сопровождении)

## Дополнительные опросники

### Опросник ГТР-7 на уровень тревоги.

<i>Как часто за последние 2 недели вас беспокоили следующие проблемы?</i>	<i>Никогда</i>	<i>Несколько дней</i>	<i>Более половины дней</i>	<i>Почти каждый день</i>
1. Повышенная нервная возбудимость, беспокойство или раздражительность	0	1	2	3
2. Неспособность справиться с волнением	0	1	2	3
3. Чрезмерное беспокойство по разному поводу	0	1	2	3
4. Неспособность расслабляться	0	1	2	3
5. Крайняя степень беспокойства: «Не могу найти себе места»	0	1	2	3
6. Легко поддаюсь чувству беспокойства или раздражительности	0	1	2	3
7. Ожидание чего-то страшного	0	1	2	3
Для подсчета. Общее количество баллов:		_____	_____	_____

Если у вас возникали проблемы в этой области, как сильно они сказываются на вашей работе, отношениях с вашими близкими или другими людьми?

Не сказываются	Немного затрудняют	Сильно затрудняют	Крайне сильно затрудняют
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Общий балл определяется при сложении ответов на 7 поставленных вопросов. На каждый вопрос присваиваются баллы 0, 1, 2 и 3, соответственно, «никогда», «несколько дней», «более половины дней» и «почти каждый день». Общий балл для семи вопросов может быть от 0 до 21.

0–4: минимальная тревога

5–9: легкая тревога

10–14: средняя тревога

15–21: выраженная тревога



## Самозаполняемый опросник депрессии Цунга.

ФИО/код \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

**Инструкция:** Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете в последнее время. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

Утверждения	никогда или изредка	иногда	часто	почти всегда или постоянно
1. Я чувствую подавленность	1	2	3	4
2. Утром я чувствую себя лучше всего	4	3	2	1
3. У меня бывают периоды плача или близости к слезам	1	2	3	4
4. У меня плохой ночной сон	1	2	3	4
5. Аппетит у меня не хуже обычного	4	3	2	1
6. Мне приятно смотреть на привлекательных женщин, разговаривать с ними, находиться рядом	4	3	2	1
7. Я замечаю, что теряю вес	1	2	3	4
8. Меня беспокоят запоры	1	2	3	4
9. Сердце бьется быстрее, чем обычно	1	2	3	4
10. Я устаю без всяких причин	1	2	3	4
11. Я мыслю так же ясно, как и всегда	4	3	2	1
12. Мне легко делать то, что я умею	4	3	2	1
13. Чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте	1	2	3	4
14. У меня есть надежды на будущее	4	3	2	1
15. Я более раздражителен, чем обычно	1	2	3	4
16. Мне легко принимать решения	4	3	2	1
17. Я чувствую, что полезен и необходим	4	3	2	1
18. Я живу достаточно полной жизнью	4	3	2	1
19. Я чувствую, что другим людям станет лучше, если я умру	1	2	3	4
20. Меня до сих пор радует то, что радовало всегда	4	3	2	1
ИТОГО				

Сумма баллов означает уровень выраженности депрессии.

менее 50 баллов	состояние без депрессии;
от 50 до 59 баллов	легкая ситуативная депрессия (обычно не требует лечения);
от 60 до 69 баллов	субдепрессивное состояние или маскированная депрессия – нужна консультация специалиста;
более 70 баллов	выраженное депрессивное состояние, требуется лечение.

## Планы помощи

(алгоритмы сопровождения) клиентов для работы с часто встречающимися рисками



## План помощи. Рискованное употребление алкоголя.

Дата начала плана \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (дд, мм, год)

**Задача:** снизить дозу употребляемого алкоголя

№	Шаги	Выполнено ✓ комментарий
1.	Уточнить режим употребления (сколько дней в неделю, в какое время, основные напитки, доза за один прием и за сутки)	
2.	Оценить степень рискованности потребления по линейке риска	
3.	Посетить нарколога и получить противоалкогольное лечение. * Контроль эффективности через 2 недели	
4.	Направить/сопроводить на группу АА	
5.	Направить к психологу для **	
6.	Опросить на тревогу и депрессию (ГТР-7 и РНQ-9). При выраженной тревоге и/или депрессии направить/сопроводить к лечащему врачу за препаратами (как правило, антидепрессанты)	
7.	На выходе из запоя направить к врачу-наркологу для корректировки дозы метадона	
8.		
9.		

