

УДК 616.89(042.3)

РЕФОРМИРОВАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ АСПЕКТ¹

И. Я. Гурович

Московский НИИ психиатрии

Последнее пятилетие, несомненно, можно назвать пятилетием серьезных шагов в направлении развития в нашей стране общественно ориентированной психиатрии, хотя на этом пути, конечно, еще много трудностей и проблем.

Надо сказать, что предлагаемые в России экономические и структурно-организационные изменения деятельности психиатрической службы (собственно, как и всей медицины, кроме выделения довольно больших средств по объявленной национальной программе для активизации и оснащения первичного неспециализированного звена здравоохранения) все еще недостаточно определены, а разработанные ранее программы совершенствования и реструктуризации психиатрической службы федерального и регионального уровня не были профинансированы и практически, в основном, остались невыполненными. Поэтому реформирование, особенно продвинувшееся в период выхода из экономического кризиса, осуществляется преимущественно на методически-организационном уровне. Эти изменения, вместе с тем, безусловно, очень значимы, являются концептуальными и отражают развитие психиатрии как науки, достижения, в частности, в области организационной психиатрии. Кроме того, они меняют облик отечественной психиатрической помощи.

За последние десятилетия можно выделить несколько важных этапов, отражающих направление и как бы внутреннюю закономерность развития психиатрической службы.

С начала 80-х годов – выход за пределы традиционной (стационар-диспансер с промежуточными учреждениями) структуры и формирование внедиспансерного раздела с проникновением ряда звеньев помощи вглубь общества к различным категориям населения. Кстати сказать, в этом разделе с тех пор произошли существенные изменения. Особое место заняли психотерапевтические кабинеты в районных поликлиниках, появились психотерапевтические центры и, благодаря новому приказу, –

импульс к более широкому внедрению психотерапевтических звеньев в общемедицинские учреждения. В связи с ростом травм головного мозга, распространенностью постинсультных состояний все больше осознается социальная значимость сети учреждений, занимающихся патологией речи и нейрореабилитацией.

1992–1993 гг. – принятие закона о психиатрической помощи, не только определившего правовые основы ее оказания, но и послужившего отходу от патерналистского к партнерскому принципу взаимоотношений с нашими пациентами – хотелось бы отметить именно этот важный аспект.

