

СЕРІЯ КЕРІВНИЦТВ НА ОСНОВІ ДОКАЗОВИХ ДАНИХ

Застосування методів телемедицини при лікуванні серйозних психічних захворювань та розладів внаслідок вживання психоактивних речовин

Служба профілактики психічних розладів,
пов'язаних зі зловживанням психоактивними
речовинами, США (SAMHSA)

Застосування методів телемедицини при лікуванні серйозних психічних захворювань та розладів внаслідок вживання психоактивних речовин

Подяки

Цей звіт був підготований для Служби профілактики психічних розладів, пов'язаних із зловживанням психоактивними речовинами (надалі - SAMHSA), Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб США, згідно з договором № NHSS283201700001/75S20319F42002, що був укладений з SAMHSA. Донелл Джонсон виступала в якості представника замовника.

Відмова від відповідальності

Погляди, думки та зміст цієї публікації належать авторам і не обов'язково відображають погляди, думки чи політику SAMHSA. Ніщо в цьому документі не є прямим чи опосередкованим схваленням SAMHSA будь-яких продуктів, послуг або політики нефедеральної організації, і будь-які посилання на продукти, послуги або політику нефедеральної організації не слід тлумачити як такі.

Повідомлення про загальнодоступність інформації

Усі матеріали, що містяться в цій публікації, знаходяться у відкритому доступі та можуть бути відтворені або скопійовані без дозволу SAMHSA. Посилання на джерело вітається. Однак ця публікація не може бути відтворена чи розповсюджена на оплатній основі без спеціального письмового дозволу Управління комунікацій SAMHSA.

Електронний доступ

Цю публікацію можна завантажити за посиланням: <http://store.samhsa.gov>

Рекомендоване цитування

Служба профілактики психічних розладів, пов'язаних із зловживанням психоактивними речовинами, США (SAMHSA). *Застосування телемедицини при лікуванні серйозних психічних захворювань та розладів внаслідок вживання психоактивних речовин*. Публікація SAMHSA № PEP21-06-02-001. Національна лабораторія з питань політики психічного здоров'я та протидії зловживанню психоактивними речовинами (Роквіль, Меріленд). Служба профілактики психічних розладів, пов'язаних із зловживанням психоактивними речовинами, США, 2021.

Джерело публікації

Національна лабораторія з питань політики психічного здоров'я та протидії зловживанню психоактивними речовинами. Служба профілактики психічних розладів, пов'язаних із зловживанням психоактивними речовинами, США, адреса: 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857, публікація № PEP21-06-02-001.

Повідомлення про недискримінацію

SAMHSA відповідає застосовним федеральним законам про громадянські права та не дискримінує за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, віку, інвалідності чи статі.

Публікація № PEP21-06-02-001

Випущена у 2021 році

ПЕРЕДМОВА

Огляд серії керівництв на основі доказових даних

Служба профілактики психічних розладів, пов'язаних із зловживанням психоактивними речовинами, США (SAMHSA), а саме, Національна лабораторія з питань політики психічного здоров'я та протидії зловживанню психоактивними речовинами, виконуючи свій обов'язок, відповідно до Закону про лікування 21-го століття, радо поширює інформацію стосовно науково-обґрунтованих клінічних практик і моделей надання послуг, з метою запобігання зловживанню психоактивними речовинами та надання допомоги людям із розладами внаслідок вживання психоактивних речовин (надалі - РВП), серйозними психічними захворюваннями (надалі - СПЗ) і серйозними емоційними потрясіннями (надалі - СЕП) задля отримання ними необхідного лікування та підтримки.

Лікування та одужання після РВП, СПЗ та СЕП можуть відрізнятися залежно від кількох факторів, в т.ч. географічних, соціально-економічних, культурних, а також залежно від статі, раси, етнічної приналежності та віку. Це може ускладнити оцінку ефективності послуг, лікування та підтримки. Однак, попри зазначені відмінності, існують вагомі докази того, які типи ресурсів можуть допомогти зменшити вживання психоактивних речовин, послабити симптоми психічних захворювань і покращити якість життя.

Серія керівництва на основі доказових даних — це комплексний набір модулів із ресурсами, що сприяють покращенню результатів лікування у людей, які наражаються на ризик розвитку, хворіють або одужують після СПЗ та/або РВП. Серія призначена для практикуючих лікарів, керівників, лідерів громад та інших осіб, які розглядають можливість застосування інтервенцій у своїй організації чи громаді.

Пріоритетною діяльністю SAMHSA є розширення доступу до лікування СПЗ та РВП за допомогою формату телемедицини. У цьому керівництві надається огляд літератури та результатів досліджень, пов'язаних із цим питанням, розглядаються сучасні та найкращі практики, обговорюються прогалини в знаннях, а також визначаються проблеми та стратегії впровадження. Хоча в цьому керівництві йдеться про потреби людей, які страждають від СПЗ та РВП, читачі можуть широко застосовувати його ресурси та практичний досвід для лікування будь-яких психічних захворювань.

Експертні групи, що складаються з федеральних, державних та неурядових учасників, додали інформацію до кожного керівництва цієї серії. До складу таких груп увійшли досвідчені вчені, дослідники, постачальники послуг, адміністратори громад, федеральні та державні політики, а також люди з відповідним життєвим досвідом. Члени груп додавали інформацію на основі своїх знань про системи охорони здоров'я, стратегії впровадження, науково-обґрунтовані практики, надання послуг і політики, що сприяють змінам.

Дослідження демонструють, що впровадження науково-обґрунтованих практик потребує комплексного, багатостороннього підходу. Це керівництво є частиною загального підходу до впровадження та підтримки змін. Для ознайомлення з додатковими інструментами та можливостями технічної допомоги, рекомендуємо читачам відвідати веб-сайт [SAMHSA](https://www.samhsa.gov).

Зміст керівництва

Це керівництво складається з передмови та п'яти глав. Глави не залежать одна від одної та їх не потрібно читати по порядку. У кожній главі коротко та доступно надається інформація для постачальників медичних послуг, керівників системи охорони здоров'я, членів громад, політиків та інших осіб, які працюють над задоволенням потреб людей, що наражаються на ризик розвитку, хворіють або одужують після випадку СПЗ та/або РВП.

Метою цього керівництва є огляд літератури з питань ефективності формату телемедицини для лікування СПЗ та РВП, виділення практичних рекомендацій з досліджень та наведення прикладів того, як практикуючі лікарі використовують ці практики у своїх програмах.

Передмова:	Огляд серії керівництв на основі доказових даних Ознайомлення з серією керівництв.
1	Стислий опис Огляд поточного стану телемедицини, в т.ч. її потреб, переваг та проблем під час лікування СПЗ та РВП у дорослих.
2	Про що говорить дослідження Сучасні докази ефективності інтеграції формату телемедицини для лікування СПЗ та РВП у дорослих у континуумі послуг, включаючи скринінг та оцінку, лікування, медикаментозні тактики, ведення випадків, підтримку під час одужання та психологічні кризові служби.
3	Керівництво із впровадження науково-обґрунтованих практик лікування Практична інформація, яку слід враховувати на рівні окремого клієнта та постачальника послуг, міжособистісних відносин між клієнтом та постачальником, на організаційному та нормативному рівні під час вибору та впровадження формату телемедицини.
4	Приклади впровадження методів телемедицини у програмах лікування Приклади програм, які застосували формат телемедицини для лікування СПЗ та РВП у дорослих.
5	Ресурси для оцінки та покращення якості Рекомендації та ресурси для оцінки практик телемедицини, моніторингу результатів та покращення якості.

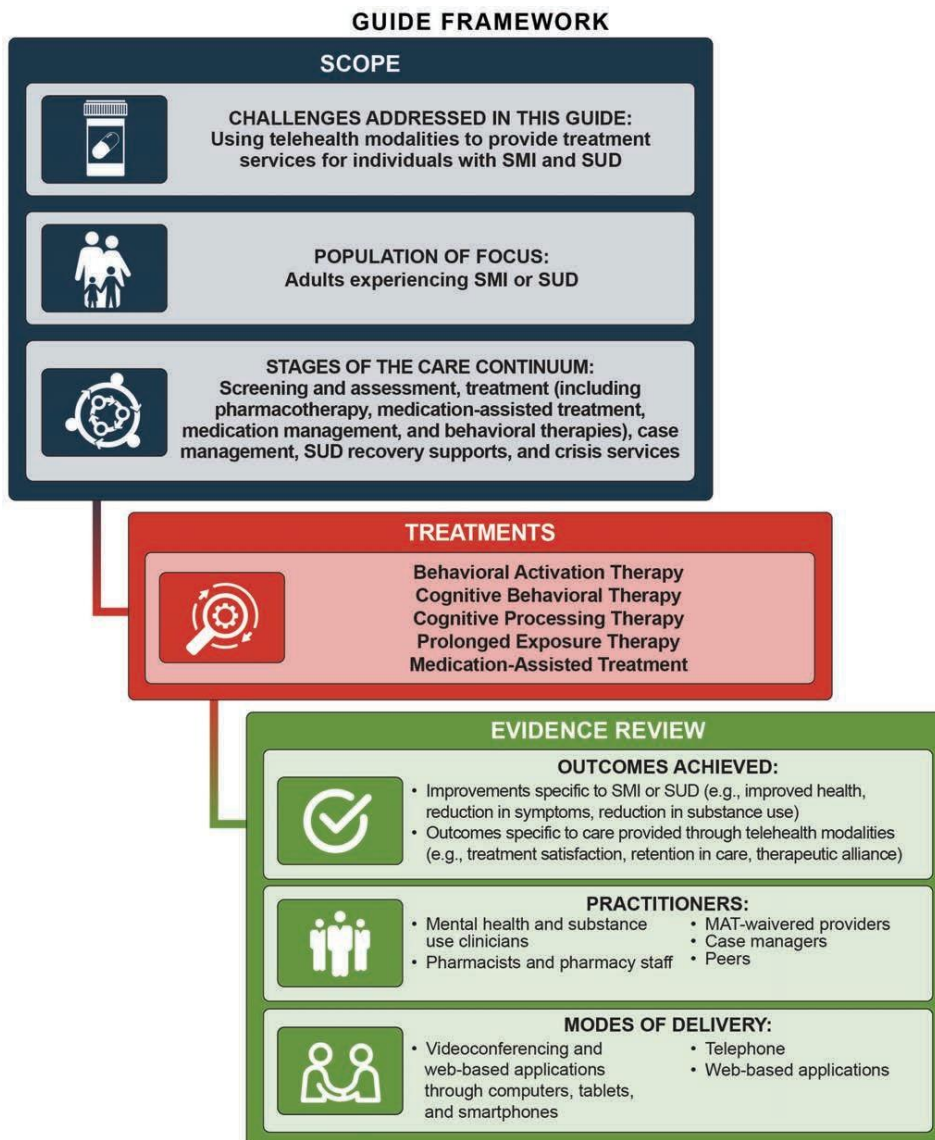
ФОКУС КЕРІВНИЦТВА

СПЗ та РВП впливають на життя мільйонів американців. Перешкодами для отримання медичної допомоги є нерівність доступу до відповідних послуг і постачальників, стигматизація в зв'язку із СПЗ або РВП, і конкуруючі пріоритети (наприклад, працевлаштування та обов'язки з догляду).

Принцип телемедицини полягає у використанні двосторонньої інтерактивної технології для надання медичної допомоги та полегшення взаємодії між клієнтом і постачальником. Формати телемедицини при СПЗ або РВП можуть бути синхронними (спілкування в режимі реального часу) або асинхронними (спілкування з відкладеною відповіддю між клієнтами та постачальниками).

Телемедицина може потенційно усунути перерви в лікуванні, що дозволяє зробити послуги з лікування більш доступними та зручними, покращити результати лікування та зменшити нерівність у медичному обслуговуванні.

Нижче наведений схематичний огляд цього керівництва. У керівництві йдеться про використання формату телемедицини для лікування СПЗ та РВП. Огляд цих методів лікування в Главі 2 керівництва включає в себе конкретні результати, типи практикуючих лікарів і способи надання послуг.



Оригінал	Переклад
Guide framework	Схематичний огляд керівництва
Scope	Область застосування
Challenges addressed in this guide: Using telehealth modalities to provide treatment services for individuals with СПЗ та РВП	Проблеми, які розглядаються в цьому керівництві: Використання формату телемедицини для надання послуг з лікування осіб із СПЗ та РВП
Population of focus: Adults experiencing СПЗ та РВП	Група населення, на яку спрямовані інтервенції: Дорослі із СПЗ та РВП
Stages of the care continuum: Screening and assessment, treatment (including pharmacotherapy, medication-assisted treatment, medication management, and behavioral therapies), cases management, РВП recovery support, and crisis services	Етапи континууму послуг з догляду: скринінг та оцінка, лікування (включаючи медикаментозне лікування, замісну підтримувальну терапію, медикаментозні тактики та поведінкову терапію), ведення випадків, підтримка під час одужання після випадку РВП та психологічні кризові служби
Treatments	Лікування
Behavioral activation therapy Cognitive behavioral therapy Cognitive processing therapy Prolonged exposure therapy Medication-assisted treatment	Терапія поведінкової активації Когнітивно-поведінкова терапія Когнітивно-процесингова терапія Терапія тривалої експозиції ЗПТ
Evidence review	Огляд доказів
Outcomes achieved: - Improvements specific to SMI or SUD (e.g., improved health, reduction in symptoms, reduction in substance use) - Outcomes specific to care provided through telehealth modalities (e.g., treatment satisfaction, retention in care, therapeutic alliance)	Досягнуті результати: - Покращення, характерні для СПЗ або РВП (наприклад, покращення стану здоров'я, послаблення симптомів, зменшення вживання ПАР) - Специфічні результати лікування, що надається у форматі телемедицини (наприклад, задоволеність лікуванням, утримання в системі лікування, терапевтичний альянс)
Practitioners: - Mental health and substance use clinicians - Pharmacists and pharmacy staff - MAT-waivered providers - Case managers - Peers	Спеціалісти-практики: - Лікарі з питань психічного здоров'я та вживання ПАР - Провізори та аптечний персонал - Постачальники, які надають послуги з ЗПТ - Соціальні куратори - Рівноправні наставники
Modes of delivery: - Videoconferencing and web-based applications through computers, tablets, and smartphones - Telephone - Web-based applications	Способи надання послуг: - Відеоконференції та веб-застосунки через комп'ютери, планшети та смартфони - Телефон - Веб-застосунки

ГЛАВА 1

Стислий опис

Телемедицина — це використання телекомунікаційних технологій та електронної інформації для надання допомоги та полегшення взаємодії між клієнтом та постачальником послуг. Існує дві форми телемедицини:

1. Двосторонній, синхронний, інтерактивний зв'язок між клієнтом та постачальником за допомогою аудіо- та відеобладнання
2. Асинхронний зв'язок між клієнтом та постачальником із використанням різних форм технології (докладніше описано в таблиці нижче)^{1,2}

Серйозне психічне захворювання (СПЗ) визначається як психічний, поведінковий або емоційний розлад у дорослих віком від 18 років, що призводить до серйозних функціональних порушень, які створюють суттєві перешкоди для однієї або більшої кількості сфер життя або обмежують їх.³

Розлад внаслідок вживання психоактивних речовин (РВП) діагностується, коли періодичне вживання алкоголю чи наркотиків викликає клінічно значущі порушення, включаючи проблеми зі здоров'ям, інвалідність і невиконання основних обов'язків на роботі, у школі чи вдома.⁴

Супутній розлад (СР) стосується одночасного вживання психоактивних речовин та розвитку психічного розладу.⁴

Телемедицина – це спосіб надання послуг, який використовується в клінічних умовах понад 60 років і емпірично вивчається трохи більше 20 років.⁵⁻⁷ Телемедицина не є інтервенцією сама по собі, це радше спосіб надання послуг, що розширює доступ до скринінгу, оцінки, лікування, підтримки під час одужання, підтримки кризових служб та медикаментозного лікування^{8,9} в різних закладах охорони психічного здоров'я та первинної медичної допомоги. Практикуючі лікарі можуть впроваджувати формат телемедицини в синхронній та асинхронній формі.

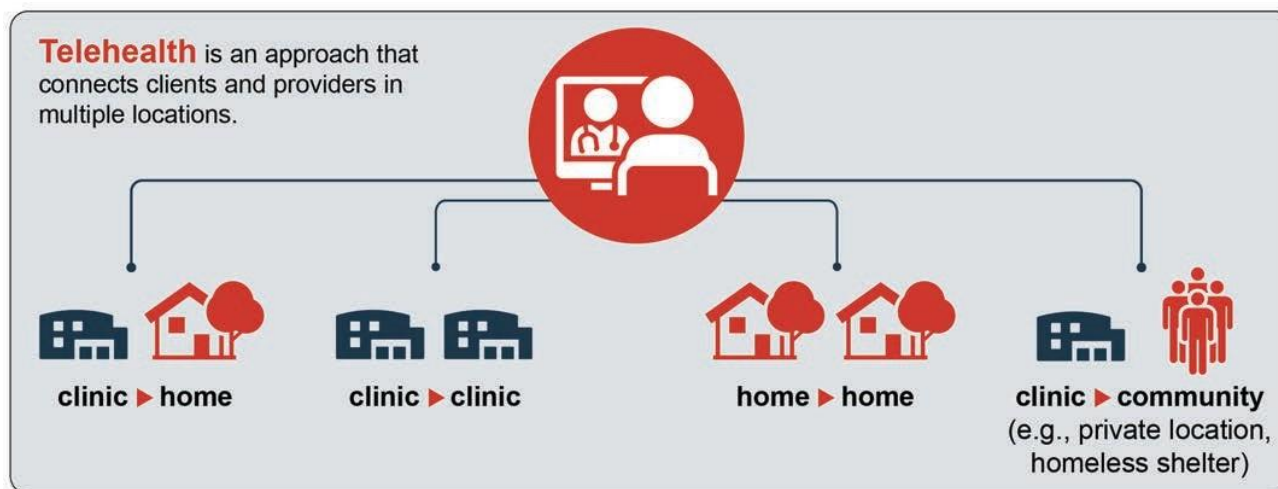
	Час	Застосування	Варіанти технологій
Синхронна	Інтерактивна взаємодія між клієнтом та постачальником послуг у реальному часі.	Проведення клінічних оцінок, постійний догляд і лікування, а також сортування клієнтів залежно від потреб у невідкладній допомозі (наприклад, для клієнтів зі схильністю до суїциду). ¹⁰	Телефон, відеодзвінки і платформи для веб-конференцій. ¹¹
Асинхронна	Обмін інформацією про стан здоров'я, яка була зібрана у певний момент часу та яку розглянули і надали відповідь клієнту пізніше, щоб спрямувати наступні кроки в рамках плану лікування та догляду клієнта і доповнити лікування в синхронній формі. ¹² Методи можуть бути інтерактивними (тобто клієнт активно надсилає інформацію постачальнику) або пасивними (тобто дані клієнта передаються до постачальників через портали, датчики або периферійні пристрої).	Проведення клінічних оцінок, симптоматична терапія, навчання клієнтів і нагадування про лікування, що доповнює синхронну взаємодію між клієнтом і постачальником послуг і інформує про оновлення планів лікування за допомогою таких методів, як: - Зберігання та пересилання (тобто клієнт завантажує та передає медичну інформацію, наприклад, про медичний анамнез, для визначення чи покращення плану лікування) - Віддалений моніторинг клієнта (тобто збір медичних даних і даних про стан здоров'я в одному місці та передача в інше) - mHealth (тобто збір інформації про стан здоров'я клієнтом і її передача постачальнику через мобільні застосунки, мобільні пристрої, смартфони, планшети або комп'ютери) - Навчання клієнтів (наприклад, проведення сесій психологічної допомоги в онлайн-форматі та використання робочих зошитів)	Веб-портали (тобто клієнтські портали), повідомлення електронної пошти, текстові повідомлення, мобільні застосунки, відстеження симптомів, датчики, периферійні пристрої, модулі навчання клієнтів або дані електронної медичної карти. ¹³⁻¹⁹

Попри використання телемедицини в галузі охорони здоров'я для широкого діапазону вікових груп і низки проблем, це керівництво зосереджується на питаннях синхронного, пацієнт-центрованого застосування телемедицини для лікування СПЗ та РВП у дорослих.²⁰

Більш того, хоча це керівництво зосереджене на потребах людей із СПЗ та РВП, читачі можуть широко застосовувати його ресурси та досвід для лікування будь-яких психічних захворювань.

Додаткова інформація

За допомогою телемедицини клієнти можуть зв'язуватися з постачальниками послуг у різних місцях, наприклад вдома, у приватному приміщенні у клініці або в іншому громадському місці. На рисунку нижче зображено приклади способів зв'язку з використанням формату телемедицини, проте існує багато способів надання та отримання допомоги, що враховують перешкоди на шляху до встановлення зв'язку та відповідають вподобанням клієнтів.



Оригінал	Переклад
Telehealth is an approach that connects clients and providers in multiple locations	Телемедицина – це підхід, який встановлює зв'язок між клієнтами і постачальниками послуг у багатьох місцях
clinic-home	клініка-дім
clinic-clinic	клініка-клініка
home-home	дім-дім
clinic-community (e.g., private location, homeless shelter)	клініка-громадське місце (наприклад, приватне приміщення, житло для безпритульних)

Різноманітні постачальники послуг (наприклад, психіатри, постачальники послуг первинної медичної допомоги, консультанти з питань психічного здоров'я, соціальні працівники, психологи, консультанти з питань залежності, соціальні куратори, постачальники послуг із ЗПТ, наставники з подібним досвідом) можуть впроваджувати методи телемедицини. Крім того, практикуючі лікарі можуть використовувати телемедицину з гібридним підходом для підвищення гнучкості. Наприклад, клієнт може здійснювати як особисті, так і дистанційні візити протягом усього процесу лікування залежно від своїх потреб і уподобань.

Методи телемедицини можна застосовувати під час надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я (наприклад, пандемій, спалахів інфекційних захворювань, лісових пожеж, повеней, торнадо, ураганів)²¹⁻²⁵ для розширення мережі постачальників (наприклад, підключення до постачальників за межами штату для збільшення спроможності системи). Вони також можуть розширити спроможність щодо надання безпосередньої допомоги клієнтам, коли особиста взаємодія віч-на-віч неможлива через географічні бар'єри або відсутність постачальників чи лікарських засобів у певній місцевості. Однак впровадження методів телемедицини не повинно здійснюватися лише в надзвичайних ситуаціях або слугувати мостом між постачальниками послуг і сільськими районами або зонами з недостатнім охопленням послугами. Телемедицина може бути інтегрована у стандартну практику організації, забезпечуючи майже безперешкодні способи зв'язку між клієнтами і постачальниками послуг для оцінки потреб у лікуванні, створення планів лікування, початку лікування та забезпечення довгострокової безперервності послуг з догляду.

СПЗ та РВП впливають на життя мільйонів американців. Однак з різних причин і попри очевидну потребу у лікуванні, велика частка людей не звертається до медичного закладу.

- Серед дорослих віком від 18 років у 2019 році 5,2 відсотка (13,1 млн осіб) мали СПЗ. З них 47,7 відсотка (6,2 млн осіб) повідомили про незадоволену потребу в отриманні психіатричної допомоги у минулому році.
- Серед людей віком від 12 років у 2019 році 7,4 відсотка (20,4 млн осіб) повідомили, що мали РВП. Серед людей віком від 12 років у 2019 році 7,8 відсотка (21,6 млн осіб) потребували лікування від наркозалежності в минулому році. З цих 21,6 млн осіб 12,2 відсотка (2,6 млн) отримували лікування від наркозалежності у спеціалізованому закладі.²⁶

Телемедицина має потенціал щодо усунення цієї прогалини у лікуванні, зробивши лікувальні послуги більш доступними та зручними, покращивши результати лікування та зменшивши нерівний доступ до медичних послуг. Клієнти, які мають СПЗ та РВП, традиційно були виключені як із лікування, що надається за допомогою телемедицини, так і з досліджень, які оцінюють ефективність телемедицини серед людей, які мають СПЗ та РВП. Однак телемедицина є інструментом, який постачальники можуть використовувати для всіх клієнтів.

Проведення відповідної та додаткової завчасної роботи, укладання угод між постачальником і клієнтом і впровадження запобіжних заходів можуть гарантувати, що клієнти, які мають СПЗ та РВП, отримають вигоду від послуг, що надаються за допомогою формату телемедицини. Постачальники можуть використовувати методи оцінки (додатково обговорюється у Главі 3) для визначення конкретних бар'єрів своїх клієнтів, які заважають їм брати участь у телемедичних прийомах (наприклад, доступ до технологій і комфортність їх використання, можливість вести приватні або конфіденційні розмови, безпека домашнього середовища), і впливати на розмови з клієнтами щодо стратегій подолання цих бар'єрів.

Запровадження та використання телемедицини як способу надання послуг збільшується в останні роки. У період з 2016 по 2019 рік використання телемедицини подвоїлося з 14 до 28 відсотків.⁹ Ця тенденція зберігалася між 2019 і 2020 роками, значною мірою через пандемію COVID-19. У період з 11 березня по 22 квітня 2020 року кількість телемедичних прийомів з питань психічного здоров'я зросла на 556 відсотків.²⁷

До пандемії COVID-19 використання формату телемедицини постійно збільшувалося. У період з 2016 по 2019 роки лікування від РВП, що пропонується за допомогою телемедицини, зросло з 13,5 до 17,4 %. Більш широке впровадження телемедицини було пов'язане з обслуговуванням населення сільської місцевості, а також з різноманітними лікувальними закладами, що пропонують медикаментозне лікування та обслуговують як дорослих, так і дітей.²⁸

Серед бенефіціарів програми Medicare у сільській місцевості зросла кількість телемедичних прийомів, включно з 425-відсотковим збільшенням психіатричних прийомів між 2010 і 2017 роками. Серед цих бенефіціарів люди із шизофренією або біполярним розладом, які живуть у сільській місцевості, частіше вдавалися до формату телемедицини для отримання психіатричного лікування, ніж люди з будь-яким іншим психічним захворюванням або люди, які проживають у містах.²⁹

Переваги телемедицини

Телемедицина підтримує принцип надання командної допомоги та взаємопов'язаного догляду. Quadruple Aim — це концептуальна основа для розуміння, вимірювання та оптимізації ефективності системи охорони здоров'я. Quadruple Aim ділить переваги телемедицини на чотири категорії:³⁰

- Покращення досвіду постачальника послуг
- Покращення досвіду клієнта
- Покращення стану здоров'я населення
- Зменшення витрат

1. Досвід постачальника послуг. Постачальники можуть покращити якість медичної допомоги, яку вони надають, і відчувати наступні переваги від впровадження методів телемедицини:

- **Забезпечення своєчасної допомоги клієнтам.** Постачальники можуть мати більшу гнучкість у плануванні прийомів завдяки використанню телемедицини. Вони можуть надавати медичну допомогу поза межами звичайного робочого часу клініки та її чотирьох стін і проводити «віртуальні прийоми». Збільшення гнучкості може допомогти клінікам ефективніше керувати випадками «неявки» та скасування прийомів клієнтами.³⁴⁻³⁷
- **Ефективна координація допомоги.** За оцінками, від 40 до 60 відсотків клієнтів з числа цивільного населення (не враховуючи військовослужбовців) із психічними розладами та розладами внаслідок вживанням ПАР, наразі лікуються в кабінетах надання первинної медичної допомоги, а не в спеціалізованих установах.³¹ Постачальники можуть використовувати методи телемедицини для проведення телеконсультацій, дистанційного нагляду та дистанційного навчання з метою координації, інтеграції та покращення послуг з догляду (наприклад, за допомогою моделі «віяла»^{11, 38-40}).
- **Зменшення дефіциту робочої сили.** Це особливо стосується сільських районів з недостатнім охопленням послугами.^{7-9, 41}

- **Здатність оцінити домашнє середовище клієнта.** Замість того, щоб покладатися на звіт клієнта про його помешкання та умови життя, телемедицина дає змогу постачальникам послуг за наявності відповідного дозволу побачити дім клієнта, ознайомитися з системами підтримки сім'ї та визначити, чи є необхідність у здійсненні особистого візиту до домівки пацієнта.⁴²
- **Здатність ділитися інформацією для проведення психологічної освіти та оцінки.** Психологічна освіта або дидактична передача інформації клієнту про терапевтичні інтервенції чи діагностику може здійснюватися за допомогою спільного використання екрану, дозволяючи лікарю-клініцисту безперешкодно показувати клієнту відео, слайд-шоу та інші візуальні матеріали. Оцінку психічного здоров'я та вживання психоактивних речовин також можна проводити таким чином, що дозволяє лікарю-клініцисту відстежувати відповіді клієнта в режимі реального часу.⁴³
- **Ефективне підключення до служб кризової психологічної підтримки.** У надзвичайних ситуаціях постачальники послуг телемедицини можуть наказати клієнтам зателефонувати до систем реагування на надзвичайні ситуації (наприклад, 911, 988), залишаючись на зв'язку з клієнтом через телефон або відео. Система Enhanced 911 (E911) автоматично надає диспетчерам екстреної допомоги дані місцезнаходження клієнта, отже, клієнт не повинен повідомляти свою адресу диспетчеру.
- **Зменшення рівня вигорання постачальника.** Вигорання постачальників послуг є поширеною проблемою в галузі охорони здоров'я, що посилюється численними факторами, включаючи дефіцит часу, динамічне середовище, сімейні обов'язки та трудомістку роботу з документацією.⁴⁴ Робота у форматі телемедицини може сприяти зменшенню стресу та вигорання постачальників послуг, забезпечуючи більш прийнятні графіки роботи, більшу гнучкість і скорочення часу на дорогу.⁴⁴⁻⁴⁶

Дефіцит робочої сили в сільській місцевості

Приблизно 80 відсотків сільських районів Сполучених Штатів класифікуються як райони з недостатнім охопленням медичним обслуговуванням і дефіцитом медичних працівників. У цих регіонах бракує лікарів, стоматологів, дипломованих медсестер та інших медичних працівників, необхідних для догляду за клієнтами впродовж життя. У цих регіонах також часто відчувається нестача постачальників послуг у сфері поведінкового здоров'я (зокрема психіатрів, психологів і терапевтів).³¹

Нестача медичних працівників в сільській місцевості непропорційно впливає на американців, які проживають в таких районах, які, як правило, старші, мають нижчий соціально-економічний статус, більше залежать від державного страхування та мають гірші результати лікування.^{32, 33}

2. Досвід клієнта. Клієнти можуть відчути багато переваг від лікування психічних розладів та розладів внаслідок вживання психоактивних речовин за допомогою телемедицини:

- **Розширений доступ до досвідчених постачальників послуг та високоякісних послуг з догляду.** За допомогою телемедицини клієнти можуть отримати доступ до досвідчених постачальників послуг, які можуть бути географічно віддалені від їхніх домівок. За допомогою формату телемедицини клієнти можуть отримати доступ до постачальників, які мають досвід роботи з їхніми конкретними захворюваннями та планами лікування, які можуть надати допомогу відповідно до їхньої культури, раси, статі, сексуальної орієнтації та життєвого досвіду.^{20, 47, 48}
- **Покращений доступ та безперервність догляду.** Телемедицина забезпечує механізм для розширення доступу до якісної медичної допомоги та зменшення витрат на проїзд для клієнтів, збільшуючи ймовірність того, що клієнти будуть регулярно контактувати зі своїм постачальником та відвідувати заплановані прийоми.^{36, 49}
- **Підвищена зручність, що усуває традиційні бар'єри для догляду, в т.ч.:**
 - **Географічні бар'єри** (наприклад, проїзд та відстань до постачальників). Телемедицина розширює можливості людей, що проживають у віддалених місцевостях, щодо отримання доступу до необхідної медичної допомоги.^{8, 9, 50-55}
 - **Психологічні бар'єри.** Клієнти, які відчувають занепокоєння через те, що залишають свої домівки, щоб отримати доступ до лікування (наприклад, клієнти, які відчувають панічний розлад або агорафобію), можуть отримати допомогу в безпечному середовищі.^{56, 57}
 - **Доступність.** Особи з фізичними вадами, вадами зору чи слуху та ізольовані клієнти (наприклад, літні люди) або ув'язнені можуть отримати доступ до необхідної медичної допомоги за допомогою

телемедицини.^{8, 58}

- **Робота.** Використання телемедицини дозволяє клієнтам отримувати медичну допомогу, не вимагаючи від них тривалої відсутності на роботі або відволікання від іншої важливої діяльності.^{37, 38}
- **Турбота про дітей та обов'язки з догляду.** Отримання послуг телемедицини вдома може допомогти зменшити тягар щодо пошуку закладів з догляду за дітьми.⁵⁹ Технології телемедицини, такі як дистанційний моніторинг, можуть звільнити сімейних доглядальників від деяких обов'язків з догляду, тим самим зменшуючи стрес і покращуючи якість життя.⁶⁰
- **Командні послуги та групові інтервенції.** Командна та скоординована допомога має вирішальне значення для високоякісного лікування клієнтів. Однак географічна відстань між постачальниками та клієнтами може обмежити спілкування. Телемедицина покращує командний догляд попри географічні бар'єри шляхом віддаленого підключення кількох постачальників до клієнта, сприяння співпраці постачальників та обміну інформацією про стан здоров'я клієнта.⁶¹ Телемедицина аналогічним чином покращує доступ до групових інтервенцій, що демонструють результати лікування, подібні до персонального лікування.⁶²
- **Зменшення стигматизації в зв'язку із СПЗ та РВП та доступ до лікування.** За допомогою телемедицини клієнти можуть розповідати про свої СПЗ та/або РВП у приватній обстановці власної домівки.⁶³ У сільських громадах, де менше постачальників послуг з поведінкового здоров'я, телемедицина з'єднує клієнтів із постачальниками в інших географічних місцях, що може підвищити рівень приватності та захистити анонімність при зверненні за допомогою.^{38, 64-66}
- **Задоволення доглядом, що не відрізняється від персонального лікування.** Попри деякі початкові вагання клієнтів щодо використання телемедицини, вони у подальшому часто повідомляють про достатню задоволеність послугами телемедицини, порівняно з персональним доглядом.⁶⁷⁻⁷⁰

Забезпечення рівності у сфері охорони здоров'я та телемедицина

Попри наявність великої кількості переваг телемедицини, занепокоєність все ще викликають питання доступу до телемедицини та її послуг, особливо для людей з низьким рівнем технологічної грамотності чи обмеженими можливостями.⁷¹⁻⁷³

- Американці віком 65 років і старше (18 % населення) найімовірніше мають хронічні захворювання, але майже половина (40–45 %) з них не мають смартфону або широкосмугового доступу до Інтернету.⁷¹
- Люди, які живуть в умовах бідності, повідомляють про нижчі показники володіння смартфонами (71 %), широкосмуговим доступом до Інтернету (59 %) і демонструють нижчий рівень цифрової грамотності (53 %), порівняно із загальним населенням.^{74, 75}
- Чорношкірі або латиноамериканці повідомляють про нижчі показники володіння комп'ютером (чорношкірі: 58 %; латиноамериканці: 57 %) або наявності широкосмугового доступу до Інтернету вдома (чорношкірі: 66 %; латиноамериканці: 61 %), ніж білі респонденти (82 і 79 %, відповідно), хоча доступ до смартфонів майже однаковий (чорні: 80 %; латиноамериканці: 79 %; білі: 82 %).⁷⁶

Через ці обмеження деякі клієнти можуть не отримати переваги, що надає телемедицина.^{77, 78}

3. Покращення стану здоров'я населення. Лікування, що надається за допомогою телемедицини, демонструє кращі результати лікування, включаючи кращу якість життя та доступ до медичних послуг. Телемедицина потенційно може покращити якість життя та стан загального психічного здоров'я людей, які страждають на СПЗ, зменшити симптоми депресії, сформувані більшу впевненість в подоланні депресії та підвищити задоволеність психічним здоров'ям і навичками подолання проблем (порівняно з виключно персональним лікуванням).^{8, 79-83} Лікування з використанням методів телемедицини призвело до зменшення споживання алкоголю, збільшення кількості відмов від тютюнопаління, а також збільшення залученості та утримання в системі лікування РВО серед людей з РВП.⁸⁴

4. Зменшення витрат. У сільських громадах, зокрема, запровадження послуг телемедицини допомагає зменшити організаційні витрати шляхом заміни оплати провайдеру послуг з поведінкового здоров'я, який працює повний робочий день на місці, на відповідну погодинну оплату.³⁶

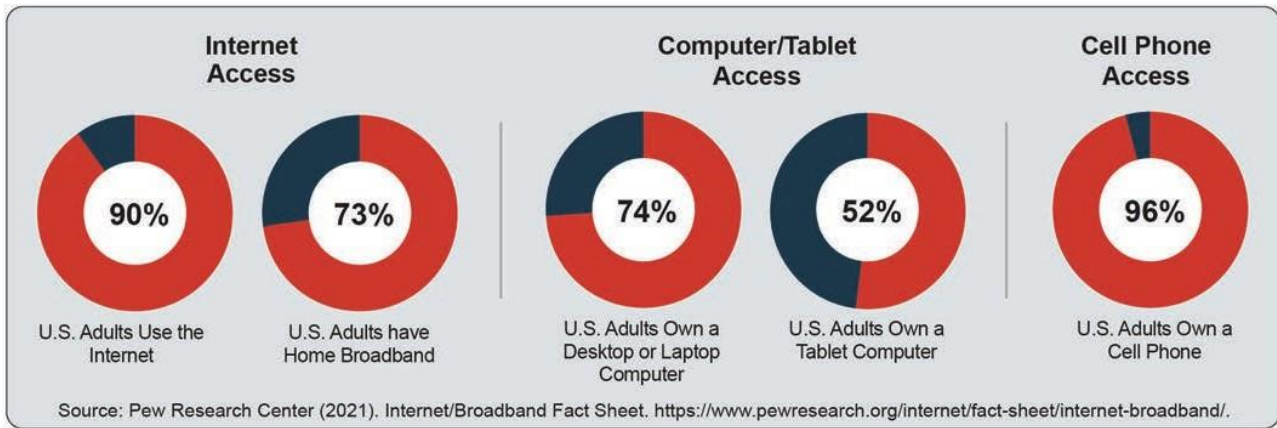
Застосування формату телемедицини

Масштаб використання телемедицини як способу надання послуг зростає, проте постачальники, клієнти та заклади охорони здоров'я все ще стикаються з проблемами стосовно її прийняття і впровадження. Наприклад, поширенню телемедицини може перешкоджати нерівний доступ до належних та необхідних технологій.