Одна стандартная порция алкогольного напитка содержит 10 граммов абсолютного этилового спирта



**ПИВО**  
500мл  
4,5% об.  
1,8 ст. порций



**ШАМПАНСКОЕ**  
750 мл  
12% об.  
7,1 ст. порций



**ПОРТВЕЙН**  
750 мл  
18% об.  
10,6 ст. порций



**ВОДКА**  
500 мл  
40% об.  
15,8 ст. порций

Количество стандартных порций в алкогольном напитке = объем тары (литры) x % этилового спирта x 0.789

### Уровни риска для здоровья при потреблении алкоголя

Количество стандартных порций в неделю

**МУЖЧИНЫ**

Низкий

Умеренный

Высокий

Очевидный риск

**ЖЕНЩИНЫ**

Низкий

Умеренный

Очевидный риск, возможна зависимость



\* Варианты противоалкогольного лечения. (В комментариях написать, какое было назначено. При неэффективности через 2 недели направить для другого варианта).

- Детоксикация в отделении (стационаре)
- Назначение препаратов, снижающих тягу (топирамат, вальпроат, ламотриджин). При появлении в Беларуси – назначение акампросата – первая линия терапии.
- Назначение тетурама (прием таблеток под контролем медсестры перед получением поддерживающей терапии) и если нет противопоказаний по состоянию печени
- Назначение баклофена для снижения вреда от употребления алкоголя.

\*\* Варианты работы психолога:

- Мотивационное интервьюирование
- Курс индивидуальной психокоррекции (6-20 сеансов)
- Курс когнитивно-поведенческой коррекции

**Ожидаемый результат:** снизилось употребление алкоголя. Через 6 месяцев от начала работы по плану, клиент минимум 1 месяц употребляет алкоголь значительно меньше.

**Полученный результат:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ дата выполнения

## План помощи. Рискованное употребление стимуляторов.

Дата начала плана \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (дд, мм, год)

**Задача:** снизить дозу/отказаться от употребления препаратов

№	Шаги	Выполнено ✓ комментарий
1.	Уточнить режим употребления (сколько дней в неделю, в какое время, доза за один прием и за сутки)	
2.	Оценить степень рискованности отрыва от терапии	
3.	Посетить врача-нарколога *	
4.	Направить к врачу ТОА для корректировки дозы препарата ТОА	
5.	Направить к психологу для: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Мотивационное интервьюирование</li> <li>• Курс индивидуальной психокоррекции (6-20 сеансов)</li> <li>• Курс когнитивно-поведенческой коррекции</li> </ul>	
6.	Опросить на тревогу и депрессию (ГТР-7 и РНҚ-9). При выраженной тревоге и/или депрессии направить/сопроводить к лечащему врачу за препаратами	
7.	Посещать группу взаимопомощи на регулярной основе	
8.	Проконсультировать родственников и предоставить им информационные материалы	
9.		
10.		

11.		
12.		

\* в комментариях указать, какие варианты помощи были предложены со стороны врача-нарколога (назначение СИОЗСН; назначение бензодиазепинов или снотворных на короткий срок; назначение антипсихотиков с антидепрессивным действием для коррекции паранойи; госпитализация в стационар и др.)

**Ожидаемый результат:** снизилось употребление стимуляторов.

**Срок:** через 3 месяца от начала работы по плану, клиент минимум 1 месяц употребляет препараты значительно меньше.

**Полученный результат:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата выполнения

## План помощи. Рискованное употребление антигистаминных препаратов.

Дата начала плана \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (дд, мм, год)

**Задача:** снизить дозу употребляемых препаратов

№	Шаги	Выполнено ✓ комментарий
1.	Уточнить режим употребления (сколько дней в неделю, в какое время, доза за один прием и за сутки)	
2.	Оценить степень рискованности отрыва от ТОА	
3.	Сделать ЭКГ для контроля QT- интервала	
4.	Посетить нарколога для снижения тяги к препарату *	
5.	Направить к психологу для: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Мотивационное интервьюирование</li> <li>• Курс индивидуальной психокоррекции (6-20 сеансов)</li> <li>• Курс когнитивно-поведенческой коррекции</li> </ul>	
6.	Опросить на тревогу и депрессию (ГТР-7 и PHQ-9). При выраженной тревоге и/или депрессии направить/сопроводить к лечащему врачу за препаратами (как правило, антидепрессанты)	
7.		
8.		
9.		

10.		
-----	--	--

\* Варианты лечения:

- Детоксикация в отделении (стационаре)
- Назначение препаратов, снижающих тягу (вальпроат, топирамат)
- Корректировка дозы метадона/бупренорфина

В комментариях написать, какое лечение было назначено. При неэффективности через 2 недели направить к врачу для поиска другого варианта терапии.