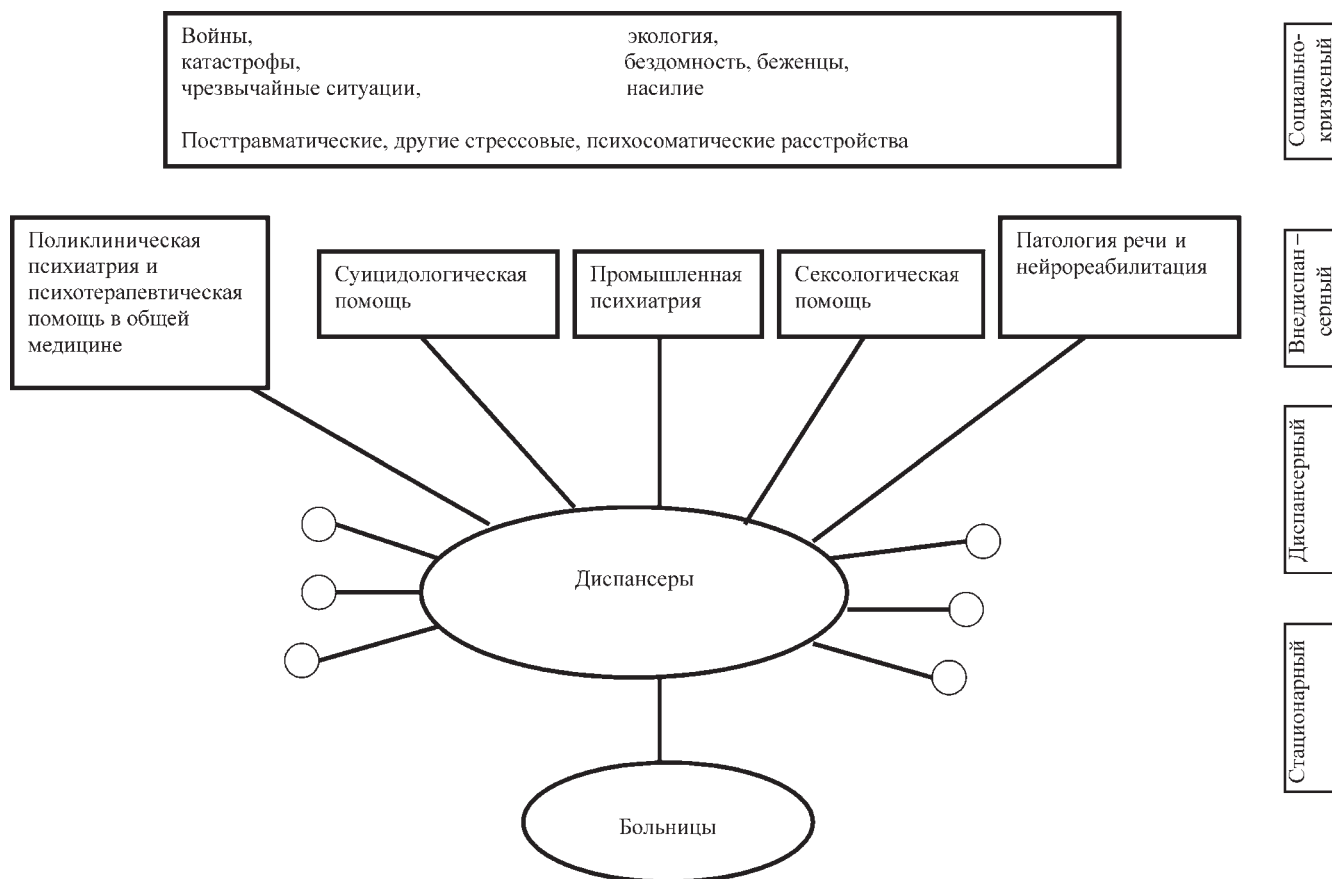
1995 год – введение в штат психиатрических учреждений значительного числа психологов, психотерапевтов, специалистов по социальной работе, социальных работников, что создало predisposition к переходу от преимущественно медицинской к биопсихосоциальной и, соответственно, к полипрофессиональной модели психиатрической помощи и бригадному подходу к ее оказанию.

С 1990-х годов – формирование социально-кризисного раздела с большим вниманием к охране психического здоровья и последствиям воздействия таких факторов общего порядка как чрезвычайные ситуации, неблагоприятная экология, социальные потрясения, насилие и, соответственно, посттравматические, другие стрессовые и психосоматические расстройства.

Сегодня можно говорить о стационарном, диспансерном, внедиспансерном и социально-кризисном разделах помощи (рисунок).

Что касается традиционной психиатрической службы, то она осуществляет переход от преимущественно медицинской к полипрофессиональной модели и бригадному подходу к ее оказанию в соответствии с полифакторным генезом психических расстройств. Число специалистов (табл. 1), оказывающих психиатрическую помощь, дополнилось значительным (хотя и недостаточным) количеством психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников (их число за пятилетие возросло в 2 и более раза); соотношение врачей-психиатров и этих специалистов в настоящее время

¹ Доложено на XIV съезде психиатров России 15.11.2005 г.



Разделы психиатрической помощи

мя 4:1, хотя полагающиеся для них ставки заполнены пока еще по регионам крайне неравномерно. Причины две: крайне низкие оклады, что делает малопривлекательным для них психиатрию, с одной стороны, и недостаточная активность руководителей психиатрических учреждений – с другой. Существенно возросло число врачей-психотерапевтов. К сожалению, распределение всех этих специалистов между стационарами и внебольничными учреждениями все еще отчасти отражает приоритет стационарной помощи.

