Департамент здравоохранения города Москвы

Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского

Российское общество психиатров

Российская ассоциация содействия науке

Региональный опыт модернизации психиатрических служб

под редакцией профессора Г.П. Костюка

УНИВЕРСИТЕТ
книжный дом

УДК 616.8
ББК 56.14
Р31

Р31 **Региональный опыт модернизации психиатрических служб**: Сборник материалов / Под ред. Г.П. Костюка. — М. : «КДУ», «Университетская книга», 2017. — 328 с., цв. вкл.

ISBN 978-5-91304-757-1

В данный сборник вошли материалы конференции «Региональный опыт модернизации психиатрических служб», состоявшейся в Москве 5 июня 2017 года и посвященной обсуждению лучших практик и моделей организации психиатрических служб в регионах РФ, а также статьи и интервью специалистов, задействованных в модернизации психиатрической службы Москвы. Сборник представляет интерес для организаторов здравоохранения, специалистов в области психического здоровья, а также для пользователей психиатрической службы.

УДК 616.8
ББК 56.14

© Авторы статей, 2017
© «КДУ» (оформление), 2017

ISBN 978-5-91304-757-1

ПРЕДИСЛОВИЕ

Данный сборник посвящен вопросам организации психиатрической помощи и модернизации психиатрической службы, проходящей в Российской Федерации с 2007 года в рамках подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007–2012 годы» и программы «Развитие здравоохранения».

В основу сборника легли материалы конференции «Региональный опыт модернизации психиатрических служб», состоявшейся в Москве 5 июня 2017 года. В качестве ключевых докладчиков на конференции выступили победители конкурса «За подвижничество в области душевного здоровья имени академика РАМН Т.Б. Дмитриевой» в номинации «Лучший регион»: главные психиатры Краснодарского и Ставропольского края, Новосибирской, Свердловской, Кемеровской, Тамбовской областей, Республики Башкортостан и города Москвы. Конференция была посвящена обсуждению лучших практик и моделей психиатрических служб в контексте модернизации системы здравоохранения Российской Федерации. В сборник вошли стенограммы и презентации выступлений, а также фотоальбом.

Также вниманию читателей предлагаются материалы по модернизации психиатрической помощи в городе Москве, которые были опубликованы в журнале «Московская медицина»: результаты аудита психиатрической службы Москвы, подведение итогов пилотных проектов, проводившихся на базе Психиатрической клинической больницы № 3 им. В.А. Гиляровского (Преображенской больницы), планы по дальнейшему проведению реорганизации службы и созданию условий для максимально возможного восстановления социального функционирования пациентов с психическими расстройствами.

Таким образом, материалы сборника отражают промежуточные итоги изменений в психиатрической службе Российской Федерации за последнее десятилетие.

Профессор Г.П. Костюк

К ВОССТАНОВЛЕНИЮ БЕЗ ИЗОЛЯЦИИ И СТИГМАТИЗАЦИИ

КОСТЮК Г.П.

О том, что Москва проводит реформу в области психиатрии, знают все. Но как эта реформа выглядит на практике? В чем ее суть? С какими сложностями приходится сталкиваться? Каковые перспективы развития психиатрической помощи в Москве? Об этом нам рассказал Главный внештатный специалист психиатр Департамента здравоохранения города Москвы, главный врач ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», профессор, доктор медицинских наук, врач-психиатр высшей квалификационной категории, полковник медицинской службы запаса Георгий Петрович Костюк

– Стоит начать с того, что психиатрия считается одной из самых консервативных медицинских специальностей. Тем не менее в ней тоже происходят очень серьезные изменения. Оглядываясь назад, мы видим, что психиатрическая помощь переживала в своем развитии несколько принципиальных парадигм. Если на первоначальном этапе основной парадигмой была изоляция лиц, страдающих психическими расстройствами, то с появлением медикаментозной терапии вопрос встал уже о купировании острых проявлений психических расстройств с помощью лекарств. В дальнейшем парадигма сместилась в сторону предотвращения обострений, рецидивов. Сегодня же психиатры ставят такую задачу, как личностно-социальное восстановление (используется термин «рекавери») психического здоровья человека! У нас действительно появляются новые возможности – и фармако-терапевтические (они касаются и механизмов, и продолжительности действия), и новые психосоциальные технологии ведения пациентов. Все это, безусловно, меняет наши подходы к организации инфраструктурной базы, оказывающей психиатрическую помощь. К сожалению, иногда желание сохранить инфраструктуру препятствует внедрению новых технологий, становясь ограничивающим и сдерживающим фактором. Не всегда удается это легко преодолевать, но тем не менее мы на этом пути стоим.

– Серьезные изменения в подходе к оказанию психиатрической помощи начались ведь уже несколько лет назад?

– В мае 2013 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), членом которой является Россия, приняла комплексный план действий в области психического здоровья на период 2013–2020 годов. План адресован не только тем, кто напрямую занимается психическим здоровьем,

но и образовательным учреждениям, различным социальным службам, так как включает в себя целый комплекс, связанный и со средой обитания, и с правовой средой, и с доступностью образования, защищенного или конкурентного трудоустройства... Рекомендации ВОЗ затрагивают (если говорить о нашей стране) Департамент социальной защиты населения, поскольку под его ведомством находятся организации социального обслуживания, оказывающие психиатрическую помощь, – психоневрологические интернаты (и когда мы говорим об обеспеченности населения психиатрической помощью и психиатрическими койками, мы не можем не учитывать этот сегмент). Что касается медицинской части, то в этих рекомендациях прямо говорится о том, что приоритетом развития психиатрии остается деинституализация с отказом от длительного лечения в закрытых психиатрических стационарах. Причем в подробнейшем обзоре и анализе, посвященном состоянию психического здоровья в мире, ВОЗ очень самокритично пишет, что «психиатрические больницы в мире ассоциируются с невнимательным и жестоким обращением с пациентами»! И вряд ли нам стоит считать, что у них на Западе все так плохо, а у нас – очень хорошо. Я как раз думаю, что у нас как минимум не лучше, чем у них. Просто мы не хотим об этом говорить. Ну что ж! Не обязательно об этом говорить, главное, это преодолевать.

Так вот уже на первом этапе Департамент здравоохранения Москвы отреагировал принципиально важными изменениями – к психиатрическим больницам были присоединены психоневрологические диспансеры. В результате были сформированы 6 территориальных психиатрических клиник, где стационарный и амбулаторный этапы оказания психиатрической помощи оказались в одной логистической цепочке, что, безусловно, повысило преемственность и повысило эффективность оказания этой помощи. Например, новая система исключила то, что раньше, к сожалению, было обычным явлением: когда больницы достигали улучшения состояния пациента, проводя лечение определенным препаратом, а диспансер, куда пациент приходил после выписки, располагал другими возможностями или другими взглядами на лечение, что часто приводило к ухудшению состояния и повторным госпитализациям.

Затем Департамент здравоохранения в рамках одного из объединений – ПБ № 3 – решил внедрить пилотный проект, базирующийся на основных тенденциях европейской модели оказания психиатрической помощи, согласно которой большинство пациентов могли получать помощь в амбулаторных подразделениях. В рамках проекта были сохранены отделения дневного стационара, но также амбулаторная служба укрепилась отделением интенсивного оказания психиатрической помощи, которое предусматривает в том числе и помощь на дому; круглосуточной выездной службой психиатрической медицинской помощи (она доказала свою эффективность, сейчас получает распространение в городе и, мы надеемся, вскоре начнет работать при всех московских психиатрических стационарах); медико-реабилитационным отделением, позволяющим в случае обострения состояния пациента в ходе амбулаторного наблюдения определять его туда для лечения в условиях дневного стационара, исключая госпитализацию. Как известно, пребывание в закрытом стационаре – это сильнейший десоциализирующий фактор,

очень быстро формирующий такое негативное явление, как госпитализм. Ни о каком рекавери в таких ситуациях речь уже не идет. Поэтому если мы стоим на позициях восстановления здоровья пациента, сокращение периода пребывания в закрытом стационаре надо считать самостоятельной терапевтической задачей. Также в рамках проекта был организован в телефонном режиме мониторинг состояния пациентов в течение трех месяцев после выписки. Такой мониторинг давал нам возможность убедиться, что пациент выполняет рекомендации, или напомнить о них тому, кто от их выполнения уклонялся; у пациентов же это создавало эффект присутствия и помогало удержаться в рамках полученных рекомендаций; кроме того, мы получали независимую обратную связь: узнавали удовлетворенность или неудовлетворенность пациента и стационарным этапом, и пребыванием в дневном стационаре, и вообще имели информацию, о том, что происходит с пациентом. За три года весь этот комплекс мер привел к тому, что половина коечного фонда больницы оказалась невостребована. Данный эксперимент продемонстрировал эффективность форм стационарозамещающей помощи, и после серьезного анализа было решено, что эти технологии могут и должны быть распространены в рамках Москвы.

Ведь во всем мире амбулаторная служба поглощает 85% всех ресурсов, а 15% уходит в стационар – то есть в амбулаторной службе финансовые, кадровые ресурсы, там лечебная работа, там жизнь – и мы видим, что это хорошо. У нас же наоборот. И конечно, такую тенденцию надо менять. Наша задача сделать так, чтобы в больницу человек попадал только в случае крайней необходимости, а главным врачом, который с пациентом общается в повседневном режиме, проводит мониторинг состояния, был участковый врач в диспансере. Для этого необходимо, чтобы таких врачей стало больше. Ведь за последние 25 лет население Москвы выросло раза в полтора, а количество диспансеров осталось прежним. Так что нагрузка на них огромная. Мы проводили анализ: сколько пациентов может адекватно вести участковый врач. Так вот, если больше 150 реально нуждающихся в помощи, то это уже превращается не в диспансерное наблюдение, а в рефлексию на обращение: обратился пациент – какая-то работа проводится, не обратился – врач о нем и не вспомнит. А со временем чувство ответственности как-то сглаживается, и отчаянное рефлексирование превращается в безразличное рефлексирование – не потому, что врачи плохие, а потому, что работы у них больше, чем они могут осилить. Поэтому в ближайшее время в тех районах столицы, где мы отмечаем сегодня низкую доступность психиатрической помощи, будет открыто до 20 новых амбулаторных психоневрологических центров.