**Ожидаемый результат:** снизилось употребление антигистаминных препаратов.

**Срок:** через 3 месяца от начала работы по плану, клиент минимум 1 месяц употребляет препараты значительно меньше.

**Полученный результат:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата выполнения



## План помощи. Рискованное употребление седативных препаратов.

Дата начала плана \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (дд, мм, год)

**Задача:** снизить дозу употребляемых препаратов

№	Шаги	Выполнено ✓ комментарий
1.	Уточнить режим употребления (сколько дней в неделю, в какое время, доза за один прием и за сутки)	
2.	Оценить степень рискованности отрыва от терапии	
3.	Посетить нарколога для назначения схемы лечения*	
4.	Контроль за приемом назначенных препаратов не реже 1 раза в 2 недели	
5.	Направление к врачу ТОА для корректировки дозы препарата ТОА	
6.	Направить к психологу для: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Мотивационное интервьюирование</li> <li>• Курс индивидуальной психокоррекции (6-20 сеансов)</li> <li>• Курс когнитивно-поведенческой коррекции</li> </ul>	
7.	Опросить на тревогу и депрессию (ГТР-7 и РНҚ-9). При выраженной тревоге и/или депрессии направить/сопроводить к лечащему врачу за препаратами	
8.		
9.		
10.		

11.		
-----	--	--

Варианты лечения:

- Детоксикация в отделении (стационаре)
- Амбулаторная детоксикация (снижение дозы бензодиазепинов без госпитализации)
- Назначение препаратов, снижающих тягу (вальпроат, топирамат, габапентиноиды, антидепрессанты)
- Корректировка дозы метадона/бупренорфина

В комментариях написать, какое лечение было назначено. При неэффективности через 2 недели направить к врачу для поиска другого варианта терапии.

**Ожидаемый результат:** снизилось употребление седативных препаратов

**Срок:** через 3 месяца от начала работы по плану, клиент минимум 1 месяц употребляет препараты значительно меньше.

**Полученный результат:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата выполнения

## План помощи. Нелеченая ВИЧ-инфекция.

Дата начала плана \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (дд, мм, год)

**Задача:** сформировать приверженность антиретровирусной терапии

№	Шаги	Выполнено ✓ комментарий
1.	Узнать причину нелечености	
2.	Направить/сопроводить к равному консультанту по ВИЧ	
3.	Записаться на прием к врачу-инфекционисту	
4.	Посетить врача-инфекциониста	
5.	Записаться и сдать анализ на вирусную нагрузку и уровень CD4, и другие необходимые анализы	
6.	Посетить врача-инфекциониста и получить АРВТ	
7.	При наличии побочных эффектов направить/сопроводить к равному консультанту по ВИЧ	
8.	Прием терапии и контроль приверженности	
9.	Сдать контрольный анализ (через 3 месяца от начала терапии)	
10.		
11.		
12.		

13.		
-----	--	--

**Ожидаемый результат:** сформирована приверженность, подтвержденная анализом на вирусную нагрузку (<1000 копий в мл через 3 месяца после начала лечения и неопределяемая – через 6 месяцев).

**Срок:** через 6 месяцев от начала работы по плану.

**Полученный результат:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата выполнения

## План помощи. Нелеченый гепатит С.

Дата начала плана \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (дд, мм, год)

**Задача:** вылечить гепатит С (удалить вирус из организма)

№	Шаги	Выполнено ✓ комментарий
1.	Сходить к инфекционисту (или терапевту, если нет инфекциониста) за направлением на анализы для лечения гепатита С	
2.	Сдать необходимые анализы (биохимия, общий анализ крови, общий анализ мочи и др.)	
3.	Записаться на эластометрию и ПЦР	
4.	Сделать эластометрию, ПЦР	
5.	Записаться к инфекционисту с результатами анализов	
6.	Сходить к инфекционисту с результатами анализов	
7.	Записаться в очередь на лечение гепатита С	
8.	Получить препараты для лечения	
9.	Прием терапии и контроль приверженности	
10.	Контрольный анализ 1	
11.	Контрольный анализ 2	
12.	Контрольный анализ 3 (при лечении дольше 12 недель)	

13.	Контрольный анализ 1 (через 3 месяца после завершения лечения)	
14.	Контрольный анализ 2 (через 6 месяцев после завершения лечения)	
15.		
16.		