Обратимся в связи с этим вначале к проблемам стационаров. С 1990 года в стране сокращено 36 тысяч психиатрических коек, хотя обеспеченность койками остается еще высокой (11,4 на 10 тыс. нас.), напомним в связи с этим, что по одной из программ предполагалось сокращение коечного фонда до 7–8 коек на 10 тысяч человек населения,

а в ряде стран количество коек – 2–3 на 10 тысяч человек населения. Высока и централизация коечного фонда – свыше 40% приходится на больницы мощностью более 1000 коек. Возникает вопрос, отходим ли мы в связи с сокращением коек от опоры на коечный элемент в оказании психиатрической помощи?

Каковы показатели деятельности стационаров? Остаются чрезмерными средняя длительность лечения в больнице (75,7 койко-дней), повторная в том же году госпитализация (21,5%), особенно у больных шизофренией она чрезвычайно высока (29%), то есть почти 1/3 больных выписывается и поступает в стационары в том же году. Доля находящихся в стационарах свыше года, то есть «оседающих» в них больных на протяжении целого ряда лет не меняется (21,7%) – каждая пятая койка занята этими больными. Продолжает расти доля больных, поступающих в стационары с непсихотическими психическими расстройствами (это лишь условно стационарный контингент, большая часть из них могла бы лечиться амбулаторно или в дневных стационарах): в 1990 г. их было 28%, в 1999 г. – 33%, сейчас уже 36% коек занимают больные с непсихотическими психическими расстройствами и длительность их лечения в стационаре увеличивается при сокращении этого показателя у больных шизофренией. Это как в «сообщающихся сосудах» – койки, которые освобождают больные психозами,

Таблица 1

Число занятых должностей психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников и психотерапевтов

Специалисты	1999	2004	Рост
Медицинские психологи	1512,0	2862,25	в 1,9 раза
Специалисты по социальной работе	233,75	509,75	в 2,2 раза
Социальные работники	605,0	1354,25	в 2,14 раза
Психотерапевты	3248	3939	в 1,2 раза

заполняются больными с непсихотическими психическими расстройствами. То есть, речь идет об особенностях существующего финансирования на койку, когда надо заполнять ее. Кстати сказать, многие стационары ведут большую работу по улучшению своей материальной базы, условий содержания в них больных, но приведу лишь данные по одной из характеристик (табл. 2), на которую надо обратить специальное внимание, речь идет о перегруженности палат в стационарах.

Мы уже вносили в Министерство предложение включить этот показатель в официальную отчетность для того, чтобы стимулировать ликвидацию перегруженности палат, улучшить условия для больных в стационарах. Самое, наконец, показательное – уровень госпитализаций. Первое 5-летие 90-х годов он снижался (был 44, даже 42 на 10 тыс. нас.), в 1999 году он вернулся на уровень 1985 г. (46 на 10 тыс. нас.), в 2004 г. – стал еще выше (47 на 10 тыс. нас.) Очевидно, что внебольничная служба не только не предотвращает высокий уровень госпитализаций и регоспитализаций больных с психозами, но и является недостаточно конкурентной по отношению к стационарам, когда речь идет об оказании помощи непсихотическим психически больным.

Обращаясь к деятельности внебольничных учреждений, прежде всего, (табл. 3) следует отметить, что продолжается рост впервые выявленных больных (за пятилетие на 45%), причем преимущественно за счет тех из них, которым оказывается с самого начала консультативно-лечебная помощь.

Таблица 2

Распределение палат в психиатрических стационарах по числу коек в них

До 5 коек – 11,2%
6–8 коек – 43,1%
11–15 коек – 33,5%
16–20 коек – 8,5%
Свыше 20 коек – 3,75%

Таблица 3

Число впервые выявленных психически больных (на 10 тыс. нас.)

	1999	2004	Рост
Всего	35,5	51,6	на 45%
Консультативно-лечебная помощь	27,2	42,6	на 56%
Диспансерное наблюдение	8,2	8,9	на 8%

Таблица 4

Внебольничный контингент психически больных на конец года (на 10 тыс. нас.)