– Какие еще конкретные задачи ставит ВОЗ перед службами, отвечающими за психическое здоровье, и как они воплощаются в наших реалиях?

– Во-первых, максимальное включение сегмента первичной медико-санитарной помощи в решение проблем психического здоровья.

В переводе на язык, понятный каждому, это означает, что невропатологи, кардиологи и т.п., но в первую очередь участковые врачи-терапевты и врачи общей практики должны уметь оказывать помощь при некоторых психических расстройствах. В нашей же стране Законом РФ о психиатрической

помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании прямо указано, что диагноз психического расстройства может поставить только врач-психиатр. Как следствие, и лекарства, зарегистрированными официальными показаниями которых являются психические расстройства, тоже может назначить только врач-психиатр!

– **К каким проблемам это приводит?**

– Это приводит к тому, что тревожно-депрессивные расстройства, ставшие просто бичом нашего времени, поражают молодых людей и очень быстро их инвалидизируют. Потому что человек, у которого случилось, допустим, паническое расстройство, пойдет к любому врачу – кардиологу, терапевту, эндокринологу, невропатологу – только не к психиатру. К психиатру – страшно (поставят на пресловутый «учет», хотя никакого учета нет – есть диспансерное наблюдение; назначат лекарства и «залечат») и стыдно. И вот врач, к примеру, терапевт, к которому обратился человек, берется его лечить. И даже в лучшем случае, если доктор окажется грамотным в нашей области и сможет определить паническое расстройство, то никогда он не напишет этот диагноз в карточке пациента, потому что ему ОМС (обязательное медицинское страхование) это не оплатит – не положено ему лечить тревожное расстройство. И потом, он не приступит к терапии, пока будет исключать другие причины, что займет много времени: надо будет смотреть эндокринологический профиль, сердечно-сосудистую систему, если возникают ощущения нехватки воздуха – внешнее дыхание. Дальше начнется тестирование различных препаратов; в конце концов, скорее всего, дойдет и до антидепрессантов. Но все это время расстройство будет генерализовываться больше и больше, и в результате, когда любое столкновение с внешней средой будет вызывать у человека паническую атаку, когда он не сможет выходить из дома и по существу уже станет инвалидом, наступит очередь психиатра. И то, о чем я сейчас говорю, – это не абстрактные вещи, а клиническая реальность.

Так же обстоит дело и с депрессией, стоящей с паническим расстройством в одном ряду тревожно-депрессивных расстройств. Сплошь и рядом наши коллеги – терапевты, гастроэнтерологи, пульмонологи сталкиваются с «трудными» пациентами, у которых при выполнении всех необходимых терапевтических назначений нет положительного эффекта в лечении соматических проблем. Это происходит потому, что, к сожалению, как минимум у 30% из них присутствует мощный депрессивный компонент, который, с одной стороны, усиливает и ухудшает течение основного заболевания, с другой – сам нарастает на его фоне. Получается взаимопотенциирующий синергизм двух заболеваний, поддерживающих и усиливающих друг друга. Помимо таких ситуаций – когда соматическое расстройство осложняется депрессивным состоянием параллельно протекающей болезни – случается, что непосредственно депрессия проявляется каким-то неблагополучием внутренних органов, хотя соматического заболевания нет. И таких пациентов много. В этом случае можно очень долго заниматься диагностикой и в итоге ничего не найти. Приведу невыдуманную иллюстрацию. По скорой помощи в больницу общего профиля поступает пациент с острой болью в животе. Врачи действуют абсолютно правильно: при таких жалобах они обязаны исключить возможные причины боли. Пациенту

делают УЗИ, компьютерную томографию, другие сложные обследования, которые никаких отклонений не выявляют. Но если пациент здоров, то зачем тогда ОМС будет оплачивать все эти дорогостоящие обследования? Круг замыкается. Специалисты просто вынуждены написать какой-нибудь диагноз. И в карте пациента появляется «почечно-каменная болезнь» (камень был и вышел), тогда как у него может быть какое-то личностное отклонение с депрессивным фоном. Это гораздо более частое явление, чем мы себе представляем.

Поэтому, конечно, образованность врачей – наших коллег, работающих в сегменте первичной медико-санитарной помощи, очень и очень важна, но на сегодняшний день у нас нет никаких оснований заниматься вовлечением их в этот процесс, так как, еще раз подчеркну, по закону – не положено, по ОМС – не финансируется.

– **Какой выход вы видите из сложившейся ситуации?**

– Психиатрическое медицинское сообщество должно задуматься о тех ограничениях, в которые мы попадаем, строго выполняя Закон о психиатрической помощи. На мой взгляд, объективно назрели некоторые изменения в этом Законе. Думаю, что в нашей психиатрической практике должно появиться понятие «стигматизирующего диагноза», то есть диагноза, имеющего социально-правовые последствия, и диагноза, таковых последствий не имеющего, – причем с очень четким разделением. В первую категорию должны попасть диагнозы, которые могут в дальнейшем учитываться при решении каких-то правовых вопросов в отношении человека (к примеру, вопросов, связанных с возможностью усыновлять, водить машину, работать на опасных производствах и т.п.). В то же время, к примеру, у человека может возникнуть тревожное расстройство. Если он получил консультацию, прошел курс лечения, он остается на консультативном наблюдении (потребность в консультировании он определяет сам) либо перестает наблюдаться психиатром Поэтому, во-первых, необходимо правовое, законодательно закрепленное разделение таких диагнозов, а во-вторых, должно быть установлено, кто имеет право устанавливать те и другие диагнозы. Особая история с депрессиями. Мы, конечно же, не должны лишать возможности врачей общей практики ставить такой диагноз и назначать терапию, но мы должны обязать их при любом намеке на идею суицида у пациента подключать врача-психиатра. Причем надо очень четко определить, с какого момента при отсутствии результатов необходима консультация психиатра. Возможно, не все, о чем я сейчас сказал, с ходу применимо, но если мы не будем это серьезно обсуждать и двигаться в этом направлении, то останемся с ситуацией, с которой сейчас сталкиваемся: когда врач-психиатр занимается с пациентами, уже имеющими выраженные изменения личности.

– **Поясните, пожалуйста.**

– Мы проанализировали 937 случаев впервые выставленного диагноза «шизофрения» по Москве в 2016 году. Это довольно большая выборка. Оказалось, что в 66% случаев этот диагноз был выставлен при первом обращении. 16% из этого числа в течение того же года получили инвалидность, а еще 52% из получивших диагноз при первом обращении не работают и не учатся, не имея инвалидности! То есть получается, – только определено заболевание,

и уже, мягко говоря, не самая хорошая картинка. Примерно такая же ситуация, если не хуже, и во второй группе – 34%, которые до получения диагноза «шизофрения» прошли через ряд других психиатрических диагнозов.

– **То есть изначально были выставлены ошибочные диагнозы?**

– Их нельзя назвать ошибочными. К сожалению, учитывая страх наших сограждан перед диагнозом «шизофрения» (казалось бы, важнее состояние, а не то, каким словом оно называется, – но нет, слово тоже имеет огромное значение), при первом обращении принято его вежливо обходить. Если провести аналогию с другими специальностями, то представьте, что у человека эррозивно-язвенный гастрит, а ему с реабилитационной целью ставят функциональное расстройство желудка. Одно лечится диетой, а другое требует более активной терапии. Так и у нас получается. При этом в психиатрии история с диагнозами завязана на бесплатном лекарственном обеспечении, на которое государство тратит достаточно много денег (в этом году Москва существенно нарастила объемы затрат). И есть очень хорошие препараты, как раз позволяющие решать задачу рекавери, которую ставит перед собой психиатрия. Но основанием для назначения такого препарата является шизофрения (не шизофреноподобное, не полиморфное психотическое, не тем более неврозоподобное расстройства, а шизофрения). Если такого диагноза нет, то специалист не имеет права назначать этот препарат. Вот и получается, что идя навстречу родственникам, для которых по сей день такой диагноз является трагедией, врач лишает пациента возможности получать необходимую лекарственную терапию!

– **Расскажите, пожалуйста, поподробнее о проблемах, с которыми призваны справляться препараты нового поколения.**

– Для начала давайте определимся с тем, что, собственно, мы лечим. Основная задача препаратов предыдущего поколения, как я уже говорил, – предотвращение психоза. Под психозом мы обычно понимаем яркие продуктивные проявления – бред, галлюцинации, двигательную возбудимость. Но в основном заболевании – шизофрении – самое главное не это, а так называемые негативные явления – те минусы, которые возникают в результате болезни, когда снижаются эмоциональные, волевые побуждения, страдает когнитивная сфера, и личность человека выхолащивается. Это и есть настоящие проблемы шизофрении! И именно их нарастание инвалидизирует пациентов. Человек, застывший в эмбриональной позе (сейчас этого, слава богу, нет, однако еще в 90-е годы таких пациентов часто можно было видеть в больницах), – вот «конечная» стадия шизофрении в былые времена. Как мы видим, фармакотерапия с тех пор сделала огромный рывок. Появление же антипсихотиков нового поколения поставило перед собой такую амбициозную цель, как рекавери, чтобы психоз не наносил тот непоправимый вред, разрушая, волю, эмоциональность, личность. Препараты, о которых идет речь, длительного действия. Сейчас даже появляется препарат, действие которого рассчитано на три месяца. То есть, условно говоря, в начале весны сделал инъекцию, и до начала лета забыл о лекарствах!

Возвращаясь к теме реформы, надо сказать, что, конечно же, такой колоссальный прорыв в психиатрической науке дает все возможности для смеще-

ния лечебного процесса в амбулаторное звено. К этому же нас побуждает и европейский план действий в области психического здоровья. Но с чем мы сталкиваемся? Каждый этап развития психиатрии создавал под себя определенную инфраструктуру. Период изолирования пациентов был затяжным, под решение этих задач построено много больниц. В Москве еще в 2012 году было более 14 000 психиатрических коек. Сегодня их 8 200. При этом они заполнены примерно на 80%.