**Ожидаемый результат:** отрицательный результат ПЦР ВГС через 3-6 месяцев после завершения лечения.

**Срок:** 3 и 6 месяцев после завершения лечения.

**Полученный результат:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ дата выполнения

## План помощи. Высокий уровень депрессии.

Дата начала плана \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (дд, мм, год)

**Задача:** достичь ремиссии или снизить уровень депрессии.

№	Шаги	<i>Выполнено</i> ✓ комментарий
1.	Личная консультация, доверительная беседа с целью выяснения жалоб: нарушен режим сна и питания, подавленное настроение, низкий уровень активности и пр.	
2.	Если имеется, поделиться своим опытом, выяснить возможные причины депрессии: конфликты в семье, употребление доп. веществ, отсутствие стабильного дохода и пр.	
3.	Заполнить шкалу самооценки депрессии Цунга. Сопроводить на прием к врачу-наркологу для назначения лечения.	
4.	Сопроводить на прием к врачу-психотерапевту или врачу-психиатру для назначения лечения.	
5.	Проконтролировать прием клиентом назначенного лечения, обращать внимание на его эффективность и наличие побочных эффектов.	
6.	Направить и проконтролировать посещение клиентом психолога/психотерапевта (10 консультаций минимум).	
7	При отказе работать с психологом кабинета, направить для онлайн-работы (напр. «позитивный психолог»)	
8.	Интересоваться состоянием и настроением клиента на	

	протяжении месяца по телефону или при личной встрече, уточнить, есть ли суицидальные мысли и попытки, при их наличии обратиться на прием к врачу-психиатру	
9.	При необходимости и согласии клиента, обсудить проявления депрессии с близкими.	
10.		
11.		
12.		

**Результат:** назначено лечение, клиент принимает препараты, уровень депрессии значительно снизился.

**Срок:** через 2 месяца от начала работы уровень депрессии начал снижаться (по результатам опросника депрессии Цунга).

**Полученный результат:** \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---

\_\_\_\_\_ дата выполнения



## План помощи. Нелеченый туберкулез.

Дата начала плана \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (дд, мм, год)

### Задача: лечение туберкулеза

№	Шаги	<i>Выполнено</i> ✓ комментарий
1	Обратиться в туберкулезный диспансер для получения направлений для сдачи анализов	
2	Сдать необходимые анализы (мокрота (!), и др. анализы) и пройти назначенные обследования	
3	При назначении лечения латентной туберкулезной инфекции – контроль получения изониазида на руки и регулярности его приема или посещения для контролируемого приема рифапентина/изониазида 1 раз в неделю 12 недель	
4	При направлении на стационарное лечение, сообщить врачу ТОА для организации доставки препаратов ТОА и предоставления выписки для врача-фтизиатра.	
5	После выписки на амбулаторный этап лечения – предоставление врачу ТОА эпикриза	
6	На амбулаторном этапе контроль регулярности посещения диспансера и передачи записей видеоконтролируемого лечения (если назначено)	
7	Посещение туберкулезного диспансера для контрольных исследований не реже 1 раза в месяц:	

6	Посещение туберкулезного диспансера для изменения группы учета не реже 1 раза в 6 месяцев:	
7	Снятие с учета в туберкулезном диспансере	
8		

**Ожидаемый результат:** излечение туберкулеза, снятие с диспансерного учета.

**Срок:** отсутствие симптомов туберкулеза через 6 месяцев после завершения лечения.

**Полученный результат:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата выполнения

## План помощи. Трофические язвы.

Дата начала плана \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (дд, мм, год)

**Задача:** заживление трофических язв, выздоровление

№	Шаги	<i>Выполнено ✓</i> комментарий
1.	Записаться к хирургу по месту жительства (при невозможности – онлайн консультация, например «позитивный хирург»)	
2.	Сдать необходимые анализы (биохимия, общий анализ крови, общий анализ мочи и др.)	
3.	При направлении на стационарное лечение, сообщить врачу ТОА для организации доставки препаратов ТОА	
4.	При лечении амбулаторно – повторные посещения хирурга для осмотров и перевязок	
5.	Осмотры:	
6.	Перевязки:	
7.	Контрольная сдача анализов	

8.	Запись к сосудистому хирургу для консультации по проведению ангиографии	
9.	Посещение сосудистого хирурга	
10.	Начало приема назначенной схемы препаратов	
11.		
12.		
13.		

