

СТАЦИОНАР НА ДОМУ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

М. А. Алисханов, Е. Б. Любов

Республиканский ПНД, Ингушетия; Отделение внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского НИИ психиатрии

Развитие стационарзамещающих форм оказания медицинской помощи населению служит одним из основных направлений повышения эффективности использования материальных и финансовых ресурсов отечественного здравоохранения (14, 18, 23, 32). При планировании региональных психиатрических служб важно перераспределение приоритетов в пользу ресурсосберегающих, альтернативных госпитализаций, форм оказания психиатрической помощи (17), позволяющих освободить дорогостоящую больничную койку от необязательных «патронажно-гостиничных» функций. При хорошо организованной внебольничной помощи уровень госпитализации может быть сокращен на 40% как в психиатрии (38), так и в общей медицине (18, 32). Поэтому необходимость стационарного лечения все чаще свидетельствует о неудаче внебольничной (психиатрической) помощи (48).

Интенсивное развитие внебольничной психиатрической помощи означает дифференциацию и высокий уровень взаимодействия ее звеньев (8, 25). В «номенклатуре» внебольничных психиатрических учреждений особое и спорное место занимает стационар на дому (СнД). Поэтому важно определить место СнД в реформируемой системе внебольничной помощи страны и наметить реальные перспективы его развития.

СнД имеет длительную историю своего развития. Прибольничный семейный патронаж (4, 37) традиционно рассматривается прообразом СнД (19, 38). Патронаж служил противовесом переполнения психиатрических больниц «безобидными хрониками» (7, 24), особенно больными с ранним слабоумием, с ним связывались возможности разумной децентрализации психиатрической помощи и установление тесной связи между психиатрией и общей медициной (21). Посемейное призрение с врачебным наблюдением выгодно отличалось от больничного содержания меньшим стеснением душевнобольного, индивидуализированным подходом к нему, стимулирующим влиянием обычных жизненных условий, легкостью развертывания такой помощи без

капитальных вложений. В результате патронаж признан клинически и социально-экономически приемлемой внебольничной формой (20, 36) зарождающейся системы общественной психиатрии (20).

Однако этот метод не получил широкого распространения в первую очередь из-за ограничений лечебных возможностей того времени.

СнД как таковой предложен московскими психиатрами в 30-е годы прошлого века, и его развертывание рассматривалось как обязательная часть диспансерной работы (6, 9, 12, 19). Положительной стороной СнД полагалось благоприятное для больного окружение родственников. Предусматривалось не только систематическое динамическое (несколько раз в день) наблюдение врача и медсестры и по необходимости круглосуточное дежурство санитаров, лекарственная терапия «на уровне возможностей стационара» (инъекции успокоительных препаратов), консультации интернистов, но и социальная («инструментальная», в современном понимании) помощь в питании и уходе за больным, материальная поддержка из фонда патронажа ПНД.

В указанных работах не были разработаны клинические показания для лечения в СнД, но указывалась важность психотерапевтической и психогигиенической работы в семье, социально-бытовых условий жизни больного, привлечения его «инструментированных» медработниками близких к участию в активном наблюдении (противодействии суицидам) и уходу (соблюдение режима дня). Рекомендовалась как можно более ранняя активизация пациента (посильная помощь по домашнему хозяйству, прогулки, затем более сложные поручения).

Широкое применение нейролептиков создало условия для внебольничной купирующей терапии обострений и рецидивов шизофрении в СнД (11, 16, 26, 39), по интенсивности не уступающей таковой в больничных условиях (1, 27).

С начала 60-х годов прошлого века, несмотря на организационные трудности, СнД в структуре ПНД и диспансерных отделений ПБ получили распространение в Рязани (продолжение традиции патро-

нажа Н.Н.Баженова), Москве, Омске, Ставрополе. Показания для лечения в СнД по существу ограничивались кратковременной медикаментозной помощью хроническим больным в состоянии обострения или рецидива (26), не требующих круглосуточного медицинского наблюдения.