– **Куда же делись пациенты?**

– Мы никому не отказываем в госпитализации. Мы просто не оставляем пациентов «пожить» – стараемся оказать им помощь и передать в дневной стационар. Сейчас активно задействуются ресурсы дневных стационаров, которых появляется все больше.

– **Один из таких стационаров, насколько мне известно, недавно начал работать в Южном Бутово, при этом – в стенах обычной городской поликлиники. Расскажите, пожалуйста, об этом уникальном для Москвы явлении.**

Диспансерное отделение в Южном Бутово

– В Южном Бутово в начале этого года появилось одно из отделений 13-го психоневрологического диспансера (филиала ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева), отличающегося огромным охватом прикрепленного населения, – почти 2 миллиона человек! Второго такого диспансера в стране нет. Можете себе представить площадь, на которой проживает это население! В том числе к этому диспансеру относились Южное и Северное Бутово с 300-тысячным населением и очень отдаленным местонахождением (10–12 остановок только на метро, а затем и наземным транспортом). Назрела острая необходимость создания там отдельного диспансерного отделения. И оно было создано: с дневным стационаром и кабинетом интенсивного оказания психиатрической помощи; в нем работают 8 участковых врачей-психиатров. Непривычной для нас особенностью является то, что этот психиатрический амбулаторный модуль развернут в первичном медико-санитарном учреждении, поликлинике № 121, где пациенты получают помощь по всем профилям. Очень важно,

что и наши пациенты имеют возможность получать необходимую помощь общего медицинского плана, и пациенты терапевтов, кардиологов, врачей общей практики также имеют возможность получить психологическую, психотерапевтическую поддержку, если необходимо, то и помощь врачей-психиатров. Несомненно, это знаковый этап развития московской психиатрии.

– **Отделение производит очень хорошее, светлое впечатление.**

– Конечно! И я всех скептиков приглашаю туда в любое время без предупреждения. И если вы действительно искренний человек, то вы не сможете не увидеть, что это исключительно положительное новое явление в нашей практике. Тут и открытость, и отсутствие тягостного ощущения, которым иногда сопровождается пребывание в диспансере, и многие другие плюсы. Как результат: и пациенты начинают вести себя спокойнее, и специалисты, глядя на своих коллег из поликлиники, немного меняют манеру общения; и разница между нашим отделением и поликлиническим стирается, растворяется, происходящее становится чем-то обычным. Это и есть то, что мы называем дестигматизацией.

– **Что оказалось самым сложным при воплощении в жизнь этого проекта?**

– Как ни странно, самое сложное, с чем мы столкнулись в свое время, – это предубеждение сотрудников поликлиники: «А чем это закончится? Не дай бог, что... Это же такой контингент.... А у нас – пациенты...» Тогда мы проанализировали: кто является нашим пациентом, а кто – их. И оказалось, что больше половины пациентов нашей диспансерной группы, которые территориально прикреплены к 121-й поликлинике, являются относительно постоянными получателями медицинской помощи в этой же поликлинике, то есть более половины и так в нее приходят. А теперь они просто приходят сюда же еще и за психиатрической помощью. Но результаты проведенного анализа выявили еще один интересный и прискорбный факт: другая часть диспансерных пациентов в течение длительного времени в поликлинику не обращается и не получает никакой соматической помощи. Дело в том, что наши пациенты в силу своего состояния либо невнимательны к своему здоровью, либо испытывают затруднения с записью к врачам поликлиники. И здесь им могли бы помочь наши специалисты по социальной работе. Помощь может состоять и в записи к нужному специалисту, и в наблюдении за выполнением полученных рекомендаций. Подводя итог сказанному, подчеркну, что вся мировая общественность говорит об интеграции психиатрии с общемедицинскими службами. И вот первый опыт появился. Я уверен, что он получит и должную оценку, и тиражирование.

– **Мы в сегодняшнем разговоре уже касались темы депрессии, становящейся наиболее распространенным недугом нашего времени, которому по данным исследований подвержено до 20% населения развитых стран. В нынешнем году этой проблеме был посвящен Всемирный день здоровья, тема которого так и звучала: «Депрессия: давай поговорим». В Москве основной блок мероприятий пришелся на Южное Бутово, как несложно догадаться, как раз в связи с объединением на одной площадке психиатрической и общемедицинской служб.**

– Совершенно верно. В каждом административном округе города была выбрана базовая поликлиника, где 7 апреля в 16 часов проходило занятие

по этой теме. Состоялось такое занятие и в поликлинике №121. Но оно стало завершением месячной акции, в ходе которой проводились лекции и беседы наших специалистов с врачами общей практики поликлиники, со специалистами Центра социальной поддержки, в школах с родителями, в ветеранских организациях Южного Бутово. Проводилось анкетирование с возможностью самому проанализировать количество набранных баллов. Мы проинформировали людей, что у тех, у кого количество баллов превышает некий предел, возможны депрессивные проявления, и если они их у себя замечают, то могут обратиться за помощью к медицинскому психологу, психотерапевту (эти слова не так пугают людей, как «психиатр»). А уж если возникнет необходимость, данные специалисты найдут возможность мягко маршрутизировать пациента к психиатру. Проводя эту очень непростую и трудоемкую работу, мы, конечно, не ставили цель вылечить всех от депрессии, но если нам удалось хоть немного, хоть чуть-чуть преодолеть психологический барьер, связанный с трудностью обращения за психиатрической помощью и существующий в обществе в силу стигматизации психических расстройств, то это уже очень хорошо.

Беседу вела Ольга Борисова

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

ШМУКЛЕР А.Б.*

Российская психиатрия с первых лет своего становления носила ярко выраженную социально-реабилитационную направленность. Еще на первом съезде российских психиатров (1887 г.) С.С. Корсаков высказал идею о возможности наблюдения и лечения пациентов на дому в условиях «подлинно житейских интересов и отношений» [цит. по Д.Е.Мелехову; 10]. Наряду с принципом «нестеснения» и режимом открытых дверей постепенно внедряется семейный патронаж психически больных и «терапия трудом». Этот подход, подразумевающий возвращение пациентов в общество как основную цель психиатрической помощи, проходит красной нитью через всю историю отечественной психиатрии. С 20-х годов XX века развивается диспансерное направление в психиатрии, основной задачей которого было регулярное амбулаторное наблюдение за состоянием больных с целью профилактики обострений и неблагоприятных исходов заболеваний. При этом реабилитация рассматривалась как последовательный, непрерывный поэтапный процесс, который предполагает применение, наряду со всеми видами терапии, особых методов и форм работы с больными, осуществляемых в общем контексте лечебных воздействий [11].

Особое внимание уделялось социально-трудовой реабилитации, сформировавшейся в специальное направление психиатрической помощи и предполагающее поэтапную систему трудового восстановления, начиная с трудотерапии в отделениях психиатрических больниц и работы пациентов лечебно-трудовых мастерских в стационарных и амбулаторных условиях и заканчивая поддерживаемым трудоустройством на общем производстве [5, 8, 9].

Развитие реабилитационного направления позволило сформировать концептуальные представления о системе реабилитации в психиатрии, построенные на системном биопсихосоциальном подходе [4] и подразумевающие комплексное оказание помощи с участием различных специалистов – психиатра, клинического психолога, социальных работников и др. [18], что способствовало введение в штатное расписание психиатрических учреждений соответствующих ставок [13].

С конца 90-х происходит дальнейшее становление психосоциальных вмешательств как неотъемлемой части психиатрической помощи. Система психосоциальных мероприятий позиционируется как обязательный компонент, необходимый с самого начала ее осуществления [6]. В последующем это

* *Шмуклер А.Б.* Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.

положение было закреплено в стандартах и Порядке оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения [14].

Значительным импульсом к развитию психосоциального лечебно-реабилитационного направления в психиатрии в Российской Федерации явилась российско-канадская программа по изучению инвалидности (1997–2007 гг.), возглавляемая профессором Исааком Яковлевичем Гуровичем (Московский НИИ психиатрии) и профессором Олдредом Ньюфельдтом (университет Калгари). В рамках этой программы было подготовлено большое количество специалистов психиатрической службы (психиатров, клинических психологов, специалистов по социальной работе и др.) из разных регионов России (Москва, Санкт-Петербург, Омск, Рязань, Ставрополь, Тамбов и др.), которые взяли на себя роль проводников данных идей на местах, способствуя появлению новых «точек роста» и внедрения принципов психосоциальной терапии и реабилитации [1].

В результате были разработаны и внедрены в практику новые организационные формы оказания психиатрической помощи, в структуре которых психосоциальные воздействия (наряду с психофармакотерапией) играли ключевую роль, показана их высокая клинико-социальная и экономическая эффективность [7, 15, 16]. В частности, в Московском НИИ психиатрии в 2000 году впервые в России была создана клиника первого психотического эпизода, заложившая основу системному оказанию помощи данному контингенту больных [2]. Данный подход подразумевал не только возможно более ранее выявление и купирование расстройств психотического спектра, но и дальнейшее ведение пациентов на основе принципов превентивно сберегающей реабилитации, то есть направленного психофармакотерапевтического и психосоциального воздействия, имеющего своей целью предотвратить неблагоприятные исходы заболевания. Еще одним важным аспектом разработанной концепции оказания помощи больным с впервые возникшими психотическими состояниями являлся принцип раннего присоединения психосоциальных вмешательств, выполняющих в том числе и терапевтическую роль.

На протяжении ряда лет сотрудниками отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского НИИ психиатрии проводились полипрофессиональные семинары (в одной учебной группе обучались врачи-психиатры, клинические психологи, специалисты по социальной работе), готовившие кадры для подобных отделений в различных регионах Российской Федерации: в результате клиники первого психотического эпизода были открыты более чем в 30 территориях.