	1999	2004	Изменения
Всего	235,1	263,0	больше на 11,8%
Консультативно-лечебная помощь	101,0	136,7	больше на 35%
Диспансерное наблюдение	134,1	125,2	меньше на 7%

Таблица 5

Число участковых врачей-психиатров (2004 г.)

Физические лица – 3319
Занятые должности – 4637
коэффициент совместительства – 1,4
Число посещений на 1 ставку – 4338
из них по поводу заболевания – 2812

Внебольничный контингент становится все более объемным (почти на 12%), а удельный вес диспансерного наблюдения уменьшается (табл. 4). Конечно, определенный вклад в это делают психотерапевтические кабинеты при районных поликлиниках (их сейчас 1097), то есть более одной пятой от числа психиатрических участков, но у них другой, в основном пограничный контингент (депрессии, психосоматические расстройства и др.).

Однако каково положение на самих психиатрических участках? Бросается в глаза (табл. 5), что число физических лиц врачей-психиатров меньше на 1319, чем занятых должностей. Причем высокий коэффициент совместительства полностью не отражает имеющийся здесь дефицит врачей в связи с использованием процентных надбавок. Стало нередким, когда врач обслуживает не 25 тысяч человек населения, как это положено по нормативу, а 50 тысяч человек населения и более, а из числа посещений на 1 ставку 1/3 осуществляется не по поводу заболевания, а в связи с получением справок, разного рода осмотрами. Число посещений пациентов по поводу заболевания крайне недостаточное для качественного оказания помощи, особенно диспансерного наблюдения в амбулаторных условиях.

Надо иметь в виду, что условия работы участковых психиатров мало чем отличаются от условий работы в первичном звене общей медицины. Участковый психиатр ведет прием больных непосредственно из населения своего участка, в то время как работа других специалистов (например, неврологов, окулистов и пр.) не строится по принципу участковости. Согласно закона о психиатрической помощи только врач-психиатр может поставить диагноз психического расстройства (другие врачи – лишь предварительный, синдромальный), тем более влекущий за собой социальные последствия. Только он может решить вопрос о недобровольных освидетельствованиях или госпитализации, что часто носит экстренный характер, поэтому к нему не может быть закрыт путь непосредственного обращения, а не только после консультации врача общей практики или других специалистов. Он осуществляет диспансерное наблюдение, включающее также посещения на дому и пр.

Вместе с тем, положение в нашем психиатрическом первичном звене не лучше, чем в первичном звене общей медицины, несомненно, оно требует особого внимания, привлечения внимания руководящих инстанций, обсуждения и специальных ме-

роприятий по укреплению и повышению качества работы этого звена.

Работа участковых врачей-психиатров осложнялась также чрезвычайно плохим лекарственным обеспечением. Фармакоэкономические и фармакоэпидемиологические исследования, проведенные нашим институтом (1) показали, что 90-е годы характеризовались поступательным снижением охвата больных фармакотерапией в большинстве регионов, особенно в сельской местности, и сужением возможности выбора психотропных средств. Был отмечен также высокий процент нерациональной фармакотерапии, несоответствие практики применения психотропных средств международно апробированным и отвечающим требованиям доказательной медицины паттернам лечения психических расстройств, что усугублялось также бюджетными трудностями внедрения препаратов нового поколения. Помимо необоснованных стереотипов повседневной практики, дефицит бюджета и, как следствие, неупорядоченность лекарственного обеспечения характеризовали фармакотерапию и в течение последнего пятилетия. Лишь недавно значительно расширились возможности использования новых психотропных средств за счет федерального льготного списка. В этих условиях нивелировалась отчасти значимость многочисленных публикаций, а также получившего широкое распространение, изданного и введенного приказом Министра «Клинического руководства: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств» (4). Кстати сказать, теперь в Министерство сданы «Стандарты лечения больных шизофренией», а также практически подготовлено к печати «Клиническое руководство помощи больным шизофренией», институтом также сдан в печать новый «Справочник практического врача».