**Ожидаемый результат:** излечение трофических язв, восстановление трофики (питания тканей).

**Срок:** на протяжении **6 месяцев** отсутствуют рецидивы язв.

**Полученный результат:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата выполнения

## План помощи. Сложности в перемещении.

Дата начала плана \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (дд, мм, год)

**Задача:** помочь клиенту получать терапию по месту проживания (нахождения)

№	Шаги	<i>Выполнено ✓</i> комментарий
1.	<p>Выяснить, какие конкретно сложности в перемещении:</p> <p>Инвалидность (группа).</p> <p>Передвижение в коляске, с палочкой.</p> <p>Проблемы со зрением, слухом.</p> <p>Медленное передвижение, поэтому нужно много времени чтобы достичь пункта ТОА.</p> <p>Экстренная или хроническая ситуация.</p> <p>Временная потеря способности (на какой период?).</p> <p>Есть ли заботящиеся члены семьи?</p>	
2.	<p>Узнать отношение клиента к проблеме, что бы он хотел поменять</p>	
3.	<p>Посетить врача-терапевта и узнать прогноз и степень утраты мобильности</p>	
4.	<p>Оценить возможность доставку метадона/бупренорфина на дом на основаниях, предусмотренных документами. Если предусмотрено – начать.</p>	
5.	<p>В других случаях рассмотреть возможность облегчения передвижения (социальное такси,</p>	

	инвалидная коляска напрокат, костыли)	
6.	Обеспечить паллиативный уход	
7.		
8.		
9.		

**Ожидаемый результат:** сложности в перемещении не препятствуют получению ТОА.

**Срок:** 2 месяца после начала работы с риском.

**Полученный результат:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата выполнения

## План помощи. Близкие против участия клиента в ТОА.

Дата начала плана \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (дд, мм, год)

**Задача:** улучшить отношение близких к участию в ТОА.

№	Шаги	<i>Выполнено ✓</i> комментарий
1.	Личная консультация с клиентом для выяснения, почему близкие против и кто конкретно против.	
2.	Спросить у клиента контакты и договориться о встрече или разговоре по телефону.	
3.	Выяснить у близких, чем вызвано негативное отношение к терапии (предубеждения, плохое состояние и самочувствие клиента после приема препарата, что рассказывает им клиент, дополнительное употребление т.д.).	
4.	Консультация родных: предоставить объективную информацию о ТОА и возможных эффектах после приема метадона (бупренорфина), а также принести буклеты.	
5.	Устроить консультацию родных с врачом для окончательного развеивания мифов и получения объективной информации от профессионала.	
6.	Ознакомление родных с плюсами для клиента участия в терапии, в том числе, сравнить поведение до участия в терапии и теперь, помочь близким сконцентрироваться на улучшениях.	

7.	Выяснить, какие состояния клиент списывает на побочные эффекты метадона (бупренорфина) и насколько это правда.	
8.		
9.		
10.		

**Ожидаемый результат:** близкие ознакомлены с объективной информацией и правилами участия в лечении, понимают все плюсы для клиента. Клиент продолжает ТОА.

**Срок:** 2 месяца от начала работы с риском

**Полученный результат:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата выполнения



## План помощи. Вовлеченность в секс-услуги.

Дата начала плана \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (дд, мм, год)

**Задача:** снизить риск заболеваемости ВИЧ и ИППП и (или) прекратить оказания секс-услуг клиентом(кой).

№	Шаги	Выполнено ✓ комментарий
1.	Выяснить характер и причины вовлеченности в секс-услуги: с какого времени вовлеченность в секс-услуги; добровольно ли оказываются услуги или под принуждением; в состоянии алкогольного (наркотического) опьянения или в трезвом виде; иные факторы риска (секс без презерватива, насилие); имеется ли иной источник дохода, желание быстрых денег, конфликты с родными, невозможность совместного проживания с родными, есть ли образование и (или) опыт работы, др.	
2.	Риск – алкоголь (если имеется данный риск, то начать работу дополнительно с риском по употреблению алкоголя)	
3.	Риск – употребление веществ (если имеется данный риск, то начать работу дополнительно с риском по употреблению вещества)	
4.	Информировать о рисках, связанных с заражением ВИЧ инфекцией и ИППП. Мотивировать пройти соответствующие обследования	
5.	Направить к врачу-венерологу для обследования на наличие ИППП и лечение при их выявлении	
6.	Уточнить ВИЧ- статус. При обнаружении ВИЧ-инфекции, направить к врачу-инфекционисту для начала приема АРВТ-терапии. При наличии ВИЧ-инфекции уточнить, принимает ли клиент АРВТ-терапию, по возможности обеспечить мониторинг.	