Более того, принципы оказания помощи больным на начальных этапах заболевания стали постепенно распространяться и на другие структурные подразделения учреждений, к настоящему времени став обязательным компонентом повседневной клинической практики. Так, психообразовательные занятия с пациентами и их родственниками сегодня являются рутинной формой работы во многих психиатрических учреждениях.

Среди других новых организационных форм следует отметить отделение интенсивного оказания психиатрической помощи (ОИОПП). Возникнув в качестве пилотного проекта в Омской клинической психиатрической больни-

це им. Н.Н. Солодникова, показав чрезвычайно высокую клиническую, социальную и экономическую эффективность [15] и получив закрепление в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 566н «Об утверждении порядка организации психиатрической помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» [14], данные структурные подразделения на современном этапе становятся все более востребованными, особенно в условиях реформирования психиатрической службы и сдвига акцента оказания психиатрической помощи во внебольничные условия.

ОИОПП работает как интенсивный дневной стационар, в который поступает наиболее тяжелый внебольничный контингент пациентов, неминуемо госпитализируемый в отсутствие подобных структурных подразделений. Фактически это больные с частыми и длительными госпитализациями, обусловленными особенностями течения заболевания, низким комплаенсом и комплексом психосоциальных проблем (утрата навыков независимого проживания, проблемы социального взаимодействия, истощение социальных сетей, нарушение семейных связей и пр.). В отличие от стационара, на дому данная форма помощи подразумевает осуществление целого спектра лечебно-реабилитационных мероприятий, направленных не только на купирование психопатологической симптоматики, но и на улучшение социального функционирования и качества жизни больных.

С учетом объема стоящих перед специалистами ОИОПП задач его штатное расписание включает значительно больше специалистов, чем «обычный» дневной стационар и даже психиатрическое отделение больницы. Чрезвычайно важно соблюдать указанные нормативы, без чего невозможно оказывать качественную психиатрическую помощь во внебольничных условиях этому крайне тяжелому контингенту больных. Целесообразно выделять для отделения транспорт с целью оказания помощи на дому, что является особенно значимым на начальных этапах лечения в отделении, а также, имея в виду опасность в этот период ухудшения состояния, в нерабочее время – передавать перечень больных с краткой информацией о них в подразделения (учреждения), оказывающие неотложную помощь.

Существенную роль в оказании психиатрической помощи традиционно играли реабилитационные подразделения психиатрических больниц, получившие новый импульс после вступления в силу Порядка оказания психиатрической помощи, придавшего им «легальный» статус, выделив их из обычных психиатрических отделений и расширив их штатное расписание за счет увеличения количества специалистов реабилитационного звена.

Медицинская помощь в этих случаях оказывается либо в стационарных, либо в полустационарных условиях на принципах бригадного полипрофессионального ведения больных, имеющих комплекс психосоциальных проблем. При этом чрезвычайно важным является развитие именно реабилитационных дневных стационаров, чему в настоящее время, к сожалению, уделяется недостаточное внимание. Тем не менее в психиатрической службе постепенно формируется континуум реабилитационных подразделений: медико-реабилитационное отделение психиатрической больницы; медико-реабилитационный

дневной стационар и, наконец, завершающий этап должен осуществляться в отделениях медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях. Развитие последних также закреплено в Приказе МЗиСР РФ № 566н [14], однако на практике данное положение Приказа выполняется крайне недостаточно, чему необходимо уделить специальное внимание руководителям психиатрических учреждений.

В целом можно считать, что на данный момент организационная структура психосоциального направления в психиатрии получила свое административное подкрепление, однако перед психиатрической службой стоит непростая задача наполнения ее конкретным содержанием [3]. Несмотря на огромное разнообразие подходов и методов психосоциальных лечебно-реабилитационных вмешательств, можно выделить несколько их основных блоков: (1) социальная поддержка, (2) психообразование пациентов и их родственников, (3) семейная терапия, (4) восстановительная терапия.

Направленная социальная поддержка включает непосредственную помощь больным: организационную, материальную, юридическую (восстановление документов, регистрации, прав на жилье, оформление пенсий, пособий и пр.), а также создание терапевтической среды, досуговые мероприятия.

Психообразовательные программы, кроме собственно «обучения» (знания о причинах болезни, ее проявлениях, лечении, способствующие раннему распознаванию признаков начинающего обострения, а также ситуаций и обстоятельств его провоцирующих), включают тренинги, направленные на формирование копинг-стратегий (совладание с остаточной психопатологической симптоматикой) и улучшение комплаентности. Кроме того, психообразовательные методики применяются в модулях тренинга социальных навыков, имеющих своей целью улучшение функционирования пациентов (инструментальные навыки: взаимодействие с различными учреждениями, распределение домашнего бюджета, ведение домашнего хозяйства, покупки, проведение свободного времени и т.п. и навыки межличностных взаимоотношений – навыки беседы, дружеские и семейные отношения).

Семейная терапия направлена на коррекцию семейного коммуникативного стиля, предоставление наиболее адаптивных копинг-стратегий и развитие компетентности в решении проблем, что в целом дает возможность противостоять стрессовым воздействиям, компенсируя психобиологическую уязвимость больных и уменьшая вероятность обострения заболевания, а также позволяя снизить нагрузку на семью.

Указанные подходы позволяют осуществлять профилактику повторных обострений заболевания и особенно повторность и длительность госпитализаций. При этом в последние годы развивается особый восстановительный подход (когнитивная ремедиация), с помощью которого осуществляется восстановление или заместительный тренинг нарушенных в результате заболевания когнитивных функций.

Исходя из современного понимания патогенеза психотической симптоматики, его ключевым моментом является нарушение обобщения информации, поступающей из различных источников (зрительных, слуховых, вестибулярных, соматосенсорных и пр.), и формирования интегративного образа.

В результате данных процессов происходит неверное восприятие сложных, многозначных, требующих комплексного анализа объектов и формирование на этой основе неадекватного ответа, что, кроме собственно нарушений высших психических функций, может способствовать возникновению продуктивной психопатологической симптоматики, в частности, синдрома психического автоматизма. Тренинг соответствующего когнитивного дефицита позволяет уменьшить психобиологическую уязвимость больных и таким образом осуществлять профилактику развития или обострения психопатологической симптоматики.

В настоящее время успешно используется тренинг социальных и когнитивных навыков (ТКСН), основанный на интеграции тренинга базовых когнитивных функций и социальных навыков и состоящей из нескольких блоков: 1) тренировка памяти и внимания; 2) тренировка коммуникативной направленности мышления и способности к кооперации; 3) развитие точности социального восприятия; 4) развитие вербальной коммуникации; 4) отработка социальных навыков; 5) развитие навыков решения проблем [17].

Еще одной патогенетически ориентированной программой является метакогнитивный тренинг, состоящий из 8 модулей, направленных на работу с атрибутивным стилем пациентов, их склонностью к формированию преждевременных выводов, неспособностью изменить сформировавшееся убеждения, дефицитом внутренней модели сознания другого, чрезмерной уверенностью в достоверности своих воспоминаний и отрицательными когнитивными схемами [12]. Данный подход имеет целью изменение стратегии принятии решений, в значительной степени базирующихся у больных шизофренией на нарушенных социально-когнитивных функциях. Обучение направлено на возможность для пациента самостоятельно распознавать эти нарушения, избегать «когнитивных ловушек», что приводит к соответствующему изменению поведения, в том числе, как предполагают, связанному с психопатологическими переживаниями.

Таким образом, психосоциальная терапия и реабилитация психически больных на современном этапе рассматривается как неотъемлемая часть полипрофессиональной психиатрической помощи, осуществляемой в рамках биопсихосоциального подхода. Дальнейшее ее развитие предполагает разработку направленных терапевтических модулей, позволяющих оказывать патогенетически ориентированные лечебные воздействия. Психосоциальная терапия позволяет работать с возможностями восприятия и обработки информации и таким образом может способствовать не только лучшему социальному восстановлению больных, но и профилактике развития психотической симптоматики, что подтверждается результатами современных нейробиологических исследований [19].

Литература

1. *Гурович И.Я.*, *Ньюфельдт О.* (ред.). Современные тнеденции развития и новые формы психиатрической помощи. М.: Медпрактика-М., 2007. 356 с.
2. *Гурович И.Я.*, *Шмуклер А.Б.* (ред.). Первый психотический эпизод. М.: Медпрактика-М., 2010. 544 с.

3. *Гурович И.Я.*, *Шмуклер А.Б.* (ред). Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. М.: Медпрактика-М., 2015. 420 с.
4. *Кабанов М.М.* Реабилитация психически больных. Л.: Медицина, 1978. 330 с.
5. *Красик Е.Д.*, *Миневич Петросян М.И.* и др. Индустриальная реабилитация психически больных. Томск, 1981. 187 с.
6. *Краснов В.Н.*, *Гурович И.Я.*, *Мосолов С.Н.*, *Шмуклер А.Б.* (ред.). Психиатрическая помощь больным шизофренией. М.: Медпрактика-М., 2007. 260 с.
7. *Лиманкин О.В.* Система психосоциальной помощи больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2007. 175 с.
8. *Лифшиц А.Е.* Новая организационная структура в системе реабилитации психически больных с тяжелыми формами заболевания // Реабилитация больных психозами. Л.: Медицина, 1981. С. 125–132.
9. *Лифшиц А.Е.*, *Арзамасов Ю.Н.* Новые формы восстановления трудовой способности и трудоустройства психически больных в условиях крупного промышленного предприятия // Журн. невропатол. и психиатр. 1975. Т. 75, № 5. С. 756.
10. *Мелехов Д.Е.* С.С. Корсаков и вопросы организации психиатрической помощи // Труды Всесоюзной научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения С.С. Корсакова и актуальным вопросам психиатрии. М.: Медгиз, 1955. С. 28–31.
11. *Мелехов Д.Е.* Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М., 1963. 198 с.
12. *Папсуев О.О.*, *Мовина Л.Г.*, *Миняйчева М.В.* Метакогнитивный тренинг для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т.24, № 3. С. 33–36.
13. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 февраля 1995 г. № 27 «О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь».
14. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 566н «Об утверждении порядка организации психиатрической помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».
15. *Степанова О.Н.* Комплексная полипрофессиональная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в отделении настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2009.
16. *Уткин А.А.* Новые формы оказания психиатрической помощи как часть системы комплексной психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2009.
17. *Холмогорова А.Б.*, *Гаранян Н.Г.*, *Долныкова А.А.*, *Шмуклер А.Б.* Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т.17, № 4. С. 67–77.
18. *Шмуклер А.Б.*, *Немиринский О.В.* Проблемы взаимодействия психиатра, психолога и социального работника // Социальная и клиническая психиатрия. 1995., Т. 95, № 5. С. 97–101.
19. *Prosser A.*, *Helfer B.*, *Leucht S.* Biological vs. psychosocial treatments: a myth about pharmacotherapy vs. Psychotherapy // Br. J. Psychiatry. 2016. Vol. 208, № 4. P. 309–311.