Нещодавній прогрес у технологіях і доступ до персональних комп'ютерів і мобільних телефонів призвели до швидкого зростання випадків застосування телемедицини в усіх сферах системи догляду (тобто оцінка, лікування, управління/моніторинг лікарської терапії, підтримка в одужанні). І постачальникам, і клієнтам потрібен доступ до відповідної технології, щоб скористатися перевагами синхронної або асинхронної форми телемедицини. Практикуючі лікарі можуть забезпечити синхронне лікування СПЗ та РВП за допомогою відносно низькотехнологічних засобів, включаючи телефони, смартфони, планшети та ноутбуки.^{10, 14}

Вік, зручність використання та функціональність пристроїв клієнтів можуть перешкоджати їхньому використанню (наприклад, можливість використовувати різні застосунки mHealth, відповідні плани передачі даних). Крім того, клієнти можуть спільно користуватися пристроями з членами родини чи іншими членами домогосподарства, що обмежує типи даних, які клієнт бажає зберігати або якими бажає ділитися через пристрій. Що стосується постачальників послуг, деякі клініки не забезпечені достатньою кількістю ноутбуків для всього персоналу, який працює вдома або за межами традиційного спільного офісного простору,^{73, 85-88} і у них можуть бути відсутні оновлені пристрої або системи програмного забезпечення для використання доступних програм телемедицини.

Бар'єри, пов'язані з доступом до технологій, ускладнюються проблемами, що виникають на багатьох взаємопов'язаних рівнях (додатково обговорюються у Главі 3).



Оригінал	Переклад
Internet access	Доступ до мережі Інтернет
U.S. adults use the Internet	Відсоток дорослого населення США, яке користується Інтернетом
U.S. adults have home broadband	Відсоток дорослого населення США, яке має широкосмуговий доступ до Інтернету вдома
Computer/tablet access	Доступ до комп'ютера/планшета
U.S. adults own a desktop or laptop computer	Відсоток дорослого населення США, яке має настільний комп'ютер або ноутбук
U.S. adults own a tablet computer	Відсоток дорослого населення США, яке має планшет
Cell phone access	Доступ до мобільного телефону
U.S. adults own a cell phone	Відсоток дорослого населення США, яке має мобільний телефон
Source: Pew Research Center (2021). Internet/Broadband fact sheet.	Джерело: Дослідницький центр П'ю (2021). Інформаційний бюлетень щодо доступу до Інтернету/широкосмугового доступу.

Рівень окремого клієнта та постачальника	• Покращення доступу та комфорту використання телемедицини
Рівень міжособистісних відносин між клієнтом та постачальником	• Підготовка клієнтів до використання телемедицини • Побудова терапевтичних відносин
Організаційний рівень	• Оцінка організаційних потреб • Підвищення організаційної готовності та спроможності робочої сили для участі в телемедицині • Забезпечення умов безпеки та конфіденційності
Рівень регуляторного середовища та компенсації	• Дотримання федеральних, державних і місцевих норм

Майбутнє телемедицини

Використання телемедицини суттєво зросло за останні роки та цей процес значно прискорився внаслідок пандемії COVID-19. Попри те, що сфера телемедицини постійно розвивається і з'являються нові переваги для постачальників, клієнтів, населення та зростає економічна доцільність, практики та програми, включені в Главу 2, продемонстрували ефективність у покращенні психічного здоров'я клієнтів і результатів лікування РВП у різних ситуаціях і контекстах.

Посилання

- ¹ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). *CCBHCs using telehealth or telemedicine*. <https://www.samhsa.gov/section-223/care-coordination/telehealth-telemedicine>
- ² Health Resources and Services Administration. (2021). *What is telehealth?* <https://telehealth.hhs.gov/patients/understanding-telehealth/#what-does-telehealth-mean>
- ³ National Institute of Mental Health. (2020). *Mental illness*. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml#:~:text=Two%20broad%20categories%20can%20be,the%20NIMH%20Health%20Topics%20Pages>
- ⁴ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). *Mental health and substance use disorders*. <https://www.samhsa.gov/find-help/disorders>
- ⁵ Bashshur, R. L., Shannon, G. W., Bashshur, N., & Yellowlees, P. M. (2016). The empirical evidence for telemedicine interventions in mental disorders. *Telemedicine and e-Health*, 22(2), 87-113. <https://dx.doi.org/10.1089%2Ftmj.2015.0206>
- ⁶ Lustig, T. (2012). *The role of telehealth in an evolving health care environment: Workshop summary*. National Academies Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207145/>
- ⁷ Mace, S., Boccanelli, A., & Dormond, M. (2018). The use of telehealth within behavioral health settings: Utilization, opportunities, and challenges. *University of Michigan School of Public Health, Behavioral Health Workforce Research Center*. http://www.behavioralhealthworkforce.org/wp-content/uploads/2018/05/Telehealth-Full-Paper_5.17.18-clean.pdf
- ⁸ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015). Using technology-based therapeutic tools in behavioral health services. *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 60*. <https://store.samhsa.gov/product/TIP-60-Using-Technology-Based-Therapeutic-Tools-in-Behavioral-Health-Services/SMA15-4924>
- ⁹ American Medical Association. (2019). *Telehealth implementation playbook*. *Digital Health Implementation Playbook Series*. <https://www.ama-assn.org/system/files/2020-04/ama-telehealth-implementation-playbook.pdf>
- Center for Connected Health Policy. (2020). *Live video (synchronous)*. Public Health Institute. <https://www.cchpca.org/about/about-telehealth/live-video-synchronous>
- ¹¹ Warren, J. C., & Smalley, K. B. (2020). Using telehealth to meet mental health needs during the COVID-19 crisis. *To the Point*. <https://doi.org/10.26099/qb81-6c84>
- ¹² Centers for Disease Control and Prevention. (2020, June 10). *Using telehealth services*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/telehealth.html>
- ¹³ Center for Connected Health Policy. (2013). *Telehealth & access to care*. <https://www.youtube.com/watch?v=uT9fD7J3n6I>
- ¹⁴ Rural Health Information Hub. (2020). *Telehealth application domains*. <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/telehealth/1/application-domains>
- ¹⁵ Center for Connected Health Policy. (2018). *Remote patient monitoring research catalogue*. <https://www.telehealthpolicy.us/sites/default/files/2018-09/Remote%20Patient%20Monitoring%20Research%20Catalogue%20%28Aug%202018%29.pdf>
- ¹⁶ Center for Connected Health Policy. (2020). *Remote patient monitoring (RPM)*. Public Health Institute. <https://www.cchpca.org/about/about-telehealth/remote-patient-monitoring-rpm>
- ¹⁷ Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Telehealth interventions to improve chronic disease*. <https://www.cdc.gov/dhds/pubs/telehealth.htm>
- ¹⁸ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2020). E-health technology and what it means for the alcohol field. *Alcohol Alert*. <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa88/AA88.pdf>
- ¹⁹ Center for Connected Health Policy. (2020). *Store- and-forward (asynchronous)*. Public Health Institute. <https://www.cchpca.org/about/about-telehealth/store-and-forward-asynchronous>
- ²⁰ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2016). *Rural behavioral health: Telehealth challenges and opportunities*. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma16-4989.pdf>
- ²¹ Morehouse School of Medicine. (2020). *Health information technology division*. https://www.msm.edu/Research/research_centersandinstitutes/NCPC/divisions/health-information-technology/history.php

- 22 Kim, T. J., Arrieta, M. I., Eastburn, S. L., Icenogle, M. L., Slagle, M., Nuriddin, A. H., Brantley, K. M., Foreman, R. D., & Buckner, A. V. (2013). Post-disaster gulf coast recovery using telehealth. *Telemedicine Journal and e-health: The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 19(3), 200-210. <https://doi.org/10.1089/tmj.2012.0100>
 - 23 Uscher-Pines, L., Fischer, S., Tong, I., Mehrotra, A., Malsberger, R., & Ray, K. (2018). Virtual first responders: The role of direct-to-consumer telemedicine in caring for people impacted by natural disasters. *Journal of General Internal Medicine*, 33(8), 1242-1244. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4440-8>
 - 24 RAND Corporation. (2018). *Direct-to-consumer telemedicine can deliver routine care to affected people following natural disasters*. <https://www.rand.org/news/press/2018/04/25.html>
 - 25 Vo, A. H., Brooks, G. B., Bourdeau, M., Farr, R., & Raimor, B. G. (2010). University of Texas medical branch telemedicine disaster response and recovery: Lessons learned from Hurricane Ike. *Telemedicine and e-Health*, 16(5), 627-633. <https://doi.org/10.1089/tmj.2009.0162>
 - 26 Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). *2019 national survey on drug use and health*. <https://www.samhsa.gov/data/release/2019-national-survey-drug-use-and-health-nsduh-releases>
 - 27 Connolly, S. L., Stolzmann, K. L., Heyworth, L., Weaver, K. R., Bauer, M. S., & Miller, C. J. (2021). Rapid increase in telemental health within the Department of Veterans Affairs during the COVID-19 pandemic. *Telemedicine Journal and e-health: The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 27(4), 454-458. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0233>
 - 28 Uscher-Pines, L., Cantor, J., Huskamp, H. A., Mehrotra, A., Busch, A., & Barnett, M. (2020). Adoption of telemedicine services by substance abuse treatment facilities in the U.S. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 117, 108060. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108060>
 - 29 Patel, S. Y., Huskamp, H. A., Busch, A. B., & Mehrotra, A. (2020). Telemental health and US rural-urban differences in specialty mental health use, 2010-2017. *American Journal of Public Health*, 110(9), 1308-1314. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305657>
 - 30 Feeley, D. (2017, November 28). The triple aim or the quadruple aim? Four points to help set your strategy. <http://www.ihl.org/communities/blogs/the-triple-aim-or-the-quadruple-aim-four-points-to-help-set-your-strategy>
 - 31 Brown, R. A., Marshall, G. N., Breslau, J., Farris, C., Osilla, K. C., Pincus, H. A., Ruder, T., Voorhies, P., Barnes-Proby, D., Pfrommer, K., Miyashiro, L., Yashodhara, R., & Adamson, D. (2015). *Improving access to behavioral health care for remote service members and their families*. https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR500/RR578z1/RAND_RR578z1.pdf
 - 32 Moy, E., Garcia, M. C., Bastian, B., Rossen, L. M., Ingram, D. D., Faul, M., Massetti, G. M., Thomas, C. C., Hong, Y., & Yoon, P. W. (2017). Leading causes of death in nonmetropolitan and metropolitan areas—United States, 1999–2014. *MMWR Surveillance Summaries*, 66(1), 1. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6601a1>
 - 33 Meit, M., Knudson, A., Gilbert, T., Yu, A. T.-C., Tanenbaum, E., Ormson, E., & Popat, S. (2014). The 2014 update of the rural-urban chartbook. Bethesda, MD: Rural Health Reform Policy Research Center. https://www.norc.org/PDFs/Walsh%20Center/Rural%20Health%20US%20Report_Oct2014_dtp.pdf
 - 34 Holyk, T., Pawlovich, J., Ross, C., & Hooper, A. (2017). The role of telehealth in improving continuity of care: The Carrier Sekani Family Services primary care model. *British Columbia Medical Journal*. <https://bcmj.org/articles/role-telehealth-improving-continuity-care-carrier-sekani-family-services-primary-care-model>
 - 35 Sikka, N., Willis, J., Fitall, E., Hall, K. K., & Gale, B. (2020). *Telehealth and patient safety during the COVID-19 response*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://psnet.ahrq.gov/perspective/telehealth-and-patient-safety-during-covid-19-response>
 - 36 Avey, J. P., & Hobbs, R. L. (2013). Dial in: Fostering the use of telebehavioral health services in frontier Alaska. *Psychological Services*, 10(3), 289. <https://doi.org/10.1037/a0028231>
 - 37 Kichloo, A., Albosta, M., Dettloff, K., Wani, F., El-Amir, Z., Singh, J., Aljadah, M., Chakinala, R. C., Kanugula, A. K., Solanki, S., & Chugh, S. (2020). Telemedicine, the current COVID-19 pandemic and the future: A narrative review and perspectives moving forward in the USA. *Family Medicine and Community Health*, 8(3), e000530. <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000530>
- Uscher-Pines, L., Raja, P., Mehrotra, A., & Huskamp, H. (2020). Health center implementation of telemedicine for opioid use disorders: A qualitative assessment of adopters and nonadopters. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 108037.

<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108037>

- 39 Mid-Atlantic Telehealth Resource Center. (2016). *Telehealth: The big picture*. <https://nosorh.org/wp-content/uploads/2016/11/NOSORH-Telehealth-Big-Picture-Fact-Sheet-FINAL.pdf>
- 40 Rural Health Information Hub. (2020). *Telehealth models for increasing access to specialty care*. <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/telehealth/2/care-delivery/specialty-care>
- 41 Texas A&M Telebehavioral Care. (2020). *What is telebehavioral care?* Texas A&M University. <https://health.tamu.edu/care/telebehavioral-care/about.html>
- 42 Hills, W. E., & Hills, K. T. (2019). Virtual treatments in an integrated primary care-behavioral health practice: An overview of synchronous telehealth services to address rural-urban disparities in mental health care. *Medical Science Pulse*, 13(3). <https://www.cceol.com/search/article-detail?id=811029>
- 43 Bäuml, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32(suppl_1), S1-S9. <https://doi.org/10.1093%2Fschbul%2Fsb1017>
- 44 mHealthIntelligence. (2020). Healthcare looks to telehealth to address physician burnout, stress. <https://mhealthintelligence.com/features/healthcare-looks-to-telehealth-to-address-physician-burnout-stress>
- 45 iSalus Healthcare. (2019). Physician burnout: Is telehealth the cure? <https://isalushealthcare.com/blog/physician-burnout-is-telehealth-the-cure/>
- 46 Sorenson, G. (2018). 3 ways telemedicine reduces provider burnout. *Physician's Weekly*. <https://www.physiciansweekly.com/3-ways-telemedicine-reduces-provider-burnout/>
- 47 Baca, C. T., Alverson, D. C., Manuel, J. K., & Blackwell, G. L. (2007). Telecounseling in rural areas for alcohol problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 25(4), 31-45. https://doi.org/10.1300/J020v25n04_03
- 48 Simpson, S., & Morrow, E. (2010). Using videoconferencing for conducting a therapeutic relationship. In *The use of technology in mental health: Applications, ethics and practice* (pp. 94–103). Charles C. Thomas Publisher.
- 49 Robeznieks, A. (2020). *Telehealth keeps care continuity during COVID-19—that must continue*. American Medical Association. <https://www.ama-assn.org/practice-management/digital/telehealth-keeps-care-continuity-during-covid-19-must-continue>
- 50 Health Resources and Services Administration. (2020). *Telehealth programs*. <https://www.hrsa.gov/rural-health/telehealth>
- 51 Frueh, B. C., Henderson, S., & Myrick, H. (2005). Telehealth service delivery for persons with alcoholism. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 11(7), 372-375. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16238840/>
- 52 Buzza, C., Ono, S. S., Turvey, C., Wittrock, S., Noble, M., Reddy, G., Kaboli, P. J., & Reisinger, H. S. (2011). Distance is relative: Unpacking a principal barrier in rural healthcare. *Journal of General Internal Medicine*, 26 Suppl 2(Suppl 2), 648-654. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1762-1>
- 53 Beattie, A., Shaw, A., Kaur, S., & Kessler, D. (2009). Primary-care patients' expectations and experiences of online cognitive behavioural therapy for depression: A qualitative study. *Health Expectations*, 12(1), 45-59. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2008.00531.x>
- 54 Swinton, J. J., Robinson, W. D., & Bischoff, R. J. (2009). Telehealth and rural depression: Physician and patient perspectives. *Families, Systems, & Health*, 27(2), 172. <https://doi.org/10.1037/a0016014>
- 55 McGinty, K. L., Saeed, S. A., Simmons, S. C., & Yildirim, Y. (2006). Telepsychiatry and e-mental health services: Potential for improving access to mental health care. *The Psychiatric Quarterly*, 77(4), 335-342. <https://doi.org/10.1007/s11126-006-9019-6>
- 56 Berryhill, M. B., Halli-Tierney, A., Culmer, N., Williams, N., Betancourt, A., King, M., & Ruggles, H. (2019). Videoconferencing psychological therapy and anxiety: A systematic review. *Family Practice*, 36(1), 53-63. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz072>
- 57 Bouchard, S., Allard, M., Robillard, G., Dumoulin, S., Guitard, T., Loranger, C., Green-Demers, I., Marchand, A., Renaud, P., & Cournoyer, L.-G. (2020). Videoconferencing psychotherapy for panic disorder and agoraphobia: Outcome and treatment processes from a non-randomized non-inferiority trial. *Frontiers in Psychology*, 11, 2164. <https://doi.org/10.3389%2Ffpsyg.2020.02164>

- 58 Austen, S., & McGrath, M. (2006). Telemental health technology in deaf and general mental-health services: Access and use. *American Annals of the Deaf*, 151(3), 311-317. <https://doi.org/10.1353/aad.2006.0033>
- 59 Taskforce on Telehealth Policy. (2020). *Taskforce on telehealth policy (TTP): Findings and recommendations*. National Committee for Quality Assurance. https://www.ncqa.org/wp-content/uploads/2020/09/20200914_Taskforce_on_Telehealth_Policy_Final_Report.pdf
- 60 Quinn, W. V., O'Brien, E., & Springan, G. (2018). Using telehealth to improve home-based care for older adults and family caregivers. *Insight*. <https://www.aarp.org/content/dam/aarp/ppi/2018/05/using-telehealth-to-improve-home-based-care-for-older-adults-and-family-caregivers.pdf>
- 61 Dixon, B. E., Hook, J. M., McGowan, J. J., & AHRQ National Resource Center for Health Information Technology. (2008). *Using telehealth to improve quality and safety: Findings from the AHRQ Health IT Portfolio*. Agency for Healthcare Research and Quality. https://digital.ahrq.gov/sites/default/files/docs/page/Telehealth_Issue_Paper_Final_1.pdf
- 62 Gentry, M. T., Lapid, M. I., Clark, M. M., & Rummans, T. A. (2019). Evidence for telehealth group-based treatment: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 25(6), 327-342. <https://doi.org/10.1177/1357633x18775855>
- 63 American Psychiatric Association. (2020). *What is telepsychiatry?* <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-telepsychiatry>
- 64 Rural Health Information Hub. (2020). *Telehealth models for increasing access to behavioral and mental health treatment*. <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/telehealth/2/specific-populations/behavioral-health>
- 65 DeAndrea, D. C. (2015). Testing the proclaimed affordances of online support groups in a nationally representative sample of adults seeking mental health assistance. *Journal of Health Communication*, 20(2), 147-156. <https://doi.org/10.1080/10810730.2014.914606>
- 66 Shore, P., Goranson, A., Ward, M. F., & Lu, M. W. (2014). Meeting veterans where they're @: A VA home-based telemental health (HBTMH) pilot program. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 48(1), 5-17. <https://doi.org/10.2190/pm.48.1.b>
- 67 Jenkins-Guarnieri, M. A., Pruitt, L. D., Luxton, D. D., & Johnson, K. (2015). Patient perceptions of telemental health: Systematic review of direct comparisons to in-person psychotherapeutic treatments. *Telemedicine and e-Health*, 21(8), 652-660. <https://doi.org/10.1089/tmj.2014.0165>
- 68 Brooks, E., Manson, S. M., Bair, B., Dailey, N., & Shore, J. H. (2012). The diffusion of telehealth in rural American Indian communities: A retrospective survey of key stakeholders. *Telemedicine and e-Health*, 18(1), 60-66. <https://doi.org/10.1089/tmj.2011.0076>
- 69 Mayworm, A. M., Lever, N., Gloff, N., Cox, J., Willis, K., & Hoover, S. A. (2020). School-based telepsychiatry in an urban setting: Efficiency and satisfaction with care. *Telemedicine and e-Health*, 26(4), 446-454. <https://doi.org/10.1089/tmj.2019.0038>
- 70 Morgan, R. D., Patrick, A. R., & Magaletta, P. R. (2008). Does the use of telemental health alter the treatment experience? Inmates' perceptions of telemental health versus face-to-face treatment modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 158. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.158>
- 71 Turgoose, D., Ashwick, R., & Murphy, D. (2018). Systematic review of lessons learned from delivering tele-therapy to veterans with post-traumatic stress disorder. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24(9), 575-585. <https://doi.org/10.1177/1357633X17730443>
- 72 Tuerk, P. W., Yoder, M., Ruggiero, K. J., Gros, D. F., & Acierno, R. (2010). A pilot study of prolonged exposure therapy for posttraumatic stress disorder delivered via telehealth technology. *Journal of Traumatic Stress*, 23(1), 116-123. <https://doi.org/10.1002/jts.20494>
- 73 Shelton, C. J., Kim, A., Hassan, A. M., Bhat, A., Barnello, J., & Castro, C. A. (2020). System-wide implementation of telehealth to support military veterans and their families in response to COVID-19: A paradigm shift. *Journal of Military, Veteran and Family Health*, Author's original, CO19003. <https://doi.org/10.3138/jmvfh-6.s2-CO19-0003>
- 74 Anderson, M., Perrin, A., & Jiang, J. (2019). *10% of Americans don't use the internet: Who are they.*

<https://www.pewresearch.org/fact-tank/2019/04/22/some-americans-dont-use-the-internet-who-are-they/>

- 75 Anderson, M. (2018). About a quarter of rural Americans say access to high-speed internet is a major problem. *Pew Research Center*. <https://www.benton.org/headlines/about-quarter-rural-americans-say-access-high-speed-internet-major-problem>
- 76 Perrin, A., & Turner, E. (2019). Smartphones help blacks, Hispanics bridge some – but not all – digital gaps with whites. *FactTank: News in the Numbers*. <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2019/08/20/smartphones-help-blacks-hispanics-bridge-some-but-not-all-digital-gaps-with-whites/>
- 77 Morland, L. A., Mackintosh, M.-A., Greene, C. J., Rosen, C. S., Chard, K. M., Resick, P., & Frueh, B. C. (2014). Cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder delivered to rural veterans via telemental health: A randomized noninferiority clinical trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(5), 470-476. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08842>
- 78 Choi, N. G., Hegel, M. T., Marti, C. N., Marinucci, M. L., Sirrianni, L., & Bruce, M. L. (2014). Telehealth problem-solving therapy for depressed low-income homebound older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(3), 263-271. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23567376/>
- 79 Hunkeler, E. M., Hargreaves, W. A., Fireman, B., Terdiman, J., Meresman, J. F., Porterfield, Y., Lee, J., Dea, R., Simon, G. E., Bauer, M. S., Unützer, J., & Taylor, C. B. (2012). A web-delivered care management and patient self-management program for recurrent depression: A randomized trial. *Psychiatric Services*, 63(11), 1063-1071. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.005332011>
- 80 Hilty, D. M., Ferrer, D. C., Parish, M. B., Johnston, B., Callahan, E. J., & Yellowlees, P. M. (2013). The effectiveness of telemental health: A 2013 review. *Telemedicine Journal and e-Health*, 19(6), 444-454. <https://doi.org/10.1089/tmj.2013.0075>
- 81 Totten, A. M., Womack, D. M., Eden, K. B., McDonagh, M. S., Griffin, J. C., Grusing, S., & Hersh, W. R. (2016). *Telehealth: Mapping the evidence for patient outcomes from systematic reviews*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27536752/>
- 82 Carroll, K. M., Nich, C., & Ball, S. A. (2005). Practice makes progress? Homework assignments and outcome in treatment of cocaine dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 749-755. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.749>
- 83 Carroll, K. M., Ball, S. A., Martino, S., Nich, C., Babuscio, T. A., Nuro, K. F., Gordon, M. A., Portnoy, G. A., & Rounsaville, B. J. (2008). Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy for addiction: A randomized trial of CBT4CBT. *The American Journal of Psychiatry*, 165(7), 881-888. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07111835>
- 84 Lin, L. A., Casteel, D., Shigekawa, E., Weyrich, M. S., Roby, D. H., & McMenamin, S. B. (2019). Telemedicine-delivered treatment interventions for substance use disorders: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 101, 38-49. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.03.007>
- 85 Nouri, S., Khoong, E. C., Lyles, C. R., & Karliner, L. (2020). Addressing equity in telemedicine for chronic disease management during the COVID-19 pandemic. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 1(3). <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0123>
- 86 Khoong, E. C., Rivadeneira, N. A., Hiatt, R. A., & Sarkar, U. (2020). The use of technology for communicating with clinicians or seeking health information in a multilingual urban cohort: Cross-sectional survey. *Journal of Medical Internet Research*, 22(4), e16951. <https://doi.org/10.2196/16951>
- 87 Pew Research Center. (2018). *Demographics of mobile device ownership and adoption in the United States*. <http://www.pewinternet.org/fact-sheet/mobile/>
- 88 Pew Research Center. (2019). *Demographics of internet and home broadband usage in the United States*. <http://www.pewinternet.org/fact-sheet/internet-broadband/>

ГЛАВА 2

Про що говорить дослідження

Телемедицина – це використання двосторонньої інтерактивної відео- та/або аудіотехнології для надання медичної допомоги особам із серйозними психічними захворюваннями (СПЗ) або розладами внаслідок вживання опіюїдів (РВП). Метою цієї глави є представлення доказових даних щодо конкретних методів лікування із застосуванням формату телемедицини для осіб із СПЗ, РВП та супутніми розладами (СР). Незважаючи на те, що методи телемедицини при СПЗ або РВП можуть бути синхронними (спілкування у режимі реального часу) або асинхронними (відкладене у часі спілкування між клієнтами та провайдерами медичних послуг), огляд доказових даних у цьому розділі зосереджено на наданні синхронних інтервенцій для лікування СПЗ або РВП. Окрім лікування з використанням методів телемедицини, ця глава також містить інформацію про те, як програми можуть надавати послуги телемедицини в контексті безперервного лікування осіб із СПЗ та РВП, що включає скринінг та оцінку, управління медикаментозною терапією, ведення випадків, надання підтримки в процесі одужання пацієнта та психологічні кризові служби.

Телемедицина є ефективною на всіх етапах надання допомоги при СПЗ та РВП, включаючи скринінг та оцінку, фармакотерапію, медикаментозне лікування та поведінкову терапію, ведення випадків, підтримку в процесі одужання та послуги психологічних кризових служб.

Процес визначення рейтингу та аналізу доказових даних

Цей аналіз доказових даних (детальний опис наведено в Додатку 2) розпочався з моменту детального дослідження об'єктів навколишнього середовища з метою визначення методів лікування психічних розладів і РВП, які показали свою ефективність при впровадженні з використанням методів телемедицини.

КРОК 1: Визначення методів лікування, які відповідають критеріям включення, зокрема:

- Мають стандартизований відтворюваний протокол впровадження
- Використовують синхронні методи телемедицини для лікування СПЗ або РВП
- Наразі впроваджуються на місцях

Після детального вивчення навколишнього середовища, огляду літератури та проведення консультацій з експертами, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), когнітивно-процесингова терапія (КПрТ), терапія пролонгованої експозиції (ТПЕ), терапія поведінкової активації (ПА) та замісна підтримувальна терапія (ЗПТ) відповідають критеріям включення.

КРОК 2: Визначення досліджень, які відповідають наступним критеріям включення:

- Були опубліковані у 2010 році або пізніше
- Використовують рандомізовані контрольовані дослідження або дизайн квазіекспериментального дослідження (РКД або КЕД), або є дослідженням, що ґрунтується на вибірці до тестування та вибірці після тестування, або епідеміологічним дослідженням, в рамках якого проводиться аналіз потенційних подій у разі відсутності інтервенцій.
- Описові дослідження та дослідження впровадження, мета-аналізи та систематичні огляди, що не були включені до аналізу.

КРОК 3. Аналіз сильних сторін дизайну дослідження та статистично значущих позитивних результатів, пов'язаних із лікуванням СПЗ і РВП, в рамках кожного дослідження, яке відповідає критеріям включення. Присвоєння рейтингу кожному розглянутому дослідженню.

Багато досліджень у сфері телемедицини розглядають дещо інше питання, ніж більшість оціночних досліджень. Як правило, під час аналізу ефективності конкретної терапевтичної практики оцінюють, зокрема, чи дає ця практика кращі результати, ніж контроль, який не передбачає лікування або використовує підхід, як до звичайного лікування. Однак у багатьох дослідженнях у сфері телемедицини постає питання про те, чи можна порівняти результати людей, які отримують послуги, використовуючи телемедицину, з тими, хто отримує терапію особисто? З огляду на те, що телемедицина зазвичай дешевша та доступніша, питання, яке розглядається в цих дослідженнях, стосується «відсутності її неповноцінності». Тобто чи терапія, заснована на доказах, яка проводиться з використанням методів телемедицини дає подібні (і не гірші) результати порівняно з терапією, заснованою на доказах, яка проводиться особисто?

КРОК 4: Присвоєння доказового рейтингу кожному методу лікування на основі кількості досліджень, які демонструють сильний або помірний причинно-наслідковий вплив на психічне здоров'я та результати вживання психоактивних речовин.

Див. Методи аналізу доказів і Додаток 2 для отримання додаткової інформації стосовно процесу вибору та оцінювання лікування.

Нижче наведено докази використання телемедицини в континуумі послуг з догляду при СПЗ та РВП з детальними результатами аналізу доказів (тобто рейтингами рівня каузальних доказів), які були включені для ЗПТ та поведінкової терапії.

Використовуючи підхід, визначений в методах аналізу доказів (зазначені вище), інтервенції, які було проаналізовано з точки зору рівня доказів, були включені в якості ілюстративних прикладів застосування телемедицини для лікування людей із СПЗ та РВП. Не слід робити висновок, що це -- єдині методи лікування, які можуть бути впроваджені із застосуванням телемедицини для осіб, які страждають на СПЗ та РВП. При впровадженні з використанням тих самих основних кроків і компонентів, що й у оригінальній моделі (тобто при слідуванні моделі), синхронні сеанси телемедицини можна прирівняти по ефективності до послуг віч-на-віч.

РІВНІ ДОКАЗОВИХ ДАНИХ

Сильний доказ

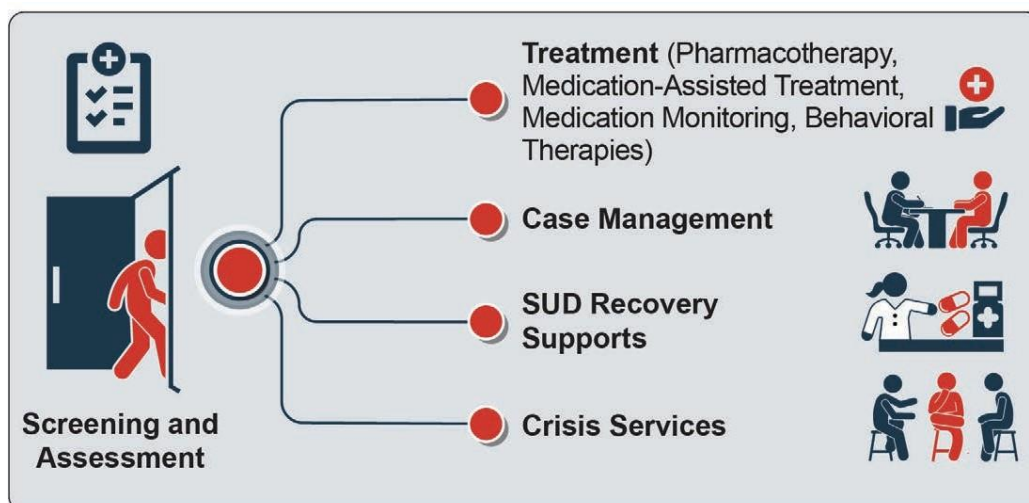
Причинно-наслідковий (каузальний) вплив, продемонстрований як мінімум **двома** рандомізованими контрольованими дослідженнями, квазі-експериментальними дизайнами або епідеміологічними дослідженнями з високим або помірним рівнем доказовості.