7	При отрицательном результате тестирования на ВИЧ направить к врачу-инфекционисту для получения ПрЭП (предэкспозиционная, т.е. доконтактная профилактика ВИЧ)	
8	Уточнить регулярность посещения врача-гинеколога (для женщин), мотивировать к посещению не реже 1 раза в год	
9.	Направить клиента к психологу для психокоррекции, мотивировать на посещение психолога для снижения чувства вины и последствий вовлечения в оказание секс-услуг	
10.	Оценить мотивацию к труду, ожидания к размеру дохода, опыт работы	
11.	Помощь в трудоустройстве клиента. Найти иной источник дохода	
12	Обсудить вопрос смены места жительства, если это необходимо, оказать необходимую помощь	
13	Выяснить семейное положение, наличие детей. Если есть дети, то выяснить статус: состоят в СОП, признаны нуждающимися в государственной защите (НГЗ). Провести консультацию по восстановлению родительских прав	
14	Если состоят в СОП, то провести работу по профилактике НГЗ и консультацию по снятию с СОП	
15		
16		

**Ожидаемый результат:** клиент(ка) перестал(а) оказывать секс-услуги или значительно снизил(а) их частоту, снизил(а) риски, связанные с оказанием секс-услуг.

**Срок:** через 6 месяцев от начала работы по плану.

**Полученный результат:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата выполнения

## План помощи. Конфликты с персоналом.

Дата начала плана \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (дд, мм, год)

**Задача:** нормализация межличностных отношений клиента с медицинским персоналом

№	Шаги	<i>Выполнено ✓</i> комментарий
1.	Выяснить, с кем конкретно происходят конфликты (медицинская сестра, врач, вахтер, санитарка и др).	
2.	Описать, какого результата хочет добиться клиент, насколько его запросы реалистичны, какие действия он уже предпринимал.	
3.	Изучить причины со стороны персонала, разработать шаги, как минимизировать конфликт.	
4.	Изучить правовые аспекты ситуации.	
5.	Определить, насколько клиент понимает и осознает свою ответственность в ситуации.	
6.	Провести беседу о возможных действиях клиента по разрешению конфликтной ситуации.	
7.	Провести переговоры со сторонами.	

8.	Написать обращение к вышестоящему сотруднику (если имело место нарушение прав клиента).	
9.		
10.		
11.		
12.		

**Ожидаемый результат:** сформировано адекватное отношение со стороны клиента к персоналу ТОА, критическое отношение к своему поведению.

**Срок:** через 6 месяцев от начала работы по плану.

**Полученный результат:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата выполнения

## План помощи. Криминальное поведение.

Дата начала плана \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (дд, мм, год)

**Задача:** снизить или прекратить криминальное поведение клиента.

№	Шаги	<i>Выполнено ✓</i> комментарий
1.	Подробно описать типы поведения: ворует, торгует наркотиками, совершает противоправные действия под воздействием алкоголя, наркотиков и др.	
2.	Выяснить причины криминального поведения: злоупотребление психоактивными веществами, единственный источник дохода, желание больших денег, скука, наличие большого количества свободного времени, конфликты с родными, другое	
3.	Оценить мотивацию к труду и ожидания к размеру дохода	
4.	Направить к психологу для изучения причин такого поведения (депрессия, зависимость, потеря смысла, и др.) и его возможной коррекции, мотивировать на посещение психолога	
5.	Заняться трудоустройством клиента. Найти источник дохода	
6.	Снизить риск попадания клиента в поле зрения правоохранительных органов. При необходимости связаться с родственниками клиента и обсудить с ними возможные пути минимизации криминального поведения клиента	

7.	При необходимости, получить консультацию юриста общественной организации, например, «Позитивного движения»	
8.		
9.		
10.		

**Ожидаемый результат:** клиент прекратил или значительно уменьшил криминальное поведение.

**Срок:** через 6 месяцев от начала работы по плану.

**Полученный результат:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата выполнения

## План помощи. Насилие в семье.

Дата начала плана \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (дд, мм, год)

**Задача:** выйти из ситуации насилия

№	Шаги	<i>Выполнено ✓</i> комментарий
1.	Выяснить, насколько ситуация угрожает жизни и здоровью. Узнать отношение клиента к проблеме	
2.	Если есть угроза жизни, срочно найти другое место пребывания (убежище, комнату, проживание у друзей)	
3.	Записаться на прием к участковому милиционеру	
4.	Посетить участкового милиционера	
5.	Записаться на консультацию к психологу	
6.	Посетить психолога	
7.	Выяснить причины конфликта с родственниками, партнером	



8.	При возможности побеседовать с родственниками, партнером	
9.	Организовать переезд на другое место жительства	
10.	Найти людей, которые могут быть ресурсом, заботиться	
11.	Помочь клиенту получить консультацию юриста	
12.		
13.		