Материалы конференции «Региональный опыт модернизации психиатрических служб»

5 июня 2017 г.

ОТКРЫТИЕ КОНФЕРЕНЦИИ

Профессор КОСТЮК Г.П.

– Я хочу поблагодарить всех, кто нашел возможность приехать. У нашей встречи несколько необычна тематика, она целиком организационная. Мы беспокоились, будет ли она интересна для врачей-клиницистов, но проблемы организации психиатрической службы сейчас очень серьезно входят в нашу жизнь, в жизнь каждого человека, и не понимать, что происходит, какова логика этих процессов, наверное, неправильно. Поэтому мы пошли на такой шаг, и сегодня обсуждаем преимущественно организационные проблемы. Я хочу передать слово для приветствия главному психиатру Министерства здравоохранения России, генеральному директору Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии, профессору Кекелидзе Зурабу Ильичу.

Приветствие профессора КЕКЕЛИДЗЕ З.И.*

– Спасибо за приглашение. У меня будет полуприветственное слово, дабы два раза потом не привлекать ваше внимание, не занимать его. Я скажу несколько слов и о представлении, что происходит, и как, наверное, должно быть, и какие актуальные вопросы в первую очередь мы должны решать. Как известно, это стандартно и давно известно, что каждый четвертый-пятый житель планеты страдает тем или иным психическим заболеванием, и каждый второй имеет шансы заболеть психическим расстройством в течение жизни. Помимо этого, 52% из заболевших – лица с пограничными психическими расстройствами. То есть сами по себе эти цифры показывают, что психиатрия является серьезной наукой, и серьезным направлением, которое требует внимания общества.

К сожалению, в отличие от других направлений медицины, у общества двойственное отношение к психиатрии как таковой. Достаточно сказать о том, что наблюдается многие годы, десятилетия, а то и больше – выдавливание психиатрии, психиатрических служб из центральной части городов на периферию. Достаточно сказать, что всеми нами любимая Алексеевская больница находится на Загородном шоссе. В свое время это было за городом. И есть еще и другая больница, блестящая больница, не московская, но она находится за 26 километров от центра города. То есть вместо того, чтобы приближать службу к населению, мы ее в определенной мере отдаляем. И это та проблема, которой надо заниматься.

* *Кекелидзе З.И.*, д.м.н., профессор, генеральный директор ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ, главный внештатный специалист психиатр Минздрава России.

Еще один пример – то, что наблюдалось в 1990-х годах. Было соответствующее постановление, и вы хорошо знаете, когда лечебно-трудовые мастерские вообще были выведены из состава психиатрических учреждений, их превратили в отдельные юрлица. Это кончилось тем, что эта служба практически нуждается в восстановлении, и есть соответствующее постановление 556н, которым надо пользоваться, и в этом направлении работать.

Это отношение общества в целом. Помимо этого, существует двойственное отношение к психически больным. С одной стороны, общество ратует, чтобы психически больных, в том числе больных эпилепсией, на учет не ставить, не ставить на учет больных с наркоманиями, но одновременно с этим все борются за безопасность на дорогах. Это вещи несовместимые. Нам надо решать вместе с обществом, как быть? Или что не стоит привлекать на военную службу лиц с психическими расстройствами, но одновременно с этим общество против, чтобы в военном билете это отмечалось. Как это совместить? Мы должны приходить к какому-то выводу, иначе с этим сложно справиться. Или, например, известно, что когда 18% курящих женщин узнают, что они беременны, курить не бросают. Следовательно, дети, рождающиеся у этих 18% курящих женщин, рождаются уже с никотиновой зависимостью. Или ЭКО. Многие сейчас предпочитают, для некоторых это счастье – родить ребенка с помощью метода экстракорпорального оплодотворения, но с другой стороны, мало практических разработок по ведению суррогатных матерей и знаний о том, что происходит во время суррогатного материнства. Поверьте, это личный опыт, проблемы с этими детьми, которые рождаются от ЭКО, есть. И вообще, достижения акушерства и гинекологии – это головная боль неврологии и психиатрии. И мы это тоже должны учитывать.

Еще одна проблема, которая возникла в последнее время, вернее, на это стали обращать внимание. Родители хотят, чтобы дети профессионально занимались спортом, и так далее. Но они не обращают внимания на то, что дети получают в виде витаминов, БАДов и так далее – не допинг ли это? Это проблема не только нашей страны, но мы за этим должны следить. Это обсуждалось на общественном комитете, который сейчас создан, где будет контролироваться допинг на всех уровнях. Эти проблемы существуют, и их, безусловно, надо учитывать.

Следующее. Кто лечит психически больных? Все, кроме психиатров. Это и хирурги, и пульмонологи, и анестезиологи-реаниматологи, и люди с дипломом педагог-психолог, такие тоже лечат психически больных. А есть еще одна категория, которая, когда спрашивают: «Какая у вас специальность?» – отвечают: «Я давно этим занимаюсь». Вот такая специальность существует. Мы проводили анонимные опросы, оценивали представления о психически больных, и часть опрошенных считает, что это наказание за грехи, что это порча и так далее. И кто должен лечить, кроме перечисленных выше? Религиозные деятели, экстрасенсы, парапсихологи? Это все часть нашего общества, есть люди, которые так думают, и тут мы должны что-то предпринимать.

Я коротко перечислил проблемы. Разумеется, нужна реорганизация психиатрической службы. Каким образом ее проводить? Я уже упоминал 566-е постановление, его надо реализовывать, чтобы вернуть обратно, воссоздать лечебно-трудовые мастерские, создавать спеццеха и так далее, и частное пред-

принимательство должно принимать в этом участие. Сейчас есть для этого соответствующие постановления, послабления, которые должны помочь нам восстановить утерянное.

Следующий момент, основной. Мечтой психиатров всех времен и народов было и остается – перенести основной акцент оказания помощи со стационаров на амбулаторную помощь, не запирать больных в психиатрических учреждениях. Все же помнят картину, как Пинель освобождает больных от цепей. Это направление должно продолжаться, а если мы это продолжаем, то мы должны продумать реорганизацию психиатрической службы уже на данном этапе. И в конце концов, когда мы спрашиваем и обсуждаем, кто такой хороший врач-психиатр в амбулатории? Тот, который вовремя приходит на работу, выглядит опрятно, хорошо говорит с больными? Но это не критерий, это само собой разумеется. Основным критерием должно быть то, что его работа, его зарплата, оплата труда всех медработников зависит от уменьшения прямых экономических затрат и непрямых экономических потерь, обусловленных психическими расстройствами. Вот эти критерии мы должны выработать, и тогда одно будет зависеть от другого – и работа, и оплата труда работника, и, с другой стороны, – оказание помощи. Я надеюсь, что наша конференция будет очередным весомым шагом, весомым вкладом в этом направлении. Спасибо за внимание.

Профессор КОСТЮК Г.П.

– Большое спасибо, Зураб Ильич. У вас сегодня с Натальей Дмитриевной доклад. А сейчас слово для приветствия предоставляется президенту Российского общества психиатров, директору Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института имени Владимира Михайловича Бехтерева Незнанову Николаю Григорьевичу. Пользуясь случаем, от всех присутствующих, от московской общественности еще раз поздравляю вас, Николай Григорьевич, с юбилеем, со 110-летием возглавляемого вами института, и 160-летием Владимира Михайловича Бехтерева, имя которого носит ваш институт.

Приветствие профессора НЕЗНАНОВА Н.Г.*

– Спасибо большое. Уважаемые коллеги, прежде всего я хотел бы поблагодарить Департамент здравоохранения города Москвы за предоставленную возможность обсудить вопросы организации психиатрической помощи в нашей стране. На моей памяти это первая конференция такого масштаба, которая целиком посвящена этой чрезмерно актуальной проблеме. Зураб Ильич уже говорил о том, что накопилось достаточно много проблем, и, наверное, самая главная

* *Незнанов Н.Г.*, д.м.н., профессор, директор Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, президент Российского общества психиатров.

проблема – это проблема, касающаяся структуры психиатрических учреждений, это проблема взаимоотношений между амбулаторной и стационарной службами. На мой взгляд, они стоят у нас особенно остро в Санкт-Петербурге в силу разного ведомственного подчинения. Проблемы реабилитации психических больных, проблемы стигматизации и самостигматизации. Этих проблем достаточно много, но я хотел остановиться на проблеме, которая касается так называемых пограничных психических расстройств, проблеме депрессии.

Мало конференций, на которых не звучало бы слово «депрессия». Мы постоянно везде и всюду обсуждаем эту проблему, но всякий раз заканчивается конференция, и проблемы уходят в сторону, к другим специалистам, о которых уже говорил Зураб Ильич. Что меня беспокоит? Та структура, которая создана на сегодняшний день, наверное, удивительно хорошо подходит для обслуживания категории больных, которые имеют хронические психические заболевания и близки к получению инвалидности.