Напротив, кризисные бригады за рубежом более ориентировались на возможности кратковременной госпитализации с целью быстрой стабилизации состояния больного (34, 47), чем на помощь семье больного, хотя кризисное вмешательство на дому у большинства пациентов давало, по меньшей мере, не худший результат (42).

СнД служил альтернативой стационарному в комплексе внебольничной психиатрической помощи, особенно там, где не было дневных стационаров, например, в сельской местности (лечение проводилось психиатром ЦРБ и под контролем участкового врача и фельдшера) и небольших городах (1, 26).

Вместе с тем показаны широкие возможности СнД при долечивании длительно госпитализированных хронически больных, в основном, шизофренией (28). Критерии направления в СнД носили описательный характер: отсутствие агрессии, выраженных расстройств влечения (перверзии, алкоголизм, бродяжничество) у пациента, негативного или бредового отношения к лечению, близким, медперсоналу, хотя бы частичная критика к болезни, желание выписаться из больницы, жить дома. В СнД проводились необходимые лечебно-диагностические мероприятия врачом и медицинской сестрой диспансерного отделения больницы. Оказывалась социально-бытовая помощь, например, предоставлялось бесплатное питание по нормам стационара. Только у 1% пациентов отмечено ухудшение состояния, повлекшее госпитализацию. Длительность пребывания в СнД, однако, достигала 250 дней, и лишь после открытия дневного стационара и развития реабилитационной программы наметилась тенденция к сокращению длительности лечения.

СнД, таким образом, весьма напоминал видоизмененный патронаж (31), целью которого было долечивание и восстановление трудоспособности больного силами и средствами психиатрических учреждений в условиях семьи.

Первым на Западе Т. Wykes (50) показал, что пациенты, требующие постоянного ухода медицинского персонала, вполне могут содержаться в «домашней больничной палате». Оказание психиатрической помощи на дому стало элементом психиатрических служб, ориентированных на сообщество (34, 46, 49), в первую очередь, для наиболее тяжелых больных (нетрудоспособных с выраженными и длительными симптомами болезни), у которых удалось сократить сроки пребывания в стационаре при лучшем клиническом и социальном эффекте (40–42) и, соответственно, при меньших затратах. Психиатрический сестринский патронаж для таких больных был экономически предпочтителен по сравнению с обычной амбулаторной помощью (43, 45), но он не мог ока-

зать хорошо скоординированную и комплексную помощь, чем отличается бригадный многопрофессиональный подход.

Учитывая определенные преимущества СнД перед стационарным лечением, организаторы ряда региональных психиатрических служб России продолжают в настоящее время изыскивать возможность их организации.

СнД развернуты на базе Томской областной психиатрической больницы (2), Новокузнецкой КПБ, при Омском ПНД (33), в Алтайском крае (10). Работа в современном СнД включает медикаментозное и психообразовательное ранние реабилитационные вмешательства, как правило, в отношении больных в состоянии обострения или рецидива.

СнД при Ингушском республиканском ПНД (г. Назрань) показал свою эффективность в условиях социальной и экономической нестабильности региона, неразвитости больничных и внебольничных служб и учета культуральных особенностей региона (3). Большинство населения проживает в частных домах, и это облегчает лечение на дому. К помощи привлекаются не только члены многочисленных и, как правило, сплоченных семей, но старейшины и священнослужители.

Клинический, социальный и экономический эффекты СнД достигаются сокращением длительности госпитализации и/или ее предотвращением, скорейшей ресоциализацией больного в условиях естественной среды как мощного реабилитационного фактора (1, 10, 27, 28, 33), в том числе и при работе общесоматических СнД (18, 30, 32).

Экономические анализы, однако, в большинстве своем мало достоверны: сравниваются несопоставимые группы больных или проводится зеркальный анализ («до-после»), мало внимания уделяется социальным затратам.