Помірний доказ

Причинно-наслідковий вплив, продемонстрований принаймні **одним** рандомізованим контрольованим дослідженням, квазі-експериментальним дизайном або епідеміологічним дослідженням з високим або помірним рівнем доказовості.

Новий доказ

Жодне дослідження не отримало високий або помірний рівень доказів. Можливо, практика була оцінена з допомогою менш ретельно проведених досліджень (наприклад, дизайни до та після проведення дослідження), які демонструють зв'язок між практикою та позитивними результатами, проте необхідні додаткові дослідження для встановлення причинно-наслідкового впливу.



Screening and assessment	Скринінг та оцінка
Treatment (Pharmacotherapy, Medication-Assisted Treatment, Medication Monitoring, Behavioral Therapies)	Лікування (фармакотерапія, замісна підтримувальна терапія, моніторинг прийому лікарських препаратів, поведінкові терапії)
Case Management	Ведення випадку
SUD Recovery support	Підтримка відновлення стану здоров'я при РВП
Crisis Services	Психологічні кризові служби

Скринінг та оцінка

Скринінг і оцінка пацієнтів з СПЗ та РВП є першими кроками до результативного лікування та можуть бути ефективно проведені з використанням синхронних та асинхронних методів телемедицини.

- **СПЗ:** Синхронним скринінгам та оцінкам психічних розладів, які проводяться з допомогою методів відеоконференцій, притаманні така сама надійність і точність, що й під час персонального скринінгу та оцінки. Асинхронні інструменти, які заповнюються клієнтом, а потім аналізуються та обговорюються з провайдером медичних послуг, можуть розширити доступ до скринінгу та оцінки за відсутності лікаря-клініциста.¹
- **РВП:** Провайдери медичних послуг можуть керувати скринінговими інструментами для оцінки ризиків РВП, використовуючи телемедицину.² Попередні дані свідчать про те, що комп'ютерні інструменти оцінки РВП можуть підвищити як залучення до процесу скринінгу, так і точність відповіді.³ Однак підтвердження випадку та діагностика РВП з використанням телемедицини мають обмежений доказовий рівень. Значною мірою це пов'язано із Законом Райана Хейта про захист прав споживачів Інтернет-аптек від 2008 року, який до початку пандемії COVID-19 вимагав проведення персональної оцінки стану людини перед наданням замісної підтримувальної терапії (ЗПТ).⁴

Методики телемедицини можна використовувати для зв'язку між клієнтами, групами із догляду та системами підтримки під час створення та впровадження індивідуального плану догляду шляхом:

1. Збільшення кількості спеціалістів (з точки зору клінічної спеціальності та географічного розташування), до яких можна звернутися з приводу діагностики, оцінки та лікування
2. Залучення до різних компонентів лікування^{5, 6} адміністративного персоналу (через портали пацієнтів), лікарів-клініцистів і провайдерів медичних послуг (через електронні медичні картки пацієнтів та

консультації, використовуючи відеоконференції) та мереж підтримки, таких як друзі та родина (через відеоконференції та соціальні мережі)

Після встановлення діагнозу клієнти та провайдери медичних послуг можуть разом визначити належність застосування різних методів телемедицини та з'ясувати, в яких випадках телемедицина, особистий прийом або комбінований підхід найкраще відповідатимуть цілям лікування клієнта. Доцільність телемедицини може залежати від кількох чинників, зокрема:

- Характер і складність інтервенції та стан клієнта
- Комфорт пацієнта щодо використання технологій та проведення зустрічі у форматі телемедицини
- Простота і уподобання щодо отримання доступу до приватних послуг чи використання технологій

Розробка та оновлення плану надання допомоги є спільним і повторюваним процесом між клієнтом і провайдером медичних послуг, який передбачає обговорення фактору комфортності клієнтів, їхніх уподобань і цілей (детальніше обговорюється у Главі 3).

Лікування серйозних психічних розладів (СПЗ) і розладів внаслідок вживання психотропних речовин (РВП)

Медикаментозне лікування (фармакотерапія), замісна підтримувальна терапія (ЗПТ) та медикаментозна тактика

Фармакотерапія може бути реалізована шляхом застосування методу синхронної телемедицини для випадків СПЗ. Призначення та моніторинг прийому лікарських препаратів із допомогою телемедицини може призвести до скорочення тривалості госпіталізації та зменшення симптоматики, а також покращення прихильності до лікування.^{7,8} Існують також обмеження щодо призначення та моніторингу лікарських препаратів, які слід враховувати, наприклад, оцінка розладів рухової активності організму та можливість перевірити м'язовий тонус (наприклад, щоб оцінити ригідність, як побічну дію лікарського засобу).

Під час **замісної підтримувальної терапії (ЗПТ)** використовують фармакологічні препарати в поєднанні з наданням консультацій та проведенням поведінкової терапії для лікування діагностованого РВП.⁹ ЗПТ передбачає численні компоненти, адаптовані для задоволення індивідуальних потреб клієнтів,¹⁰ в тому числі початок прийому ліків, контроль за дотриманням режиму лікування та надання доступу до консультацій та психосоціальної підтримки.¹¹ ЗПТ включає схвалені Управлінням США з контролю якості харчових продуктів і лікарських засобів (FDA) методи лікування розладів внаслідок вживання опіоїдів (із застосуванням метадону, бупренорфіну та налтрексону),¹²⁻¹⁴ та розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю (із застосуванням налтрексону, дисульфіраму та акампрозату).^{15,16} Наразі відсутні лікарські засоби для лікування розладів, пов'язаних із вживанням стимуляторів або марихуани, схвалених Управлінням США з контролю якості харчових продуктів і лікарських засобів.¹⁷

ЗПТ регулюється Управлінням боротьби з наркотиками (DEA). До початку пандемії COVID-19 практикуючі лікарі не могли надавати певні компоненти терапії через канали телемедицини.^{18, 19} Внаслідок тимчасових змін у зв'язку з пандемією COVID-19, які можливо, стануть або не стануть постійними, існує кілька моделей використання гібридного підходу, що поєднує персональну допомогу клієнту та послуги телемедицини для надання ЗПТ.²⁰ Наприклад, лікар може здійснити первинне оцінювання пацієнта та призначити ліки через відеоконференцію, тоді як місцеві лікарі-клініцисти надають консультації та здійснюють спостереження особисто; або лікар може призначити ліки та контролювати їхній прийом під час особистих візитів клієнта, який потім отримує консультацію через систему телемедицини.²¹

У результаті зміни нормативних актів доказові дані щодо надання ЗПТ виключно шляхом застосування методів телемедицини є обмеженими. Дослідження, включені до аналізу (представлено нижче), вивчали численні компоненти ЗПТ, деякі з яких надаються шляхом використання методів телемедицини, а інші – з допомогою гібридного підходу (підхід, який поєднує надання допомоги особисто та через систему телемедицини).

Замісна підтримувальна терапія з використанням гібридного підходу, який включає прийом у форматі телемедицини та очний прийом

Сильний доказ

Результат для здоров'я клієнта	Зменшення частоти позитивних результатів аналізу сечі на наркотики протягом дослідження²² та відсутність істотної різниці між позитивними результатами аналізу сечі в групі, яка отримує лікування особисто та в групі, яка отримує послуги через систему телемедицини^{22, 23}
Результати лікування через систему телемедицини	У порівнянні з особистим лікуванням: - Немає істотної різниці в показниках утримання на лікуванні²² та показниках відвідування консультацій²³ - Відсутність істотної різниці та спостерігається високий рівень задоволеності клієнтів²³ - Немає суттєвої різниці в оцінці ефективності надання послуг в рамках відносин між клієнтом і провайдером медичних послуг²³
Групи населення, які отримують користь від лікування	- Люди, які страждають від розладів внаслідок вживання опіоїдів^{22, 23} - Вагітні жінки, які страждають від розладів внаслідок вживання опіоїдів²²
Провайдери, які можуть запропонувати інтервенційні послуги	Низка провайдерів медичних послуг можуть впроваджувати заходи з надання ЗПТ залежно як від конкретної діяльності, яку вони реалізують, так і від місцезнаходження медичного працівника, який має право призначати рецептурні препарати, програми лікування, а також типу пропонованих лікарських препаратів. До складу групи з надання допомоги можуть входити: - Медичні працівники, які отримали дозвіл на проведення ЗПТ з використанням бупренорфіну,²⁴ та дозвіл в рамках програми лікування опіоїдами²⁵ - Соціальні працівники, консультанти з реабілітації, консультанти з питань залежності, аутич-працівники та медсестри - Фармацевти²⁶
Технології, що використовуються	Відеоконференції та веб-додатки^{22, 27}
Інтенсивність, тривалість і частота лікування	- ЗПТ призначена для задоволення клінічних потреб клієнтів, тому не існує протокової моделі щодо інтенсивності та тривалості програми - Клієнти можуть відрізнятися за типами надання підтримки, яку вони потребують, а отже ці потреби можуть змінюватися в процесі лікування та одужання¹¹ - ЗПТ починається з ініціації лікування, після чого проводять щотижневі аналізи на наявність наркотиків у сечі, здійснюють моніторинг прийому ліків і консультаційні сеанси, частота яких зменшується до щомісячних залежно від відповіді на лікування^{22, 23} - Лікарські препарати часто вводять поступово, і провайдери медичних послуг працюють з клієнтами з метою приведення у відповідність²⁸ дози препарату між етапом початку терапії та етапом стабілізації стану пацієнта

Досвід, отриманий в процесі переходу від надання допомоги під час приватних візитів до надання послуг через систему телемедицини	• Телемедицина може бути використана з метою інтеграції медичної допомоги та розширення охоплення спеціалізованих провайдерів медичних послуг з тим, щоб зробити ЗПТ доступною для груп населення, недостатньо охоплених послугами²² • Хоча деякі клієнти стикнулися з технічними проблемами, більшість із них насолоджувалися зручністю надання послуг через систему телемедицини²³ • Надання ЗПТ через систему телемедицини обмежується нормативними обмеженнями, тому практикуючі лікарі повинні ознайомитися з державними та федеральними законами про призначення рецептурних препаратів, перш ніж ініціювати програми ЗПТ із застосуванням телемедицини.²⁹
Чотири дослідження відповідали критеріям аналізу (одне РКД, два КЕД та одне з однократною вибіркою до та після дослідження), у результаті чого було присвоєно рейтинг «Сильний рівень каузальних доказів»	

Медикаментозне лікування з використанням формату телемедицини варіюється від розсилки автоматичних неспецифічних текстових повідомлень до надання консультацій з питань дотримання режиму лікування по телефону.^{7,30} Нижче наведено приклади методів телемедицини для здійснення медикаментозного лікування:

- Інтервенції з використанням **текстових повідомлень**, призначених для нагадування клієнтам про необхідність прийому ліків, виявилися ефективними для людей, які страждають на СПЗ, навіть коли повідомлення не були розроблені з урахуванням потреб клієнта або особливостей дозування, часу або призначених ліків.^{31, 32}
- **Смарт-контейнери для таблеток** нагадують клієнтам про необхідність прийняти ліки, попереджують про прийом неправильних ліків, а також пов'язані з програмами, з допомогою яких клієнт може повідомляти провайдерам медичних послуг про побічні реакції. Використання смарт-контейнерів для таблеток у поєднанні з наданням підтримки по телефону показало статистично значуще покращення показників прихильності пацієнтів до лікування.³³
- **Додатки mHealth (мобільні медичні додатки)** використовувалися в поєднанні зі смарт-контейнерами для таблеток, пристроями для дозування вдома або іншими системами для дозування ліків. Ці додатки нагадують клієнтам про необхідність приймати ліки та передають їхнім провайдерам медичних послуг інформацію про використання ліків через клієнтський портал.³⁴
- **Метод підтримки лікування по телефону** з боку спеціалістів, які ведуть випадок, медсестер або інших медичних працівників пропонує клієнтам інформацію про призначені препарати для лікування СПЗ та РВП та підтримку в дотриманні режиму лікування. Ці підходи продемонстрували статистично значущі покращення показників прихильності клієнтів до лікування.³⁵⁻³⁷

Моніторинг прийому ліків, в тому числі підтримка у розвитку прихильності до призначеного лікування, а також запобігання вживанню безрецептурних або заборонених психотропних речовин, які можуть спровокувати небезпечну взаємодію препаратів, є важливим компонентом ЗПТ. Клініки або інші агенції, які не мають місцевого провайдера медичних послуг з надання ЗПТ, який пройшов підготовку, використовували телемедицину для забезпечення зв'язку між клієнтами та віддаленим провайдером послуг ЗПТ. Місцева клініка та агенція можуть забезпечити моніторинг прийому ліків на місці і токсикологічний скринінг сечі, при цьому передбачивши приміщення для зустрічі клієнта з провайдером ЗПТ за допомогою технологій телемедицини.²⁵ У рамках деяких моделей лікування здійснюють моніторингові візити з використанням системи телемедицини, але клієнт зобов'язаний особисто з'являтися для проведення регулярного токсикологічного скринінгу сечі.^{20, 23, 38}

Поведінкова терапія

Практикуючі лікарі можуть застосовувати психотерапію³⁹ та поведінкову терапію шляхом впровадження синхронних методів телемедицини з одночасним дотриманням клінічних специфікацій і досягненням клінічних покращень, подібних до результатів лікування під час особистих прийомів.⁴⁰

Представлений аналіз доказів визначив чотири інтервенції, які відповідали критеріям аналізу доказів (описано вище та в Додатку 2) і покращив результати лікування людей, які страждають на СПЗ, включаючи терапію поведінкової активації (ПА), когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), когнітивно-процесингову терапію (КПрТ), та терапію пролонгованої експозиції (ПЕ). Кожен вид поведінкової терапії описано нижче, в тому числі відповідні результати, пов'язані зі станом здоров'я, групи населення, які можуть отримати користь, та інша важлива інформація для впровадження цих методів терапії з використанням телемедицини.

Терапія поведінкової активації (ПА) з використанням формату телемедицини

Сильний доказ

Поведінкова активація (ПА) є компонентом лікування, який ґрунтується на зміні поведінки для зміни настрою. Це включає визначення, планування та завершення активностей щодо посилення позитивної поведінки.^{41,42} <i>Поведінкова активація і терапевтична експозиція (ПА-ТЕ)</i> — це інтегроване, доказове лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і генералізованого депресивного розладу (MDD). ПА-ТЕ поєднує поведінкову активацію з експозиційною терапією. Це включає щотижневі активності з ПА разом із ситуаційним впливом стимулів, яких уникали клієнти, та уявним впливом минулих травматичних подій.^{42, 43}	
Результати для здоров'я клієнта	- Зменшення рівня депресії⁴¹ та основних симптомів депресії^{42, 43} - Зменшення симптомів ПТСР^{42, 43} - Зменшення рівня тривоги⁴²
Результати лікування, пов'язані з телемедициною	Порівнюючи з лікуванням клієнта під час особистого прийому: - Спостерігається скорочення витрат Департаменту США у справах ветеранів на медичні послуги через один рік після інтервенції з використанням телемедицини⁴⁴ - Подібні показники зниження симптомів ПТСР (наприклад, тривожні спогади/думки про військовий досвід, уникнення зовнішніх подразників, нічні жахи і повторні переживання)^{43, 45}
Групи населення, які отримують користь від лікування	Люди, які страждають на генералізований депресивний розлад, в тому числі: - Ветерани старшого віку (58+)⁴¹ - Ветерани, які проживають в сільській місцевості⁴¹ - Темношкірі ветерани/ветерани афроамериканці⁴¹ - Ветерани-чоловіки⁴¹ Люди, які страждають на ПТСР, в тому числі: - Чоловіки та жінки-ветерани операції «Незламна свобода»/«Іракська свобода»,⁴³ а також ветерани війни у В'єтнамі, війни в Перській Затоці та операції «Нова зоря»⁴³
Провайдери медичних послуг, які можуть запропонувати інтервенційні послуги	- Лікарі-клініцисти рівня магістра з досвідом роботи понад п'ять років, які беруть участь у дводенному тренінгу та проходять щотижневу супервізію протягом дослідження⁴¹ - Консультанти рівня магістра, які пройшли восьмигодинний семінар та пройшли стажування під наглядом лікаря-клініциста старшого рівня, який здійснював лікування⁴³ - Терапевти у сфері психічного здоров'я, які пройшли тижневий тренінг, пройшли стажування під наглядом лікаря-клініциста старшого рівня, а також отримали щотижневу супервізію⁴²
Технологія, яка використовується	- Технологія відеоконференції в домашніх умовах, налаштована через аналоговий телефон⁴¹ - Комп'ютер, планшет або смартфон із зашифрованим програмним забезпеченням для відеоконференцій, аналогічного до Skype або FaceTime^{42, 43} - Програма для зв'язку через відеоконференцію на базі стаціонарного телефону, яка функціонує як звичайний сенсорний телефон, але включає налаштований поруч відео-екран^{42, 43}

Інтенсивність, тривалість і частота терапії	Вісім щотижневих занять по 60-90 хвилин^{42, 43}
Досвід, отриманий в процесі переходу від надання особистої допомоги до надання послуг через систему телемедицини	- Терапія через систему телемедицини була ефективною, навіть незважаючи на те, що технологія зв'язку через відеоконференцію в домашніх умовах, яка використовувалася в дослідженнях, виявилася дещо застарілою; дослідники вважають, що нові технології можуть лише покращити комунікацію між клієнтами та провайдерами медичних послуг, таким чином спрощуючи впровадження телемедицини в майбутньому⁴¹ - Телемедицина у домашніх умовах має потенційні переваги над моделями у вигляді «віяла» (коли клієнту надається лікування у офісі провайдером медичних послуг з іншого офісу) для подолання бар'єрів лікування, включно з вартістю, стигматизацією та транспортною логістикою.⁴⁶
Чотири дослідження відповідали критеріям проведення аналізу (три - РКД і одне - із разовою вибіркою до та після дослідження), в результаті чого було присвоєно рейтинг «Сильний рівень доказових даних».	

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) з використанням формату телемедицини

Сильний доказ

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) — це психотерапія, орієнтована на досягнення цілі, спрямована на зміну моделей мислення, переконань і поведінки людини. Програми КПТ використовують різноманітні когнітивні та поведінкові техніки в групових та індивідуальних умовах, залишаючись при цьому структурованими та обмеженими за часом.⁴⁶ Завдяки когнітивній реструктуризації, КПТ можна використовувати, щоб допомогти клієнтам здійснити переоцінку моделей негативного мислення, які включають надмірне узагальнення або перебільшення негативних результатів.^{47, 48} Техніки КПТ можна використовувати, щоб допомогти клієнтам упоратися з травмуючим досвідом і розвинути ефективніші моделі мислення та реалістичні погляди на травму.⁴⁷	
Результати для здоров'я клієнта	- Зменшення тяжкості симптомів депресії^{49, 50} - Зменшення симптомів ПТСР⁵¹ - Зменшення симптомів депресії та загальної тривоги, про які повідомляють самі клієнти⁵¹
Результати лікування, пов'язані з телемедициною	У порівнянні з наданням розширеної стандартної допомоги (визначається як розмова з лікарями первинної медико-санітарної допомоги): - Послуги телемедицини мають вищий рівень задоволеності клієнтів^{50, 51} - Немає істотної різниці у робочих взаємовідносинах між провайдером медичних послуг і клієнтом⁵¹ У порівнянні з лікуванням під час особистого прийому: - Телемедицина має вищий рівень завершення курсу лікування⁴⁹
Групи населення, які отримують користь від лікування	Люди, які страждають на генералізований депресивний розлад, в тому числі: - Клієнти первинного рівня медико-санітарної допомоги⁴⁹ - Клієнти, які проживають у сільській місцевості, клієнти латиноамериканського походження⁵⁰ - Люди, які страждають на ПТСР, в тому числі: - Студентки коледжу, які пережили зґвалтування⁵¹
Провайдери медичних послуг, які можуть запропонувати інтервенційні послуги	- Терапевти з докторським ступенем^{49, 51} - Студенти, які здобувають ступінь магістра в галузі соціальної роботи⁵⁰ - Соціальні працівники рівня магістра⁵⁰ - Ліцензовані соціальні працівники⁵⁰
Технології, що використовуються	- Комунікація по телефону^{49, 50} - Використання комп'ютерної онлайн-програми за сприяння терапевта⁵¹
Інтенсивність, тривалість і частота терапії	- Учасникам було запропоновано від 8 до 18 сеансів КПТ; сеанси терапії (пропонувалися як англійською, так і іспанською мовами) були розраховані на 45-50 хвилин^{49,50} - Завдяки онлайн-програмі когнітивно-поведінкової терапії за підтримки терапевта клієнти пройшли дев'ять модулів протягом 14-тижневого курсу⁵¹
Досвід, отриманий в процесі переходу від надання особистої	- Відсутність телефонів не була суттєвою перешкодою для участі⁵⁰ - Надання КПТ з урахуванням культурних особливостей з використанням телефону має потенціал для розширення доступу до медичної допомоги

допомоги до надання послуг через систему телемедицини	для чоловіків і жінок латиноамериканського походження, які проживають у сільській місцевості⁵⁰ • Послуги телемедицини розвинули міцні робочі взаємовідносини між провайдерами медичних послуг і клієнтами, незважаючи на переважно асинхронний характер спілкування⁵¹ • Є необхідність здійснення подальших досліджень, щоб оцінити ефективність подібних онлайн-програм, які проводять терапевти для різних груп населення та в різних установах, які надають практичну допомогу⁵¹
Чотири дослідження відповідали критеріям проведення аналізу (чотири РКД), в результаті чого було присвоєно рейтинг «Сильний рівень доказових даних».	

Когнітивно-процесингова терапія з використанням формату телемедицини *

Сильний доказ

КПрТ — це когнітивна терапія, сфокусована на травмі, спрямована на зменшення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР).⁵² Встановлено, що метод КПрТ є ефективним в контексті зменшення симптомів посттравматичного стресового розладу, який розвинувся в результаті пережитих травматичних подій, таких як жорстоке поводження з дітьми, сексуальне насильство та стресові чинники, пов'язані з військовими діями.⁵³⁻⁵⁵ КПрТ складається з чотирьох основних компонентів: 1) Освіта; 2) Процесинг/психологічна обробка; 3) Боротьба з думками про травму для переформатування моделей мислення; 4) Зосередження уваги на пов'язаних із травмою темах безпеки, довіри, влади та контролю, поваги та близькості.⁵⁵⁻⁵⁷	
Результати для здоров'я клієнта	• Значне або еквівалентне зменшення рівня тяжкості симптомів ПТСР^{55, 58-60} • Зменшення симптомів депресії^{59, 60}
Результати лікування, пов'язані з телемедициною	У порівнянні з лікуванням під час особистого прийому: • Телемедицина має розширений доступ до медичної допомоги для сільського населення з недостатнім рівнем обслуговування⁵⁸ • Немає суттєвої різниці в рівні прихильності клієнта до лікування (виконання домашнього завдання) та утриманні на лікуванні^{55, 58} • Немає істотної різниці в рівні задоволеності клієнтів^{55, 58} • Відсутність істотної різниці у взаємовідносинах між провайдером медичних послуг і клієнтом^{55, 58, 60}
Групи населення, які отримують користь від лікування	Люди, які страждають на ПТСР, зокрема: • Ветерани^{55, 59, 60} • Жінки з числа цивільного населення⁵⁵ • Чоловіки-ветерани бойових дій, які проживають у сільській місцевості⁵⁸
Провайдери медичних послуг, які можуть запропонувати інтервенційні послуги	• Ліцензовані психологи⁵⁹ • Психологи з докторським ступенем^{58, 60} • Ліцензовані соціальні працівники⁵⁹ • Соціальні працівники зі ступенем магістра та доктора^{58, 60} • Сімейні лікарі⁵⁹ Хоча офіційне навчання методам КПрТ не є обов'язковим для практикуючих спеціалістів, ресурси є в наявності, включно з посібником із реалізації програми та сертифікованими тренінгами⁵²
Технології, що використовуються	• Зв'язок через відеоконференцію^{55, 58-60}
Інтенсивність, тривалість і частота терапії	• Учасники отримали послуги з КПрТ протягом 12 сеансів, які проводилися один або два рази на тиждень тривалістю приблизно від 50 до 90 хвилин кожен^{55, 58-60}
Досвід, отриманий в процесі переходу від надання особистої допомоги до надання послуг через систему телемедицини	• Відеоконференція є форматом, з яким знайомі багато користувачів⁵⁹ • Учасники стикалися з незначними перебоями під час використання зв'язку через відеоконференцію (наприклад, жоден сеанс не було скасовано через технологічні труднощі)⁵⁸ • Технологія використання менших екранів може погіршити взаєморозуміння та комунікацію⁵⁹

Чотири дослідження відповідали критеріям проведення аналізу (чотири РКД), в результаті чого було присвоєно рейтинг «Сильний рівень доказових даних».

* Спочатку первинну версію КПрТ застосовували з письмовим звітом про травму, а когнітивну - лише із застосуванням КПрТ без письмового звіту про травму. Дослідження, під час яких порівнювали дієвість двох версій, виявили однакову ефективність обох версій, і, що особливо важливо - лише когнітивна версія призвела до зниження відсотка клієнтів, які припинили лікування. У результаті термінологія змінилася, і КПрТ без письмового опису травми стала основною версією для реалізації. Для цілей даного доказового аналізу, цей посібник використовує термінологію як послуги КПрТ, що надаються разом з письмовим описом травми або без такого опису.

Терапія пролонгованої експозиції (ПЕ) з використанням формату телемедицини

Сильний доказ

	Пролонгована експозиція (ПЕ) – це тип когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), який зосереджується на тому, щоб допомогти людям протистояти своїм страхам, пов'язаним з травмуючим досвідом.⁶¹ Вперше розроблена як інтервенція для лікування жертв сексуального насильства, які страждають на посттравматичний стресовий розлад, ПЕ довела свою ефективність під час лікування тих, хто пережив різноманітні травми, в тому числі бойові дії, нещасні випадки та стихійні лиха.⁶² Завдяки щотижневим сеансам ПЕ люди дізнаються про те, як поступово наблизитися до своїх спогадів і почуттів, пов'язаних із травмою.^{61,63} Експозиційна терапія шляхом уявного впливу (опис травматичної події) та експозиції in vivo (протистояння подразникам, які викликають страх) також допомагає зменшити симптоми ПТСР.^{48,61}
Результати для здоров'я клієнта	• Зменшення рівня тяжкості симптомів посттравматичних стресових розладів (порівняно як з відсутністю лікування, так і з наданням індивідуальної ПЕ-терапії)⁶⁴⁻⁶⁹ • Зменшення симптомів тривоги^{64, 68, 69} • Зменшення симптомів депресії⁶⁴⁻⁶⁹
Результати лікування, пов'язані з телемедициною	У порівнянні з лікуванням під час особистого прийому: • Телемедицина надає розширений доступ до медичної допомоги для ветеранів, які проживають у сільській місцевості⁶⁸ • Відсутність статистичних відмінностей в рівні задоволеності клієнтів, хоча учасники групи особистого спілкування повідомили про вищий рівень комфорту під час комунікації зі своїм терапевтом, ніж учасники групи, які отримують допомогу, використовуючи систему телемедицини⁶⁴ • Високий рівень прийнятності методів телемедицини⁶⁶ • Зниження ступеню впливу ПТСР на активному в повсякденному житті (в тому числі на стан здоров'я, режим харчування та роботу)⁶⁹
Групи населення, які отримують користь від лікування	Люди, які страждають на ПТСР, зокрема: • Ветерани, переважно чоловіки^{64-67, 69} • Ветерани, які проживають у сільській місцевості⁶⁸
Провайдери медичних послуг, які можуть запропонувати інтервенційні послуги	• Психологи-клініцисти^{66, 68, 69} • Психіатри⁶⁸ • Терапевти та консультанти зі ступенем магістра^{64, 65, 67} • Соціальні працівники зі ступенем магістра^{68, 69} • Психологи-інтерни/стипендіати⁶⁸ • Хоча формальна підготовка з надання ПЕ-терапії не є обов'язковою, фахівці з ПЕ-терапії часто проходили навчання та супервізію під наглядом куратора у такому форматі, як: – Щотижневе кураторство з боку ліцензованого клінічного психолога, який отримав сертифікат інструктора з питань навчання методам ПЕ-терапії⁶⁴ – 32-годинний семінар в рамках навчальної програми з питань ПЕ-терапії⁶⁵ – Спостереження з боку клініциста старшого рівня протягом повного курсу терапії тривалої експозиції, яка здійснюється як в очному режимі, так і з допомогою телемедицини⁶⁵ – Здійснення записів терапевтичних сесій з метою дотримання вимог лікування⁶⁷ – Поглиблене навчання та супервізія з питань експозиційної терапії випадків

	ПТСР ⁶⁹
Технології, що використовуються	Відеоконференції з використанням комп'ютерів⁶⁴⁻⁶⁹ або смартфонів⁶⁸
Інтенсивність, тривалість і частота терапії	Учасники отримували послуги ПЕ-терапії раз на тиждень протягом приблизно 60-90 хвилин;⁶⁵⁻⁶⁹ їм, зазвичай, пропонували пройти від 6 до 12 сесій залежно від відповіді на лікування,^{64, 65, 67-69} і до 21 сесії в одному випадку⁶⁶
Досвід, отриманий в процесі переходу від надання особистої допомоги до надання послуг через систему телемедицини	- Клієнти загалом зацікавлено та прийнятно ставляться до послуг ПЕ-терапії, які надаються за допомогою засобів відеоконференції⁶⁸ - ПЕ-терапія, яка надається через систему телемедицини, може допомогти подолати географічні бар'єри з метою надання медичної допомоги та сприяння роботі провайдерів медичних послуг щодо охоплення послугами населення з недостатнім рівнем обслуговування^{68, 69} - Провайдери медичних послуг можуть внести незначні зміни в процес надання медичної допомоги з використанням телемедицини з метою підвищення прихильності клієнтів до ПЕ-терапії; деякі невеликі, але корисні зміни в наданні догляду передбачають використання нагадувань у календарі на смартфоні, планування першої особистої зустрічі з клієнтом для налагодження взаєморозуміння та використання додатку PE Coach для розширення та доповнення курсу лікування^{66, 68} - Під час дистанційних візитів через систему телемедицини якість і розташування відеокамер і моніторів можуть зменшити здатність провайдерів медичних послуг помічати невербальну комунікацію клієнтів та реагувати на неї.⁶⁹
Сім досліджень відповідали критеріям аналізу (чотири РКД, два КЕД та одна вибірка до та одна вибірка після лікування), в результаті чого було присвоєно рейтинг «Сильний рівень каузальних доказів».	

Незважаючи на те, що в даному аналізі увагу зосереджено на синхронних інтервенціях, провайдери медичних послуг можуть використовувати асинхронні інструменти для доповнення, підтримки та посилення синхронної взаємодії між клієнтом і провайдером медичних послуг. Приклади асинхронних інструментів можна знайти в онлайн-репозиторіях, зокрема в мобільному додатку «Індекс здоров'я» та навігаційній базі даних ([M-Health Index and Navigation Database](#)) або мобільному додатку для ветеранів [VA App Store](#).

Ведення випадку

Процес ведення випадку може включати планові огляди та подальше спостереження, оновлення та внесення змін до планів з надання догляду та лікування, визначення ресурсів та зв'язку між потребами та такими ресурсами, а також підтримку в досягненні цілей, передбачених індивідуальним планом лікування та догляду.

Такі постійні бесіди легко адаптуються до синхронних методів телемедицини та асинхронних платформ обміну повідомленнями, сумісних із Законом США «Про зберігання, захист та підзвітність даних медичного страхування» (HIPAA), в тому числі текстові повідомлення та обмін повідомленнями через систему електронних медичних карт (EHR). Цільові дослідження показали, що безперервні інтервенції під час лікування пацієнта з використанням телемедицини є ефективними для людей з депресією^{70, 71} та шизофренією.⁷²

Підтримка процесу одужання від розладів внаслідок вживання психоактивних речовин (РВП)

Практикуючі лікарі можуть забезпечити постійну підтримку процесу одужання людей, які проходять лікування РВП, із застосуванням синхронних методів телемедицини. Служби з надання підтримки у відновленні стану здоров'я залучають людей із подібним життєвим досвідом, як і у клієнта, наприклад, осіб, які самі перебувають в процесі реабілітації внаслідок розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин (допомога у форматі «рівний-рівному»), щоб надавати підтримку клієнтам під час лікування та одужання.⁷³ Деякі служби підтримки за програмою «рівний-рівному» використовують технологію підтримки із середовища однодумців для залучення

клієнтів шляхом проведення регулярних перевірок по телефону або через відеоконференцію.⁷⁴

Психологічні кризові служби

За допомогою методів телемедицини можна підвищити рівень доступу клієнтів до необхідних кризових служб, забезпечуючи наявність цих послуг для будь-кого у будь-якому місці у будь-який час. Це передбачає застосування такого підходу до організації надання допомоги, який надає особам послуги або пов'язує їх з відповідними службами незалежно від того, де вони входять до системи догляду ("no wrong door" approach).⁷⁵ Психологічні послуги у кризових випадках є ефективною стратегією для запобігання виникненню суїцидальних тенденцій і вирішення гострих кризових станів психічного здоров'я та вживання психоактивних речовин, а також для зменшення надмірного використання ліжок-місць у психіатричних лікарнях, неналежного використання відділень невідкладної допомоги, неналежного використання ресурсів правоохоронних органів і фрагментації психіатричної допомоги.⁷⁵

В Національних рекомендаціях з надання допомоги в кризових ситуаціях у сфері психічного здоров'я ([*National Guidelines for Behavioral Health Crisis Care*](#)), регіональні кризові кол-центри зазначаються як невід'ємний елемент інтегрованої системи надання допомоги у кризових ситуаціях, які впроваджують синхронні послуги в кризових ситуаціях за допомогою телефонного зв'язку, текстових повідомлень та технології онлайн-чату з метою проведення тріажу потреб, оцінки додаткових потреб і вподобань клієнтів, а також координують з'єднання клієнтів зі спеціалістами для отримання додаткової посткризової підтримки. Крім телефонних дзвінків і онлайн-чатів або текстових повідомлень, регіональні кризові кол-центри також можуть використовувати нижченаведені технології для підтримки здоров'я людини:

- Запис на прийом в амбулаторних службах в режимі 24/7
- Кризовий реєстр ліжок-місць
- Мобільна диспетчерська служба з підтримкою GPS
- Панелі результатів ефективності роботи в режимі реального часу

Асинхронні інструменти, наприклад, [*My Mental Health Crisis Plan*](#)⁷⁶ («Мій кризовий план психічного здоров'я») розроблений Службою профілактики психічних розладів, пов'язаних із зловживанням психоактивними речовинами, США (SAMHSA), можна використовувати для підготовки особистої попередньої директиви, юридичного документа, в якому викладено вподобання особи під час виникнення кризи у сфері психічного здоров'я, якщо особа не може визначити або повідомити про свої власні рішення.