Мы достаточно часто сетуем на то, что проблемы пограничной психиатрии, я имею в виду расстройства тревожного, тревожно-аффективного спектра, та же депрессия уходят в сферу деятельности других специалистов. То есть этой проблемой занимаются терапевты, неврологи, иные специалисты, но вопрос остается открытым. К сожалению, мы не создали на данный момент времени структур, которые позволяли бы этой категории населения безбоязненно обращаться к нам за помощью. У меня убедительная просьба обратить на это внимание. Я этот вопрос поднимал уже неоднократно. Потому что качество оказываемой помощи не выдерживает никакой критики.

Мне представляется очень важным, что мы имеем возможность сегодня выслушать наших коллег, которые будут делиться региональным опытом, и это те края и области Российской Федерации, которые показали наиболее значимые успехи в организации психиатрической помощи. Мне кажется, что этот опыт надо взвешенно анализировать и распространять по всем регионам.

Совсем недавно, буквально полторы недели назад, была очень большая конференция в Ставрополе, в которой мы с Георгием Петровичем [Костюком] принимали участие, где так же достаточно остро звучали вопросы организации психиатрической службы, затрагивались вопросы работы психиатрической службы в системе обязательного медицинского страхования, вопросы, касающиеся повышения рентабельности этой службы. И мне кажется, что эти конференции должны заканчиваться выработкой каких-то общих решений, которые мы должны донести до нашего руководства.

Я надеюсь, что сегодняшняя конференция пройдет успешно, и хотелось бы, чтобы каждый из участвующих в этой конференции получил возможность выразить свою точку зрения по заявленной тематике. Спасибо большое.

Профессор КОСТЮК Г.П.

– Спасибо большое, Николай Григорьевич. Уважаемые коллеги, я хочу предоставить следующее слово директору «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента». Подчеркиваю, это не федеральная струк-

тура, это структура, которая была создана Департаментом здравоохранения города Москвы. Ее возглавляет Давид Валерьевич Мелик-Гусейнов, человек очень широко известный, но, может быть, еще не очень широко известный в психиатрических кругах. Он сейчас будет восполнять этот пробел. Но я хотел бы, прежде чем передать ему слово, сказать, что в течение очень большого срока, года полтора, команда очень креативных специалистов, которую возглавляет Давид Валерьевич, занималась очень внимательно аудитом психиатрической службы города Москвы. Результаты работы в значительной степени изложены в журнале «Московская медицина», который буквально сегодня ночью высох в типографии. Мы очень хотели, чтобы мы успели это сделать к сегодняшнему мероприятию. Большое спасибо, Давид Валерьевич, что вы проделали эту работу. Передаю вам приветственное слово.

Приветствие доцента МЕЛИК-ГУСЕЙНОВА Д.В.*

– Спасибо, Георгий Петрович. Добрый день, уважаемые коллеги. Рад вас всех видеть. Со многими из вас знаком лично, и действительно Георгий Петрович анонсировал, что у нас появился журнал. Журнал вышел в свет буквально сегодня ночью, он еще не высох и пахнет типографской краской. Мы специально спешили, чтобы к сегодняшнему дню представить вашему вниманию все наработки. Самое главное, что слова «концепция развития психиатрической службы города Москвы» звучат где угодно – в средствах массовой информации, в социальных сетях, кулуарно люди общаются друг с другом, но никто никогда эту концепцию почему-то не читал, я имею в виду тех, кто обсуждает. И в этом журнале, который раздавали на регистрации, вы сможете эту концепцию, основные ее стратегические императивы почитать, обсудить, в том числе с нами, дать обратную связь, и согласиться или не согласиться с тем, что там представлено.

Сразу хочу сказать, что это не мой личный труд. Я не психиатр. Но мы попытались на площадке НИИ связать специалистов московской психиатрии и специалистов из других регионов, некоторых из них я даже вижу сейчас в этом зале. Также привлекался опыт зарубежных коллег. Поэтому это компиляция, компиляция опыта, прогрессивных практик, подходов в организации психиатрической службы. Я буду вам лично очень благодарен, если после ознакомления с этой концепцией вы дадите обратную связь. На самом деле в диалоге рождается истина.

Действительно, более полутора лет в институте уже идет проект, который мы называем таким кодовым словом «Психиатрия». В рамках этого проекта мы очень активно работаем в нескольких направлениях. Мы оцениваем инфраструктуру, которая сегодня имеет место быть. Вы знаете, что

* *Мелик-Гусейнов Д.В.*, к.ф.н., директор НИИ Организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ.

большая ее часть унаследована нами еще из советских времен. Мы активно изучаем компетенции, которые есть сегодня у кадрового состава психиатрической службы, смотрим на финансовые аспекты организации этой службы и ее, как правильно сказали, окупаемость, рентабельность и так далее. Сейчас это вещи тоже очень и очень важные.

Завершая свое выступление, я бы хотел во второй части обозначить четыре ключевых направления, с которыми вы можете согласиться или не согласиться. По ним, с нашей точки зрения, будет развиваться психиатрическая служба не только в Москве, но и по всей России. Помните, когда премьер-министр Дмитрий Анатольевич Медведев вступал в свою должность, он обозначил четыре ключевых тезиса своей программы? Четыре «И»: институты, инновации, инфраструктура...

Мы в работе над концепцией психиатрической службы Москвы сфокусировали внимание на четырех «О». Первое «О» – это организация, которая включает в себя всю ту инфраструктуру, все те технологии, которые уже погружены и будут погружаться в психиатрию. Я совершенно согласен с Зурабом Ильичом, что организация, то есть инфраструктура, должна быть доступной, что она должна быть приближена к пациенту. В рамках концепции мы эти моменты учли, насколько это было возможно, чтобы психиатрическая помощь была не маргинализована и максимально физически доступна, чтобы пациент мог ногами дойти до того центра, до того места, где ему окажут полноценную психиатрическую помощь в разных форматах.

Второе «О» – это оценка. К сожалению, мы очень плохо знаем ресурсы, которые имеем сегодня в своих руках. То есть это то, что мы можем посчитать. Это количество пациентов, это та же самая инфраструктура, оборудование, это деньги, которые в том числе сегодня очень сложно калькулируются, потому что психиатрия, вы знаете, финансируется не только из системы здравоохранения, но отчасти финансовые потоки идут и в системе соцзащиты, в которую погружены так называемые психоневрологические интернаты. В общем, это оценка всех тех ресурсов, которые сегодня имеют место быть.

Третье «О», наверное, одно из самых важных – это образование. Компетенции специалистов, конечно, требуют существенного толчка в плане развития. Именно поэтому Москва с 1 сентября 2017 года запускает проект «Московский врач». В рамках этого проекта мы формируем некий экзамен по каждой специальности, включая психиатрию. Георгий Петрович со своими коллегами уже подготовили экзаменационные требования. Это и тестовые задания, и оценки мануальных навыков, если они потребуются, допустим, при оказании скорой помощи, потому что любой врач, в том числе и психиатр, должен уметь оказывать необходимую скорую помощь на месте. Так же это и ситуационные задачи. В рамках теста, в рамках экзамена, который будет состоять из этих трех частей, специалисту, который будет работать в московской системе здравоохранения, будет присваиваться статус «Московский врач». Кстати, сдать экзамен на «Московского врача» могут не только работающие в сети столичного здравоохранения, но и специалисты из других регионов. К сожалению, мы не сможем гарантировать другим

специалистам из других регионов дополнительные надбавки к заработной плате, карьерный рост, но для москвичей, работающих в московской системе здравоохранения, это заложено. Более того, гранты, которые уже подписал мэр, с 1 сентября начнут выплачиваться всем тем, кто подтвердит свой статус «Московского врача». Плюс специалисты, которые подтвердят этот статус, будут иметь возможность быстрого карьерного роста, что тоже будет указано в соответствующих должностных инструкциях и положениях.

И четвертое «О» тоже очень важное. Я знаю, что это слово уже набило всем вам оскомину, как и нам, – это оптимизация. К сожалению, в последнее время в оптимизацию закладывают совсем другой смысл. Когда говорят слово «оптимизация», думают о сокращении. Давайте порежем койки, давайте избавимся от этого, от этого. На самом деле оптимизация – это возможность при имеющихся ресурсах сделать больше. То есть на душу населения сделать больше, но услуга, сама опция, должна быть чуть дешевле. И вот в рамках оптимизации мы тоже много что предприняли, когда готовили концепцию. Я надеюсь, что вы почерпнете эту информацию и дадите нам обратную связь. Самое главное, чтобы оптимизация еще больше сформировала преемственность между поликлиникой, в нашем случае это психоневрологический диспансер, между психиатрической больницей и центрами – психоневрологическими интернатами, чтобы преемственность имела место быть.

Спасибо большое. Нашему мероприятию я желаю удачи, конструктивного диалога, а также в программе, если вы заметили, будет круглый стол, посвященный обсуждению именно той концепции, о которой я сегодня говорю. Там мы будем более предметно на эту тему общаться. Спасибо.

Профессор КОСТЮК Г.П.

– Спасибо большое, Давид Валерьевич.

Уважаемые коллеги, 85 регионов в стране, и у каждого есть свой уникальный опыт, и везде происходят интересные процессы. Мы не могли пригласить всех. Мы пошли по пути приглашения признанных лидеров, признанных в рамках знаменитого уже Всероссийского конкурса «За подвижничество в области душевного здоровья» имени академика Дмитриевой Татьяны Борисовны. Начиная с 2008 года существует такая номинация, как «Лучший регион». Сегодня представлены как раз те регионы, которые получали «Большую бабочку», один регион получал ее дважды.

Сейчас, прежде чем предоставить слово докладчикам, у нас еще есть анонс организаторов этого конкурса.