Как известно, разделение прерогатив между региональным и муниципальным уровнями власти сопровождалось переводом всех звеньев психиатрической службы с муниципального на региональный бюджет. Что дальше? Будет ли в этих условиях развиваться сеть психиатрической службы муниципального уровня? В прошлом был выполнен ряд исследований и имеется практика в ряде регионов, доказавших большое значение развития сети психиатрических отделений при центральных районных больницах в сельской местности. Если мы хотим строить психиатрию с опорой на сообщество, неизбежно нужно будет создавать такие отделения, приближенные к сельскому населению, столь же необходимые, как и психиатрические кабинеты. Вопрос чрезвычайно важный, и необходимо сделать все, чтобы отстоять это положение.

В разработанной идеологии дальнейшего совершенствования психиатрической помощи и ее продвижения в сторону общественно ориентированной психиатрии приоритетным стало развитие и внедрение в практику психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации (табл. 6), которые со-

здали содержательную базу для осуществления полипрофессионального (бригадного) подхода к оказанию психиатрической помощи (2, 7). Выполнение этой задачи выделено в качестве ключевой в достижениях по реформированию помощи в целом ряде регионов страны и в осознании значимости этой задачи со стороны все более широкого круга психиатров.

Были разработаны принципы психосоциальной терапии, этапность реабилитации (табл. 7) и целый ряд модулей для осуществления этой работы. В нашем институте на семинарах подготовлено в общей сложности около 500 специалистов (психиатров, психологов, специалистов по социальной работе) из 53 регионов России. Сейчас уже есть целые больницы и службы, в которых групповая психосоциальная терапия и реабилитация стали рутинной и проводятся наряду с фармакотерапией во всех отделениях или разделах службы. В некоторых регионах вследствие этого они уже положительно сказываются на динамике показателей областного уровня – длительности лечения в стационарах, повторности госпитализаций, числа «оседающих» в больницах, не говоря уже о результатах социального восстановления больных. Проводилась объемная настойчивая работа по диссимиляции, распространению этого практического опыта.

В серии исследований при включении психосоциальных вмешательств в комплексную терапию на разных этапах психиатрической помощи получены

Таблица 6

Служба с опорой на сообщество

1. Возможно более полное перемещение психиатрической помощи непосредственно в социальную сферу
2. Отказ от замкнутости традиционной матрицы специализированной службы и использование других государственных и общественных структур
3. Изменение структуры психиатрической службы с приближением к населению в маломасштабном социальном окружении
4. Полипрофессиональное бригадное обслуживание
5. Оказание помощи с участием социального (микросоциального) окружения
6. Система психосоциального (наряду с фармакотерапией) лечения и психосоциальной реабилитации
7. Обеспечение доступа ко всем организациям и учреждениям в сообществе, деятельность которых могла бы быть использована для улучшения социального функционирования и качества жизни психически больных

Таблица 7

Этапы психосоциальной реабилитации

1. Этап активных психосоциальных воздействий (психосоциальная терапия)
2. Этап практического освоения приближенных к прежним или новых для пациента ролевых функций и социальных позиций
3. Этап закрепления и поддержки в той или иной степени неполного или полного социального восстановления

доказательства их эффективности в виде сокращения длительности стационарного лечения, уровня повторных госпитализаций, длительных и частых госпитализаций, улучшения различных показателей социального восстановления больных, в том числе нагрузки на семью. Приведем лишь несколько данных таких исследований. Это, например, (табл. 8) данные об эффективности включения в комплексную терапию психосоциальных вмешательств на раннем этапе оказания психиатрической помощи (6) в клинике первого психотического эпизода или (табл. 9) данные другого исследования, так сказать, на другом полюсе оказания помощи – в загородной больнице, свидетельствующие об эффективности такой комплексной помощи хронически больным шизофренией с частыми (ежегодными) и длительными (более 6 мес.) госпитализациями (3). В этой связи уместно сослаться на статью D.Chisholm (8), опубликованную недавно в журнале «Всемирная психиатрия», в которой указывается, что если речь идет о каждодневном функционировании пациента, то применение антипсихотиков дает эффект в виде 15% улучшения каждодневного функционирования пациента, а применение также и психосоциальной терапии – 45%, то есть в 3 раза больше. Это об эффективности.