**Ожидаемый результат:** угроза жизни и здоровью клиента отсутствует.

**Срок:** через 6 месяцев от начала работы по плану.

**Полученный результат:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата выполнения

## План помощи. Нереалистичное представление о ТОА.

Дата начала плана \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (дд, мм, год)

**Задача:** повысить уровень информированности о ТОА

№	Шаги	<i>Выполнено ✓</i> комментарий
1.	Провести консультацию на тему «Как действует метадон/ бупренорфин»	
2.	Провести консультацию на тему «Побочные эффекты, как справляться»	
3.	Провести консультацию на тему «Причины для исключения из ТОА»	
4.	Информировать о медицинских, социальных, юридических правилах участия в ТОА	
5.	Провести консультацию на тему «Какая помощь оказывается пациенту ТОА, как часто нужно встречаться с врачом, с психологом»	
6.	Проработать в разъяснительной беседе имеющиеся у клиента мифы	
7.	Направить клиента к психологу для психокоррекции, мотивировать на посещение психолога	
8.	Направить клиента на консультацию к врачу ТОА по поводу побочных эффектов терапии или на консультацию к	

	специалисту онлайн («позитивному наркологу»)	
9.		
10.		
11.		
12.		

**Ожидаемый результат:** реалистичный взгляд на терапию, клиент знает основную информацию о ТОА.

**Срок:** через 3 месяца от начала работы по плану.

**Полученный результат:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата выполнения

## План помощи. Отсутствие постоянной работы.

Дата начала плана \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (дд, мм, год)

**Задача:** устроиться на постоянную работу

№	Шаги	<i>Выполнено</i> ✓ комментарий
1.	Выяснить квалификацию клиента	
2.	Прояснить мотивацию	
3.	Составить универсальное резюме для различных вакансий	
4.	Стать на учет в центр занятости	
5.	Изучить вакансии и предложить не менее 10, подать резюме	
6.	При отсутствии подходящих вакансий, начать обучение в центре занятости	

7.	Сопроводить на собеседования (не менее 5)	
8.	Помочь пройти медосмотр для работы	
9.	Поддержка на этапе начала трудовой деятельности	
10.		
11.		

**Ожидаемый результат:** официальное трудоустройство и стабильный доход минимум 2 месяца подряд.

**Срок:** через 6 месяцев после начала работы по риску.

**Полученный результат:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата выполнения

## План помощи. Отсутствует стабильное жилье.

Дата начала плана \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (дд, мм, год)

**Задача:** найти жилье.

№	Шаги	<i>Выполнено ✓</i> комментарий
1.	Выяснение обстоятельств клиента: наличие документов, регистрации. В случае отсутствия, заняться восстановлением документов, сделать регистрацию	
2.	Узнать, где жил (живет) до этого: у родителей, друзей, снимал комнату, квартиру и почему его выселяют	
3.	Направить или сопроводить клиента в дом ночного проживания, если есть паспорт и регистрация	
4.	Если проблема выселения - употребление запрещенных веществ и др., заняться решением этой проблемы	
5.	Попробовать найти через знакомых пациентов ТОА спальное место или комнату	
6.	Договориться с родственниками, поручиться за клиента, оставить свои контакты	

7.	Поиск съемного жилья, общежития	
8.	Поиск работы с предоставлением жилья	
9.		
10.		
11.		
12.		

**Ожидаемый результат:** найти жилье на постоянной основе, клиент знает, как сохранять жилье или находить.

**Срок:** 3 месяца с начала работы по риску.

**Полученный результат:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата выполнения

## План помощи. Плохое материальное положение.

Дата начала плана \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (дд, мм, год)

**Задача:** найти стабильный источник дохода, достаточный для обеспечения базовых потребностей (еда, квартплата и т.п.)

№	Шаги	<i>Выполнено</i> ✓ комментарий
1.	Выяснение суммы дохода в месяц, за чей счет живет, суммы необходимых трат в месяц (выплачивает долги, алименты, кредиты, траты на лечение: медпрепараты и пр.)	
2.	Определить готовность к труду: состояние здоровья, желание работать, наличие профессии, ожидания от заработной платы	
3.	Организовать совместный поиск вакансий для трудоустройства (не менее 5), помочь пройти собеседования по подходящим вакансиям	
4.	Помочь клиенту оформить получение социального пособия	
5.	Помочь клиенту стать на учет в центр занятости	
6.	Найти легальный источник дохода (основной, дополнительный). Приобрести профессию, трудовой навык. Работать по риску отсутствия работы.	



7.	Обучить клиента, как правильно планировать бюджет. Совместно составить бюджетный план на месяц	
8.		
9.		
10.		
11.		