ИНФОРМАЦИОННОЕ СООБЩЕНИЕ
от организаторов конкурса
«За подвижничество в области душевного здоровья имени акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой»

ОЦЕНКА УСПЕХОВ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СЛУЖБ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВСЕРОССИЙСКОГО КОНКУРСА «ЗА ПОДВИЖНИЧЕСТВО В ОБЛАСТИ ДУШЕВНОГО ЗДОРОВЬЯ ИМЕНИ АКАД. РАМН Т.Б. ДМИТРИЕВОЙ» КАК СТИМУЛ ИХ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ

ЯСТРЕБОВ В.С.*

– Георгий Петрович, спасибо большое. С вашего позволения, мы поделили доклад на две части – общую часть и конкретную по результатам предыдущих девяти конкурсов. Говоря вообще о конкурсе, как он родился, как он работал, я бы хотел напомнить многим присутствующим, что это является наиболее жизнеспособным проектом Общественного совета, который родился в 2005 – начале 2006 года, когда еще не было ни Президентского совета, ни ведомственных советов. При главном психиатре Минздрава Российской Федерации такой общественный орган был создан, и его заслуга, с нашей точки зрения, прежде всего заключается в том, что в нем в равной мере были представлены и профессионалы и пользователи психиатрической помощи. Каждому принадлежало равноценное право голоса при решении того или иного вопроса.

Конкурс начался, как было сказано, с 2008 года. При этом надо отметить, что основную работу по организации всех предыдущих девяти конкурсов вела конкурсная комиссия, которую возглавляет присутствующая здесь Светлана Валерьевна Данилова. Это очень большая ответственная работа. Если переводить на язык конкретных фактов, то ежегодно полгода у Светланы Валерьевны уходит на подготовку этого конкурса.

С нашей точки зрения, отличительной чертой работы конкурсной комиссии является то, что она составлена из паритетного состава профессионалов и пользователей, в ее состав входят представители других органов, руководители психиатрических учреждений и представители российской психиатрической науки. С самого начала члены конкурсной комиссии заняли объективную и принципиальную точку зрения при оценке результатов работы того или иного коллектива, который представляет свои материалы. Поначалу были сомнения относительно состава конкурса. Но практика показала, что состав оказался удачным.

* *Ястребов В.С.*, д.м.н., проф., председатель Общественного Совета по вопросам психического здоровья при главном специалисте психиатре Минздрава России, руководитель отдела по организации психиатрических служб ФБГНУ «НЦПЗ».

Основной задачей конкурса все эти девять лет было выявление лучших из лучших. Георгий Петрович говорил, что речь шла об определении лучшей региональной психиатрической службы, лучшего учреждения, лучшего коллектива больницы или диспансера, лучшей детской психиатрической службы, лучшего общественного объединения в отечественной психиатрии.

Результаты работы за предшествующие девять лет представит Светлана Валерьевна. Я лишь хотел сказать, что по ходу своей работы виды деятельности и работы конкурса изменялись. Мы вводили в состав конкурса новые номинации, мы вводили новых членов конкурсной комиссии, проводили ротацию. Мы заменили со временем профессиональных ведущих конкурса и артистов на пользователей психиатрической помощи и на врачей-психиатров. Мы сделали это намеренно, с той целью, чтобы лучше отразить деятельность тех коллективов, которые представляли свои работы на суд комиссии и всего состава присутствующих в зале.

Со временем работа конкурса набирала все большие масштабы, обороты, и сегодня это является важным, масштабным, ответственным мероприятием, к которому проявляют большой интерес. В немалой степени поддержание конкурса и оценка результатов победителей принадлежат ученым-психиатрам. Я должен поблагодарить директоров московских институтов, которые постоянно присутствовали на конкурсах, – это профессор Краснов, профессор Кекелидзе, которые проявляли неподдельный интерес к работе конкурсной комиссии. Для оценки приглашались крупные, известные ведущие специалисты, руководители научных коллективов, институтов, центров, психиатрических кафедр. Работа конкурса регулярно освещалась в периодической психиатрической печати. В этом году исполняется 10 лет конкурсу, и мы хотели пожелать всем участникам будущего конкурса успехов, и поблагодарить всех участников предыдущих девяти конкурсов. Спасибо всем.

ДАНИЛОВА С.В.*

– Уважаемые коллеги, добрый день. Очень значимо, что данная конференция собрала всех главных победителей прошлых лет Всероссийского конкурса «За подвижничество в области душевного здоровья». Всероссийский конкурс проводится по следующим номинациям: это психообразование, где оценивается активность и масштабность проведения психообразовательных проектов, мероприятий; психопросвещение, где оценке подлежит активность проведения межведомственных совещаний, конференций, семинаров; психореабилитация, трудоустройство инвалидов вследствие психических расстройств; психореабилитация детей и подростков; лучшая общественная организация. И в этом году мы вводим новую номинацию – это социальная реабилитация в наркологии.

* *Данилова С.В.*, к.м.н., доцент, руководитель Учебно-методического отдела ФБГУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, председатель Конкурсной комиссии Общественного Совета по вопросам психического здоровья.

Главный победитель конкурса – это лучший регион, лучшая психиатрическая служба Российской Федерации. Главный победитель конкурса традиционно получает главный приз – это «Хрустальная золотая бабочка», символизирующая душу и ее бессмертие. Специальная премия конкурса – это статуэтка «Малая золотая бабочка», которая вручается ежегодно лучшему психиатрическому учреждению года.

Ежегодно в конкурсе принимали участие как психиатрические больницы, так и психоневрологические диспансеры, кабинеты районных психиатров, психиатрические отделения районных областных больниц, а также общественные пациентские организации, которые работают в сфере психического здоровья. Количество участников конкурсов за эти прошедшие годы остается примерно на одном уровне.

Можно выделить активность участия определенных регионов во Всероссийском конкурсе. Наибольшую активность проявили регионы, которые входят в Центральный федеральный округ, Приволжский федеральный округ, Уральский федеральный округ, в меньшей степени Сибирский федеральный округ и Северо-Западный. Из этих регионов также можно выделить Тамбовскую область, Тверскую область, Республику Коми, Псковскую область, город Санкт-Петербург, Краснодарский край, Ставропольский край, Республику Башкортостан, Свердловскую область, Новосибирскую область, Приморский край.

И здесь отмечается некая положительная динамика в отношении тех учреждений, которые неоднократно принимали участие во Всероссийском конкурсе. Если мы посмотрим эту динамику на протяжении девяти лет, то у этих учреждений повышался уровень психообразовательных программ, внедрялись в практику новые организационные формы психореабилитационных программ, увеличилась активность межведомственного взаимодействия в проведении новых форм конференций, круглых столов, семинаров.

Данный конкурс проводится при поддержке благотворительного фонда «Добрый век», а также при активном участии и поддержке Российского общества психиатров. В церемонии награждения участвуют пациентские организации, общественные организации, которые представляются и выступают с творческими номерами. Главные победители прошлых лет – это Краснодарский край, Ставропольский край, Тамбовская область, Свердловская область, Кемеровская область, город Москва, Новосибирская область. Главный победитель Всероссийского конкурса прошлого года – это психиатрическая служба Республики Башкортостан.

В 2017 году с 1 июня мы объявляем десятый, юбилейный Всероссийский конкурс «За подвижничество в области душевного здоровья». Материалы на конкурс принимаем до 1 октября 2017 года, и традиционно торжественная церемония награждения победителей юбилейного Всероссийского конкурса состоится в декабре 2017 года в конференц-зале отеля «Даниловский» Московской епархии. На торжественную церемонию награждения мы приглашаем в качестве почетных гостей главных победителей Всероссийского конкурса прошлых лет, а также приглашаем к активному участию все учреждения и психиатрические службы. Спасибо за внимание.

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ

СОСТОЯНИЕ И ОСНОВНЫЕ ТРЕНДЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КЕКЕЛИДЗЕ З.И.*,
БУКРЕЕВА Н.Д.**

– Уважаемые коллеги, в своем выступлении мы постарались проследить динамику основных показателей деятельности психиатрической службы Российской Федерации и взаимосвязь между этими показателями в тот период, когда проводятся основные реформы здравоохранения, с 2005 года, когда начало этим реформам дало вступление в действие основных законов, разделивших полномочия между различными уровнями власти, как федеральными, так и субъектов Российской Федерации, и муниципальными. Это внесло большие изменения в собственно структуру психиатрической службы, и в значительной мере повлияло на ее основные показатели. Кроме того, хотелось бы отметить, что те мероприятия, которые проводятся в течение последних десяти лет, тоже существенным образом повлияли на эти показатели.

Я бы хотела начать свое выступление с характеристики динамики показателей общей заболеваемости психическими расстройствами, которые за прошедшие 11 лет существенно изменились. В настоящее время, за 11 лет, они снизились на 7,5% (рис. 1). Этот показатель составляет в настоящее время 2744,44 на 100 тысяч населения. Более значительное снижение произошло по показателю первичной заболеваемости. Я бы сказала, что в данном случае мы характеризуем не собственно показатель первичной заболеваемости, а уровень выявляемости, то есть уровень работы амбулаторного звена психиатрической службы. Так показатель первичной заболеваемости, будем называть его официально, уменьшился на 23,5%.

Все ли это связано с ухудшением, изменением или улучшением работы психиатрической службы? Нет, не только с этим. Проводятся многочисленные исследования, и в том числе и в нашем институте, и показано, что и работа так называемых смежников по поводу снижения травматизма, по поводу работы с беременными женщинами, и прочее, существенно повлияли на показатель первичной заболеваемости, в том числе психическими расстройствами.

* *Кекелидзе З.И.,* д.м.н., профессор, главный внештатный специалист психиатр, генеральный директор ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Заслуженный врач РФ.

** *Букреева Н.Д.,* д.м.н., руководитель НОО ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П Сербского» Минздрава России, Заслуженный врач РФ.

Общая и первичная заболеваемость психическими расстройствами в Российской Федерации в 2005–2016 гг. (в расчете на 100 000 населения)

- Уровень общей заболеваемости психическими расстройствами снизился на 7,48% (с 2966,58 до 2744,44).
- Показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами уменьшился на 23,5% (с 388,30 до 296,67).
- В 2016 г. по сравнению с 2015 г. – показатель общей заболеваемости психозами и/или состояниями слабоумия увеличился (на 0,2 %) , а показатели общей заболеваемостью непсихотическими расстройствами и умственной отсталостью снизились (на 0,6% и 1,4% соответственно)
- Возросли показатели первичной заболеваемости психозами и/или состояниями слабоумия (на 0,1%), и снизились показатели первичной заболеваемости непсихотическим психическим расстройствами (на 0,7%) и умственной отсталостью (на 1,5%).