Однако, если преимущества дневных стационаров перед больничной службой показаны неоднократно и убедительно, организация лечения в них регламентирована, то результаты лечения в СнД систематически не изучены. Стихийное развертывание СнД объясняется более инициативой отдельных руководителей психиатрических региональных служб. Как показано, СнД развертываются как структурное подразделение ПНД или диспансерного отделения психиатрической больницы. Важно, чтобы посещение участковым врачом на дому не оформлялось как лечение в СнД. СнД при больничных учреждениях не должен препятствовать сокращению коечного фонда круглосуточных стационаров. Средства, сэкономленные в результате работы СнД, не должны изыматься из психиатрических служб. Развитие СнД тормозится отсутствием директивных (рекомендательных) документов на основании доказательных научных данных, регламентирующих их деятельность.

СнД, как и другие стационарзамещающие формы психиатрической помощи, послужил организационным образцом в общемедицинской системе,

как и полагали первопроходцы «районной психиатрии» (12, 22), но в настоящее время количественное и качественное развитие сети СнД в общей медицине (30, 32) значительно опережает таковое в психиатрии.

СнД уже сегодня становится «полигоном» бригадного подхода при комплексной помощи острым и хроническим больным в ряде регионов страны (5, 10, 33, 35) и станет одним из этапов ее многообразной работы. Психиатрические бригады, объединяющие резервы больничной помощи и организацию проживания больных под общим административным управлением, добиваются клинического и социального эффекта при оказании неотложной и реабилитационной помощи, в максимальной степени удовлетворяют многообразные потребности, в первую очередь, самых тяжелых и социально дезадаптированных пациентов и их близких (14, 34, 44).

Многоуровневая система медицинской помощи (23) позволит на каждом последовательном этапе обеспечить минимально необходимый объем лечебно-профилактической и реабилитационной помощи и исключить использование медицинских ресурсов избыточного или недостаточного уровня. СнД, как промежуточное звено внебольничной (диспансерной) психиатрической помощи (14), организационно встроится в структуру крупной многопрофильной больницы (с психиатрическими отделениями) или Центров психического здоровья и войдет в новую для отечественного здравоохранения самостоятельную паракоспитальную (патронажную) систему (29), наряду с дневными (ночными) стационарами, общежитиями «на полпути», ЛТМ и спеццехами, отделениями (палатами) для лечения неотложных состояний, бригадами для экстренной помощи и патронажа больных средней сложности курации. Основными функциями СнД станет активный (с выездом к больному) патронаж и оказание экстренной психиатрической (врачебной) помощи в домашних условиях силами многопрофессиональной бригады. При невозможности лечения на дому (или неэффективности лечения в СнД) целесообразна краткосрочная госпитализация для интенсивного лечения неотложных состояний, определяющих необходимость в круглосуточном наблюдении персонала для преодоления болезненного состояния до момента стабилизации. Непременным условием ранней выписки служит преемственный активный (в режиме СнД) или пассивный (больной сам посещает ПНД или дневной стационар) патронаж для долечивания (реабилитационной помощи). Часть пациентов поступает в СнД после окончания курса интенсивной больничной терапии и коррекции неотложных состояний, вторая часть направляется из амбулаторной сети. Лечение в СнД завершается либо выпиской на амбулаторное лечение, либо (при неуспехе терапии) переводом в круглосуточный стационар.

Третий (больничный) уровень (психиатрическое отделение многопрофильной больницы, Центра

психического здоровья) будет использоваться, когда психические нарушения не могут быть преодолены на уровне СнД или дневного (ночного) стационаров: пациентам, нуждающимся в контроле агрессивного и аутоагрессивного поведения и /или в круглосуточном наблюдении медицинского персонала и/или в использовании особых методов лечения (например, курсе ЭСТ); а также оказании круглосуточной медико-социальной помощи (пациентам, не способным поддерживать самостоятельно жизненные функции), например, в психогеронтологических отделениях.