Скринінг і оцінка суїцидальних тенденцій

Методи телемедицини є ефективною альтернативою для персонального скринінгу клієнта та оцінювання його суїцидальних тенденцій.⁷⁷ Інструменти скринінгу та оцінки суїцидальних тенденцій можуть бути реалізовані з допомогою таких методів телемедицини:

- Набір інструментів «Питання для перевірки можливості здійснення суїциду» [[Ask Suicide-Screening Question Toolkit \(ASQ\)](#)], підготовлений Національним інститутом психічного здоров'я (NIMH) — це 20-секундний інструмент для перевірки можливого ризику суїциду, який ґрунтується на фактичних даних і складається з чотирьох питань.⁷⁸
- Спільна оцінка та лікування суїцидальних настроїв [[Collaborative Assessment and Management of Suicidality \(CAMS\)](#)] — це науково-обґрунтована інтервенція для оцінки, лікування та ведення пацієнтів із суїцидальними думками в різних клінічних установах.⁷⁹⁻⁸⁷
- Колумбійська шкала оцінки серйозності суїцидальних настроїв [[Columbia-Suicide Severity Rating Scale \(C-SSRS\)](#)], також відома як Колумбійський протокол, може використовуватися для визначення того, чи перебуває особа в групі ризику самогубства, оцінити серйозність і безпосередність цього ризику, а також рівень підтримки, якої потребує людина.⁸⁸

Якщо клієнт знаходиться в групі ризику заподіяння собі неминучої шкоди, необхідно вжити наступних заходів:

1. **Оцінити безпосередню небезпеку.** Якщо клієнт перебуває в безпосередній небезпеці, а провайдер медичних послуг не може утримати клієнта від заподіяння шкоди або фізично втрутитися, в такому випадку провайдер медичних послуг повинен звернутися до служб екстреної допомоги.
2. **Визначити місцезнаходження клієнта** у разі виникнення необхідності надання екстрених послуг.
3. **Співпрацювати з іншими провайдерами медичних послуг (наприклад, координаторами із запобігання самогубствам) під час контактування зі службами екстреної допомоги.** Залишатися на зв'язку з клієнтом під час його виходу на зв'язок зі службами екстреної допомоги або під час організації процесу госпіталізації.⁸⁹
4. **Надавати підтримку клієнтам під час проходження тріажу за пріоритетністю у відділенні невідкладної допомоги.** Програми лікування повинні мати протоколи безпеки для зменшення ризиків і створення робочого процесу, орієнтованого на підтримку клієнта; провайдери медичних послуг повинні визначити рівень суїцидального ризику з використанням критеріїв, які допомагають ідентифікувати належну клінічну реакцію.^{90, 91}

Напрямки подальших досліджень

Цей аналіз доказових даних підтвердив висновки стосовно *результатів лікування*:

Телемедицина є ефективною в рамках континууму послуг з догляду за пацієнтами з СПЗ та РВП, в тому числі скринінгу та оцінки, лікування, включаючи фармакотерапію, медикаментозне лікування та поведінкову терапію, ведення випадку, підтримку у відновленні психічного стану, а також надання психологічних послуг у кризових ситуаціях.

- Підкріплені науковими доказами методи лікування СПЗ та РВП, які традиційно проводяться віч-на-віч, також є ефективними при застосуванні телемедицини, і дають результати, які можна порівняти з результатами, отриманими під час особистого контакту.
- Терапевтичні послуги з використанням методів телемедицини дають позитивні результати клієнтам, в тому числі зацікавленість у лікуванні, утримання в системі лікування, задоволення клієнтів, що у свою чергу

призводить до покращення довгострокових результатів лікування.

- Позитивні результати залежать від наявності у провайдера медичних послуг та клієнта необхідних ресурсів для якісного проведення сеансів телемедицини, а також підготовки та технологій (див. Главу 3 стосовно додаткової інформації про підтримку процесу впровадження телемедицини).

Крім того, з даного аналізу доказових даних можна зробити кілька висновків стосовно *доступу до медичної допомоги* та її *використання*:

- Використання методів телемедицини розширює доступ окремих осіб і громад до підготовлених провайдерів медичних послуг і науково-обґрунтованих практик, які в іншому випадку можуть бути для них недоступними.
- Коли існують географічні та інші види перешкод (наприклад, умови проїзду, можливість пересування і наявність зобов'язань, такі як працевлаштування та обов'язки з надання догляду), що перешкоджають людям отримати доступ до послуг, телемедицина заповнює прогалини в лікуванні та покращує кінцеві результати лікування.
- Деякі клієнти можуть віддавати перевагу отриманню послуг через систему телемедицини повністю або частково, і будь-які практики лікування, викладені у цій Главі, можуть бути частиною загального плану лікування, який включає гібридну систему з використанням послуг телемедицини та послуг особистого прийому.

Проте дослідження щодо застосування науково обґрунтованих клінічних практик у телемедицині були обмежені з наступних причин:

- *Обмеження щодо аналізу доказів.* Незважаючи на наявність інноваційних поведінкових терапій, які впроваджуються з використанням методів телемедицини за конкретних обставин, даний аналіз доказових даних спирається на конкретні типи опублікованих досліджень для визначення сили доказів. Включені дослідження мають бути або рандомізованими контрольованими дослідженнями, використовувати квазі-експериментальний дизайн або використовувати дизайн одноразової вибірки до та після дослідження із сильними контрфактичними даними; тому інноваційні методи лікування та втручання, які не були досліджені з допомогою таких точних методів, виключаються.
- *Обмежений характер літератури.* У той час як телемедицину використовували для лікування багатьох інших станів, людей, які страждають на СПЗ та РВП, традиційно вважали такими, що мають сукупні захворювання, а тому їх виключали з пов'язаних з телемедициною досліджень. Завдяки обмеженому застосуванню телемедицини для людей із СПЗ та РВП існувало менше можливостей для дослідження методів лікування цих станів. Раніше деякі провайдери медичних послуг неохоче пропонували послуги телемедицини, частково через негативне ставлення до таких методів лікування та сприйняття клієнтами досвіду отримання допомоги з використанням телемедицини,⁹² що, в свою чергу, уповільнило доступ до телемедицини для осіб, які страждають на СПЗ або РВП.
- *Необхідність дослідження асинхронних форм лікування.* Цей аналіз фактичних даних продемонстрував переконливі докази на підтримку синхронних інтервенцій для сприяння заснованим на доказах методам лікування, що надається через систему телемедицини. Проте необхідні додаткові дослідження, щоб визначити ефективність асинхронних методів лікування, які можуть слугувати ефективним додатковим інструментом до синхронного віртуального або особистого лікування шляхом підвищення рівня залучення клієнтів, пропаганди здорової поведінки, зменшення почуття стигми та розширення доступу до лікування.^{93, 94} Текстові повідомлення, функції онлайн-чату, електронна пошта та сайти соціальних мереж також можна використовувати для полегшення постійного спілкування поза сеансами терапії віч-на-віч.⁶

Незважаючи на наявність обмежень для дослідження, телемедицина є ключовою стратегією для розширення та забезпечення доступу до медичної допомоги для людей, які живуть із СПЗ, РВП або РВО. Майбутні дослідження можуть вийти за межі ефективності телемедицини та зосередитися на аспектах впровадження та оцінювання, включаючи зацікавленість та участь провайдерів медичних послуг/пацієнта, необхідну

технологічну інфраструктуру та методи покращення якості. Міркування, пов'язані з впровадженням та оцінюванням, будуть розглянуті в Главах 3 та 5 відповідно.

Посилання:

- ¹ Hyler, S. E., Gangure, D. P., & Batchelder, S. T. (2005). Can telepsychiatry replace in-person psychiatric assessments? A review and meta-analysis of comparison studies. *CNS Spectrums*, 10(5), 403-415. <https://doi.org/10.1017/S109285290002277X>
- ² Ogilvie, C. B., Jotwani, R., Joshi, J., Gulati, A., & Mehta, N. (2020). Review of opioid risk assessment tools with the growing need for telemedicine. *Future Medicine*. <https://doi.org/10.2217/pmt-2020-0064>
- ³ Hester, R. K., & Miller, J. H. (2006). Computer-based tools for diagnosis and treatment of alcohol problems. *Alcohol Research & Health*, 29(1), 36-40. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16767852/>
- ⁴ Drug Enforcement Administration. (2009). Implementation of the Ryan Haight online pharmacy consumer protection act of 2008. Final rule. *Federal Register*, 74 FR 15595, 15595-15625. <https://www.federalregister.gov/documents/2009/04/06/E9-7698/implementation-of-the-ryan-haight-online-pharmacy-consumer-protection-act-of-2008>
- ⁵ Gregory, P., Alexander, J., & Satinsky, J. (2011). Clinical telerehabilitation: Applications for physiatrists. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 3(7), 647-656. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2011.02.024>
- ⁶ Shore, J. H. (2020). Managing virtual hybrid psychiatrist-patient relationships in a digital world. *JAMA Psychiatry*, 77(5), 541-542. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0139>
- ⁷ Basit, S. A., Mathews, N., & Kunik, M. E. (2020). Telemedicine interventions for medication adherence in mental illness: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 62, 28-36. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.11.004>
- ⁸ Hilty, D. M., Ferrer, D. C., Parish, M. B., Johnston, B., Callahan, E. J., & Yellowlees, P. M. (2013). The effectiveness of telemental health: A 2013 review. *Telemedicine Journal and e-Health*, 19(6), 444-454. <https://doi.org/10.1089/tmj.2013.0075>
- ⁹ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2021, January 4). *Medication-assisted treatment (MAT)*. SAMHSA. <https://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment>
- ¹⁰ Dissemination of Evidence-Informed Interventions. (2020). *Integrating buprenorphine treatment for opioid use disorder in HIV primary care*. <https://targethiv.org/sites/default/files/media/documents/2020-12/deii-bup-cati.pdf>
- ¹¹ Moran, G., & Snyder, C. (2019). *Medication-assisted treatment for opioid use disorder playbook*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://integrationacademy.ahrq.gov/products/playbooks/opioid-use-disorder>
- ¹² Fullerton, C. A., Kim, M., Thomas, C. P., Lyman, D. R., Montejano, L. B., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Medication-assisted treatment with methadone: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(2), 146-157. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300235>
- ¹³ National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2018). *Medication-assisted treatment for opioid use disorder*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534504/>
- ¹⁴ U.S. Food and Drug Administration. (2019). *Information about medication-assisted treatment (MAT)*. <https://www.fda.gov/drugs/information-drug-class/information-about-medication-assisted-treatment-mat>
- ¹⁵ Substance Abuse and Mental Health Services Administration, & National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2015). *Medication for the treatment of alcohol use disorder: A brief guide* ((SMA) 15-4907). <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma15-4907.pdf>
- ¹⁶ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). *MAT medications, counseling, and related conditions*. <https://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment/medications-counseling-related-conditions>
- ¹⁷ Rural Health Information Hub. (2020). *Medication-assisted treatment models*. <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/substance-abuse/2/treatment/medication-assisted-treatment>
- ¹⁸ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). *Statutes, regulations, and guidelines*. <https://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment/statutes-regulations-guidelines>
- ¹⁹ Duff, J. (2019). *Opioid treatment programs and related federal regulations*. Congressional Research Service. <https://fas.org/sgp/crs/misc/IF10219.pdf>
- ²⁰ Uscher-Pines, L., Sousa, J., Raja, P., Mehrotra, A., Barnett, M., & Huskamp, H. A. (2020). Treatment of opioid use

disorder during COVID-19: Experiences of clinicians transitioning to telemedicine. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 118, 108124. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108124>

- 21 Huskamp, H. A., Busch, A. B., Souza, J., Uscher-Pines, L., Rose, S., Wilcock, A., Landon, B. E., & Mehrotra, A. (2018). How is telemedicine being used in opioid and other substance use disorder treatment? *Health Affairs*, 37(12), 1940-1947. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.05134>
- 22 Guille, C., Simpson, A. N., Douglas, E., Boyars, L., Cristaldi, K., McElligott, J., Johnson, D., & Brady, K. (2020). Treatment of opioid use disorder in pregnant women via telemedicine: A nonrandomized controlled trial. *JAMA Network Open*, 3(1), e1920177-e1920177. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.20177>
- 23 King, V. L., Brooner, R. K., Peirce, J. M., Kolodner, K., & Kidorf, M. S. (2014). A randomized trial of web-based videoconferencing for substance abuse counseling. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(1), 36-42. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.08.009>
- 24 Providers and Clinical Support System. (n.d.). Waiver training for physicians. <https://pcssnow.org/medications-for-addiction-treatment/waiver-training-for-physicians/>
- 25 Weintraub, E., Greenblatt, A. D., Chang, J., Himelhoch, S., & Welsh, C. (2018). Expanding access to buprenorphine treatment in rural areas with the use of telemedicine. *American Journal on Addictions*, 27(8), 612-617. <https://doi.org/10.1111/ajad.12805>
- 26 Moran, G., Knudsen, H., & Snyder, C. (2019). Psychosocial supports in medication-assisted treatment: Site visit findings and conclusions. <https://aspe.hhs.gov/basic-report/psychosocial-supports-medication-assisted-treatment-site-visit-findings-and-conclusions>
- 27 Moran, G., Snyder, C., & Noftsinger, R. (2017). Implementing medication-assisted treatment for opioid use disorder in rural primary care: Environmental scan (Publication No. 17(18)-0050-EF.). Agency for Healthcare Research and Quality. <https://tbhcoe.matrc.org/wp-content/uploads/2019/12/implementing-medication-assisted-treatment-opioid-disorder-rural-primary-care-environmental-scan-volume-one-2017.pdf?9d4e56&9d4e56>
- 28 Substance Abuse and Mental Health Services Administration, & Office of the Surgeon General. (2016). Reports of the Surgeon General. In *Facing addiction in America: The Surgeon General's report on alcohol, drugs, and health*. U.S. Department of Health and Human Services. https://addiction.surgeongeneral.gov/sites/default/files/OC_SpotlightOnOpioids.pdf
- 29 Yang, Y. T., Weintraub, E., & Haffajee, R. L. (2018). Telemedicine's role in addressing the opioid epidemic (Mayo Clinic Proceedings, Issue NIHMS1004632). [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(18\)30539-1/pdf](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(18)30539-1/pdf)
- 30 Naslund, J. A., Marsch, L. A., McHugo, G. J., & Bartels, S. J. (2015). Emerging mhealth and ehealth interventions for serious mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health*, 24(5), 321-332. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1019054>
- 31 Menon, V., Selvakumar, N., Kattimani, S., & Andrade, C. (2018). Therapeutic effects of mobile-based text message reminders for medication adherence in bipolar I disorder: Are they maintained after intervention cessation? *Journal of Psychiatric Research*, 104, 163-168. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.07.013>
- 32 Montes, J. M., Medina, E., Gomez-Beneyto, M., & Maurino, J. (2012). A short message service (SMS)-based strategy for enhancing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 89-95. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.034>
- 33 Velligan, D., Mintz, J., Maples, N., Xueying, L., Gajewski, S., Carr, H., & Sierra, C. (2013). A randomized trial comparing in person and electronic interventions for improving adherence to oral medications in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 39(5), 999-1007. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs116>
- 34 Wicklund, E. (2018). Using telehealth to help patients with medication adherence. *mHealth Intelligence*. <https://mhealthintelligence.com/news/using-telehealth-to-help-patients-with-medication-adherence>
- 35 Beebe, L. H., Smith, K., Crye, C., Addonizio, C., Strunk, D., Martin, W., & Poche, J. (2008). Telenursing intervention increases psychiatric medication adherence in schizophrenia outpatients. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 14(3), 217-224. <https://doi.org/10.1177/1078390308318750>

- 36 Montes, J. M., Maurino, J., Diez, T., & Saiz-Ruiz, J. (2010). Telephone-based nursing strategy to improve adherence to antipsychotic treatment in schizophrenia: A controlled trial. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 14(4), 274-281. <https://doi.org/10.3109/13651501.2010.505343>
- 37 Rickles, N. M., Svarstad, B. L., Statz-Paynter, J. L., Taylor, L. V., & Kobak, K. A. (2005). Pharmacist telemonitoring of antidepressant use: Effects on pharmacist-patient collaboration. *Journal of the American Pharmacists Association*, 45(3), 344-353. <https://doi.org/10.1331/1544345054003732>
- 38 King, V. L., Stoller, K. B., Kidorf, M., Kindbom, K., Hursh, S., Brady, T., & Brooner, R. K. (2009). Assessing the effectiveness of an internet-based videoconferencing platform for delivering intensified substance abuse counseling. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(3), 331-338. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.06.011>
- 39 Totten, A. M., Womack, D. M., Eden, K. B., McDonagh, M. S., Griffin, J. C., Grusing, S., & Hersh, W. R. (2016). Telehealth: Mapping the evidence for patient outcomes from systematic reviews. <https://europepmc.org/article/nbk/nbk379320>
- 40 Mace, S., Boccanelli, A., & Dormond, M. (2018). The use of telehealth within behavioral health settings: Utilization, opportunities, and challenges. *University of Michigan School of Public Health, Behavioral Health Workforce Research Center*. http://www.behavioralhealthworkforce.org/wp-content/uploads/2018/05/Telehealth-Full-Paper_5.17.18-clean.pdf
- 41 Egede, L. E., Acierno, R., Knapp, R. G., Lejuez, C., Hernandez-Tejada, M., Payne, E. H., & Frueh, B. C. (2015). Psychotherapy for depression in older veterans via telemedicine: A randomised, open-label, non-inferiority trial. *Lancet Psychiatry*, 2(8), 693-701. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(15\)00122-4](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(15)00122-4)
- 42 Hofmann, S., & Asmundson, G. (2017). *The science of cognitive behavioral therapy*. Academic Press.
- 43 Acierno, R., Gros, D. F., Ruggiero, K. J., Hernandez-Tejada, B. M., Knapp, R. G., Lejuez, C. W., Muzzy, W., Frueh, C. B., Egede, L. E., & Tuerk, P. W. (2016). Behavioral activation and therapeutic exposure for posttraumatic stress disorder: A noninferiority trial of treatment delivered in person versus home-based telehealth. *Depression and Anxiety*, 33(5), 415-423. <https://doi.org/10.1002/da.22476>
- 44 Egede, L. E., Dismuke, C. E., Walker, R. J., Acierno, R., & Frueh, B. C. (2018). Cost-effectiveness of behavioral activation for depression in older adult veterans: In-person care versus telehealth. *Journal of Clinical Psychiatry*, 79(5). <https://doi.org/10.4088/JCP.17m11888>
- 45 Strachan, M., Gros, D. F., Ruggiero, K. J., Lejuez, C. W., & Acierno, R. (2012). An integrated approach to delivering exposure-based treatment for symptoms of PTSD and depression in OIF/OEF veterans: Preliminary findings. *Behavior Therapy*, 43(3), 560-569. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.003>
- 46 Fenn, K., & Byrne, M. (2013). The key principles of cognitive behavioural therapy. *InnovAiT*, 6(9), 579-585. <https://doi.org/10.1177/1755738012471029>
- 47 American Psychological Association. (2021). *Cognitive behavioral therapy (CBT)*. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/cognitive-behavioral-therapy>
- 48 Anxiety and Depression Association of America. (2020). *PTSD facts & treatment*. <https://adaa.org/understanding-anxiety/posttraumatic-stress-disorder-ptsd/treatment>
- 49 Mohr, D. C., Ho, J., Duffecy, J., Reifler, D., Sokol, L., Burns, M. N., Jin, L., & Siddique, J. (2012). Effect of telephone-administered vs face-to-face cognitive behavioral therapy on adherence to therapy and depression outcomes among primary care patients: A randomized trial. *JAMA*, 307(21), 2278-2285. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.5588>
- 50 Dwight-Johnson, M., Aisenberg, E., Golinelli, D., Hong, S., O'Brien, M., & Ludman, E. (2011). Telephone-based cognitive-behavioral therapy for Latino patients living in rural areas: A randomized pilot study. *Psychiatric Services*, 62(8), 936-942. https://doi.org/10.1176/ps.62.8.pss6208_0936
- 51 Littleton, H., Grills, A. E., Kline, K. D., Schoemann, A. M., & Dodd, J. C. (2016). The From Survivor to Thriver program: RCT of an online therapist-facilitated program for rape-related PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 41-51. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.07.010>
- 52 Resick, P. A., & Monson, C. (2021). *Cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder*. <https://cptforptsd.com/>
- 53 Resnick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of*

Consulting & Clinical Psychology, 60(5),748. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.5.748>

- 54 Chard, K. M. (2005). An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 73(5), 965-971. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.965>
- 55 Morland, L. A., Mackintosh, M. A., Rosen, C. S., Willis, E., Resick, P., Chard, K., & Frueh, B. C. (2015). Telemedicine versus in-person delivery of cognitive processing therapy for women with posttraumatic stress disorder: A randomized noninferiority trial. *Depression and Anxiety*, 32(11), 811-820. <https://doi.org/10.1002/da.22397>
- 56 American Psychological Association. (2021). *Cognitive processing therapy*. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/cognitive-processing-therapy>
- 57 National Center for Posttraumatic Stress Disorder. (2021). *Cognitive processing therapy: Helping during treatment*. U.S. Department of Veterans Affairs. https://www.ptsd.va.gov/family/how_help_cpt.asp
- 58 Morland, L. A., Mackintosh, M. A., Greene, C. J., Rosen, C. S., Chard, K. M., Resick, P., & Frueh, A. C. (2014). Cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder delivered to rural veterans via telemental health: A randomized noninferiority clinical trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(5), 470-476. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08842>
- 59 Liu, L., Thorp, S. R., Moreno, L., Wells, S. Y., Glassman, L. H., Busch, A. C., Zamora, T., Rodgers, B. S., Allard, C. B., Morland, L. A., & Agha, Z. (2020). Videoconferencing psychotherapy for veterans with PTSD: Results from a randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 26(9), 507-519. <https://doi.org/10.1177/1357633x19853947>
- 60 Maieritsch, K. P., Smith, T. L., Hessinger, J. D., Ahearn, E. P., Eickhoff, J. C., & Zhao, Q. (2016). Randomized controlled equivalence trial comparing videoconference and in person delivery of cognitive processing therapy for PTSD. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 22(4), 238-243. <https://doi.org/10.1177/1357633x15596109>
- 61 American Psychological Association. (2017, June 2020). *Prolonged exposure*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/prolonged-exposure>
- 62 UPenn Perelman School of Medicine. (2020). *About prolonged exposure therapy*. UPenn Perelman School of Medicine. https://www.med.upenn.edu/cta/workshops_pet.html
- 63 U.S. Department of Veterans Affairs. (2020). *Prolonged exposure for PTSD*. U.S. Department of Veterans Affairs. https://www.ptsd.va.gov/understand_tx/prolonged_exposure.asp
- 64 Yuen, E. K., Gros, D. F., Price, M., Zeigler, S., Tuerk, P. W., Foa, E. B., & Acierno, R. (2015). Randomized controlled trial of home-based telehealth versus in-person prolonged exposure for combat-related PTSD in veterans: Preliminary results. *Journal of Clinical Psychology*, 71(6), 500-512. <https://doi.org/10.1002/jclp.22168>
- 65 Acierno, R., Knapp, R., Tuerk, P., Gilmore, A. K., Lejuez, C., Ruggiero, K., Muzzy, W., Egede, L., Hernandez-Tejada, M. A., & Foa, E. B. (2017). A non-inferiority trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder: In person versus home-based telehealth. *Behaviour Research and Therapy*, 89, 57-65. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.11.009>
- 66 Tuerk, P. W., Yoder, M., Ruggiero, K. J., Gros, D. F., & Acierno, R. (2010). A pilot study of prolonged exposure therapy for posttraumatic stress disorder delivered via telehealth technology. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 23(1), 116-123. <https://doi.org/10.1002/jts.20494>
- 67 Morland, L. A., Mackintosh, M. A., Glassman, L. H., Wells, S. Y., Thorp, S. R., Rauch, S. A., Cunningham, P. B., Tuerk, P. W., Grubbs, K. M., & Golshan, S. (2020). Home-based delivery of variable length prolonged exposure therapy: A comparison of clinical efficacy between service modalities. *Depression and Anxiety*, 37(4), 346-355. <https://doi.org/10.1002/da.22979>
- Simon, G. E., Ralston, J. D., Savarino, J., Pabiniak, C., Wentzel, C., & Operskalski, B. H. (2011). Randomized trial of depression follow-up care by online messaging. *Journal of General Internal Medicine*, 26(7), 698-704. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1679-8>
- 72 Kasckow, J., Zickmund, S., Gurklis, J., Luther, J., Fox, L., Taylor, M., Richmond, I., & Haas, G. L. (2016). Using telehealth to augment an intensive case monitoring program in veterans with schizophrenia and suicidal ideation: A pilot trial. *Psychiatry Research*, 239, 111-116. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.049>
- 73 Blanch, A., Filson, B., Penney, D., & Cave, C. (2012). Engaging women in trauma-informed peer support: A

guidebook. Alexandria, VA: National Center for Trauma-Informed Care. <https://nicic.gov/engaging-women-trauma-informed-peer-support-guidebook>

- ⁷⁴ Burden, E. (2020). 5 key practices for providing tech- assisted peer support. *Addiction Professional*. <https://www.psychcongress.com/article/5-key-practices-providing-tech-assisted-peer-support>
- ⁷⁵ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). *National guidelines for behavioral health crisis care – a best practice toolkit*. <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/national-guidelines-for-behavioral-health-crisis-care-02242020.pdf>
- ⁷⁶ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). *New SAMHSA app will help people who have serious mental illness to develop a crisis plan*. <https://www.samhsa.gov/newsroom/press-announcements/202010010505>
- ⁷⁷ Gilmore, A. K., & Ward-Ciesielski, E. F. (2019). Perceived risks and use of psychotherapy via telemedicine for patients at risk for suicide. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 25(1), 59-63. <https://doi.org/10.1177/1357633X17735559>
- ⁷⁸ Horowitz, L. M., Snyder, D. J., Boudreaux, E. D., He, J.-P., Harrington, C. J., Cai, J., Claassen, C. A., Salhany, J. E., Dao, T., & Chaves, J. F. (2020). Validation of the ask suicide-screening questions for adult medical inpatients: A brief tool for all ages. *Psychosomatics*, 61(6), 713-722. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2020.04.008>
- ⁷⁹ Waltman, S. H., Landry, J. M., Pujol, L. A., & Moore, B. A. (2019). Delivering evidence-based practices via telepsychology: Illustrative case series from military treatment facilities. *Professional Psychology: Research and Practice*. <https://doi.org/10.1037/pro0000275>
- ⁶⁸ Franklin, C. L., Cuccurullo, L.-A., Walton, J. L., Arseneau, J. R., & Petersen, N. J. (2017). Face to face but not in the same place: A pilot study of prolonged exposure therapy. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(1), 116-130. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1205704>
- ⁶⁹ Gros, D. F., Yoder, M., Tuerk, P. W., Lozano, B. E., & Acierno, R. (2011). Exposure therapy for PTSD delivered to veterans via telehealth: Predictors of treatment completion and outcome and comparison to treatment delivered in person. *Behavior Therapy*, 42(2), 276-283. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.07.005>
- ⁷⁰ Gensichen, J., von Korff, M., Peitz, M., Muth, C., Beyer, M., Güthlin, C., Torge, M., Petersen, J. J., Rosemann, T., & König, J. (2009). Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: A cluster randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 151(6), 369-378. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-6-200909150-00001>
- Simon, G. E., Ralston, J. D., Savarino, J., Pabiniak, C., Wentzel, C., & Operskalski, B. H. (2011). Randomized trial of depression follow-up care by online messaging. *Journal of General Internal Medicine*, 26(7), 698-704. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1679-8>
- ⁷² Kasckow, J., Zickmund, S., Gurklis, J., Luther, J., Fox, L., Taylor, M., Richmond, I., & Haas, G. L. (2016). Using telehealth to augment an intensive case monitoring program in veterans with schizophrenia and suicidal ideation: A pilot trial. *Psychiatry Research*, 239, 111-116. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.049>
- ⁷³ Blanch, A., Filson, B., Penney, D., & Cave, C. (2012). Engaging women in trauma-informed peer support: A guidebook. Alexandria, VA: National Center for Trauma-Informed Care. <https://nicic.gov/engaging-women-trauma-informed-peer-support-guidebook>
- ⁷⁴ Burden, E. (2020). 5 key practices for providing tech- assisted peer support. *Addiction Professional*. <https://www.psychcongress.com/article/5-key-practices-providing-tech-assisted-peer-support>
- ⁷⁵ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). *National guidelines for behavioral health crisis care – a best practice toolkit*. <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/national-guidelines-for-behavioral-health-crisis-care-02242020.pdf>
- ⁷⁶ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). *New SAMHSA app will help people who have serious mental illness to develop a crisis plan*. <https://www.samhsa.gov/newsroom/press-announcements/202010010505>
- ⁷⁷ Gilmore, A. K., & Ward-Ciesielski, E. F. (2019). Perceived risks and use of psychotherapy via telemedicine for patients at risk for suicide. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 25(1), 59-63. <https://doi.org/10.1177/1357633X17735559>

- 78 Horowitz, L. M., Snyder, D. J., Boudreaux, E. D., He, J.-P., Harrington, C. J., Cai, J., Claassen, C. A., Salhani, J. E., Dao, T., & Chaves, J. F. (2020). Validation of the ask suicide-screening questions for adult medical inpatients: A brief tool for all ages. *Psychosomatics*, 61(6), 713-722. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2020.04.008>
- 79 Waltman, S. H., Landry, J. M., Pujol, L. A., & Moore, B. A. (2019). Delivering evidence-based practices via telepsychology: Illustrative case series from military treatment facilities. *Professional Psychology: Research and Practice*. <https://doi.org/10.1037/pro0000275>
- 80 Jobes, D. A., Crumlish, J. A., & Evans, A. D. (2020). The COVID-19 pandemic and treating suicidal risk: The telepsychotherapy use of CAMS. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 226. <https://doi.org/10.1037/int0000208>
- 81 Comtois, K. A., Jobes, D. A., S. O'Connor, S., Atkins, D. C., Janis, K., E. Chesson, C., Landes, S. J., Holen, A., & Yuodelis-Flores, C. (2011). Collaborative assessment and management of suicidality (CAMS): Feasibility trial for next-day appointment services. *Depression and Anxiety*, 28(11), 963-972. <https://doi.org/10.1002/da.20895>
- 82 Andreasson, K., Krogh, J., Wenneberg, C., Jessen, H. K., Krakauer, K., Glud, C., Thomsen, R. R., Randers, L., & Nordentoft, M. (2016). Effectiveness of dialectical behavior therapy versus collaborative assessment and management of suicidality treatment for reduction of self-harm in adults with borderline personality traits and disorder—a randomized observer-blinded clinical trial. *Depression and Anxiety*, 33(6), 520-530. <https://doi.org/10.1002/da.22472>
- 83 Ryberg, W., Fosse, R., Zahl, P. H., Brorson, I., Møller, P., Landrø, N. I., & Jobes, D. (2016). Collaborative assessment and management of suicidality (CAMS) compared to treatment as usual (TAU) for suicidal patients: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1), 481. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1602-z>
- 84 Jobes, D. A., Comtois, K. A., Gutierrez, P. M., Brenner, L. A., Huh, D., Chalker, S. A., Ruhe, G., Kerbrat, A. H., Atkins, D. C., & Jennings, K. (2017). A randomized controlled trial of the collaborative assessment and management of suicidality versus enhanced care as usual with suicidal soldiers. *Psychiatry*, 80(4), 339-356. <https://doi.org/10.1080/00332747.2017.1354607>
- 85 Huh, D., Jobes, D. A., Comtois, K. A., Kerbrat, A. H., Chalker, S. A., Gutierrez, P. M., & Jennings, K. W. (2018). The collaborative assessment and management of suicidality (CAMS) versus enhanced care as usual (E-CAU) with suicidal soldiers: Moderator analyses from a randomized controlled trial. *Military Psychology*, 30(6), 495-506. <https://doi.org/10.1080/08995605.2018.1503001>
- 86 Pistorello, J., Jobes, D. A., Compton, S. N., Locey, N. S., Walloch, J. C., Gallop, R., Au, J. S., Noose, S. K., Young, M., & Johnson, J. (2018). Developing adaptive treatment strategies to address suicidal risk in college students: A pilot sequential, multiple assignment, randomized trial (SMART). *Archives of Suicide Research*, 22(4), 644-664. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1392915>
- 87 Dimeff, L. A., Jobes, D. A., Chalker, S. A., Piehl, B. M., Duvivier, L. L., Lok, B. C., Zalake, M. S., Chung, J., & Koerner, K. (2020). A novel engagement of suicidality in the emergency department: Virtual collaborative assessment and management of suicidality. *General Hospital Psychiatry*, 63, 119-126. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2018.05.005>
- 88 Posner, K., Brent, D., Lucas, C., Gould, M., Stanley, B., Brown, G., Fisher, P., Zelazny, J., Burke, A., Oquendo, M., & Mann, J. (2008). Columbia-suicide severity rating scale (C-SSRS). *New York State Psychiatric Institute*, 10. <https://depts.washington.edu/ebpa/sites/default/files/C-SSRS-LifetimeRecent-Clinical.pdf>
- 89 McGinn, M. M., Roussev, M. S., Shearer, E. M., McCann, R. A., Rojas, S. M., & Felker, B. L. (2019). Recommendations for using clinical video telehealth with patients at high risk for suicide. *Psychiatric Clinics of North America*. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.08.009>
- 90 Luxton, D. D., O'Brien, K., Pruitt, L. D., Johnson, K., & Kramer, G. (2014). Suicide risk management during clinical telepractice. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 48(1), 19-31. <https://doi.org/10.2190/PM.48.1.c>
- 91 Hoffman, J. A., Cunningham, J. R., Suleh, A. J., Sundsmo, A., Dekker, D., Vago, F., Munly, K., Igonya, E. K., & Hunt-Glassman, J. (2010). Mobile direct observation treatment for tuberculosis patients: A technical feasibility pilot using

mobile phones in Nairobi, Kenya. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(1), 78-80. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.02.018>

- ⁹² Cowan, K. E., McKean, A. J., Gentry, M. T., & Hilty, D. M. (2019). Barriers to use of telepsychiatry: Clinicians as gatekeepers. *Mayo Clinic Proceedings*, 94(12), 2510-2523. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31806104/>
- ⁹³ Young, L. B. (2012). Telemedicine interventions for substance-use disorder: A literature review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 18(1), 47-53. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.03.007>
- ⁹⁴ Chan, S., Li, L., Torous, J., Gratzner, D., & Yellowlees, P. M. (2018). Review of use of asynchronous technologies incorporated in mental health care. *Current Psychiatry Reports*, 20(10), 85. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0954-3>

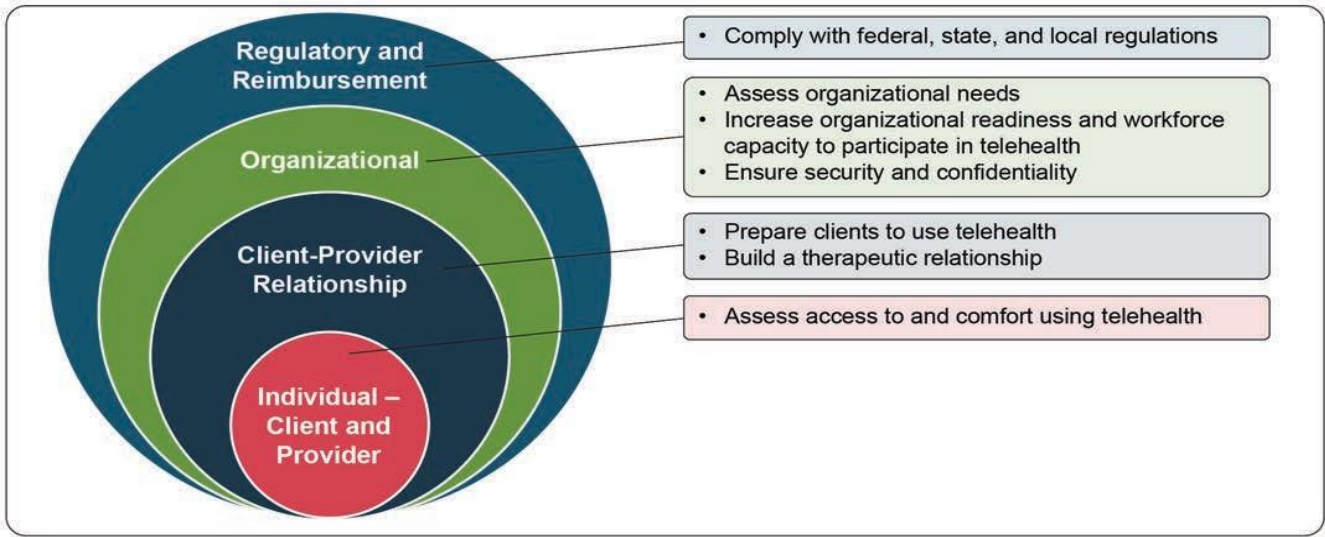
ГЛАВА 3

Керівництво із впровадження науково обґрунтованих практик лікування

Перш ніж починати застосування методів телемедицини для скринінгу, оцінки станів, лікування та надання підтримки людям із серйозними психічними захворюваннями (далі СПЗ) та тим, хто страждає на розлад внаслідок вживання психоактивних речовин (далі РВП), лікарі-клініцисти повинні розглянути кілька важливих аспектів, що будуть пов’язані з їхнім впровадженням. Хоча цей посібник зосереджений на методах лікування з використанням формату телемедицини для людей, які мають СПЗ та РВП, міркування і стратегії щодо їхнього впровадження, розглянуті в цьому розділі, можуть бути широко застосовані для лікування будь-якого іншого психічного захворювання.