**Ожидаемый результат:** наличие постоянного дохода на протяжении двух месяцев.

**Срок:** 4 месяца с момента начала работы с риском.

**Полученный результат:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата выполнения

## План помощи. Предупреждения, риск недобровольного завершения ТОА.

Дата начала плана \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (дд, мм, год)

**Задача:** снизить употребление, достичь полного отказа от употребления дополнительных психоактивных веществ, снизить конфликтное и криминальное поведение

№	Шаги	<i>Выполнено ✓</i> комментарий
1.	Провести переговоры с врачом и медсестрами, попробовать договориться с персоналом (врачом) чтобы не исключали клиента хотя бы в ближайшие 6 месяцев, пока будут работать над рисками	
2.	Изучить, чем вызваны предупреждения, какие нарушения, какие причины	
3.	Определить действия для профилактики повторения ситуации	
4.	Если обнаружены запрещенные вещества в моче, узнать, когда, как часто, какие были действия персонала ТОА (см. соответствующий план)	
5.	Предупреждения связаны с конфликтными ситуациями с персоналом (см. соответствующий план)	
6.	Предупреждения связаны с противоправной (криминальной) деятельностью (см. соответствующий план)	

7.	Заклучить с клиентом договоренность на определенный срок продержаться без предупреждений	
8.	Договориться о консультации с психологом	
9.	Провести поддерживающую беседу и разъяснить последствия предупреждений	
10.		
11.		
12.		

**Ожидаемый результат:** отсутствие новых предупреждений.

**Срок:** через 6 месяцев от начала работы по плану.

**Полученный результат:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата выполнения

## Литература

В написании данного руководства активно использовались материалы различных организаций, выложенные в свободный доступ. К таким материалам относятся:

Собственные разработки и опыт БОО «Позитивное движение» в сфере оказания услуг людям, употребляющим наркотики

Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment, *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 27*, Center for Substance Abuse Treatment

Drug and Alcohol Psychosocial Interventions Professional Practice Guidelines, NSW Department of Health 2008

Кейс-менеджмент в социальной работе на местном уровне. Справочник для работников системы здравоохранения, образования и социальной защиты. Астана, 2012, Джонатан Уоткинс

Кейс-менеджмент для уязвимых к ВИЧ групп населения: подъем по ступеням сервиса. Модуль 2. Подготовка социальных работников к ведению клиентов из числа групп риска для обеспечения доступа к лечению ВИЧ-инфекции /О. Сидоренко, Е. Кульбах, Л. Шульга, А. Токарь, М. Варбан. – К.: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2013. – 92 с

The Development and Implementation of Case Management for Substance Use Disorders in North America and Europe, Wouter Vanderplasschen et al, <http://ps.psychiatryonline.org> August 2004 Vol. 55 No. 8

Drug Court Case Management: Role, Function, and Utility, Copyright © 2006, National Drug Court Institute

WHO-QOL BREEF

PHQ-9

GAD-7

А также другие материалы, находящиеся в свободном доступе.

## Благодарность

Хочу выразить глубокую признательность всем тем сотрудникам БОО «Позитивное движение», которые хоть и не были официально вовлечены в реализацию проекта и составление данного руководства, однако принимали активное участие, делясь опытом, знаниями и помогая сделать проект максимально доступным и эффективным.

Спасибо Ирине Статкевич за плодотворную работу над концепцией, за сопровождение интервенции. Многие идеи данного руководства были реализованы и сформулированы благодаря ее активному участию.

Замечания и добавления от Егора Волкова позволили сделать руководство более детальным и проработанным, а поддержка придавала сил.

Спасибо Татьяне Пикирене за чуткое руководство, умение придать целостность часто хаотичным активностям и принципиальность в работе на благо клиентов, а еще за бесценные правки в тексте.

Спасибо сотрудникам Центра социального сопровождения БОО «Позитивное движение» за то, что поделились уже наработанными материалами и опытом. Без вашего вклада создание «Карты социального сопровождения» могло оказаться для нас очень тяжелой задачей.

Мы признательны учреждениям здравоохранения за признание важности социального сопровождения, внедрение мультидисциплинарного подхода и активное взаимодействие на всех уровнях, особенно хочется отметить Гродненский областной центр «Психиатрия-наркология», готовых внедрять все передовые практики.

Отдельная благодарность активистам сообщества людей, употребляющих наркотики, за направление и помощь в понимании того, какие услуги могут быть наиболее актуальны, выявление специфических потребностей.

Данная редакция руководства стала возможно благодаря очень активной и отверженной работе консультантов (Анна Бутяновская, Елена Городецкая, Иван Крук, Наталья Борисенок) и более чем 20 равных консультантов, которые постоянно давали качественную обратную связь и предлагали множество улучшений, высказывали новые идеи и были готовы внедрять их в практику.