Психиатр больницы (Центра психического здоровья), согласно концепции единого лечащего врача, развивающейся в общей медицине, оказывает помощь больному в палате (отделении) интенсивной терапии, он же – станет его куратором в стационаре и консультантом патронажной сестры или врача, прикрепленного к СнД.

Выводы

Переосмысление практического опыта развития СнД важно, когда нормой становятся интенсивное комплексное лечение при сохранении привычных социальных связей и контактов больного, непрерывное участие в терапевтическом процессе ближайшего окружения пациента и взаимодействие с общемедицинскими и социальными службами по месту их жительства.

«Старая-новая» идея СнД как организационно-медицинской технологии с ресурсосберегающим потенциалом соответствует реалиям функционирования реформируемых психиатрических служб в условиях хронического дефицита ресурсов на пути к модели, основанной на сообществе.

В рамках СнД возможно оказание интенсивной сочетанной (психиатрической, общемедицинской при сочетанной патологии) и широкого спектра социальной помощи (ранние психосоциальные и реабилитационные мероприятия), обеспечивающие реальные потребности пациентов (острых, включая впервые заболевших, и хронических) и их семей, если состояние больного, жилищно-бытовые условия, возможности и мотивация родственников позволяют осуществить систематический уход и врачебное наблюдение. Цели организации СнД: лечение первично заболевших, раннее выявление и купирование рецидивов или обострений хронических психических заболеваний, долечивание после ранней выписки из больницы и, как следствие, уменьшение потребности в больничных службах.

В отличие от дневного-ночного стационара, в СнД могут лечиться больные с большей выраженностью поведенческих расстройств и более тяжелой степенью нарушения социального функционирования, соматически ослабленные больные. СнД становится альтернативой дневного стационара при его отсутствии. Лечение в СнД показано пациентам, для которых терапия затруднена в связи с удаленностью амбулаторных служб (сельская местность).

Целенаправленное развитие СнД в наиболее результативном и наименее затратном для общества направлении предполагает ряд следующих мер: 1) изучение клинко-экономической эффективности повседневной работы СнД в различных психиатрических учреждениях и субъектах РФ; 2) научное обоснование показаний и противопоказаний для лечения в СнД; 3) определение потребности в оказании помощи «целевым» группам пациентов; 4) использование методик диагностики, лечения и реабилитации больных с доказательной затратной эффективностью; 5) установление взаимодействия СнД с общемедицинскими службами, службами социальной защиты и обществами взаимопомощи

пациентов; 6) определение структуры, штатов и источников финансирования СнД; 7) учет региональных особенностей размещения населения, развитости сети психиатрических служб; 8) упорядочение учетной и отчетной медицинской документации.