У цьому розділі представлені міркування та стратегії впровадження методів телемедицини, що сприятимуть їхній ефективній реалізації на декількох взаємопов’язаних рівнях.

Цей розділ починається з опису аспектів, які необхідно прийняти до уваги на індивідуальному рівні, а саме на рівні клієнта та провайдера медичних послуг. Далі в ньому висвітлюються міркування і стратегії, що стосуються міжособистісних відносин між клієнтом і провайдером послуг, в межах певної організації, а також відповідних політик та регуляторного ландшафту.



Переклад схеми – центричні кола

regulatory and reimbursement – регуляторні питання та відшкодування
organizational – організаційні питання
client-provider relationship – рівень взаємовідносин клієнт- провайдер послуг
individual – client and provider – індивідуальний рівень – клієнт і провайдер послуг

Переклад схеми – пояснення

• Comply with federal, state, and local regulations	Дотримання відповідних федеральних, державних і місцевих норм
---	---

• Assess organizational needs • Increase organizational readiness and workforce capacity to participate in telehealth • Ensure security and confidentiality	• Здійснення оцінки організаційних потреб • Підвищення організаційної готовності та розбудова потенціалу безпосередніх виконавців, які братимуть участь у заходах з телемедицини • Забезпечення безпеки та конфіденційності відповідних процесів
• Prepare clients to use telehealth • Build a therapeutic relationship	• Здійснення підготовки клієнтів до лікування, що відбуватиметься шляхом телемедицини • Налагодження терапевтичних стосунків
• Assess access to and comfort using telehealth	• Здійснення оцінки доступу до та комфортного застосування методів телемедицини

Міркування, пов'язані із застосуванням методів телемедицини на індивідуальному рівні

На рівні клієнта

Перед застосуванням методів телемедицини необхідно прийняти до уваги, що клієнти мають різний рівень:

- комфорту або готовності взаємодіяти у такому форматі
- доступу до технологій або швидкісного інтернету
- побоювання щодо використання технологій або занепокоєння щодо забезпечення їхньої конфіденційності та пов'язаних з цим ризиків

Нещодавнє поширення використання смартфонів надає багатьом людям зручну можливість застосування методів телемедицини. Доступ до смартфонів дозволяє проводити як синхронні відеоконференції для проведення терапії шляхом телемедицини, так і можливість використання асинхронних додатків для моніторингу прийому ліків, запису симптомів та обміну повідомленнями між клієнтом та провайдером послуг.

Забезпечення рівного доступу до послуг із охорони здоров'я та телемедицини

Телемедицина відкриває перспективи забезпечення рівного доступу до послуг із охорони здоров'я. Однак лікування, що здійснюється шляхом телемедицини, вимагає доступу до технологій та інтернету. За статистикою, приблизно 10% американців не мали доступу до інтернету в 2019 році. Якщо говорити про категорію людей, які не користуються інтернетом, то такі люди, як правило, живуть у сільській місцевості, їхній вік становить 65 років і старше, вони мають освіту меншу за середню, і належать до кольорового населення.¹ Відповідні організації та практики повинні бути обізнаними щодо питань надання рівного та справедливого доступу до медицини та робити все належне для зменшення диспропорції щодо надання рівного доступу до медичної допомоги для малозабезпечених верств населення.² Послуги перекладу можуть підвищити доступність таких послуг для клієнтів, які не володіють англійською мовою.³

Стратегії підвищення доступу клієнтів до телемедицини та її комфортного використання

- **Розширення доступу до мобільних телефонів та інтернету** – крім швидкого і стабільного інтернет-з'єднання, клієнтам потрібні планшети, комп'ютери, або смартфони, які підтримуватимуть можливість проведення відеоконференцій віч-на-віч або додатків електронної системи охорони здоров'я (типу eHealth). Технічні труднощі, такі як низька роздільна здатність зображення, затримки звуку або збої інтернет з'єднання, можуть порушувати спілкування між провайдером послуг і клієнтом.^{4,5}
 - Провайдери послуг можуть забезпечувати пристроями та підсилювачами сигналів тих клієнтів, які їх потребують.⁶ Однак придбання телефонів і забезпечення підтримки доступу до інтернету також передбачають значні витрати на їхнє технічне обслуговування.⁷
 - Клієнти, які не мають смартфонів, планшетів або комп'ютерів, також повідомляють про високу задоволеність використанням звичайних телефонів для проведення сеансів психотерапії.^{8,9}

- Для підвищення обізнаності про телемедицину рекомендовано, щоби медичні заклади розміщували постери, що надають відповідну інформацію в кабінетах лікарів або місцях, де клієнти очікують на прийом. Також рекомендовано, щоби працівники таких закладів поширювали рекламні матеріали щодо методів телемедицини під час візиту клієнтів або в рамках підведення підсумку візиту до лікаря. Дієвою та показовою також є демонстрація застосування методів телемедицини.³

Обговоріть переваги телемедицини на індивідуальному рівні. Телемедицина може допомогти не лише тим, хто страждає на СПЗ та РВПР, але і тим людям, які мають певні фізичні обмеження (наприклад, хронічний біль або проблеми, пов'язані з мобільністю), або страждають на панічні розлади. Телемедицина може допомогти таким клієнтам зосередитися на лікуванні у більш комфортних та безпечних для них умовах, які вони можуть передбачити та контролювати.

- **Проведіть пробний сеанс** – хоча багато технологій у сфері громадського здоров'я розробляються з урахуванням того, що вони мають бути простими для використання тими людьми, які не мають великого досвіду роботи із сучасними пристроями, платформами та додатками, деякі клієнти все ще можуть відчувати непевність і занепокоєння щодо технічних проблем, з якими вони можуть зіткнутися під час сеансів телемедицини.¹⁰⁻¹² Для того щоби попередити виникнення таких відчуттів у клієнтів, перед першою сесією із лікарем рекомендованим є проведення тестового з'єднання та ознайомлення з інтерфейсом програми.¹³ Домовтеся із співробітником, якій відповідає за ІТ або іншим співробітником, організувати короткий попередній сеанс із клієнтом, щоби ознайомити його із функціональними можливостями платформи та допомогти клієнту подолати будь-які проблеми, які можуть виникати під час сеансів телемедицини. Це може включати демонстрацію того, як користуватися програмою або додатком, і надання порад щодо того, як використовувати інтерфейс пристрою або програми за допомогою яких буде проводитися лікування (наприклад, як торкатися екрану, і які саме дії виконувати для початку або припинення сеансу), як користуватися камерою, як записувати або переглядати записи сеансів, а також як завантажувати і видаляти файли.¹⁴
- **«Давайте спробуємо і подивимося, чи буде зручним для Вас такий метод спілкування»** – перш ніж приймати рішення стосовно застосування телемедицини, необхідно впевнитися, що клієнти не мають відчуття страху або побоювання щодо роботи у віртуальному форматі. Тестування технології, заохочення клієнтів спробувати різні синхронні форми комунікації та нагадування клієнтам про те, що вони можуть припинити сеанси телемедицини в будь-який час, може підтримати залучення клієнтів до такого формату лікування.

На рівні провайдера послуг

Є декілька причин з яких провайдери послуг телемедицини можуть зволікати із початком застосування телемедицини. Вони включають проблеми, які пов'язані із тим, що у провайдера і клієнта ще не склалися стійкі терапевтичні відносини, або тим, що клієнт ще не має стійкої прихильності до терапії, а також з тими перешкодами, що асоціюються із технологічними аспектами застосування телемедицини.¹⁵⁻¹⁷ Однак дослідження щодо прийнятності застосування телемедицини показують багато переваг застосування такого способу надання медичної допомоги.^{5,13, 156 18-20}

Стратегії підвищення комфорту провайдера під час проведення лікування із застосуванням методів телемедицини

- **Перегляньте літературу про ефективність та доцільність застосуванням методів телемедицини** (див. главу 1 і 2 цього посібника).
- **Організуйте проведення тренінгів** метою яких є підвищення цифрової грамотності та рівня комфорту під час роботи із різними цифровими платформами. Дізнайтеся якомога більше інформації щодо досвіду провайдерів стосовно відповідних переваг, і того, що можна покращити.^{21, 22}
- **Визначте переваги застосування телемедицини на рівні окремих провайдерів таких послуг** – окремі провайдери можуть зазначати, що за допомогою телемедицини вони можуть створювати гнучкий графік роботи, розширювати кількість клієнтів, а також залучати різні групи клієнтів, з якими вони можуть

працювати, і навіть зменшувати або попереджувати «вигорання», що асоціюється з їхньою роботою.

- **Залучайте клінічний та ІТ-персонал до процесу підтримки телемедицини** – залучення координаторів із телемедицини або навчених фельдшерів для планування та сповіщення клієнтів про сеанси телемедицини може покращити показники «неявки» та забезпечити необхідний рівень технічної підтримки під час сеансів. Наявність персоналу, який призначено для надання підтримки ефективного управління та застосування телемедицини також може покращити прийняття провайдером цього формату лікування.

Міркування щодо міжособистісних відносин між клієнтом і провайдером послуг

Відносини між клієнтом і постачальником медичних послуг мають важливе значення для успішного лікування СПЗ та РВП. Однак застосування телемедицини не завжди сприятиме або буде прийнятним форматом для побудови ефективних терапевтичних відносин між клієнтом та провайдером послуг. Попередня робота у цьому напрямі (тобто обговорення, планування та навчання до початку лікування) і особлива увага до побудови довірливих терапевтичних відносин може допомогти подолати бар'єри на шляху до розвитку міцних відносин між клієнтом і провайдером медичних послуг.

Стратегії для провайдерів, спрямовані на підготовку клієнтів до застосування телемедицини

- Оцініть клієнта на предмет доцільності і його можливості бути залученим до телемедицини – відносини між клієнтами та провайдером медичних послуг починаються із скринінгу та оцінки, які проводяться перед початком лікування або терапії. Формат телемедицини може бути прийнятним не для всіх клієнтів, він також може бути недоцільним на деяких етапах процесу лікування (наприклад, іноді необхідні особисті візити клієнтів для скринінгу, як-от забір сечі тих клієнтів, що страждають на серйозні психічні захворювання і які отримують відповідні ліки). Деякі клієнти можуть по-різному реагувати як на формат лікування віч-на-віч, так і на формат відеоконференції і можуть отримувати користь як від гібридного підходу, тобто поєднання і того, і іншого, так і лише від лікування у форматі «віч-на-віч». Скринінг та оцінка клієнтів на предмет їхньої готовності брати участь у відповідних форматах, надаватиме необхідну інформацію, що буде важливою як для планування надання медичної допомоги, так і її подальшої підтримки. Крім того, ретельна підготовка та структурована комунікація можуть пом'якшити вирішення потенційних проблеми, що можуть виникати у зв'язку із застосуванням певних форматів.
- **Надайте належну увагу процесу отримання інформованої згоди** – використовуйте такі інструменти, як [простий для розуміння шаблон форми згоди на проведення лікування у форматі телемедицини](#), розроблений Агентством досліджень та якості охорони здоров'я (AHRQ). Процес інформованої згоди включає наступні ключові розділи:
 - *Що таке телемедицина:* Поясніть, що таке телемедицина і чому ви застосовуєте цей формат в процесі лікування та догляду за клієнтом.
 - *Потенційні проблеми, пов'язані з аспектом конфіденційності:* знаходження поблизу членів сім'ї, тих, хто надає допомогу клієнтові або сусідів по кімнаті, будинку під час сеансу телемедицини можуть перешкоджати здатності клієнта повноцінно брати у ньому участь.⁵ Нагадайте клієнту, що для ефективного проходження сеансу, вони повинні знаходитися у максимально приватному та комфортному для них просторі, подалі від інших людей, а також запевніть клієнта, що їхня розмова з вами (провайдером) є гарантовано приватною. Переконайтеся, що клієнт знає, як вимкнути звук і відео для забезпечення конфіденційності у випадках, коли це буде необхідно.²³
 - *Спілкування з пацієнтами:* Повідомте клієнтам про те, як зберігаються електронні записи спілкування з ними та хто має до них доступ.²⁴
 - *Резервний план у випадку переривання або збоїв зв'язку:* Обговоріть протоколи дій, у випадку технологічних збоїв зв'язку або виходу з ладу пристроїв, а також заходи, які будуть здійснюватися тоді, коли клієнт потребуватиме більш високого рівня догляду.²⁵
- **Розробіть перелік контрольних питань для провайдера, який можна використовувати перед кожним візитом клієнта** – використання контрольного списку може бути зручним способом переконатися, що провайдер послуг дотримався усіх відповідних процедур і надав клієнтові усю необхідну інформацію.²⁶
- **Обговоріть способи забезпечення конфіденційності клієнтів під час сеансів** - щоб гарантувати конфіденційність клієнтів, зробіть постійною практикою уточнення місцезнаходження клієнта та того, хто знаходиться з вами у віртуальній кімнаті під час проведення сесії (хтось може бути присутнім із вимкненою

камерою). Ця дія може продемонструвати, що ви дійсно опікуєтесь забезпеченням конфіденційності клієнта.

Особливі міркування

Іноді можуть виникнути труднощі із залучення до телемедицини деяких клієнтів, які мають певні вади, як-от вади слуху, інвалідність або мовні бар'єри.²⁶

- Національна асоціація глухих має ресурси [для забезпечення доступу](#) для клієнтів, які мають вади слуху (глухі і слабочуючі).
- Американська психологічна асоціація розробила [лист-підказку](#) щодо застосування можливостей телемедицини особами з обмеженими можливостями.
- Надання перекладацьких послуг може допомогти забезпечити рівний доступ до послуг медичної допомоги. Багато наявних послуг з перекладу надають можливість ефективного спілкування по телефону учасників розмови, які володіють різними мовами. Тож, видається доцільним розглянути можливість розширення застосування перекладацьких сервісів в телемедицині.

Поінформуйте клієнта про норми телемедицини

Надайте клієнту стислу інформацію щодо очікуваних норм і поведінки під час сеансів телемедицини.

- Кут і якість камери, розмір екрану та інші фактори можуть обмежити можливість «зчитувати» поведінку клієнта. Попросіть клієнта відрегулювати кут камери так, щоб ви мали змогу спостерігати за їхніми невербальними поведінковими знаками.
- Якщо сеанси проходять в будинку клієнта, попросіть їх одягатися належним чином.
- Нагадайте клієнтам, що для ефективного перебігу сеансу, рекомендовано не виконувати одночасно якісь інші дії, наприклад, писати текстові повідомлення, користуватися пошуковими системами в інтернеті. Під час сеансу, цікавтеся у клієнта, чи не виникають у них труднощі з аудіо і чи взаємодія з провайдером терапії є ефективною.
- Зазначте, що хоча провайдер послуг під час сеансу і може робити нотатки або документувати інформацію в медичній карті, його увага все рівно має бути повністю зосереджена на клієнті.

Стратегії побудови терапевтичних відносин

Надання лікування за допомогою формату телемедицини впливатиме на те, як провайдер медичних послуг будуватиме терапевтичний альянс (тобто відносини, що складаються між провайдером медичних послуг та клієнтом у їхній спільній роботі спрямованій на досягнення цілей терапії)²⁷ під час процесу скринінгу, отримання згоди та лікування. Наведені нижче стратегії допоможуть забезпечити прихильність клієнта до терапії, вирішити технологічні труднощі, що впливатимуть на їхній терапевтичний досвід, а також пом'якшити відчуття «знеособленого» спілкування, яке може виникнути у клієнта^{15-17, 28}

Зазначте відмінність між особистими та віртуальними візитами – незначні затримки в аудіо чи відео можуть порушити природне спілкування, що може вплинути на побудову довірчих відносин між клієнтом та лікарем. Намагайтеся застосовувати традиційні інструменти та стратегії для побудови терапевтичних відносин із клієнтом, а також реалізуйте додаткові стратегії для подолання проблем, які можуть перешкоджати побудові таких відносин через обмеження відеозв'язку, такі, наприклад, як використання невербальних сигналів.^{29, 30}

- **Почніть з простої невимушеної розмови** – на початку сеансу всіляко намагайтеся створити таке середовище, яке було б максимально подібним до того, яке ви створюєте під час очного візиту клієнта. Запитайте, як клієнт почувається, як проходить його день, поговоріть про погоду або на інші легкі теми, так, щоби зняти можливу напругу та познайомитися ближче перед початком віртуального візиту.
- **Призначайте особисті зустрічі, коли вважаєте це за необхідне** – застосування цієї стратегії є менш ймовірним під час пандемії або стихійних лих, але це може бути корисним за певних обставин, таких як перша зустріч клієнта та провайдера, що зазвичай відбувається в лікарні. Особисті зустрічі не є необхідними для успіху терапії, що відбувається шляхом телемедицини, але вони є альтернативним варіантом спілкування, що здійснюються на розсуд клієнта і провайдера послуг. Необхідність особистих візитів може створити бар'єр для пошуку або забезпечення доступу до медичної допомоги, тому рішення щодо них слід приймати у співпраці з клієнтом.

Міркування щодо застосування формату телемедицини під час групової терапії

Якщо говорити про застосування телемедицини для групової терапії, то необхідно прийняти до уваги певні аспекти, що потребуватимуть особливої уваги. Вони в основному будуть пов'язані із динамікою групової роботи і питаннями, що стосуватимуться дотримання конфіденційності.

Ефективність групової терапії, що надають у форматі телемедицини є підтвердженим фактом. Наприклад, віртуальна терапія, що проводиться серед груп ветеранів показала такі ж ефективні результати, як і робота очних груп психологічної підтримки. Однак, статистично, групи, що проводяться у віртуальному форматі показують дещо нижчі терапевтичні показники, а саме ті, що стосуються ефективності створення терапевтичних відносин та внутрішньогрупової згуртованості (хоча ці відмінності зазвичай не впливають на клінічні результати).

Американська психологічна асоціація розробила [перелік рекомендацій](#) щодо групової терапії, що проводиться у форматі телемедицини.

Центрально-східний центр трансферу технологій, пов'язаних із вирішенням питань психічного здоров'я (МНТТС) також розробив [інформаційний листок](#) для групової телетерапії.

Формат	Групова терапія може проходити в гібридному форматі (наприклад, лише аудіо сеанс, або поєднання відео- та аудіо- форматів, або призначення особистих зустрічей). Для полегшення роботи у груповому форматі, досягнення найефективніших результатів та попередження виникнення проблем, рекомендованим є обмежитися лише двома форматами проведення терапії.
Міркування	- Хто отримає найбільшу користь від групової терапії? Подолання бар'єрів, пов'язаних із участю у терапії (наприклад, вирішення проблем, що стосуються технологічної готовності пацієнта брати участь у груповій терапії, що здійснюється у форматі телемедицини). - Чи є наявними якісь потенційні негативні наслідки для членів групи, які асоціюються із проведенням групової терапії у форматі телемедицини (наприклад, виникнення симптомів параної, прояв деструктивної, руйнівної поведінки серед членів групи)? - Яким є оптимальний розмір групи, що сприяв би ефективній взаємодії клієнтів і провайдерів послуг, а також дозволяв розв'язувати питання у разі виникнення надзвичайних ситуацій або усувати технологічні/технічні проблем, якщо такі виникатимуть під час сесії? - Чи повинні групи бути закритими або відкритими? - Чи налагоджено систему сповіщень-нагадувань розкладу групових сесій, а також групові системи комунікації для проактивного вирішення будь-яких питань, у тому числі технічних? - Як приватність і конфіденційність клієнта можуть бути захищені в групових умовах?
Фасилітація	Перед зустріччю: - Плануйте сесії заздалегідь шляхом розробки та огляду навчальної програми, ознайомлення із рекомендаціями щодо фасилітації терапевтичних сесій та способів вирішення надзвичайних ситуацій або питань, що пов'язані із технічними збоями - Надсилайте матеріали для учасників поштою або через захищені платформи обміну повідомленнями - Спробуйте залучитися підтримкою спів-фасилітатора, який міг би допомогти вам у вирішенні проблем або питань у разі виникнення надзвичайних/непередбачуваних ситуацій

	На початку зустрічі: • Нагадайте правила групової терапії, а також очікування, що з нею пов'язані, включно з рекомендаціями щодо захисту групової та індивідуальної конфіденційності та приватності • Налаштуйте функцію «спільний доступ до екрану», для можливості надання спільного доступу до документа з інструкціями для групи Під час зустрічі: • Закрийте сеанс щойно усі учасники приєднуються до зустрічі • Активуйте чат для можливості спілкування під час сесії • Активуйте функцію підняття руки • Вимкніть звукове сповіщення вхідних повідомлень • Надавайте час на запитання та вирішення питань, пов'язаних із проведенням сесії
Надзвичайні/непередбачувані ситуації	• Дізнайтеся та задокументуйте фізичне місцезнаходження та екстрені контакти кожного пацієнта • На першому груповому занятті нагадайте учасникам про план і правила поведінки під час виникнення надзвичайних ситуацій • Розгляньте можливість залучення іншого клініциста у якості співведучого групового сеансу, який здійснюється у форматі відеоконференції, щоби: – не скасовувати групове заняття, якщо один із клініцистів за певних обставин не може бути присутнім – забезпечити безперервний перебіг групової терапії, у разі коли увага одного із клініцистів буде спрямована на вирішення технічних проблем або надзвичайних ситуацій

Міркування, що стосуються застосування телемедицини, на рівні організації

Для забезпечення стійкості надання послуг телемедицини, певні зміни повинні бути здійснені на рівні організації. Перш ніж включати послуги з телемедицини у програми лікування або клінічну практику, важливо оцінити доцільність їхнього впровадження з огляду на наявні ресурси і можливості клініки, клієнтів, що в ній обслуговуються, а також провайдерів, які будуть надавати відповідні послуги з лікування. Організація повинна забезпечити наявність відповідного простору, технологій/обладнання, програм навчання, фінансових і людських ресурсів, а також подальшу життєздатність телемедицини.

Стратегії оцінки організаційних потреб і готовності

Перш ніж впроваджувати практику застосування телемедицини, кожна програма або організація повинні провести оцінку потреб, що включатиме огляд таких аспектів:

- **Готовність організації до надання послуг у форматі телемедицини** – перегляньте наявні стандартні операційні протоколи та процедури (наприклад, процедури залучення до програм, складання розкладу), які можуть полегшити або перешкодити впровадженню телемедицини за допомогою інструменту оцінки готовності. Американська психологічна асоціація розробила контрольний список, який оцінює [можливість участі/проведення психологічної терапії у форматі телемедицини з огляду на наявні технологічні ресурси](#), і є інструментом перевірки готовності як клієнта, так і провайдера послуг (організації). Аналогічно, Американська психіатрична асоціація розробила комплексний [інструментарій телепсихіатрії](#), що надає інформацію та ресурси, що стосуються застосування телемедицини для надання психіатричної допомоги.³¹⁻³³
- **Сильні сторони програми або організації та сфери потенційного розвитку** – Розгляньте

аспекти, що стосуються бюджету, інфраструктури, необхідних і наявних систем підтримки і управління інформацією. Ознайомтеся та перевірте можливість дотримання відповідних нормативних актів, розуміння політики виставлення рахунків та відшкодування та можливості управління цими процесами, а також організаційну здатність підтримувати телемедицину.

- **Наявні внутрішні ресурси та місцеві фактори** – Визначте внутрішні ресурси (наприклад, кадрове забезпечення, наявність технологій, простору) та місцеві фактори (географічне розташування, транспорт, доступність телемедицини для клієнтів, наявність високошвидкісного інтернету і т.д.), які можуть вплинути на надання послуг шляхом телемедицини.
- **Фінансові аспекти** – Визначте витрати на впровадження та підтримку формату телемедицини. Переконайтеся, що платники відшкодуватимуть кошти за послуги, що надаються шляхом телемедицини, і що ставки відшкодування розраховані правильно.
- **Характеристика клієнтського населення** – Визначте цільову аудиторію та фактори ризику, унікальні для них аспекти культури, а також виклики, з якими вони стикаються/можуть потенційно стикнутися, їхні фінансові ресурси, рівень доступу до технологій (включаючи широкосмуговий зв'язок та обладнання), а також способи, у які телемедицина може бути використана для подолання цих викликів.^{34, 3}

На основі результатів проведення оцінки потреб керівники організацій можуть працювати зі своїми клінічними групами, адміністраторами, представниками клієнтів або консультативними радами пацієнтів, членами спільноти та партнерами, щоб створити план впровадження, який включає такі пункти:

- Організаційні пріоритети, технологічні потреби, необхідні зміни в існуючих політиках і робочих процесах, а також потреби у проведенні навчання
- Короткострокові та довгострокові результати (підлягають вимірюванню за допомогою інструментів, визначених у Главі 5)
- Логічна модель (графічне зображення зв'язку між діяльністю програми та її очікуваними результатами)
- Приватність, безпека та процедури конфіденційності

Стратегії підвищення внутрішньої готовності та потенціалу робочої сили для участі в наданні послуг у форматі телемедицини

- **Визначте лідера програми** – лідери програми можуть виконувати різні ролі в клініці (наприклад, провайдери послуг, координатори послуг з телемедицини, керівництво), але як лідери вони можуть виступати адвокатами послуг з телемедицини перед керівництвом, проводити формальне та неформальне навчання з телемедицини та визначати проблеми і пропонувати рішення³
- **Навчання та розбудова спроможності** – за можливості, виділіть спеціальний час для підтримки впровадження тренінгу.³ В процесі навчання та розбудови спроможності потрібно залучати увесь необхідний персонал і партнерів, а також включити інформацію про таке:
 - Зміну робочих процесів (наприклад, процесів прийому, планування та документування візитів) і використану технологію, затверджену Законом США «Про зберігання, захист та підзвітність даних медичного страхування» (HIPAA).
 - Навчання постачальників з питань доказової бази для телемедицини з метою підвищення зацікавленості постачальників та організацій у просуванні послуг у форматі телемедицини для клієнтів.
 - Повідомлення про послугу та встановлення очікувань щодо підтримки послуг з телемедицини з боку усього персоналу.³
- **Створіть пілотну програму** – вмотивовані та залучені провайдери можуть провести випробування

інструментів впровадження, а потім поділитися висновками з іншими провайдером³⁶ Провайдери також можуть брати участь у навчальних консультаціях у форматі «рівний-рівному», щоб поділитися досвідом та інформацією про впроваджені стратегії. Згідно з теорією розповсюдження інновацій³⁷, ці інноватори можуть впливати на перших користувачів, які здатні впливати на більшість постачальників.

• **Залучіть клінічний персонал для підтримки телемедицини** – для ефективного впровадження технологій телемедицини потрібно буде залучити персонал усіх рівнів. Після проходження навчання більшістю членів команди, вони можуть підтримувати безперервність надання послуг у разі відсутності або відпустки якогось члена команди.³⁸

- Координатори телемедицини або медичні асистенти, які пройшли навчання/підготовку, можуть планувати зустрічі та надсилати нагадування про візити у форматі телемедицини, зменшуючи випадки неявок, і надавати необхідну технічну допомогу клієнтам.³⁸
- Залучення клінічного персоналу до постійної комунікації дозволяє керівництву зрозуміти труднощі та успіхи процесу впровадження³⁶

• **Отримайте захищені пристрої та платформи для проведення відеоконференцій.** Агентства, які бажають розширити можливості телемедицини, повинні мати надійні та стабільні технології та підтримку ІТ-спеціалістів.^{13, 39}

- У провайдерів і агентств може виникнути необхідність у придбанні, оновленні або обслуговуванні обладнання з метою проведення сеансів телемедицини та безпечного надсилання інформації як всередині клініки, так і за її межами. Обладнання, яке можна використовувати поза межами клініки, корисне для випадків, коли постачальники послуг не можуть дібратися до клініки в зв'язку з надзвичайними ситуаціями в галузі охорони здоров'я або стихійними лихами, а також для забезпечення можливості змінювати графіки роботи у клініці і працювати з дому.
- Клініки повинні надати достатню кількість ноутбуків для підтримки персоналу, який працює з дому або за межами типового спільного офісу.⁴⁰
- Як правило, послуги телемедицини повинні надаватися через платформу, яка відповідає вимогам Закону США «Про зберігання, захист та підзвітність даних медичного страхування» (HIPAA);⁴¹ однак під час надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я нормативні акти можуть дозволяти використання додатків для проведення відеоконференцій, таких як Skype або FaceTime. Закони штату про конфіденційність медичних даних все ще можуть застосовуватися. Американська психіатрична асоціація містить огляд [вимог до платформи та програмного забезпечення](#) для надання послуг з телепсихіатрії.

• **Забезпечте високоякісне підключення до мережі Інтернет** – інвестуйте у високоякісний ширококутний доступ до мережі Інтернет з метою вирішення проблем, пов'язаних з роздільною здатністю зображення, затримками аудіо або перебоями в роботі послуг.

- Хоча перебої можуть виникати як у клієнта, так і в провайдера, важливо, щоб постачальник мав стабільний Інтернет для зменшення перебоїв у мережі.
- Агентствам слід розглянути можливість забезпечення підсилювачів сигналу для лікарів-клініцистів, які працюють з дому та надають послуги телемедицини без стабільного високошвидкісного ширококутового Інтернету.⁴⁰
- Переконайтеся, що пристрої провайдера здатні проводити відеоконференції та одночасно отримувати доступ до електронних медичних записів.

• **Надавайте постійну технічну підтримку** – забезпечте технологічні ресурси для обслуговування обладнання, підтримки змін в технологіях, а також забезпечення навчання та надання допомоги в разі виникнення проблем.¹³ Забезпечення готовності персоналу для вирішення аварійних технологічних

проблем може спростити впровадження телемедицини.

Стратегії забезпечення безпеки та конфіденційності

Клієнти та провайдери повинні бути впевнені, що їхня особиста інформація залишатиметься в безпеці під час використання систем телемедицини та онлайн-служб.⁴³ Подібним чином занепокоєння щодо забезпечення приватності та конфіденційності також може заважати клієнтам говорити про делікатні проблеми зі здоров'ям під час сеансів телемедицини.⁵ Коли клієнти відчують відсутність приватності чи конфіденційності, це може негативно вплинути на стосунки між клієнтом і постачальником, прихильність до лікування та дотримання режиму терапії, а отже, і на ефективність лікування.⁴⁴

Служба профілактики психічних розладів, пов'язаних із зловживанням психоактивними речовинами SAMHSA опублікувала рекомендації 2 частини 42 Кодексу федеральних нормативних актів (CFR), наголошуючи, що постачальникам дозволено розкривати інформацію про пацієнта медичному персоналу без письмової згоди клієнта для надання добросовісної невідкладної медичної допомоги. У контексті телемедицини ця інструкція призначена для забезпечення клінічно відповідних засобів зв'язку та доступу до медичної допомоги у разі, коли клієнт може бути не в змозі отримати звичайну медичну допомогу через виникнення надзвичайної ситуації у сфері охорони здоров'я.⁴²

Постачальники послуг телемедицини повинні використовувати безпечні та приватні платформи для взаємодії з клієнтами з використанням методу телемедицини. Загальні стратегії для вирішення проблем клієнтів щодо конфіденційності:

• **Визначте безпечні місця для забезпечення роботи у форматі телемедицини.** Постачальники можуть зіткнутися з проблемою браку місця та відсутності конфіденційності, але наявність відповідного простору для забезпечення роботи у форматі телемедицини є важливою.^{38, 40}

- Визначте приватні кабінети та приміщення для проведення переговорів (із дверима, які зачиняються, з метою зведення до мінімуму можливого переривання роботи, і без вікон, які виходять у коридори, куди інші особи можуть зазирнути під час сесій), які можуть бути оснащені відповідним технологіями для проведення зустрічей у форматі телемедицини.
- Вплив порушень конфіденційності клієнта посилюється в клінічно неконтрольованих умовах, наприклад в особистих помешканнях, оскільки розмови можуть бути підслухані. Визначте разом з клієнтами безпечні місця для роботи у форматі телемедицини під час попередньої роботи з клієнтом.