Но вот что важно: мы говорим об изменениях на организационно-методическом уровне. Вместе с тем, в ряде регионов в связи с освоением новых подходов к оказанию психиатрической помощи стала активно меняться также ее структура с ориента-

цией на развитие форм помощи непосредственно в сообществе (табл. 10): осуществлялась организация системы психосоциальной реабилитации, организовывались общежития и другие формы «жилья под защитой», формы взаимодействия с социальными службами, отделения (бригады) настойчивого лечения, стационары на дому, трудоустройство, психобразование, психосоциальная работа с семьями. Иными словами, выявился определенный дефицит организационных форм, работающих непосредственно в сообществе. Следует сказать, что в ряде регионов осуществляются исследования эффективности этих форм. Завершение этих исследований и официальное признание таких форм (положение, штаты) позволит широко распространить их в других регионах. Нельзя не упомянуть здесь и о вкладе в эти изменения двух международных программ: российско-канадской, охватывающей ряд территорий и психиатрических учреждений, а также англо-российской в Свердловской области. Кроме того, более чем в 20 регионах открыты или готовятся к открытию клиники первого психотического эпизода, намечена многолетняя программа индивидуального ведения этих больных, что имеет профилактический аспект – предупреждение неблагоприятного течения шизофрении. Это значимо еще и потому, что в этих случаях стационарные отделения переходят на режим дневного стационара, и в них проводится систематическая психосоциальная терапия. Развитие всех этих или части из них организационных форм крайне необходимо по мере сокращения числа коек. Более того, должен быть разработан механизм постепенного преобразования коечных ресурсов в приемлемой или даже выгод-

Таблица 8

Использование психосоциальных вмешательств в комплексном лечении больных в клинике 1-го психотического эпизода (2х-летний катамнез) (данные Л.Г.Мовиной)

– повышает качество ремиссий (p<0,001)
– улучшает комплайенс (p<0,0001)
– снижает число повторных госпитализаций (p<0,01)
– повышает уровень социального функционирования и качество жизни (p<0,05)
– улучшает доверительность взаимоотношений с окружающими (p<0,001)
– усиливает чувство поддержки референтной группы (p<0,05)
– уменьшает бремя семьи (p<0,05)

Таблица 9

Эффективность включения в комплексную терапию программы психосоциальных вмешательств больных с частыми (ежегодными) и длительными госпитализациями (свыше 6 мес.) – 2,1% всех больных шизофренией (двухлетний катамнез) (по данным К.В. Давыдова)

– снижение показателей по шкале PANSS (p<0,001)
– улучшение социального функционирования (p<0,05)
– ремиссия у более половины больных (высвобождено 7,42% психиатрических коек)
– изменения социальной сети (плотность, частота контактов и др.) (p<0,001)
– уменьшение нагрузки на семью (p≤0,05)

Таблица 10

Актуальные внебольничные и работающие непосредственно в сообществе формы помощи

Бригады настойчивого (ассертивного) лечения в сообществе
Отделения (бригады) психиатрической помощи на дому
Внебольничные реабилитационные отделения
Группы психобразования семей психически больных
Формы межведомственного взаимодействия психиатрических и социальных служб в процессе реабилитации психически больных
Различные виды «жилья под защитой»: общежития (групповые дома) для психически больных, утративших социальные связи
– дифференцированные по состоянию
– в городе
– в сельской местности
– в том числе с трудоустройством
– сателлитные
Предоставление квартир для самостоятельного проживания
Дневные стационары при лечебно-производственных мастерских
Пункты трудоустройства (совместно с центром занятости) при диспансерах
Клиники первого психотического эпизода с долгосрочной программой наблюдения и лечения
Общественные организации лиц с психическими расстройствами и их родственников

ной для коллективов, работающих в стационарах, форме.