При доказанной затратной эффективности оптимизированной работы СнД следует (1) включить эту стационарзамещающую форму помощи в руководство и стандарты по лечению психически больных и (2) предусмотреть ускорение ее развития в территориальных программах государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г.Я., Неудва А.А. Лечение психически больных. Руководство для врачей. 2-е изд. – М.: Медицина, 1988. – 528с.
2. Агарков А.П. Совершенствование внебольничного сектора как основы развития ресурсосберегающих технологий оказания психиатрической помощи // Материалы Российской конференции «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты». Москва, 5–7 октября 2004. – М., 2004. – С. 23.
3. Алиханов М.А. Клинико-эпидемиологические аспекты и вопросы организации внебольничной помощи психически больным в Республике Ингушетия. – М.: Спутник, 2001. – 146 с.
4. Баженов Н.Н. О призрении и лечении душевнобольных в земствах и, в частности, о новой Рязанской психиатрической больнице // Труды I Съезда отечественных психиатров. – М., 1887.
5. Беляев А.Г., Ичитовкина В.Н., Миронов В.В. и соавт. Выездная мобильная бригада – структурное многофункциональное подразделение кризисной службы // Сиб. Вестник психиатрии и наркологии. – 2003. – № 2 (28). – С. 136–138.
6. Боголепов Н.К. Вопросы невро-психиатрической диспансерной практики. (Опыт десятилетней работы невро-психиатрического диспансера Фрунзенского и Киевского районов). – М., 1936. – 118 с.
7. Бруханский П.П. Семейное призрение душевно-больных. – К., 1900.
8. Воловик В.М., Семичов С.Б. Теоретические основы реабилитации в полустационарных условиях // Полустационарные формы психиатрической помощи. – Л.: Медицина, 1988. – С. 37–59.
9. Георгиевский Н.Г., Каневская Ф.О. Некоторые моменты в деятельности диспансера // Внебольничная психиатрическая помощь в Москве за 20 лет. – М., 1940. – С. 69–73.
10. Голдобина О.А., Трешутин В.А., Семке В.Я. Ресурсосберегающие технологии психиатрической службы и их эффективность // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 1. – С. 108–110.
11. Гольдовская Т.И. Пути и методы изучения нервно-психической заболеваемости. – М.: 1964. – 199 с.
12. Громбах В.А. Профилактика и психиатрическая больница // Профилактика нервных и психических заболеваний. – М., 1929. – С. 35–40.
13. Громбах В.А. Структура и деятельность районной психиатрии // Внебольничная психиатрическая помощь в Москве за 20 лет. – М., 1940. – С. 17–22.
14. Гурович И.Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11, № 1. – С. 9–15.
15. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2004. – 492 с.
16. Зеневич Г.В. Вопросы диспансеризации психически и нервно-больных. – Л.: Медицина, 1983. – 200 с.
17. Казаковцев Б.А. Планирование психиатрической помощи // XIII Съезд психиатров России 10–13 октября 2000 г. (Материалы съезда). – М., 2000. – С. 17.
18. Калининская А.А. Научное обоснование медико-организационных основ развития стационарзамещающих форм медицинской помощи населению Российской Федерации (на примере Тверской, Самарской, Брянской областей и Ставропольского края). Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2000. – 53 с.
19. Каневская Ф.О. Невро-психиатрический диспансер (организационные принципы, содержание и методы работы). Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1949. – 123 с.
20. Каннабих Ю.В. История психиатрии. Репринт. изд. – М.: УТР, МГП Вос., 1994. – 528 с.
21. Кашенко П.П. Ближайшие задачи в деле попечения о душевнобольных в России // Труды I Съезда отечественных психиатров. – М., 1887.
22. Кербинов О.В. Место районной психиатрии в системе психиатрической помощи // Внебольничная психиатрическая помощь в Москве за 20 лет. – М., 1940. – С. 5–16.
23. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации // Экономика здравоохранения. – 1997. – № 12. – С. 5–11.
24. Корсаков С.С. К вопросу о призрении душевно-больных на дому. – М.: Н. Кушнерев и К, 1887.
25. Коцюбинский А.П. Особенности организации реабилитационной работы с больными мало- и умеренно прогрессивной шизофренией в условиях комплекса дневной/ночной стационар. Дневные и ночные стационары // Шизофрения / Под ред. А.П.Коцюбинского, А.И.Скорик, И.О. Аксеновой и соавт. – СПб.: Гиппократ, 2004. – С. 197–199.
26. Красик Е.Д. Новые формы внебольничной психоневрологической помощи // Вопросы психоневрологии. – Л.: 1965. – С. 44–58.
27. Лернер В.Е. Приступообразная шизофрения и задачи внебольничного лечения. Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1983. – 181 с.
28. Мазур М.А. Реабилитация психически больных с затяжным течением на различных ступенях психиатрической помощи (по материалам Кемеровской областной психиатрической больницы). Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1970. – 321 с.
29. Мелянченко Н. Пора выйти из плена иллюзий // Медицинская газета № 86 (3 ноября) 2004 г.
30. Организация стационарзамещающих форм медицинской помощи населению / Под ред. В.И.Стародубова, Р.А.Хальфина, Ю.В.Михайловой и соавт. Методические рекомендации Минздрава России № 2002/106. – М.: МЗ РФ, ФФОМС, ЦНИИИОИЗ, 2002. – 35 с.
31. Серебрякова З.Н. Организация психиатрического патронажа и перспективы его развития в СССР. – М.: Медицина, 1965. – 97 с.
32. Стародубов В.И., Калининская А.А., Шляфер С.И. Стационарзамещающие формы организации медицинской помощи. – М.: РИО ЦНИИИОИЗ МЗ РФ, 2001. – 212 с.
33. Степанова О.Н., Алексеева Г.Ю., Койрах И.А. Организация лечебной и реабилитационной работы в отделении активного лечения и наблюдения на дому // Материалы Российской конференции «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты», Москва, 5–7 октября 2004. – М., 2004. – С. 111–113.
34. Торникрофт Г., Голдберг Д. Общинное психиатрическое обслуживание: реальная картина. Пер. с англ. – К.: Сфера, 1999. – С. 17–18.
35. Хохлов Л.К., Григорьева Е.А., Турлаев В.Г. и соавт. О возможных первых шагах в модернизации психиатрической помощи // Материалы Российской конференции «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты», Москва, 5–7 октября 2004. – М., 2004. – С. 119–120.
36. Юдин Т.И. Очерки отечественной психиатрии. – М.: Медгиз, 1951. – 479 с.