• **Захистіть дані на пристроях.** Використовуйте шифрування та двофакторну автентифікацію на пристроях зв'язку.²³ Переконайтеся, що будь-яка особиста інформація чи інформація про стан здоров'я, наприклад підписані форми оцінки чи документація стосовно лікування, надсилається в зашифрованому та безпечному вигляді.

• **Забезпечуйте освіту та надавайте технічну допомогу провайдерам з питань приватності, безпеки та конфіденційності** – телемедицина несе в собі ризики порушення вимог щодо захищеної медичної інформації (ЗМІ), і все ж більшість постачальників не пройшли належного навчання з питань захисту конфіденційності клієнтів під час використання формату телемедицини. Забезпечення навчання та надання підтримки провайдерам може зменшити дискомфорт, пов'язаний з конфіденційністю та технологічними проблемами.¹³

- Теми навчання включають: визначення поняття телемедицини та етикету телемедицини, нормативно-правові акти та відшкодування, Закон США «Про зберігання, захист та підзвітність даних медичного страхування» (HIPAA) та проблеми конфіденційності, етичні практики та ефективність телемедицини.⁴⁵

- Розширення освітніх і навчальних програм, а також надання технічної підтримки є ключовими для зменшення ризику порушення вимог щодо захищеної медичної інформації під час використання формату телемедицини.²³

Регуляторне середовище та середовище відшкодування

Перш ніж ініціювати програму телемедицини, практикуючі лікарі повинні розглянути регуляторні питання, включаючи ліцензування, закони про призначення ліків та політику відшкодування. Системи охорони здоров'я, які впроваджують телемедицину, вважають питання відшкодування одним із найбільших викликів.³⁸ Багато цих правил відрізняються між собою залежно від штату; програми лікування повинні враховувати державні рекомендації.

Нормативно-правове середовище та умови відшкодування постійно змінюються, особливо під час пандемії COVID-19. Правила та вказівки щодо відшкодування також можуть відрізнятися залежно від штату. Ознайомтеся з посиланнями у цьому розділі для отримання інформації про найновіші вказівки

Правила ліцензування працівників

Кожен провайдер послуг з психічного здоров'я та лікування СПЗ повинен дотримуватися вимог державного рівня. Психологи, клінічні соціальні працівники, ліцензовані професійні консультанти, ліцензовані консультанти з лікування хімічної залежності, ліцензовані шлюбні та сімейні терапевти та постачальники послуг, які виписують рецепти (наприклад, лікарі, лікарі-остеопати, практикуючі медсестри та асистенти лікарів) повинні проконсультуватися зі своїми ліцензійними комісіями щодо оновлених інструкцій, пов'язаних із наданням допомоги з використанням формату телемедицини.

Наприклад, більшість державних медичних комісій вимагають, щоб лікарі, які займаються телемедициною, мали ліцензію в штаті, де знаходиться клієнт, що створює значну перешкоду для широкого впровадження телемедицини. Деякі штати видають спеціальну ліцензію, ліцензію на впровадження телемедицини або ліцензію на проведення медичної практики за межами штату, щоб дозволити надання послуг у форматі телемедицини;⁴⁶ однак було доведено, що ці вимоги щодо спеціальної ліцензії є перешкодою для прийняття формату телемедицини.⁴⁷ Деякі ради мають додаткові вимоги до візитів у системі телемедицини, наприклад, підтвердження, що пацієнт є особою, за яку себе видає, перед початком лікування. Крім того, компанія, яка займається страхуванням від зловживань службовим становищем, може не мати бажання або бути не в змозі надати страхування через межі штату.⁴⁸ Дослідження Американської медичної асоціації (АМА) показало, що страхування від зловживань є необхідністю для лікарів, які розглядають можливість впровадження цифрових інструментів.⁴⁹

Правила, що застосовуються до призначення рецептів на препарати замісної підтримувальної терапії

Суворі правила щодо віртуального виписування рецептів на федеральному рівні та рівнях штатів впливають на надання послуг телемедицини, особливо замісної підтримувальної терапії (ЗПТ). До пандемії COVID-19 Закон Райана Хайта про захист прав споживачів по відношенню до онлайн-аптек від 2008 року вимагав від постачальників проведення особистого огляду у всіх випадках перед призначенням контрольованих речовин, таких як бупренорфін, з певною гнучкістю застосування⁵⁰.

Служба профілактики психічних розладів, пов'язаних із зловживанням психоактивними речовинами (SAMHSA)

- Федеральні закони, нормативні акти та настанови, що стосуються призначення ЗПТ для практикуючих лікарів і програм лікування опіоїдами (ПЛО): <https://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment/statutes-regulations-guidelines>

Управління боротьби з наркотиками (DEA)

- Управління боротьби з наркотиками відреагувало на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я, переглянувши політику, щоб дозволити призначати деякі контрольовані речовини за допомогою телемедицини без необхідності очного візиту.⁵¹ За відсутності надзвичайної ситуації у сфері охорони здоров'я Закон Райана Хейта дозволяє призначати рецепти за допомогою телемедицини, якщо клієнт знаходиться в лікарні, зареєстрований Управлінням боротьби з наркотиками, і лікар, який виписує рецепт, спілкується з клієнтом через відео⁵².

Ця таблиця відображає поточні рекомендації щодо призначення контрольованих речовин станом на березень 2020 року: [https://www.deadiversion.usdoj.gov/GDP/\(DEA-DC-023\)\(DEA075\)Decision_Tree_\(Final\)_33120_2007.pdf](https://www.deadiversion.usdoj.gov/GDP/(DEA-DC-023)(DEA075)Decision_Tree_(Final)_33120_2007.pdf)

Відшкодування

Федеральний закон стосовно програми Медікейд (Програма медичної допомоги для малозабезпечених в США) і нормативні акти не піднімають конкретні питання методів надання послуг з телемедицини або критеріїв її впровадження, залишаючи штатам можливість розробляти програми.⁵³ Усі 50 штатів і Вашингтон, округ Колумбія, мають певну форму відшкодування в рамках програми Медікейд за надання послуг з телемедицини, але ці програми відрізняються між собою. Лікувальні програми та організації повинні ознайомитися із нормативними актами, що стосуються програми Медікейд у їхньому штаті, до початку впровадження послуг з телемедицини. Послуги відеозв'язку в режимі реального часу відшкодовуються в усіх штатах; однак деякі асинхронні методи телемедицини (наприклад, послуги зберігання та пересилання) визначаються та компенсуються лише деякими державними програмами Медікейд. У деяких штатах також існують географічні обмеження.

Закон про ПІДТРИМКУ від 2018 року пом'якшив деякі обмеження щодо відшкодування лікування осіб із СПЗ або РВП. Відповідно до Закону про ПІДТРИМКУ від 2018 року Центри обслуговування програм медичної допомоги людям похилого віку, інвалідам, незаможним та незаможним (CMS) випустили вказівки щодо варіантів відшкодування державою послуг, що надаються у форматі телемедицини, та лікування РВП в рамках програми Медікейд.⁵³

Програма **Медікер** (програма державної безкоштовної медичної допомоги людям похилого віку в США) відшкодовує лише обмежені послуги телемедицини, які відповідають певним параметрам. Є обмеження щодо типу професіонала який може надавати послуги, і послуги повинні надаватися через відео в реальному часі. Відповідні послуги телемедицини, що відшкодовуються в рамках програми Медікер, пов'язані з лікуванням СПЗ та РВП, включають:⁵⁴

- Індивідуальну та сімейну психотерапію
- Послуги структурованої оцінки та інтервенцій у зв'язку зі зловживанням алкоголю та/або речовин (крім тютюну)
- Консультації віч-на-віч щодо поведінки при зловживанні алкоголем
- Щорічне обстеження на зловживання алкоголем
- Щорічний скринінг на депресію
- Послуги з відмови від куріння

Залежно від місцезнаходження клієнта, програма Медікер має обмеження на відшкодування послуг телемедицини, що надаються певними закладами та в певних географічних районах. Послуги телемедицини були обмежені для клієнтів, які перебувають у зоні нестачі медичних працівників (HPSA) або в окрузі, що знаходиться за межами будь-якої мікрополітичної статистичної зони (MSA). Починаючи з 2020 року, Центри обслуговування програм медичної допомоги людям похилого віку, інвалідам, малозабезпеченим та незабезпеченим (CMS) скасували географічні вимоги до надання послуг телемедицини для лікування осіб із СПЗ або РВП, а також визначили дім в якості придатного закладу для лікування цих осіб.⁵⁴ Адміністрація з ресурсів і послуг охорони здоров'я (HRSA) містить [інструмент](#), за допомогою якого постачальники можуть визначити, чи відповідає певна локація вимогам відшкодування витрат за надання послуг з телемедицини в рамках програми Медікер.⁵⁴

Сорок три штати та округ Колумбія мають закони, які регулюють політику відшкодування послуг з телемедицини **приватними платниками**.⁵⁵

Державна політика, яка вимагає від приватних платників відшкодовувати витрати на послуги телемедицини в тій самій мірі, що й очні послуги, супроводжується більш широким впровадженням послуг у форматі телемедицини.⁴⁷

Ресурси для відстеження поточних нормативних актів і стратегій на федеральному рівні та рівні штату

- **Центр пов'язаної політики охорони здоров'я: Національний ресурсний центр політики телемедицини** підтримує [карту](#) законів, нормативних актів і політики відшкодування, пов'язаних із телемедициною, для всіх 50 штатів і округу Колумбія. Вони також підготували [звіт](#) про державні закони у сфері телемедицини та політику відшкодування.^{35, 55}

- Чинні державні закони та політика відшкодування, [інтерактивна карта політики](#)
- Законодавство та нормативні акти у сфері телемедицини, [інтерактивна карта](#)
- Зміни в національній політиці щодо телемедицини та програми Медікер, [вебсайт](#)

- **Американська медична асоціація** надає [стислий посібник](#) із ресурсами щодо ліцензування і політики оплати, щоб допомогти постачальникам у впровадженні програм телемедицини.^{56, 57}

- У 2018 році **Департамент у справах ветеранів (VA)** опублікував [остаточне правило](#), яке дозволяє провайдерам Департаменту у справах ветеранів надавати послуги телемедицини бенефіціарам Департаменту у справах ветеранів, незалежно від фізичного місцезнаходження постачальника медичних послуг або бенефіціара.⁵⁸

- Вимоги щодо ліцензування та призначення рецептів на державному рівні

- [Федерація державних медичних рад](#)
- [Американська асоціація консультантів](#)
- [Асоціація рад соціальної роботи](#)
- [Американська асоціація шлюбної та сімейної терапії](#)
- [Консультації щодо розладу вживання психоактивних речовин](#)

- Міжштатний договір про медичне ліцензування – це угода між штатами-учасниками щодо спрощення ліцензування через межі штату; Психологічний міжюрисдикційний договір (PSYPACT) дозволяє психологам у штатах, на які поширюється дія Психологічного міжюрисдикційного договору (PSYPACT) практикувати телепсихологію в інших штатах, в яких Психологічний міжюрисдикційний договір (PSYPACT) є чинним.⁵⁸

- **Центри обслуговування програм медичної допомоги людям похилого віку, інвалідам, малозабезпеченим та незабезпеченим (CMS) мають [вебсайт](#) із переліком відмов від претензій і гнучких положень у зв'язку з пандемією COVID-19.**

Ресурси

Деякі ресурси є в наявності, щоб допомогти лікарям-практикам і організації впроваджувати послуги телемедицини.

- [Посібник із впровадження телемедицини](#), Американська медична асоціація: практичний посібник із впровадження нових цифрових рішень.
- Американська медична асоціація також має навчальний [модуль](#) з телемедицини.
- Ресурсний центр телемедицини в Каліфорнії розробив [Набір для розробників програми телемедицини](#), повний огляд того, як розробити та запровадити програму телемедицини.
- [ProviderBridge.org](#) допомагає мобілізувати медичних працівників-волонтерів для лікування пацієнтів під час надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я. Сайт підтримує можливість переміщення (портативність) медичних ліцензій, щоб зв'язати медичних працівників із державними установами та установами охорони здоров'я, щоб розширити доступ до медичної допомоги для пацієнтів у сільській місцевості та громадах із недостатнім обслуговуванням. Сайт також надає інформацію та ресурси телемедицини для кожного штату, щоб допомогти постачальникам із питаннями ліцензування послуг з телемедицини.
- [Licensureproject.org](#) надає оновлену інформацію про регулювання та ліцензування надзвичайних ситуацій для психологів, ерготерапевтів, асистентів лікарів та соціальних працівників. Ресурси включають спеціальні інструменти штату, пов'язані з ліцензуванням і телемедициною, а також онлайн-підтримку та підтримку по телефону.
- [Стисло: Поведінкове здоров'я в сільській місцевості: виклики та можливості телемедицини](#) У цьому посібнику SAMHSA досліджуються перешкоди для доступу до послуг з лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, і психічного здоров'я в сільських громадах, а також переваги телемедицини для цих громад. Він допомагає практикуючим лікарям упроваджувати технології телемедицини як засіб розширення доступу до послуг.
- [Підтримка доступу до телемедицини з метою надання послуг з лікування залежностей: Огляд законодавства та міркування загальної практики](#), Американське товариство аддиктивної медицини надає вказівки для лікарів-клініцистів і програм щодо нормативних та практичних питань, пов'язаних із використанням телемедицини для лікування розладів вживання психоактивних речовин під час пандемії COVID-19.
- [ПОРАДА 60: Використання технологічних терапевтичних інструментів у службах поведінкового здоров'я](#): цей посібник SAMHSA допомагає лікарям-клініцистам у впровадженні технологічної допомоги. Він підкреслює важливість використання технологічних оцінок і інтервенцій під час надання послуг з лікування поведінкових захворювань. У посібнику також обговорюється, як технології зменшують перешкоди для доступу до медичної допомоги.
- [Система клінічної підтримки провайдерів послуг](#) та [Мережа відповіді на лікування опіоїдами](#) розробили [Таблицю рекомендацій](#) щодо лікування опіоїдних розладів за допомогою формату телемедицини.

Посилання

- ¹ Anderson, M., Perrin, A., & Jiang, J. (2019). *10% of Americans don't use the internet: Who are they.* <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2019/04/22/some-americans-dont-use-the-internet-who-are-they/>
- ² Nouri, S., Khoong, E. C., Lyles, C. R., & Karliner, L. (2020). Addressing equity in telemedicine for chronic disease management during the COVID-19 pandemic. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 1(3). <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0123>
- ³ Palimaru, A. I., Sousa, J., Ober, A. J., & Uscher- Pines, L. (2020). *Promising practices for telemedicine implementation.* Santa Monica, Calif.: RAND Corporation, RR-A100-4. https://www.rand.org/pubs/research_reports/RRA100-4.html
- ⁴ Morland, L. A., Mackintosh, M.-A., Greene, C. J., Rosen, C. S., Chard, K. M., Resick, P., & Frueh, B. C. (2014). Cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder delivered to rural veterans via telemental health: A randomized noninferiority clinical trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(5), 470-476. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08842>
- ⁵ Choi, N. G., Hegel, M. T., Marti, C. N., Marinucci, M. L., Sirrianni, L., & Bruce, M. L. (2014). Telehealth problem-solving therapy for depressed low-income homebound older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(3), 263-271. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23567376/>
- ⁶ Engel-Smidt, L. (2020). COVID breathes life into North Carolina's rural telehealth, but broadband remains an obstacle. *North Carolina Health News*. <https://www.northcarolinahealthnews.org/2020/05/14/coronavirus-rural-telehealth/>
- ⁷ Schueller, S. M., Glover, A. C., Rufa, A. K., Dowdle, C. L., Gross, G. D., Karnik, N. S., & Zalta, A. K. (2019). A mobile phone-based intervention to improve mental health among homeless young adults: Pilot feasibility trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(7), e12347. <https://doi.org/10.2196/12347>
- ⁸ Brenes, G. A., Miller, M. E., Williamson, J. D., McCall, W. V., Knudson, M., & Stanley, M. A. (2012). A randomized controlled trial of telephone- delivered cognitive-behavioral therapy for late-life anxiety disorders. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(8), 707-716. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31822ccd3e>
- ⁹ Tutty, S., Ludman, E. J., & Simon, G. (2005). Feasibility and acceptability of a telephone psychotherapy program for depressed adults treated in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 27(6), 400-410. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2005.06.009>
- ¹⁰ Bujnowska-Fedak, M. M., & Grata-Borkowska, U. (2015). Use of telemedicine-based care for the aging and elderly: Promises and pitfalls. *Smart Homecare Technology and TeleHealth*, 3, 91-105. <https://doi.org/10.2147/SHTT.S59498>
- ¹¹ Ross, J., Stevenson, F., Lau, R., & Murray, E. (2015). Exploring the challenges of implementing e-health: A protocol for an update of a systematic review of reviews. *BMJ open*, 5(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006773>
- ¹² Sanders, C., Rogers, A., Bowen, R., Bower, P., Hirani, S., Cartwright, M., Fitzpatrick, R., Knapp, M., Barlow, J., & Hendy, J. (2012). Exploring barriers to participation and adoption of telehealth and telecare within the whole system demonstrator trial: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 12(1), 220. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-220>
- ¹³ Avey, J. P., & Hobbs, R. L. (2013). Dial in: Fostering the use of telebehavioral health services in frontier Alaska. *Psychological Services*, 10(3), 289. <https://doi.org/10.1037/a0028231>
- ¹⁴ Williams, K., Pennathur, P., Bossen, A., & Gloeckner, A. (2015). Adapting telemonitoring technology use for older adults: A pilot study. *Research in Gerontological Nursing*, 9(1), 17-23. <https://doi.org/10.3928/19404921-20150522-01>
- ¹⁵ Beattie, A., Shaw, A., Kaur, S., & Kessler, D. (2009). Primary-care patients' expectations and experiences of

- online cognitive behavioural therapy for depression: A qualitative study. *Health Expectations*, 12(1), 45-59. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2008.00531.x>
- 16 Swinton, J. J., Robinson, W. D., & Bischoff, R. J. (2009). Telehealth and rural depression: Physician and patient perspectives. *Families, Systems, & Health*, 27(2), 172. <https://doi.org/10.1037/a0016014>
 - 17 Turgoose, D., Ashwick, R., & Murphy, D. (2018). Systematic review of lessons learned from delivering teletherapy to veterans with post-traumatic stress disorder. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24(9), 575-585. <https://doi.org/10.1177/1357633X17730443>
 - 18 Uscher-Pines, L., Raja, P., Mehrotra, A., & Huskamp, H. (2020). Health center implementation of telemedicine for opioid use disorders: A qualitative assessment of adopters and nonadopters. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 108037. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108037>
 - 19 Boggs, J. M., Beck, A., Felder, J. N., Dimidjian, S., Metcalf, C. A., & Segal, Z. V. (2014). Web-based intervention in mindfulness meditation for reducing residual depressive symptoms and relapse prophylaxis: A qualitative study. *Journal of Medical Internet Research*, 16(3), e87. <https://doi.org/10.2196/jmir.3129>
 - 20 Van der Vaart, R., Witting, M., Riper, H., Kooistra, L., Bohlmeijer, E. T., & van Gemert-Pijnen, L. J. (2014). Blending online therapy into regular face-to-face therapy for depression: Content, ratio and preconditions according to patients and therapists using a Delphi study. *BMC Psychiatry*, 14(1), 355. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0355-z>
 - 21 Alessi, C. (2020). Clinician burnout during the times of COVID-19. *Healthcare IT News*. <https://www.healthcareitnews.com/blog/emea/clinician-burnout-during-times-covid-19>
 - 22 Zenooz, A. M. (2020). Telehealth is working for patients. But what about doctors? *Harvard Business Review*. <https://hbr.org/2020/11/telehealth-is-working-for-patients-but-what-about-doctors>
 - 23 Watzlaf, V. J., Zhou, L., DeAlmeida, D. R., & Hartman, L. M. (2017). A systematic review of research studies examining telehealth privacy and security practices used by healthcare providers. *International Journal of Telerehabilitation*, 9(2), 39. <https://doi.org/10.5195/ijt.2017.6231>
 - 24 Baker, D. C., & Bufka, L. F. (2011). Preparing for the telehealth world: Navigating legal, regulatory, reimbursement, and ethical issues in an electronic age. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(6), 405. <https://doi.org/10.1037/a0025037>
 - 25 Richardson, J., & Ingoglia, C. (2020). *Best practices for telehealth during COVID-19 public health emergency*. National Council for Behavioral Health. <https://www.thenationalcouncil.org/wp-content/uploads/sites/2/2020/03/National-Council-Telehealth-Best-Practices.pdf?daf=375ateTbd56>
 - 26 Nieman, C. L., & Oh, E. S. (2020). *Connecting with older adults via telemedicine*. American College of Physicians. <https://doi.org/10.7326/M20-1322>
 - 27 Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: Historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology*, 2, 270. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00270>
 - 28 Vanderpool, D. (2017). Top 10 myths about telepsychiatry. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 14(9-10), 13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5749954/>
 - 29 Kroll, J., Martinez, R., & Seager van Dyk, I. (2020). COVID-19 tips: Building rapport with adults via telehealth. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.24652.97920/1>
 - 30 TheraPlatform. (2018). *How to build the therapeutic relationship in the teletherapy modality*. <https://www.theraplatform.com/blog/266/how-to-build-the-therapeutic-relationship-in-the-teletherapy-modality>
 - 31 American Medical Association. (2020). *Telehealth implementation playbook*. <https://www.ama-assn.org/amaone/ama-digital-health-implementation-playbook>
 - 32 California Telehealth Resource Center. (2014). *The CTRC telehealth program developer kit*. <https://telehealthresourcecenter.org/resources/toolkits/ctrc-telehealth-program-developer-kit/>
 - 33 American Medical Association. (2019). *AMA telehealth quick guide*. <https://www.ama-assn.org/practice-management/digital/ama-telehealth-quick-guide>
 - 34 American Psychiatric Association. (2017). *Use of telepsychiatry in cross-cultural settings*. <https://>

www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit/use-of-telepsychiatry-in-cross-cultural-settings

- 35 Center for Connected Health Policy. (2020). *Current state laws & reimbursement policies*. <https://www.cchpca.org/telehealth-policy/current-state-laws-and-reimbursement-policies>
- 36 Lindsay, J. A., Day, S. C., Amspoker, A. B., Fletcher, T. L., Hogan, J., Day, G., Helm, A., Stanley, M. A., & Martin, L. A. (2019). Personalized implementation of video telehealth. *Psychiatric Clinics*, 42(4), 563-574. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.08.001>
- 37 LaMorte, W. W. (2019). *Diffusion of innovation theory*. Boston University School of Public Health. <https://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/mph-modules/sb/behavioralchange/theories/behavioralchange/theories4.html>
- 38 Uscher-Pines, L., Sousa, J., Palimaru, A. I., Zocchi, M., Kapinos, K. A., & Ober, A. J. (2020). *Experiences of community health centers in expanding telemedicine*. Santa Monica, Calif.: RAND Corporation, RR-A100-1. https://www.rand.org/pubs/research_reports/RRA100-1.html
- 39 Mohr, D. C., Burns, M. N., Schueller, S. M., Clarke, G., & Klinkman, M. (2013). Behavioral intervention technologies: Evidence review and recommendations for future research in mental health. *General Hospital Psychiatry*, 35(4), 332-338. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.03.008>
- 40 Shelton, C. J., Kim, A., Hassan, A. M., Bhat, A., Barnello, J., & Castro, C. A. (2020). System-wide implementation of telehealth to support military veterans and their families in response to COVID-19: A paradigm shift. *Journal of Military, Veteran and Family Health*, Author's original, CO19003. <https://doi.org/10.3138/jmvfh-6.s2-CO19-0003>
- 41 U. S. Department of Health and Human Services. (2020). Notification of enforcement discretion for telehealth remote communications during the COVID-19 nationwide public health emergency. <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/special-topics/emergency-preparedness/notification-enforcement-discretion-telehealth/index.html>
- 42 Seitz, J., Waterman, C., Khaikin, C., & Graziano, M. (2020). *Understanding the new SAMHSA/OCR guidance for telehealth SUD and MH services*. <https://www.thenationalcouncil.org/wp-content/uploads/2020/04/Understanding-the-New-SAMHSA-and-OCR-Guidance-for-Telehealth.pdf?d=375ateTbd56>
- 43 Hall, J. L., & McGraw, D. (2014). For telehealth to succeed, privacy and security risks must be identified and addressed. *Health Affairs*, 33(2), 216-221. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.0997>
- 44 Luxton, D. D., Sirotin, A. P., & Mishkind, M. C. (2010). Safety of telemental healthcare delivered to clinically unsupervised settings: A systematic review. *Telemedicine and e-Health*, 16(6), 705-711. <https://doi.org/10.1089/tmj.2009.0179>
- 45 Rutledge, C. M., Kott, K., Schweickert, P. A., Poston, R., Fowler, C., & Haney, T. S. (2017). Telehealth and eHealth in nurse practitioner training: Current perspectives. *Advances in Medical Education and Practice*, 8, 399. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S116071>
- 46 Federation of State Medical Boards. (2020). *Telemedicine policies: Board by board overview*. <https://www.fsmb.org/siteassets/advocacy/key-issues/telemedicine-policies-by-state.pdf>
- 47 Adler-Milstein, J., Kvedar, J., & Bates, D. W. (2014). Telehealth among US hospitals: Several factors, including state reimbursement and licensure policies, influence adoption. *Health Affairs*, 33(2), 207-215. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.1054>
- 48 Center for Connected Health Policy. (2020). *Malpractice*. <https://www.cchpca.org/telehealth-policy/malpractice>
- 49 Tuckson, R. V., Edmunds, M., & Hodgkins, M. L. (2017). Telehealth. *New England Journal of Medicine*, 377(16), 1585-1592. <https://doi.org/10.1056/NEJMSr1503323>
- 50 Yang, Y. T., Weintraub, E., & Haffajee, R. L. (2018). *Telemedicine's role in addressing the opioid epidemic*. [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(18\)30539-1/pdf](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(18)30539-1/pdf)
- 51 Lin, A., Moore, D. (2020). *Telemedicine-delivered buprenorphine treatment in the age of COVID-19*.

Providers Clinical Support System. <https://pcssnow.org/event/tele-buprenorphine-in-the-age-of-covid-19/>

- 52 Huskamp, H. A., Busch, A. B., Souza, J., Uscher-Pines, L., Rose, S., Wilcock, A., Landon, B. E., & Mehrotra, A. (2018). How is telemedicine being used in opioid and other substance use disorder treatment? *Health Affairs*, 37(12), 1940-1947. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.05134>
- 53 Lynch, C. (2020). Rural health care and Medicaid telehealth flexibilities, and guidance regarding Section 1009 of the Substance Use-Disorder Prevention that Promotes Opioid Recovery and Treatment (support) for Patients and Communities Act (Pub. L. 115-271), entitled Medicaid substance use disorder treatment via telehealth <https://www.medicaid.gov/sites/default/files/Federal-Policy-Guidance/Downloads/cib040220.pdf>
- 54 Center for Connected Health Policy. (2021). *Telehealth and medicare*. <https://www.cchpca.org/telehealth-policy/telehealth-and-medicare>
- 55 Center for Connected Health Policy. (2020). State telehealth laws and reimbursement policies: A comprehensive scan of the 50 states and District of Columbia. [https://www.cchpca.org/sites/default/files/2020-05/CCHP %2050 STATE REPORT SPRING 2020 FINAL.pdf](https://www.cchpca.org/sites/default/files/2020-05/CCHP%2050%20STATE%20REPORT%20SPRING%202020%20FINAL.pdf)
- 56 American Medical Association. (2019). *AMA telehealth quick guide*. <https://www.ama-assn.org/practice-management/digital/ama-telehealth-quick-guide>
- 57 Hoffman, J. A., Cunningham, J. R., Suleh, A. J., Sundsmo, A., Dekker, D., Vago, F., Munly, K., Igonya, E. K., & Hunt-Glassman, J. (2010). Mobile direct observation treatment for tuberculosis patients: A technical feasibility pilot using mobile phones in Nairobi, Kenya. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(1), 78-80. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.02.018>
- 58 Center for Connected Health Policy. (2021). *Cross state licensing*. <https://www.cchpca.org/telehealth-policy/cross-state-licensing>

ГЛАВА 4.

Приклади впровадження методів телемедицини у програмах лікування

В цій Главі розглянуто приклади трьох організацій, які надають практичні послуги з лікування серйозних психічних захворювань (СПЗ) та розладів внаслідок вживання психоактивних речовин (РВП), використовуючи методи телемедицини, описані у Главі 2:

- Істерн Шор Мобайл Кер Коллаборатив (Спілка мобільної медичної допомоги східного узбережжя США) при Департаменті охорони здоров'я округу Керолайн, штат Меріленд, США, спільно з Відділенням досліджень та лікування наркотичної залежності медичного факультету Університету Меріленда;
- Загальноміська програма ведення випадків Сітівайд (CITYWIDE) при факультеті психіатрії Каліфорнійського Університету, Сан-Франциско/лікарні загального профілю Закерберг Сан-Франциско Джернал;
- Проєкт REACH (Шанобливе ставлення та рівний доступ до гуманної медицини) в місті Ітаці, штат Нью-Йорк

Усі три програми, яким присвячено цю главу, надають різні приклади програм та закладів, які успішно лікують осіб, що страждають на СПЗ та РВП, використовуючи можливості телемедицини. Ці програми акцентують увагу на наступних ключових темах:

- Телефони – це найдешевший та найдоступніший засіб комунікації для тих груп населення, які страждають на СПЗ та РВП, особливо для представників групи ВІРОС (темношкірі, не білі громадяни та представники корінних народів), а також для груп населення з низьким рівнем прибутку. Слід заохочувати людей користуватись телефонами, оскільки це зменшує наявні структурні та інституційні бар'єри, які ускладнюють можливість зв'язку з цими групами населення.
- Як клієнти, так і провайдери послуг потребують навчання та допомоги для розвитку вміння використовувати технології.
- Ця технологія значно більш орієнтована на клієнта у порівнянні з багатьма традиційними підходами. Вона дозволяє використовувати креативні підходи, щоб задовільнити потреби клієнтів з більшою ефективністю та результатом.
- Методи телемедицини слід застосовувати протягом тривалого часу та інтегрувати у наявні опції лікування.

Приклади, описані у цій главі:

- Містять одну чи декілька лікувальних інтервенцій, описаних у Главі 2;
- Проведені дослідження їх ефективності в лікуванні СПЗ або РВП, або вони вважаються перспективними методиками;
- Підходять для використання та ефективні для різних географічних регіонів, установ, в яких використовується методика, та груп населення.

Програми лікування повинні впроваджувати методи телемедицини, дотримуючись точної відповідності методикам, які отримали наукову оцінку. Відповідність – це міра, з якою програма реалізує методику за призначенням, і якої слід дотримуватись для досягнення бажаних результатів терапії. Незалежно від того, чи реалізується методика за особистої присутності, чи за допомогою засобів телемедицини, або ж використовує комбіновані методи очного та віддаленого лікування, лікарі повинні подбати, щоб лікувальні послуги відповідали оригінальній методиці. Оскільки практикуючі лікарі вносять зміни до методики, щоб скористатися можливостями телемедицини, враховуючи потреби та обмеження, наявні у їх групи населення, бюджету, закладу, а також інші локальні фактори, їм слід якомога точніше дотримуватись засадничих принципів методики, та вести записи будь-яких змін, що вносяться в методику, щоб мати

можливість надати їм оцінку.

Істерн Шор Мобайл Кер Коллаборатив (ІШМКК)

Округ Керолайн, штат Меріленд

Істерн Шор Мобайл Кер Коллаборатив (Спілка мобільної медичної допомоги східного узбережжя США) при Департаменті охорони здоров'я округу Керолайн – це підрозділ мобільної медичної допомоги (мікроавтобус розглядається як підрозділ). Мета її діяльності – покращити доступ до медичної допомоги в окрузі Керолайн на східному узбережжі штату Меріленд, використовуючи медикаментозне лікування для осіб із розладами внаслідок вживання опіоїдів (РВО) у сільських громадах, в яких спостерігається недостатній рівень надання таких послуг, за допомогою комбінованих послуг (лікування за безпосередньої присутності та віддалені послуги за допомогою телемедицини).

Істерн Шор Мобайл Кер Коллаборатив - це спілка, до якої залучені Відділ охорони здоров'я округу Керолайн та Відділ досліджень та лікування наркотичної залежності Медичного факультету Університету Меріленда. Ця програма фінансується Федеральним бюро охорони здоров'я в сільській місцевості при Управлінні ресурсів та служб охорони здоров'я США, медичним факультетом Університету Меріленда, Департаментом охорони здоров'я штату Меріленд та Адміністрацією з питань психічного здоров'я, а також Відділом охорони здоров'я округу Керолайн. Істерн Шор Мобайл Кер Коллаборатив була створена в 2015 році, у відповідь на зростаючу потребу клієнтів в лікуванні РВО та дефіцит провайдерів таких послуг, які отримали дозвіл призначати препарати РВО в сільських районах штату Меріленд від Управління боротьби з наркотиками (Drug Enforcement Administration - DEA), або, іншими словами, «провайдери з дозволом».

Мікроавтобус, який відвідує різні місця громади, вирішує проблеми, які існують в сільській місцевості внаслідок недостатнього доступу до технології, та відсутності провайдерів, яким надано дозвіл призначати препарати ЗПТ. Підрозділ надає РВО послуги в очному форматі, а також проводить прийоми у спеціаліста за допомогою методів телемедицини.