Наконец, есть такая социальная теория – «теория активизации» или «наделения силой» (empowerment theory), которая используется, когда речь идет о социальной поддержке, и в отличие от патернизированных программ, мероприятия в свете этой теории направлены на поощрение собственных позиций и усилий. С учетом этого было сделано все для поддержки создания Всероссийской общественной

организации психически больных-инвалидов и их родственников «Новые возможности», которая укрепилась, стала самостоятельной, имеет филиалы в 53 регионах и проводит важную постоянную работу. Практически все это – конкретный план перехода к этапу формирования общественно ориентированной психиатрии. Задачи ближайшего будущего – повсеместное распространение накопленного опыта и более решительный и последовательный переход к формам помощи с опорой на сообщество.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М., 2003. – 264 с.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация. – М.: Медпрактика-М, 2004. – 491 с.
3. Давыдов К.В. Больные шизофренией с повторными длительными госпитализациями (клинико-социальные характеристики и комплексная внебольничная психиатрическая помощь после выписки из стационара). Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 24 с.
4. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств / Под ред. В.Н.Краснова и И.Я.Гуровича. – М., 2002. – 179 с.
5. Материалы Российской конференции «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты» (Москва, 5–7 октября 2004 г.). – М., 2004. – 428 с.
6. Мовина Л.Г. Психосоциальная терапия больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 24 с.
7. Практикум по социальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера. – М., 2002. – 179 с.
8. Chisholm D. Choosing cost-effective interventions in psychiatry: results from the Choice programme of the World Health Organization // World Psychiatry. – 2005. – Vol. 4, N 1. – P. 37–44.

REFORM OF PSYCHIATRIC CARE SYSTEM: ORGANIZATIONAL ASPECT

I. Ya. Gurovich

This paper was presented at the 14th Congress of Russian Psychiatrists as a major report about psychiatric care in the country. Nowadays the care system consists of the following sectors: inpatient, dispensary, outdispensary and social-crisis units. It is in the process of transition from predominantly medical to multidisciplinary model and team work. The number of other professionals involved in psychiatric care e.g. psychologists and social workers, has increased during five years more than twofold (ratio to psychiatrists is 4:1). Since 1990, 36 thousand psychiatric beds have been cut. However, the number of beds remains rather high (11.4 per 10,000). The average length of stay in the hospital is too high (75.7 days) as well as the number of repeated hospitalizations in the same year (29%) and the number of patients in hospitals staying more than a year (21.7%).

The hospitalization rate that dropped in the 90s, is back to the level of 1985 and even higher (more than 47.0 per 10,000). Besides, we see an increasing number of patients hospitalized with non-psychotic disorders that could be treated in day hospitals or on outpatient basis. Obviously, outpatient care is neither nowadays capable to prevent high rates of first and repeated hospitalizations nor competitive enough in the care for non-psychotic patients.

The number of outpatients has grown by 12%, the proportion of persons on dispensary observation has decreased, and only 65% of visits have to do with clinical or therapeutic issues (the rest deal with preventive examinations, different forms etc.). There is a noticeable lack of district psychiatrists in dispensaries. Improving the quality and amount of work done in this sector is one of the key issues. Besides, we should mention inadequate provision with medical drugs and lack of appropriate order in it.

Psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation are adopted as a part of our ideology on the way towards community psychiatry. For that reason, more than 500 specialists from 53 regions of the country are being trained. In many services and facilities, psychosocial treatment and rehabilitation became a part of routine and is provided on all stages of care. In several regions, the structure of care is also changing in direction of community services (hostels and other forms of protected housing, interaction with social agencies, assertive community treatment teams, home hospitals, helping with jobs, psychosocial work with families etc.).

Twenty regions have first psychotic episode clinics. We also helped in setting up the national public organization of mental patients and their relatives with branches in 53 regions of the country. The task for the future is spreading the experience accumulated. The past five years initiated serious steps in the development of community-based psychiatry.