37. Яковенко В.И. Современное положение для попечения о душевнобольных в России. – М., 1909.
38. Ястребов В.С. Внебольничная помощь – основное звено психиатрической службы // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 3. – С. 63–67.
39. Dabrowski S., Truzinska-Wachowska Z. Hospitalizacja domowa // Psychiatr. Pol. – 1969. – Vol. 3. – P. 531–537.
40. Gater R., Goldberg D.P., Jakson G. et al. The care of patients with chronic schizophrenia: a comparison between two services // Psychol. Med. – 1997. – Vol. 27. – P. 1325–1336.
41. Goldberg D.P., Bridges K., Cooper C.D. et al. Douglas House: a new type of hostel ward for chronic psychotic patients // Br. J. Psychiatry. – 1985. – Vol. 147. – P. 383–388.
42. Kluiters H. Inpatient treatment and care arrangements to relapse or avoid it – searching for an evidence-based balance // Curr. Opin. Psychiatry. – 1997. – Vol. 10. – P. 160–167.
43. McCrone P., Beecham J.K., Knapp M.R. Community psychiatric nurse teams: cost-effectiveness of intensive support versus generic care // Br. J. Psychiatry. – 1994. – Vol. 165. – P. 218–221.
44. Mueser K.T., Bond G.P. Psychosocial treatment approaches for schizophrenia // Curr. Opin. Psychiatry. – 2000. – Vol. 13. – P. 27–35.
45. Muijen M., Cooney M., Strathdree G. et al. Community psychiatric nurse teams: intensive support versus generic care // Br. J. Psychiatry. – 1994. – Vol. 165. – P. 211–217.
46. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Treating and managing schizophrenia (core interventions). Understanding NICE guidance – information for people with schizophrenia, their advocates and caregivers, and the public. – London, 2002. – P. 15.
47. Shepherd G., Beadsmoore A., Moore C. et al. Relation between bed use, social deprivation, and overall bed availability in acute adult psychiatric units, and alternative residential options. A cross sectional survey, one day census data and staff interviews // B.M.J. – 1997. – Vol. 313. – P. 262–266.
48. Tyrer P. Cost-effective or profligate community psychiatry? // Br. J. Psychiatry. – 1998. – Vol. 172. – P. 1–3.
49. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. – Geneva: WHO, 2001. – 178 p.
50. Wykes T. A hostel ward for 'new' long stay patients: an evaluation of a ward in a house // Long term Community Care in a London Borough / J.K.Wing (Ed.). – Psychol. Med. Monograph, 1982. – Suppl. 2. – P. 55–97.