Запропоноване лікування

Замісна підтримувальна терапія (ЗПТ)

Орієнтування на групи населення

Люди, які страждають на розлади внаслідок вживання опіоїдів

Корисні посилання

[Сайт проєкту](#)

[Відео для ознайомлення з ІШМКК](#)

[Медичний факультет Університету Меріленда, Відділ досліджень та лікування наркотичної залежності, сайт, присвячений дослідженням та лікуванню](#)

[Стаття «Роль телемедицини у подоланні епідемії опіоїдної залежності»](#)

[Дослідження «Розширення доступу до лікування бупреноприном у сільських районах за допомогою методів телемедицини»](#)

Чотири рази на тиждень підрозділ виїздить у три містечка, розташованих в окрузі Кароліна, зупиняється в центрі громад, біля церков, та на паркувальних майданчиках Відділу охорони здоров'я. В той час, як традиційні програми телемедицини покладаються на доступ клієнта до технологій та його вміння ними користуватись, цей підрозділ сам привозить технології та супутні послуги безпосередньо до своїх клієнтів.

Групи населення, які отримують послуги

Лікування отримує приблизно 125 клієнтів, які користуються послугами підрозділу. Середній вік клієнтів складає 37 років, вони переважно білошкірі (76,3% - білошкірі, 17,5% - темношкірі, 6,2% - невідомого походження, та 3,1 % - латиноамериканського походження). На додачу до РВО, ці клієнти можуть також страждати на тривожні розлади, депресію, розлади настрою, синдром дефіциту уваги/гіперактивності та/або розлади внаслідок вживання тютюну, алкоголю або стимуляторів. Більшість клієнтів мають низький рівень прибутку та отримують послуги за програмою медичного страхування Медікейд* (*Medicaid - державна програма медичного страхування в США, яка надається лише найбіднішим верствам населення*). Деякі клієнти раніше розпочинали прийом препаратів для лікування РВО в стаціонарних або амбулаторних умовах, пройшли курс відміни опіоїдів під наглядом лікаря за медикаментозної підтримки або вживають опіоїди зараз.

Форма(и) телемедицини

Наразі ШМКК використовує лише синхронні форми телемедицини, але вивчає можливості розширити послуги та інтегрувати асинхронні платформи.

Послуги, які надаються в форматі телемедицини

Підрозділ мобільної медичної допомоги обладнаний системою проведення відеоконференцій, яка забезпечує шифрування даних і відповідає вимогам Закону США «Про зберігання, захист та підзвітність даних медичного страхування» (HIPAA - Health Insurance Portability and Accountability Act). В підрозділі є команда медичних фахівців, які проводять лікування РВП.

Як стати клієнтом Підрозділу:

Існує кілька можливостей записатись в програму і стати клієнтом Підрозділу. Клієнти можуть залучатись через провайдерів, через Відділ охорони здоров'я або ж отримати інформацію «з вуст в уста», від інших людей в громаді, крім того людина може також самостійно звернутися у підрозділ. Контактні дані підрозділу чітко вказані з обох сторін мікроавтобусу, тож багато людей телефонує, щоб записатися на прийом, або безпосередньо підходить і звертається за послугами.

Послуги в форматі особистої присутності:

Коли клієнт приходить в підрозділ, його зустрічає медсестра, яка веде запис всіх прийомів та інших дій клієнта. Вона приймає клієнта в програму та проводить медсестринську оцінку, а саме, вимірює основні показники життєдіяльності, бере аналіз сечі для виявлення наркотиків та збирає анамнез клієнта. Окрім медсестри, в команду підрозділу входять рівноправний спеціаліст з одужання та консультант, який віч-на-віч надає підтримку та консультує клієнта. У підрозділі клієнтам пропонують індивідуальні консультації. Команда підрозділу співпрацює з місцевими громадськими організаціями та церквами, щоб вони надавали підрозділу місце на своїх паркувальних майданчиках та проводили очні групові консультації. Якщо клієнт потребує додаткового або іншого виду лікування, ніж те, яке може запропонувати підрозділ, мобільна команда направляє його на відповідний рівень медичної допомоги або вид медичних послуг.

Послуги в форматі телемедицини:

В задній частині мікроавтобуса знаходиться окрема кімната з комп'ютером, обладнаним захищеним інтерактивним програмним забезпеченням для проведення відеоконференцій. Клієнти віртуально зв'язуються із спеціалістом з лікування залежностей, який знаходиться на медичному факультеті Університету Меріленда в Балтіморі. Саме цей спеціаліст проводить оцінку та ставить діагноз під час першого відвідування, веде моніторинг (в тому числі, визначає медикаментозну тактику та контролює медикаментозну терапію) під час наступних візитів. Підрозділ не привозить лікарські препарати, натомість співпрацює з місцевими аптеками, щоб забезпечити безперебійний доступ до ліків від РВО, таких як, наприклад, бупренорфін).

Використовуючи комбінований підхід, підрозділ уникнув необхідності навчати клієнтів користуватись технологією. На місці завжди є співробітник, який відповість на питання та вирішить проблеми.

Висновки і результати

- Клієнти мають можливість прийняти участь у 6-місячному оцінюванні, яке складається із початкового прийому та чотирьох подальших прийомів на 30-й, 60-й, 90-й та 180-й день після початку лікування. Під час оцінювання збирають інформацію про клієнта за допомогою анкет PHQ9, GAD-7, Promis та DUDIT-C, щоб оцінити зміни його стану депресії, тривожності та загальну картину вживання наркотиків після початку лікування.
- Аналіз медичних карток клієнтів, які отримали відповідні послуги в термін з серпня 2015 року по квітень 2019 року, виявив, що показники продовження лікування без перерв та результати токсикологічних аналізів (наприклад, аналізу сечі на вміст наркотиків) були співставними з послугами, які надавалися виключно у форматі особистої присутності.¹
- Клієнти, які отримували послуги в підрозділі мобільної меддопомоги замість того, щоб поїхати в найближчу клініку, зекономили в середньому 9,93 миль (15,98 км) відстані на поїздки.

Набутий досвід

- **Партнерство з регуляторними органами сприяє впровадженню інноваційних ідей.** Препарати для лікування РВО підлягають жорсткому регуляторному контролю Управління боротьби з наркотиками США. Команда медичного факультету Університету Меріленда проводила консультації з DEA під час розроблення програми, а також на початковій стадії реалізації, щоб забезпечити максимально успішний та безпечний запуск роботи підрозділу.
- **Реалізація програми буде йти методом спроб та помилок** – будьте гнучкими, пробуйте різні підходи, намагайтесь знайти нестандартні рішення. Приклад: в одному із містечок у підрозділі був нестабільний Інтернет-зв'язок. Команда з'ясувала, що певні провайдери безпроводного зв'язку мають краще покриття у цьому районі, і тому замінила носії, щоб забезпечити підрозділу безперебійний високошвидкісний Інтернет.
- **ІТ спеціалісти відіграють ключову роль в усуненні технічних несправностей.** Команда медичного факультету Університету Меріленда покладалася на свій ІТ відділ та його ресурси для створення підрозділу, в сфері технічного обслуговування та оновлення технології, усунення будь-яких технічних несправностей. ІТ відділ Медичного факультету Університету Меріленда швидко реагував на потреби в сфері ІТ, забезпечуючи безперебійне надання послуг.
- **Дослухайтесь до партнерів на місцях.** Команда медичного факультету Університету Меріленда побудувала тісні стосунки із місцевими громадськими організаціями, відділами охорони здоров'я та аптеками, щоб розширити доступ до препаратів терапії РВО та подолати стигму по відношенню до РВП та лікування РВО.
- **Залучайте нових провайдерів послуг, щоб створити унікальні можливості для навчання.** Приймаючи участь в цій програмі, студенти медичних спеціальностей, інтерни та студенти клінічної ординатури, які спеціалізуються на лікуванні залежностей, можуть навчатись як медицині залежностей, так і телемедицині.
- **Телемедицина може не спрацювати для всіх клієнтів або у всіх випадках.** Провайдери послуг з'ясували, що деякі особи з ВРП або СПЗ потребують більш інтенсивного психіатричного лікування, ніж може запропонувати підрозділ. Щоб забезпечити потреби таких клієнтів, їх направляють у заклади, які надають більш інтенсивні послуги.

Загальноміська програма ведення випадків Сітівайд Сан Франциско, штат Каліфорнія

Загальноміська програма ведення випадків Сітівайд – це підрозділ факультету психіатрії Каліфорнійського університету в Сан-Франциско, який працює під керівництвом лікарні загального профілю Закерберг Сан-Франциско Дженерал (ZSFG)

Програма Сітівайд почала діяти з 1981 року, а в 1983 році стала частиною лікарні загального профілю Закерберг Сан-Франциско Дженерал.

В штаті Сітівайд 170 співробітників, це найбільший провайдер послуг інтенсивного ведення випадків (IBV) /лікування в Сан Франциско. Місія Сітівайд – підтримувати одужання дорослих, які страждають на СПЗ, в Сан Франциско, знизити рівень використання стаціонарних послуг і невідкладної психіатричної допомоги (напр., служби невідкладної психіатричної допомоги, стаціонарного лікування, лікування у в'язницях), а також максимально допомогти людям з СПЗ жити стабільним, продуктивним та повноцінним життям в суспільстві.

Сітівайд розташований за межами університетського медичного закладу в громаді. Програма обслуговує та залучає осіб, які отримують регулярний догляд та лікування в системі охорони здоров'я. Програми Сітівайд отримують фінансування Департаменту охорони здоров'я Сан Франциско та із інших державних джерел.

Команди інтенсивного ведення випадків Сітівайд - ці міждисциплінарні команди, які об'єднують соціалістів, медсестер, психіатрів, спеціалістів з пошуку роботи та рівноправних консультантів.

Кожна команда обслуговує приблизно від 100 до 200 клієнтів.

Щоб якомога краще задовільнити потреби клієнтів, в Сітівайд існує чотири окремих культурно- та мовно-орієнтовані команди IBV:

- Команда Гон Лін - Китайська
- Команда Проти Течії - для ЛГБТК та жінок
- Команда Куджичагулія (в перекладі з суахілі - самовизначення) -Афроамериканська та європейсько-американська
- Команда Сендерос (в перекладі з іспанської – шляхи) - Латиноамериканська та корейська

Крім того, в Сітівайд є команди, що спеціалізуються на роботі із особами, які мають проблеми із правосуддям.

Крім послуг IBV, Сітівайд надає психосоціальну підтримку, замісну підтримувальну терапію (ЗПТ), веде групи підтримки та лікування вживання психоактивних речовин, групи соціалізації, та використовує поєднання різних напрямків поведінкової терапії, в тому числі когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), КПТ для лікування психозів, терапію поведінкової активації (ПА), когнітивно-процесуальну терапію (СРТ), діалектичну поведінкову терапію (DBT), а також терапію прийняття та відповідальності (АСТ).

Через пандемію COVID-19, Сітівайд перевела деякі із своїх послуг у формат телемедицини, включно із веденням випадків та координацією лікування по телефону, до яких належать і описані нижче відеосесії «Пара-телемедицини». Водночас, Сітівайд не скасувала виїзні заходи з метою надання лікування для тих клієнтів, які не могли прийняти участь в програмі телемедицини.

Підрозділ факультету психіатрії Каліфорнійського Ун-ту в Сан-Франциско (UCSF) надає послуги з ведення випадків та різні види поведінкової терапії найбільш уразливим групам населення Сан-Франциско, в тому числі пацієнтам, у яких немає постійного житла.

Запропоноване лікування

Види поведінкової терапії, ЗПТ та ведення випадків

Орієнтування на групи населення

Дорослі, які страждають на серйозні психічні захворювання (СПЗ), та які не мають постійного житла або безхатченки.

Корисні посилання

[Вебсайт проєкту](#)

[Введення до методу «Пара-телемедицина», який використовує Сітівайд](#)

[Профіль телемедичних послуг Сітівайд під час епідемії COVID-19](#)

Групи населення, які отримують послуги

Сітівайд постійно обслуговує приблизно 1500 клієнтів. Клієнти Сітівайд страждають переважно на СПЗ (наприклад, шизофренія, шизоафективний розлад та біполярний розлад) та супутні РВП, а також мають значні психологічні проблеми.

Більшість клієнтів живуть у бідності, приблизно 90% з них живуть за рахунок коштів соціального забезпечення або загальної допомоги від округу. Крім того, більшість з них не мають постійного житла та періодично опиняються на вулиці, мешкаючи в готелях або притулках з одномісним розміщенням. Багато клієнтів зазнали глибокої травми через невизначеність постійного житла, а також тривалий, а іноді й позитивний досвід перебування в закладах соцзахисту для дітей та системи відбуття покарань.

Серед клієнтів Сітівайд диспропорційно переважають представники расових меншин. Наприклад, в групі населення, якій Сітівайд надає послуги, 30% темношкірих або афроамериканських клієнтів, при тому що частка темношкірого або афроамериканського населення Сан-Франциско становить менше 5% від загального.

Форма(и) телемедицини:

Сітівайд використовує синхронні форми телемедицини, в тому числі дзвінки по телефону та відео дзвінки між клієнтами та провайдерами послуг.

Послуги, які надаються в форматі телемедицини:

Пандемія COVID-19 в значній мірі сприяла переходу Сітівайд до послуг в форматі телемедицини. До пандемії співробітники Сітівайд час від часу практикували синхронно телефонні дзвінки клієнтам для координації лікування та ведення випадків, але вони ніколи не проводили відео прийоми клієнтів.

Ведення випадків та координація лікування:

На початку пандемії Сітівайд провела опитування серед своїх клієнтів щодо користування технологією, в результаті якого з'ясувала, що близько третини з загального числа їх клієнтів (1500) мали мобільні телефони. За кошти, надані Каліфорнійським Університетом в Сан-Франциско, Сітівайд придбала та роздала своїм клієнтам 250 розкладних телефонів із підключеними тарифними планами. Коли пандемія COVID-19 змусила Сітівайд припинити контакти віч-на-віч у приміщенні клініки, завдяки цим телефонам клієнти могли зв'язатись із провайдерами, що знизило відчуття відчуженості у клієнтів, які перебували на режимі самоізоляції. Крім того, робітники Сітівайд мали змогу координувати свою виїзну діяльність на вулицях міста, спрямовану на клієнтів-безхатченків, яких було б вкрай важко знайти в місцевій громаді, якби вони не мали телефонів. За допомогою цих телефонів Сітівайд також продовжила надавати доказові види поведінкової терапії, такі як КПТ та ПА, які надавала перед пандемією COVID-19, а також працювала над тим, щоб клієнти не полишали лікування (наприклад, слідувала за дотриманням прийому ліків, проводила профілактику симптомів тощо), а також підтримувала клієнтів в процесі одужання.

Програма «Пара-Телемедицина»:

Незважаючи на корисність зв'язку по телефону, через кілька місяців після початку пандемії стало зрозуміло, що, на думку деяких клієнтів, самих лише телефонних контактів недостатньо. І хоча деякі практикуючі лікарі вели прийом своїх клієнтів на вулиці (наприклад, на міських тротуарах, заповнених людьми) в захисних масках N-95 та щитках для обличчя, проводили короткий 15-хвилинний прийом, клієнти часто не могли залишатись в масці через наявні когнітивні або поведінкові проблеми. Тож такі зустрічі не мали необхідного терапевтичного ефекту та не зберігали приватність пацієнтів. З огляду на це Сітівайд розробила новий метод

ведення прийому, який отримав назву «Пара-телемедицина».

За допомогою «Пара-телемедицини» Сітівайд відновила роботу свого відділення в клініці, використовуючи відео технологію, що уможливила контакт між провайдером послуг та клієнтами, які знаходились у окремих кабінетах. Така комбінована модель дала змогу проводити більш тривалі прийоми не вдаючись до засобів індивідуального захисту. Такі прийоми були більш безпечні з точки зору можливого інфікування на COVID-19. Щоб навчити персонал безпечно та ефективно проводити прийоми в форматі «Пара-телемедицини», Сітівайд розробила навчальний відео урок «Пара-телемедицина», протокол, а також покрокове керівництво в онлайн форматі. Метод ведення прийому «Пара-телемедицина» розширили, щоб проводити групову КПТ, яка дозволяє залучити клієнтів з обмеженими технічними можливостями (через відсутність обладнання, доступу до нього або вміння користуватись).

Висновки і результати

Коли пандемія COVID-19 тільки набирала обертів (в квітні 2019 року), Сітівайд провела два опитування у форматі віч-на-віч, які проводили лікарі, щоб оцінити доступ клієнтів до технології, їх спроможність не загубити ці пристрої, а також з'ясувати, як на них вплине видача розкладних телефонів. Отримано наступні результати:

- В результаті придбання та видачі 250 розкладних телефонів доступ до стільникового телефонного зв'язку серед клієнтів Сітівайд зріс майже на 40 %.
- Понад 50 % клієнтів використовували отримані телефони, щоб зв'язатись з провайдерами медичних послуг, а близько 66% клієнтів - для зв'язку із своїми системами підтримки.
- Сітівайд змогла зв'язатись із одним із клієнтів за допомогою виданого телефону на наступний день після того, як у нього сталося передозування фентанілом. Фахівці ведення випадків змогли поспілкуватись з клієнтом, проінструктували його, як отримати Наркан* (*назва ТМ, діюча речовина - налоксон у формі назального спрею*), і залучили його до групи Амбулаторної Програми Лікування Наркозалежності, *Substance Treatment Outpatient Program (STOP)*, яка працює в Сітівайд.
- За допомогою виданого телефону Сітівайд змогли повідомити клієнта про його контакт з COVID-19. Спеціалісти по відстеженню контактів не змогли визначити місцезнаходження клієнта, оскільки його номеру телефону не було в їх записах, тож вони зв'язались з фахівцями ведення випадків в Сітівайд, яким вдалось повідомити клієнта по телефону.

Набутий досвід

- **В результаті пандемії індивідуальний підхід до лікування став ще важливішим, особливо якщо він має на меті залучити і утримати в терапії одну із найскладніших верств населення.** Сітівайд використовує клієнто-орієнтований підхід і плани лікування, індивідуально розроблені під кожного клієнта. Підхід, який пропонує зустріти клієнтів «там, де вони є» як у фізичному, так і в терапевтичному сенсі, є критично важливим для залучення людей, які мають значну суспільну травму, наприклад інституціональну, травму, спричинену расизмом, бідністю, і саме тому не наважуються залучатись до лікування.
- **Стабільна система телемедицини потребує оцінки того, наскільки клієнт вміє користуватися технологією.** Видача клієнтам телефонів під час пандемії стала ефективним засобом для підтримки зв'язку на початковому етапі. Однак, згодом значна кількість виданих телефонів була втрачена чи то через те, що не всі клієнти розуміли корисність телефонів (деякі клієнти, наприклад, не знали, як ними користуватись), чи то через проблеми зі зберіганням даних та використанням телефону (напр., складно зарядити телефон, коли в клієнта немає постійного житла), недостатню мотивацію зберегти телефон, а також через крадіжки. Додатковими викликами стали зацікавленість клієнта, його спроможність не втратити телефон та підтримувати зв'язок, наявні фізичні та поведінкові проблеми та вміння ним користуватись. Знаючи ці фактори, співробітники змогли видавати своїм клієнтам ті пристрої та плани підключення, які підходять саме їм.
- **Клієнтам потрібна додаткова допомога, щоб успішно використовувати систему телемедицини; потреби телемедицини слід адаптувати під клієнтів, телемедицина може не спрацювати для всіх клієнтів.** Клієнтам Сітівайд потрібна допомога, щоб налаштувати та використовувати технологію. Оскільки клієнти мають труднощі із використанням та утриманням телефонів та інших технічних пристроїв

(напр. ноутбуків, комп'ютерів), співробітники Сітівайд застосували підхід управління непередбачуваними ситуаціями і видавали клієнтам грошову винагороду, щоб заохотити їх не втрачати телефони. Крім того, клієнтам потрібен надійний Wi-Fi доступ, оскільки лише тарифного плану стільникового телефону було недостатньо для ведення відео прийомів за методами телемедицини. Проте, доступ до технології не замінює необхідності в отриманні послуг, які проводяться за особистої присутності. За допомогою формату «Пара-телемедицини» Сітівайд може залучити клієнтів, які не мають технічних засобів, і водночас навчити їх користуватись цією технологією. До того ж, Сітівайд з'ясувала, що деякі клієнти із психозом більш підозріло ставляться до формату відео прийому з практикуючими лікарями.

- **Для створення програми телемедицини потрібні додаткові ресурси.** Незважаючи на те, що COVID-19 змусив багато існуючих програм впровадити послуги, що надаються у форматі телемедицини, стійка та стабільна програма телемедицини – це окремий новий вид послуг, а не тимчасова адаптація чи додаток до існуючої програми. Для такої програми потрібні додаткові ресурси не лише на придбання обладнання чи тарифних планів мобільного зв'язку, але й на створення адміністративних можливостей, необхідних для практичної реалізації кожного аспекту нової програми (наприклад, узгодження найбільш підходящого тарифного плану, створення інформаційних дошок для постійного вдосконалення). Практикуючим лікарям буде корисно пройти тренінг щодо того, як проводити прийом за методами телемедицини, або як заохотити клієнтів використовувати технологію.

Програми можуть використовувати технічний помічник-навігатор для оцінки технологічних потреб клієнтів, сприяти розвитку технічної грамотності, проводячи перевірку підключення телефонів в домашніх умовах, а також надавати індивідуальні або групові тренінги по використанню технології.

- **Рівний доступ до технології – це питання соціальної справедливості.** Оскільки технологія телемедицини відіграє все більш значну роль у галузі охорони здоров'я, нерівний доступ до цієї технології та неоднакові навички використання серед клієнтів, які страждають на СПЗ, поглиблюють існуючу нерівність у отриманні медичної допомоги. Тож, доступ до технології та навички використання - це соціальні фактори та умови здоров'я, які слід включити в плани лікування. Крім того, якщо цьому питанню буде приділятися першочергова увага, це покращить не лише здоров'я, але й соціальну підтримку. Комфорт та можливість користуватись технологією є невід'ємною передумовою для того, щоб людина залишалася на зв'язку, отримувала роботу та утримувалась на ній, а також мала можливості задовільняти свої базові потреби. Усі вищеперелічені фактори роблять використання технології більш корисним для клієнта.

ПРОЄКТ REACH, Inc.

Ітака, штат Нью-Йорк

Проект REACH Inc., (скорочення від *Respectful, Equitable Access to Compassionate Healthcare* - Шанобливе ставлення та рівний доступ до гуманної медицини) – це клініка яка спеціалізується на наданні послуг із зменшення шкоди. Вона знаходиться в місті Ітака, штат Нью-Йорк, і надає лікування людям із наркотичною залежністю, в тому числі лікування РВП.

Клініка, яка відкрилась у 2018 році, керується принципами системи рівного доступу до охорони здоров'я, забезпечуючи доступ до послуг, надання послуг та лікування.

Замісна підтримувальна терапія (ЗПТ) – основне лікування РВП. Окрім ЗПТ, REACH пропонує цілісну, інтегровану модель первинної допомоги, включно із скринінговими аналізами на ВІЛ та лікуванням ВІЛ-інфекції, Доконтактною Профілактикою (PrEP), Постконтактною Профілактикою (PEP), тестуванням та лікуванням вірусного гепатиту, а також лікуванням у сфері психічного здоров'я.

Клініка використовує модель лікування хронічних хвороб, згідно якої провайдер медичних послуг призначає ЗПТ та здійснює подальше спостереження за пацієнтом, в той час як медпрацівник на рівні громади разом із соціальними працівниками надають додаткові послуги із ведення випадку та перенаправлення. Крім того, клініка пропонує послуги із ведення випадків, які вона реалізує спільно із двома громадськими організаціями. Ці організації проводять виїзні заходи для просвітницької діяльності та залучення осіб, які не мають житла, а також заходи, спрямовані на інші потреби, пов'язані із соціальними факторами та умовами здоров'я.

REACH використовує неієрархічну командну модель, яка передбачає створення спільних команд із медичних провайдерів, соціальних працівників та адміністративного персоналу для взаємодії з та допомоги клієнтам.

В березні 2020 року, в рамках реагування на пандемію COVID-19, REACH повністю перевів свої програми з очного формату на лікування за методом телемедицини. Зміни нормативно-правової бази, такі як можливість почати лікування бупренорфіном без попереднього особистого візиту, дозволили REACH використовувати систему телемедицини для надання ЗПТ своїм клієнтам.

Зараз провайдери ведуть прийом віртуально, за допомогою аудіо та відео технологій, встановлених на планшетах, комп'ютерах та смартфонах.

Дехто із клієнтів REACH проживає у сільській місцевості в північній частині штату, тому клініка проводить прийом за системою телемедицини, використовуючи стаціонарний телефон. Крім комп'ютеру та стаціонарного телефону REACH може спілкуватись із своїми клієнтами за допомогою платформи, що відповідає вимогам Закону США «Про зберігання, захист та підзвітність даних медичного страхування» (HIPAA). Ця платформа обладнана компонентом, який забезпечує можливість обміну текстовими повідомленнями. Після зняття обмежень, встановлених через пандемію COVID-19 деякі види лікування знову стали надаватись в приміщеннях клініки.

Клініка зі зменшення шкоди в сільських районах північної частини штату Нью-Йорк, яка надає послуги із замісної підтримувальної терапії особам, які страждають на розлади внаслідок вживання психоактивних речовин (РВП).

Запропоноване лікування

Замісна підтримувальна терапія (ЗПТ), первинна допомога, ведення випадків.

Орієнтування на групи населення

Особи, які страждають на РВП, супутні психічні розлади, та мають інші комплексні потреби

Корисні посилання

[Сайт проєкту](#)

Групи населення, яким надаються послуги:

REACH обслуговує декілька сільських та міських громад, розташованих у 32 округах в північній частині штату Нью-Йорк. Понад 90% клієнтів REACH страждає на РВП. Близько 75% клієнтів – білошкірі люди, хоча основну увагу REACH приділяє взаємодії з групами населення ВІРОС (темношкірі, кольорові громадяни та представники корінних народів), які отримують лікування. За підрахунками клініки, клієнти з групи ВІРОС представлені у клініці набагато ширше, ніж представники загального місцевого населення. Більшість клієнтів REACH мають низький рівень прибутків, приблизно 80% з них отримують медичні послуги за програмою соціального страхування Medicaid*. Крім того, REACH веде виїзну діяльність в таборах та притулках для безхатченків для надання медичних послуг особам, які мають проблеми з постійним житлом.

Форма(и) телемедицини

REACH використовує синхронні форми телемедицини, в тому числі телефонні (мобільні або стаціонарні) та відео дзвінки між клієнтами та провайдером. REACH також застосовує асинхронний/ несинхронний захищений обмін текстовими повідомленнями, а також обмін повідомленнями через систему електронних медичних карток, додатково до синхронних видів зв'язку.

REACH послуговується платформою телемедицини, вимоги якої не передбачають наявності електронної адреси у клієнтів. Натомість, провайдери могли надсилати клієнтам запрошення доєднатись до платформи за допомогою текстових повідомлень. Це значно зменшило перешкоди для тих клієнтів REACH, які могли не мати електронної адреси або постійного доступу до електронної скриньки. Всі співробітники можуть ділитись один з одним віртуальними «приймальними», таким чином забезпечуючи легкий та плавний перехід клієнта, якому призначено прийом у декількох спеціалістів за один візит. Наприклад, клієнт прийшов на віртуальний прийом до терапевта з метою спостереження за ходом лікування бупренорфіном, він може залишатись на лінії, і його негайно з'єднають з соціальним робітником для отримання подальших послуг.

Послуги, які надаються у форматі телемедицини:

Пандемія COVID-19 стала основним каталізатором, який змусив REACH почати надавати послуги в форматі телемедицини. Наразі формат телемедицини використовується у всіх послугах, які надає клініка.

Підготовка до роботи в форматі телемедицини:

В REACH є адміністративні працівники, зазвичай, це працівники реєстратури, яких у клініці називають «хранителі», оскільки вони саме ті члени команди, які часто формують довірчі відносини з клієнтами. Крім того, що вони виступають в якості першої особи, з якою взаємодіє клієнт, вони також можуть надавати технічну підтримку як клієнтам, так і провайдерам медичних послуг у разі виникнення неполадок у роботі програмного забезпечення або обладнання, які використовуються для телемедицини.

ЗПТ – початок лікування, стабілізація та супутні послуги:

Під час прийому хранитель відправляє клієнту та провайдеру медичних послуг посилання для приєднання до відеоконференції. Якщо лікар не може зв'язатись з клієнтом, це повідомляється хранителю в команді, яка веде лікування. Хранитель веде інформаційно-просвітницьку діяльність, щоб зменшити вірогідність того, що клієнт знову потрапить до клініки для отримання тих самих послуг.

Прийоми, на яких клієнт починає лікування, та подальші візити для моніторингу прийому ліків в форматі

телемедицини проходять в ті самі етапи, як і особисті візити. Наприклад, медсестра в обох випадках проводить первинний скринінг та збирає необхідні дані. Аналізи сечі для виявлення наркотичних речовин зазвичай не входять в планову програму. До пандемії COVID-19 аналізи сечі проводились на початку лікування бупренорфіном, а потім – за рішенням провайдера.

Забезпечення сталого лікування (т. зв. стабілізація лікування), тобто візит до лікаря для подальшого нагляду після того, як клієнт почав прийом ЗПТ. Забезпечення сталого лікування здійснює провайдер медичних послуг. Періодичність таких візитів може бути різною в залежності від індивідуальних потреб кожного клієнта. Зазвичай клієнти, які тільки розпочали медикаментозну терапію, зустрічаються з провайдером медичних послуг за допомогою синхронного відеозв'язку в режимі реального часу кожного тижня чи раз на два тижні. В той час як для клієнтів, які довше перебувають на етапі медикаментозної стабілізації, інтервал між оглядами складає від 4 до 12 тижнів.

Додаткові послуги, в тому числі ведення випадків, консультування для одужання та групи підтримки є необов'язковими, і доступ клієнта до ЗПТ не пов'язаний з його бажанням чи небажанням отримувати додаткові послуги. Якщо у клієнта є потреби у сфері лікування психічного здоров'я або соціальних факторів здоров'я (наприклад, допомога із заробітком або житлом), REACH намагається зв'язатися з такими клієнтами та залучити їх до необхідних послуг. Прийом у соціального працівника або медпрацівника на рівні громади можна провести одночасно із прийомом у провайдера медичних послуг, і таким чином передати цим спеціалістам ведення немедичних послуг, до яких вони надалі залучатимуть клієнта.

Висновки і результати

З початком пандемії COVID-19 рівень залученості клієнтів у лікування знизився, що вказало на необхідність розширення методів надання послуг. Коли REACH розширив запропоновані послуги за допомогою методів телемедицини, рівень зацікавленості клієнтів у прийомах, які проводяться методами телемедицини, стабільно зростає. Завдяки переходу на систему телемедицини, REACH зміг почати лікування ЗПТ для 407 нових клієнтів та продовжив надавати необхідні медичні послуги особам із РВП. Згідно зі звітами клініки, зріс рівень задоволення клієнтів послугами телемедицини, оскільки це розширює доступ для тих людей, які б у іншому випадку не мали змоги особисто прийти на прийом у клініку через вимоги роботи, труднощі із проїздом до клініки або через стигму в зв'язку зі зверненням для отримання лікування від наркотичної залежності.

Набутий досвід:

- **Телемедицина пропонує гнучку відповідь на зміни умов лікування психічних захворювань та РВП.** До пандемії REACH адаптувався до різноманітних нових потреб своїх клієнтів, тому гнучкість – це один із засадничих принципів цієї клініки. Під час переходу на телемедицину REACH керувався твердою рішучістю не допустити переривання лікування у своїх клієнтів. Несподіване закриття програм лікування, які проводились за особистої присутності, що сталося під час COVID-19, вимагало від програми якомога швидшого переходу на методи телемедицини, в результаті послуги не надавалися у заплановані етапи. Деякі лікарі спочатку припинили надавати послуги, але потім перейшли на систему телемедицини, бо таким чином вони могли знову бачити пацієнтів. Насамкінець, всі провайдери перейшли на методи телемедицини.
- **Телемедицина – це відповідь на потреби клієнтів, які із часом змінюються.** Модель REACH спрямована на надання послуг в режимі реального часу для клієнтів саме в той момент, коли вони виголосять в цьому потребу. Завдяки використанню телемедицини для лікування, REACH зміг продовжувати надавати доступні послуги людям із наркотичною залежністю на території штату Нью-Йорк попри обмеження, встановлені у зв'язку із пандемією COVID-19.
- **Канали комунікації – ключовий елемент у наданні ефективного лікування.** Основний компонент моделі REACH – це легкий та швидкий доступ для клієнтів за допомогою різних моделей комунікації. Телемедицина стала центральним елементом для розширення механізмів безперервної комунікації між

клієнтом та провайдером.

- **Підтримка провайдерів медичних послуг – ключовий елемент успішної реалізації системи телемедицини.** REACH напруцював свій принцип відданості професійному розвитку та командній роботі, впроваджуючи спеціальні тренінги для адаптації до технології, що постійно розвивається та змінюється. Тренінги проводив виконавчий директор, який, до того ж, виконував роль координатора з питань ІТ та працівника технічної підтримки. Під час переходу співробітників реєстратури (так званих «хранителів») та провайдерів (медичних і немедичних) послуг на систему телемедицини виконавчий директор постійно був на зв'язку, щоб полегодити будь-які несправності. Завдяки цьому переходу хранителі навчилися підтримувати провайдерів та клієнтів в питаннях використання технології під час прийомів у форматі телемедицини.
- **Різноманітні джерела фінансування можуть допомогти впровадити систему телемедицини.** Значна частка коштів, необхідних для придбання спеціального обладнання для телемедицини, була надана партнерською громадською організацією Кер Компас Нетворк (Care Compass Network), а REACH надав додаткове фінансування. Різноманітні джерела фінансування допомогли прискорити впровадження системи телемедицини, і допоможуть їй стабільній та надійній роботі протягом тривалого терміну.

“Це не про те як ви (провайдер) зв'язуєтесь із своїми клієнтами, навпаки, це про те, як ваші клієнти вас зв'язуються з вами.”

Джуді Гріффін, Доктор медичних наук, Голова Дослідницької програми та терапевт, *REACH*

Посилання

- 1 Weintraub, E., Greenblatt, A. D., Chang, J., Welsh, C. J., Berthiaume, A. P., Goodwin, S. R., Arnold, R., Himelhoch, S. S., Bennett, M. E., & Belcher, A. M. (2021). Outcomes for patients receiving telemedicine-delivered medication-based treatment for opioid use disorder: A retrospective chart review. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 23(2), 5. <https://europepmc.org/article/med/33551692>

ГЛАВА 5

Ресурси для оцінки та покращення якості

Проведення оцінки інтервенції може відповісти на важливе питання, наскільки добре було впроваджено практику, а також визначити робочі та неробочі інструменти. Оцінка може показати, в чому саме полягає корисність практики для клієнтів.

Ця інформація може стати в нагоді для коригування практики, якщо в цьому є необхідність, та слугувати доказом цінності практики чи програми, щоб обґрунтувати продовження їх використання та отримати додаткове фінансування. До того ж, стейкхолдери можуть використовувати інформацію, зібрану під час оцінки, для сприяння реалізації цієї практики в інших умовах чи громадах.

Цю главу присвячено стислому аналізу підходів, які використовуються для оцінки впровадження та результатів лікування клієнтів із серйозними психічними захворюваннями (СПЗ) та розладами внаслідок вжитку психоактивних речовин (РВП), яке проводилося за допомогою методів телемедицини. Люди, які страждають на СПЗ та РВП, часто не потрапляли до груп учасників досліджень, присвячених телемедицині. Однак, як стає очевидним із Глав 1- 4 цієї керівної настанови, телемедицина є дієвим методом для людей, які страждають на СПЗ та РВП.

Щоб оцінити практики і програми, надані за методами телемедицини, слід оцінювати як лікування (напр. когнітивну поведінкову терапію), так і метод (напр., синхронну відеоконференцію за методом телемедицини). В ідеальному варіанті пацієнти відмічатимуть зменшення симптоматики в результаті використання практики та будуть демонструвати високий рівень утримання в лікуванні, прийнятності лікування та задоволення методом. Крім того, як провайдери лікування, так і клієнти повинні приймати участь у створенні інструментів та планів оцінювання. Це необхідно для того, щоб забезпечити використання таких інструментів та планів збору даних, які будуть відповідати і ефективно працювати саме для тієї спільноти, у якій проводиться оцінка, і для залучення клієнтів. Звітування провайдером та клієнтам про результати оцінки повинно бути пріоритетною ціллю, оскільки воно сприяє прозорості та надає необхідну інформацію для вибору лікування.

Ця Глава присвячена стратегіям оцінювання видів лікування, які надаються за допомогою описаних у 2-й Главі методів телемедицини. Ця Глава також містить інформацію щодо впровадження процесу постійного підвищення якості (ППЯ) і оцінювання за результатом. Крім того, тут ви знайдете спеціальні ресурси для проведення оцінки, в тому числі можливі результати, які слід відслідковувати.

Види оцінки

Зазвичай дослідники проводять оцінку перед впровадженням лікування, щоб визначити можливість його реалізації (формативна оцінка), під час впровадження (оцінка процесу та ППЯ) та після того, як лікування було надано хоча б одному клієнту (оцінка результатів і впливу). Усі чотири види оцінки необхідні, щоб оцінити ефективність лікування.

Оцінка відіграє вирішальну роль впродовж всього процесу впровадження лікування			
Впродовж розробки лікування у форматі телемедицини, перед його повномасштабним	На початку впровадження лікування у форматі телемедицини, та впродовж всього процесу впровадження	Після того, як хоча б один клієнт розпочав лікування у форматі телемедицини	Впродовж курсу лікування в форматі телемедицини, та у відповідні інтервали по закінченню такого

впровадженням			лікування
Формативна оцінка - Чи підходить лікування у форматі телемедицини цільовій групі населення? - Які ресурси є в наявності у організації, і які потребує для того, щоб оцінити лікування у форматі телемедицини?	Оцінка процесу/реалізації - Заходи лікування у форматі телемедицини впроваджуються згідно плану? - Які перешкоди та сприятливі чинники для впровадження лікування та методу телемедицини? Постійне підвищення якості - Як можна вдосконалити лікування у форматі телемедицини? - Які елементи процесу реалізації добре працюють, і їх не слід міняти? - Які організаційні фактори сприяли успішному впровадженню лікування у форматі телемедицини, а які створили труднощі?	Оцінка результатів/Ефективності - Чи було досягнуто цілі лікування у форматі телемедицини? - Чи змінилися здоров'я, самопочуття, погляди, переконання та поведінка клієнта після початку лікування у форматі телемедицини?	Оцінка впливу - Якою мірою результат клієнта було досягнуто завдяки заходам лікування у форматі телемедицини?
Залучити членів лікарняної спільноти, ключові групи населення, а також отримувачів послуг поведінкової терапії на всіх етапах планування оцінки, збору даних, їх аналізу та поширення.			

Підготовка до збору даних

Наступні кроки допоможуть лікарням та практикуючим лікарям у проводити збір та аналіз даних:

1.Визначте, з якою метою проводиться збір даних: з метою проведення оцінки чи дослідження. За допомогою кількісної та якісної оцінки та досліджень керівники та практикуючі лікарі можуть вчитися, використовуючи результати своїх клієнтів, а також дізнаватися думку людей, які мають практичний досвід. Збір даних серед співробітників, які надають послуги в форматі телемедицини, можуть бути етапом як оцінки, так і дослідження. Це необхідно, щоб дізнатися їх бачення та думки з приводу того, що заважало, а що допомагало в процесі впровадження методів телемедицини.

В той час, як оцінка програми допомагає її вдосконалити, систематичне проведення досліджень згідно із протоколом досліджень робиться з метою отримання узагальнених знань. Для проведення дослідження необхідно, щоб Експертна Рада Організації (ЕРО) затвердила протокол та процедуру дослідження, з метою забезпечити дотримання правил проведення досліджень за участі людей. Для більшості проєктів проведення оцінки та підвищення якості не потрібно схвалення Експертної Ради, але під час розробки програми оцінювання дослідники повинні провести консультації зі своїми установами, щоб переконатися, що вони дотримуються відповідних процедур збору даних.

Якісні та кількісні дані є взаємодоповнюючими. Кожна з цих категорій надзвичайно важлива для того, щоб зрозуміти, чи працює певна інтервенція, як саме відбувається ця інтервенція, і чи досягає вона поставлених цілей.

Якісні дані – це будь-яка нечислова інформація, наприклад, усні, візуальні або письмові дані. До методів збору якісних даних належать: інтерв'ю, фокус-групи, клінічні спостереження, збір даних за

використанням документів та фото, питання відкритого типу в опитуванні та відповіді на такі питання в опитуванні.

Кількісні дані – це будь-які числові дані, які можна обробити методами математичного або статистичного аналізу. До методів збору кількісних даних належать: питання закритого типу в опитуваннях та відповіді на такі запитання, дані щодо послуг та їх використання і дані про скарги та прийом.

2.Визначте, які результати вас цікавлять. Дуже непростий етап в процесі впровадження нових практик – визначити, чи дають ці практики бажані результати. Результат – це зміна, яку програма має досягти за допомогою впровадження певної практики. Оцінки проводяться впродовж всієї тривалості процесу, починаючи з відстеження діяльності співробітників, числових даних, випадків неявки клієнтів та платежів, і закінчуючи проведенням опитування, щоб з'ясувати рівень задоволення клієнтів, порівняти результати клієнтів, які отримують різні види лікування. Залучайте стейкхолдерів (в межах клініки та на рівні громади), щоб визначити потрібні результати та які параметри слід використовувати для оцінки результатів.

3.Призначте членів команди, які проводитимуть оцінку, та визначте виконавчі можливості для проведення оцінювань. Який би вид оцінки ви не проводили, збір та аналіз даних займає довгий час. В межах програми необхідно визначити тих членів команди, які можуть виконувати оцінювання, та виділити кошти на проведення для них тренінгів з оцінки, збору та аналізу даних.

Процес постійного підвищення якості

Лікування СПЗ та РВП, використовуючи методи телемедицини, може бути новим напрямком діяльності, невідомим для організації, до того ж, сфера телемедицини та лікування постійно змінюється та розвивається. Постійне підвищення якості (ППЯ) регулярно використовується для визначення, реєстрації та аналізу перешкод та сприятливих чинників впровадження, з метою вдосконалити процес впровадження.

ПРОЦЕС ПОСТІЙНОГО ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ (ПВЯ)

Модель вдосконалення



Що таке постійне підвищення якості (ППЯ)?

ППЯ – це систематичний процес оцінювання впровадження програми або практики та їх короткострокових результатів, які включає в себе залучення програмного персоналу для виявлення та реалізації покращень у наданні послуг та систем організації, щоб покращити результати лікування. ППЯ допомагає оцінити вірність практики, а також, наскільки програма реалізує практику в запланований спосіб. Існує багато можливих моделей та підходів ППЯ (наприклад, <https://www.healthit.gov/faq/what-are-leading-continuous-quality-improvement-strategies-health-care-settings>).

ППЯ відрізняється від оцінки процесу, оскільки вона застосовує такі інструменти, як швидке оцінювання виконання програми, вчасне виявлення проблем та можливих рішень, а також впровадження невеликих вдосконалень для покращення якості лікування. Зазвичай, ППЯ проводять співробітники самої організації. При оцінюванні процесу застосовує розглядаються оцінювання більш тривалих термінів, і його проводить зовнішній оцінювач.

Мережа покращення лікування залежностей (NIATx), проєкт, який спочатку фінансувався Центром лікування зловживання психоактивних речовин при Службі профілактики психічних розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин (SAMHSA), пропонує інструменти для проведення ППЯ та покращення послуг у закладах лікування розладів внаслідок вживання психоактивних речовин. NIATx ґрунтується на принцип покращення програм за допомогою низки малих змін, які тестуються та впроваджуються по одній, що в результаті дає сукупний ефект.

Модель вдосконалення ПРВД, створена Інститутом вдосконалення охорони здоров'я використовує науковий метод для тестування невеличких змін, які впроваджуються в циклічний, орієнтований на конкретні дії спосіб. Етапи процесу: плануй це (Плануй), спробуй це (Роби), спостерігай результати (Вивчай) та реагуй згідно із результатами спостереження (Дій).

Чому слід використовувати ППЯ?

ППЯ дає можливість ширше проаналізувати системи, в яких задіяні програми або практики. Оскільки ППЯ

відіграє ключову роль в управлінні виконанням програм, ми настійно рекомендуємо організаціям, які впроваджують послуги у форматі телемедицини для людей з СПЗ та/або РВП, застосовувати методи ППЯ.

З яких етапів складається ППЯ?

Хоча етапи процесу ППЯ можуть відрізнятися в залежності від завдань, типовий процес ППЯ складається із наступних етапів:

- Виявити проблему програми або практики, яка потребує вдосконалення, та бажану ціль такого вдосконалення;
- Проаналізувати проблему та причини, які її викликали;
- Розробити план дій, щоб подолати причини виникнення проблеми, визначити конкретні дії до виконання;
- Реалізувати дії згідно плану;
- Проаналізувати результати, щоб переконатись, що проблему вирішено, причини її виникнення подолано, і що вдалося покращити як короткострокові, так і довгострокові результати лікування;
- Повторити цей алгоритм для виявлення та вирішення інших проблем по мірі їх виникнення.

Institute for Healthcare Improvement. (n.d.). Science of improvement: Testing changes.
<http://www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/ScienceofImprovementTestingChanges.aspx>

New Jersey Department of Children and Families. (n.d.). Five Stages of Continuous Quality Improvement.
<https://www.nj.gov/dcf/about/divisions/opma/cqi.html>

University of Wisconsin-Madison, NIATx National Program Office. (n.d.). What is NIATx? <https://www.niatx.net/what-is-niatx/>
U.S. Department of Health & Human Services Office of Adolescent Health. (n.d.). Continuous Quality Improvement, Part 1: Basics for Pregnancy Assistance Fund Programs. <https://www.hhs.gov/ash/oah/sites/default/files/cqi-intro.pdf>

Оцінка результатів

У Таблиці нижче надається список можливих результатів, прикладів індикаторів результатів, а також джерела якісних та кількісних даних, якими можуть скористатись програмні менеджери, практикуючі лікарі та інші фахівці для оцінки практик, описаних у 2-й Главі.

В 1-й Главі ми ввели поняття чотирьохцільової схеми, яка досліджує вплив інтервенцій з метою покращення досвіду клієнтів, покращення досвіду провайдерів, покращення здоров'я населення, та зниження витрати.¹ За допомогою Чотирьохцільової Схеми ми визначили конкретні результати, індикатори, взяті для прикладу та джерела даних.

Результати, які спостерігаються у стані здоров'я пацієнта, можна відстежити як на початку інтервенції, так і впродовж всього строку реалізації програми за допомогою стандартизованого скринінгу або інтерв'ю зі співробітниками та клієнтами. Результати, які пацієнт досяг завдяки телемедицині, такі як рівень залученості пацієнтів до послуг у форматі телемедицини, кількість пацієнтів, які не переривають лікування в форматі телемедицини, або рівень терапевтичних відносин, можна отримати за допомогою адміністративних даних, опитувань або інтерв'ю. Результати для здоров'я групи населення можна відстежити за допомогою адміністративних даних та інтерв'ю. І, нарешті, результати стосовно витрат можна отримати, використовуючи адміністративні дані.

Результат	Індикатор (приклад)	Джерела даних (приклад)
Досвід клієнта		
Клінічні результати		
Зменшення симптомів депресії	- Тривалість симптомів за попередні 30 днів (к-сть днів) - Ступінь тяжкості симптомів	Структуровані шкали та оцінки (наприклад, опитувальник для оцінки депресії Бека, 2-ге видання (Beck Depression Inventory – 2nd Edition), шкала геріатричної депресії (Geriatric Depression Scale), структуроване клінічне інтерв'ю для Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів DSM-IV (Модуль, присвячений клінічній депресії) (Structured Clinical Interview for DSM-IV (MDD module)), шкала Гамільтона для оцінки депресії (Hamilton Depression Rating Scale), Центр епідеміологічних досліджень- шкала депресії (Center for Epidemiological Studies - Depression Scale), Анкета стану здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)))
Зменшення симптомів ПТСР	- Тривалість симптомів за попередні 30 днів (к-сть днів) - Ступінь тяжкості симптомів	- Медичні записи\медична картка - Структуровані шкали та оцінки (наприклад, чекліст ПТСР – спеціалізований (PTSD Checklist - Specific (PCL-S)), оцінка по шкалі ПТСР за участі лікаря (Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)), та інтерв'ю за шкалою симптомів ПТСР (PTSD Symptom Scale – Interview (PSS-I)))

Результат	Індикатор (приклад)	Джерела даних (приклад)
Зменшення симптомів тривожності	- Тривалість симптомів за попередні 30 днів (к-сть днів) - Ступінь тяжкості симптомів	- Медичні записи\медична картка - Структуровані шкали та оцінки (наприклад, опитувальник з визначення рівня тривожності по Беку (Beck Anxiety Inventory), чотирьохвимірна шкала тривожності (Four Dimensional Anxiety Scale))
Розлад внаслідок вживання психоактивних речовин	- Вживання психоактивних речовин - Тривалість вживання психоактивних речовин за попередні 30 днів (к-сть днів)	- Інтерв'ю для якісного дослідження (клієнт) - Аналіз сечі на вміст наркотичних речовин - Структуровані шкали та оцінки (наприклад, структуроване клінічне інтерв'ю для Діагностично-статистичного посібника з психічних розладів DSM-IV розладів вісі I/P (розладів внаслідок вживання психоактивних речовин (SCID-I/P Substance Use Disorder))
Досвід клієнта у використанні системи телемедицини		
Залученість до лікування і продовження лікування в форматі телемедицини	- Кількість прийомів, на які з'явився клієнт - Завершене терапевтичне лікування	- Інтерв'ю для якісного дослідження (клієнти та співробітники) - Адміністративні дані - Дані про реєстрацію/набір в програму
Задоволеність клієнта	- Доступ по лікування - Прийнятність лікування - Як клієнт самостійно справляється	- Інтерв'ю для якісного дослідження (клієнт) - Структуровані шкали та оцінки (наприклад, анкета задоволеності клієнта (Client Satisfaction Questionnaire), шкала задоволеності терапією та терапевтом (Satisfaction with Therapy and Therapist Scale), анкета зручності використання телемедицини (Telehealth Usability Questionnaire), шкала задоволеності та прийняття методів телемедицини (Telemedicine Satisfaction and Acceptance Scale), анкета II – підтримуючі відносини (HelpingAlliance Questionnaire II))

Результат	Індикатор (приклад)	Джерела даних (приклад)
Терапевтичні відносини (Клієнт)	- Відносини між клієнтом та провайдером - Емоційна безпека	- Інтерв'ю для якісного дослідження (клієнт) - Структуровані шкали та оцінки (наприклад, скорочений опитувальник

		«робочі відносини» (Working Alliance Inventory short form)
Досвід провайдера		
Задоволеність провайдера	- Відсутність вигорання - Гарне самопочуття на роботі	- Інтерв'ю для якісного дослідження (провайдери) - Структуровані шкали та оцінки (наприклад, анкета зручності використання телемедицини (Telehealth Usability Questionnaire))
Терапевтичні відносини (Провайдер)	- Відносини між клієнтом та провайдером - Емоційна безпека	- Інтерв'ю для якісного дослідження (провайдери) - Структуровані шкали та оцінки (наприклад, скорочений опитувальник «робочі відносини» (Working Alliance Inventory short form))
Благополуччя лікаря	- Відсутність вигорання - Гарне самопочуття на роботі	Структуровані шкали та оцінки (Індекс благополуччя (Wellbeing Index), опитувальник Міні-Z, розроблений в Клініці Мейо The Mayo Clinic's (Mini-ZSurvey))
Громадське здоров'я		
Доступ	Кількість людей, які користуються телемедициною	- Адміністративні дані - Дані про реєстрацію/набор в програму Інтерв'ю для якісного дослідження (клієнти)
Рівний доступ	Відсоток прийомів у лікаря, які проведено у форматі телемедицини, в спільнотах з низьким та середнім рівнем прибутку, спільнотах різного расового та етнічного складу, в географічно різних місцях	Адміністративні дані

Результат	Індикатор (приклад)	Джерела даних (приклад)
Витрати		
Вартість	- Економія відстані, яку потрібно подолати пацієнту для відвідування клініки, в милях (км) - Вартість одного прийому - Вартість технології/використання/утримання та обслуговування	- Адміністративні дані - Інтерв'ю для якісного дослідження (клієнти та співробітники)

Корисні ресурси для проведення оцінки

Оцінка реалізації програми

- [A Framework For Program Evaluation](#) (Схема оцінки програм), надана Відділенням оцінки та виконання програм Центру контролю та профілактики захворювань (CDC), надає ключові елементи оцінки програми.
- [The Community Toolbox \(Інструментарій для громади\)](#), надана Центром здоров'я та розвитку громад в Університеті штату Канзас, містить покрокове керівництво по розробці оцінки програми для громади, а також спеціальні інструменти та приклади.

Оцінка сталості програми

- Науковий Центр Систем Охорони Здоров'я при школі Брауна в Університеті Вашингтону в Сент Луїс розробив Інструмент для оцінки сталості програми [Program Sustainability Assessment Tool \(PSAT\)](#) та Інструмент для оцінки клінічної сталості [Clinical Sustainability Assessment Tool \(CSAT\)](#) щоб мати можливість виміряти прогрес у забезпеченні сталості нових заходів, які впроваджуються.

Підвищення якості та постійний моніторинг продуктивності

- [Quality Improvement Essentials Toolkit](#) (Методичний посібник покращення якості), створений Інститутом вдосконалення охорони здоров'я містить інструментарій та шаблони, необхідні для запуску проєкту по вдосконаленню якості та керування покращенням продуктивності.

Оцінка практик лікування СПЗ, РВП та РВО, які виконуються у форматі телемедицини

- Американська Медична Асоціація (AMA) розробила [Telehealth Implementation Playbook](#) (Довідник з впровадження телемедицини), в якому є інструменти для планування, оцінки та розширення.
- Інформаційний Центр Сільського Здоров'я [Rural Health Information Hub \(RHInhub\)](#) створив окремий доказовий інструментарій для системи охорони здоров'я в сільських громадах. За допомогою цього інструментарію можна оцінити інтервенції у сфері [Психічного Здоров'я \(Mental Health\)](#), [Вживання психоактивних речовин \(Substance Use\)](#), та [Телемедицини \(Telehealth\)](#) (які можна широко застосовувати як в сільських, так і не сільських умовах).

Посилання

¹ Feeley, D. (2017, November 28). *The triple aim or the quadruple aim? Four points to help set your strategy*. <http://www.ihi.org/communities/blogs/the-triple-aim-or-the-quadruple-aim-four-points-to-help-set-your-strategy>

Додаток 1: Подяки

Цю публікацію було створено за значного сприяння Яна Ліндсі, кандидата наук, та Алексіса Марбаха, Магістра громадського здоров'я, спеціаліста з проектного менеджменту. Важливий внесок у розробку керівної настанови зробили співробітники і представники експертної групи Служби профілактики психічних розладів, пов'язаних із зловживанням психоактивними речовинами, США, чия вдумлива та глибока робота і значні напрацювання, присвячені використанню методів телемедицини для лікування серйозних психічних захворювань та розладу вживання психоактивних речовин, було залучено до документу. Процес створення цієї керівної настанови тривав з жовтня 2020 по квітень 2021 року. Протягом кількох місяців була проведена низка онлайн зустрічей з метою розробки документу. Впродовж часу складання було скликано три засідання експертної групи.

Співробітники Служби профілактики психічних розладів, пов'язаних із зловживанням психоактивними речовинами, США

Robert Baillieu, MD, MPH, Center for Substance Abuse Treatment* (Центр лікування наркотичної залежності, США)

Christine Cichetti, National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory (Науково-дослідний інститут з питань державної політики в сфері психічних розладів пов'язаних із зловживанням психоактивними речовинами, США)

Thomas Clarke, PhD, National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory (Науково-дослідний інститут з питань державної політики в сфері психічних розладів пов'язаних із зловживанням психоактивними речовинами, США)

Steven Dettwyler, PhD, Center for Mental Health Services* (Науковий центр послуг у сфері психічного здоров'я)

Amanda Doreson, MPA, National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory* (Науково-дослідний інститут з питань державної політики в сфері психічних розладів пов'язаних із зловживанням психоактивними речовинами, США)

Tanya Geiger, PhD, MPH, National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory* (Науково-дослідний інститут з питань державної політики в сфері психічних розладів пов'язаних із зловживанням психоактивними речовинами, США)

Donelle Johnson, PhD, MHSA, National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory* (Науково-дослідний інститут з питань державної політики в сфері психічних розладів пов'язаних із зловживанням психоактивними речовинами, США)

John Palmieri, MD, MHA, Center for Mental Health Services* (Науковий центр послуг у сфері психічного здоров'я)

Експертна група

Bart Andrews, PhD, Behavioral Health Response, Chief Clinical Officer/ZeroSuicide Academy, Faculty Member (Головний клінічний спеціаліст програми «Відповідь на проблеми в сфері психічного здоров'я»/викладач Академії ZeroSuicide)

Brian Hepburn, MD, National Association of State Mental Health Program Directors (Національна спілка керівників державних програм психічного здоров'я)

Mei Wa Kwong, JD, Center for Connected Health Policy, National Telehealth Policy Resource Center (Центр об'єднаної політики охорони здоров'я, Учбово-методичний центр державної політики в сфері телемедицини)

Jan Lindsay, PhD, Baylor College of Medicine* (медичний факультет Бейлорського Університету)

Thomas Milam, MD, MDiv, Iris Telehealth, Virginia Tech Carilion School of Medicine and Research Institute (компанія в сфері послуг телемедицини «Іріс Телехелс», медичний факультет та науково-дослідний інститут Каріліон Політехнічного Інституту Вірджинії)

Joe Parks, MD, National Council for Behavioral Health (Національна спілка з питань поведінкових розладів)

Mark W. Parrino, MPA, American Association for the Treatment of Opioid Dependence (Американська спілка з питань лікування опіоїдної залежності)

Jay Shore, MD, MPH, Department of Psychiatry, University of Colorado Anschutz Medical Campus (Кафедра психіатрії, Медичний кампус Аншутц в Університеті Колорадо)

Sadie Silcott, MBA, MPH, Office for the Advancement of Telehealth, Health Resources and Services Administration (Служба сприяння розвитку телемедицини, Управління ресурсів та послуг охорони здоров'я, США)

Peter Yellowlees, MBBS, MD, University of California Davis Health (Медичний центр Каліфорнійського Університету в Дейвісі, США)

Залучені спеціалісти

Olivia Bacon, Abt Associates (корпорація «Абт Ассосіейтс»)

Korrin L. Bishop, Korrin Bishop Writing & Editing (редактор у Коррін Бішоп Райтінг енд Едітінг)

Ellen Childs, PhD, Abt Associates (корпорація «Абт Ассосіейтс»)

Yvonne Cristy, Abt Associates (корпорація «Абт Ассосіейтс»)

Margaret Gwaltney, MBA, Abt Associates* (корпорація «Абт Ассосіейтс»)

Alexis Marbach, MPH, PMP, Abt Associates* (корпорація «Абт Ассосіейтс»)

Nikitha Reddy, Abt Associates (корпорація «Абт Ассосіейтс»)

Daniel Jefferson Smith, Abt Associates (корпорація «Абт Ассосіейтс»)

Sarah Steverman, PhD, MSW, Abt Associates* (корпорація «Абт Ассосіейтс»)

Christopher Weiss, PhD, Abt Associates (корпорація «Абт Ассосіейтс»)

Elyse Yarmosky, LICSW, Abt Associates (корпорація «Абт Ассосіейтс»)

*Представники експертної групи з розробки керівної настанови

Додаток 2: Методологія аналізу доказів

При створенні цієї керівної настанови автори провели ретельний та систематичний аналіз доказів.

В Додатку надано стислий огляд методології аналізу доказів, яка використовувалась для визначення рейтингу видів лікувань, описаних в настанові, а саме, кількох видів поведінкової терапії (терапії поведінкової активації, когнітивно-поведінкової терапії, когнітивно-процесингової терапії, терапії тривалої експозиції) та замісної підтримувальної терапії (ЗПТ).

Примітка: в цьому додатку різні види поведінкової терапії та замісна підтримувальна терапія називаються узагальнюючим терміном види лікування.

Фахівці, які проводили аналіз доказів, спільно із експертами та Службою профілактики психічних розладів, пов'язаних із зловживанням психоактивними речовинами (SAMHSA) провели чотирьохетапний процес аналізу доказів. Він складався із вибору видів лікування; визначення відповідних досліджень; аналізу та присвоєння рейтингів дослідженням; а також присвоєння рейтингів видам лікування.

Крок 1: Вибір лікування

Автори визначили ці види лікування, проаналізувавши відповідну літературу та проконсультувавшись із фахівцями. На меті було визначити такі види лікування, які надаються за допомогою синхронних методів телемедицини і найкращим чином задовольняють потреби людей, які страждають на СПЗ та/або РВП. Щоб пройти на етап аналізу доказів, певний вид лікування повинен відповідати наступним критеріям:

- Бути чітко визначеним та відтворюваним
- Сприяти меті покращення результатів для здоров'я людей, які страждають на СПЗ та/або РВП, і надаватися методами телемедицини
- Застосовуватись на місцях в даний час
- Мати дослідження ефективності цього виду лікування
- Мати наявні докази на підтримку впровадження цього виду лікування та його вірності.

Наприкінці цього етапу SAMHSA разом із експертною групою, яка займалася розробкою керівної настанови, проаналізували програми, запропоновані на розгляд авторами, та дійшли згоди щодо включення чотирьох видів поведінкової терапії та замісної підтримувальної терапії в процес аналізу доказового рівня та присвоєння рейтингу.

Крок 2: Визначення дослідження

Фахівці з аналізу доказів, визначившись із видами лікування, ретельно проаналізували опубліковані дослідження цих видів лікування, щоб обрати такі, що відповідають вимогам. На цьому етапі аналізу розглядалися лише надійні джерела, а саме, рецензовані журнали та урядові звіти, які уникають явного конфлікту інтересів. Фахівці з аналізу доказів відмітили всі дослідження, знайдені за допомогою аналізу літературних джерел, які потенційно відповідають вимогам.

Дослідження, знайдені в профільній літературі, різнилися за видом та ретельністю виконання, тому фахівці з аналізу продовжили їх оцінювати на предмет можливості подальшого використання для аналізу доказового рівня. Щоб пройти на етап аналізу доказового рівня та присвоєння рейтингів, дослідження мало відповідати наступним вимогам:

- Мати рандомізований або квазіекспериментальний дизайн, або
- Складатися з однієї вибірки, в якій досліджувався стан учасників до та після лікування, або бути епідеміологічним дослідженням із сильним умовним припущенням (наприклад, дослідження, яке аналізує, що сталося б за умови ненадання інтервенції)

Аналіз літератури, описові статті, дослідження впровадження лікування та мета-аналізи не були залучені в цей аналіз, але вони були занотовані для пояснення контексту і як доказ на підтримку даного типу лікування.

Крім того, для включення в подальший аналіз доказового рівня та присвоєння рейтингу, дослідження мало відповідати наступним вимогам:

- Бути опублікованим або підготовленим до публікації у 2010 році чи пізніше
- Бути у відкритому доступі у вигляді рецензованої публікації або звіту про дослідження
- Бути опублікованим англійською мовою
- Містити принаймні одне вдосконалення, яке покращує результат для здоров'я пацієнтів, які страждають на СПЗ та/або РВП
- Мати порівняльну/контрольну групу, яка отримує звичайне лікування або не отримує інтервенцію/отримує мінімальну інтервенцію (у разі дослідження із рандомізованим або квазіекспериментальним дизайном).

В деяких дослідженнях видів лікування, що надавались у форматі телемедицини, порівняльна/контрольна група не отримувала ані звичайне лікування, ані мінімальну інтервенцію, ані залишалась без інтервенції. Дизайн таких досліджень дозволяв, скоріше, порівняти лікування у форматі телемедицини з тим самим видом лікування, але в форматі особистої присутності. Такі дослідження ефективності певного виду лікування, яка не поступається ефективності традиційному виду терапії, з'ясовували, чи призводить лікування з за методами телемедицини до порівняних, або не гірших результатів, ніж лікування в форматі особистої присутності (яке є науково-обґрунтованою формою лікування).

Крок 3: Аналіз дослідження та присвоєння рейтингу

На наступному етапі підготовлені фахівці з проведення аналізу оцінювали кожне дослідження, щоб впевнитись, що воно проводилося із ретельним дотриманням суворої методології і, таким чином, може підтвердити причинно-наслідкові зв'язки між видом лікування та виявленими результатами. Фахівці проаналізували та занотували кожне дослідження, щоб переконатись у наступному:

1. Основна група учасників дослідження та порівняльна група статистично рівні, з єдиною різницею в тому, що учасники основної групи приймали участь в інтервенції, а учасники порівняльної групи отримували звичайне лікування або не отримували інтервенцію/отримували мінімальну інтервенцію.
2. У випадку рандомізованих досліджень з високим рівнем відсіву, а також для досліджень, які проводились за квазіекспериментальним дизайном, була встановлена початкова еквівалентність між групою дослідження та порівняльною групою.
3. У випадку рандомізованих досліджень, рандомізація пройшла без порушень. Наприклад, переконатись, що не відбулося перепризначення статусу лікування (що зазвичай робиться для того, щоб урівноважити розподіл вихідних змінних між групою, яка отримувала лікування, та контрольною групою).

4. У дослідженні не було жодних змішаних факторів, тобто, таких факторів, які впливають на результат, але не враховуються самим дослідженням.
5. Проблема відсутніх даних була вирішена належним чином, а саме:
 - ☐ Допускалося застосування методу підставлення відсутнього значення на основі розрахунку середнього значення двох сусідніх показників.
 - ☐ Допускався аналіз завершеного випадку, який зараховувався як відсів.
 - ☐ Допускалося використання моделі із підставленням допоміжного значення замість відсутнього в якості коваріанту.
 - ☐ Не допускалося робити припущення, що всі відсутні значення даних є або позитивними або негативними.
 - ☐ Допускалося використовувати метод підставлення відсутнього значення на основі регресії, а метод підставлення відсутнього значення на основі розрахованого середнього не допускалося.
6. Показники результатів дослідження були надійними, перевіреними та вимірювались у всіх учасників дослідження з дотриманням однієї процедури.
7. Для розрахунків впливу використовувались коректні статистичні моделі.
8. Лікування сприяло покращенню результатів, пов'язаних із СПЗ та/або РВП.

В залежності від дизайну та характеристик певного дослідження, фахівці, які проводили аналіз, присвоїли кожному дослідженню свій рейтинг, згідно рівня його причинно-наслідкового впливу. Вони використовували наступні показники для визначення рівня такого впливу, в залежності від вищенаведених 8 факторів:

- Високий доказовий рівень причинно-наслідкового зв'язку
- Помірний доказовий рівень причинно-наслідкового зв'язку
- Низький доказовий рівень причинно-наслідкового зв'язку

Лише рандомізовані контрольовані дослідження, дослідження із квазіекспериментальним дизайном та епідеміологічні дослідження з сильним порівнянням отримали високий або помірний рейтинг.

Крок 4: Присвоєння рейтингу видам лікування

Після того, як всі дослідження певного виду лікування пройшли оцінку на відповідність критеріям, фахівці з групи аналізу **присвоїли кожному виду лікування рейтинг** на основі кількості досліджень з сильними, помірними або новими доказами причинно-наслідкового зв'язку. Причинно-наслідковий зв'язок – це докази на підтвердження того, що інтервенція спричиняє, або відповідає за результат, що вимірюється у вибірці, яка приймає участь у дослідженні.

Лікування відносили до однієї із категорій на основі того рівня доказів причинно-наслідкового зв'язку, який отримали його дослідження:

1. **Високий доказовий рівень:** Щонайменше два рандомізованих контрольованих дослідження, дослідження із квазіекспериментальним дизайном, або епідеміологічних дослідження з високим та

помірним рейтингом, які підтвердили причинно-наслідковий зв'язок.

2. **Помірний доказовий рівень:** Мінімум одне рандомізоване контрольоване дослідження, дослідження із квазіекспериментальним дизайном, або епідеміологічне дослідження з високим та помірним рейтингом, які підтвердили причинно-наслідковий зв'язок.
3. **Нові докази:** жодне дослідження не отримало високий або помірний рейтинг. Вид лікування оцінювався за допомогою досліджень із менш жорсткими вимогами, наприклад, оцінювався стан учасників перед та після проведення лікування, які показали наявність зв'язку між лікуванням та позитивними результатами, але для підтвердження причинно-наслідкового впливу потрібні додаткові дослідження.

В результаті вищеописаного чотирьохетапного процесу було відібрано та присвоєно рейтинг чотирьом типам поведінкової терапії та замісній підтримувальній терапії (ЗПТ). Кожен з цих видів лікування досліджувався у вибірці, якій це лікування надавалося за допомогою методів телемедицини. Рейтинг, присвоєний кожному виду лікування, можна застосовувати для того, щоб повідомити осіб, які приймають рішення, про ухвалення нових методів телемедицини, які покращать результати лікування для людей із СПЗ та/або РВП.