Эпидемиологические показатели и показатели деятельности психиатрических служб в Российской Федерации. Статистический справочник (Демчева Н. К., Творогова Н.А. и др.). Сводные данные ГСН за 2016 г.

Рис. 1. Динамика показателей заболеваемости психическими расстройствами в РФ

Нозологическая структура общей и первичной заболеваемости в 2016 году

Сводные данные ГСН за 2016 г. Сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ) форма № 10

Рис. 2. Структура общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами

Если рассматривать в традиционных группах психозы и состояние слабоумия, непсихотические расстройства, умственную отсталость, надо сказать, что по группе психозов и умственной отсталости выявление первичной заболе-

ваемости и показатель общей заболеваемости несколько возросли, не намного, а по непсихотическим расстройствам и умственной отсталости они снизились. На рис. 2 представлены не только три указанные группы, но и отдельно выделена группа шизофрении. На первой диаграмме вы видите показатели структуры общей заболеваемости, где психозы и состояние слабоумия, включая шизофрению, составляют 28%, из них 12% – это контингент больных шизофренией, 50% – это непсихотические расстройства, и 22% – умственная отсталость.

В структуре первичной заболеваемости мы видим совершенно другие соотношения. Психозы и состояние слабоумия, включая шизофрению, составляют 18%, из них шизофрения составляет 3%. Умственная отсталость – 7%, и непсихотические расстройства в контингентах психически больных составляют 72% (рис. 2).

К вопросу о непсихотических расстройствах, то, о чем говорил сегодня Николай Григорьевич, – это огромная группа пациентов, которая нуждается в своих структурных подразделениях. Все то, что отражено у нас в Порядке оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, конечно, главным образом относится к группе диспансерного контингента психически больных, а он на 70% состоит из инвалидов по психическому заболеванию. Поэтому необходимость в новых структурных преобразованиях именно для этого контингента крайне велика.

Надо сказать, что в течение последних 15 лет показатель абсолютного количества больных, имеющих стойкую утрату трудоспособности, у нас колеблется около миллиона. В настоящее время эта цифра составляет чуть более миллиона, 1 051 651 человек, что на 6,5% больше, чем в 2005 году. Но эти колебания постоянны (рис. 3)

Инвалидность

- В 2016 году число инвалидов в связи с психическими расстройствами составило 1051651 и увеличилось по сравнению с 2005г. на 6,7%.
- В общем числе лиц, обратившихся за психиатрической помощью, в 2016 г. инвалиды составляли 28,8%
- В расчете на 100 диспансерных больных число инвалидов составило 70,1 %

В 2016 году в общем числе инвалидов:

- 33,6% составили больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра,
- 34,3% – лица с умственной отсталостью,
- 32,1% – больные другими психическими расстройствами.
- Уровень общей заболеваемости психическими расстройствами снизился на 7,48% (с 2 966,58 до 2744,44).

Эпидемиологические показатели и показатели деятельности психиатрических служб в Российской Федерации. Статистический справочник./Демчева Н. К., Творогова Н.А. и др./. Сводные данные ГСН за 2016 г.

Рис. 3. Инвалидность вследствие психических расстройств

Надо сказать, что если в целом в консультативном и диспансерном контингентах больные, имеющие стойкую утрату трудоспособности, составляют менее 30%, то в диспансерном контингенте это 70,1%. Если рассматривать нозологическую структуру инвалидности, то она как всегда делится по третям – треть больных шизофренией, треть – другие психозы и состояние слабоумия, и еще одна треть – это прочие психические расстройства.

Мы рассмотрели и такой показатель, как суициды. Но брали мы их не по данным отчетов психиатрических учреждений о состоянии данной проблемы в психиатрических больницах, а посмотрели по данным Росстата, посмотрели в целом по стране. Я считаю, что это более объективная оценка. Надо отметить, что за рассматриваемый период идет равномерное снижение данного показателя. С 2011 по 2015 год он снижался на 10% ежегодно, в 2015 году составлял 17,4 на 100 тысяч населения, в 2016 году – 15,6 на 100 тысяч населения. Но это та проблема, с которой нам предстоит много работать, и создавать для работы именно с этими пациентами, как и с пациентами с непсихотическими расстройствами, возможно, дополнительные структуры.

Чем же представлена в настоящее время сеть психиатрических учреждений, оказывающих психиатрическую, психотерапевтическую и прочие виды помощи (рис. 4)? Если рассматривать амбулаторные подразделения, то надо сказать, что здесь произошли не столько сокращения и увеличения, сколько изменение юридического статуса амбулаторных психиатрических и психоневрологических учреждений. Формально психоневрологических диспансеров стало меньше на 50%. На самом же деле 30% из них изменили свой юридический статус. Вы видите, что произошло увеличение психиатрических кабинетов, то есть часть из них была переквалифицирована в кабинеты, а часть стала диспансерными отделениями психиатрических больниц.

То же самое можно сказать и о психиатрических больницах, число которых уменьшилось почти на 30%, но это не фактическое исчезновение этих больниц. Часть данного показателя характеризует переход учреждений, имеющих статус юридического лица, в статус филиала или удаленного подразделения, областного или краевого лечебного психиатрического учреждения.

Тем не менее у нас существенно сократились койки, особенно койки при психоневрологических диспансерах, расположенных в необластных, некраевых городах, то есть в небольших диспансерах, имеющих небольшое количество коек. И это сокращение существенное – 44%.

Если говорить о внебольничных подразделениях, которые в соответствии с существующей концепцией о том, что центр тяжести в оказании психиатрической помощи должен быть перенесен во внебольничную сеть, то сокращение коечного фонда должно было бы идти параллельно, а может быть, и с некоторым отставанием от роста внебольничных подразделений. Однако такого значительного роста мы в настоящее время не имеем. Рост имеется, но столь значительного роста, чтобы он перекрыл дефицит психиатрических коек, и есть ли этот дефицит, мы с вами должны этот вопрос решить, у нас нет.

Данные государственного статистического наблюдения, только начиная с 2010 года стали фиксировать такие данные, как количество дневных ста-

ционаров, ночных стационаров и стационаров на дому. И надо сказать, что по всем показателям, кроме стационаров на дому, имеется небольшой рост, а в отношении стационаров на дому мы наблюдаем разночтения. Я вам покажу данные, которые мы получили в результате проведенного нами мониторинга. Здесь вы видите, что у нас существует только 100 мест в стационарах на дому, и сокращение произошло на 5,8%. Это связано с тем, что Порядок оказания психиатрической помощи не содержит правила организации деятельности стационара на дому, и формально власти на местах не всегда понимают стремление организаторов психиатрической помощи открыть то или иное подразделение, не включенное в нормативные документы. Поэтому надо обновлять нормативные документы и дорабатывать их.

Сеть психиатрических учреждений в РФ

Наименование	**2005 г.**	**2016 г.**	**+\–**
1. МО (подразделения), оказывающие амбулаторную помощь:			
ПНД	173	85	– 50,8%
МО, имеющие ДО	171	191	+ 11,6%
МО, имеющие кабинеты	2249	2676	+ 18,9%
2. МО, оказывающие стационарную помощь:			
ПБ	270	195	– 27,7%
ПНД, имеющие стационары	115	64	– 44,3%
3. Подразделения, оказывающие полустационарную помощь			
ДС	233 (с 2010 г.)	282	+ 21%
НС	1 (с 2010 г.)	8	+ в 8 раз
СНД	17 (с 2010 г.)	16	– 5,8%

Эпидемиологические показатели и показатели деятельности психиатрических служб в Российской Федерации. Статистический справочник (Демчева Н. К., Творогова Н.А. и др.). Сводные данные ГСН за 2016 г.

Рис. 4. Изменения в структурных элементах психиатрической службы

В отношении кадровой обеспеченности психиатрической службы надо отметить продолжающееся снижение обеспеченности врачами-психиатрами. В настоящее время их абсолютное число, то есть число физических лиц, составило около 13 тысяч человек, и это невзирая на пополнение наших рядов коллегами-крымчанами. И если в предыдущие годы показатель обеспеченности врачами-психиатрами составлял 1,2, то в настоящее время это 0,88 на 10 тысяч населения.

Значительно хуже выглядит ситуация с обеспеченностью врачами-психотерапевтами, работающими в системе психиатрической помощи. Их только 0,09 на 10 тысяч населения. Складывается несколько лучшая ситуация, и про-

слеживается положительная динамика по обеспеченности медицинскими психологами и специалистами по социальной работе, хотя этих специалистов у нас также еще маловато.

Коэффициенты совместительства остаются высокими, и такими и будут, видимо, продолжать оставаться. Это связано как с теми мероприятиями, которые у нас в настоящее время называются оптимизацией и повышением эффективности деятельности службы, не в лучшем значении этого слова.

Что же происходит с коечным фондом на фоне таких изменений в самой сети? Коечный фонд психиатрических коек сократился на 17,2% за рассматриваемый период, за 11 лет, и в настоящее время составляет 133 тысячи коек. Показатель обеспеченности снизился с 11,4 до 9,1 на 10 тысяч населения. Средняя занятость койки, несмотря на столь значительное сокращение, по-прежнему остается на уровне 333 дня в году, и надо отметить, что мало загруженными остаются судебно-психиатрические экспертные койки и детские койки.

Если в отношении детских коек мы знаем, что часть из них бывает закрыта на карантины в связи с детскими инфекциями, то о судебно-психиатрических экспертных койках надо сказать, что органы суда и следствия неоправданно сократили направление подэкспертных на стационарную СПЭ. **Они склонны все экспертные вопросы решать через амбулаторные экспертизы**, что на наш взгляд совершенно неверно, потому что в ряде случаев необходима более детальная диагностика для вынесения экспертного решения, а для этого нужно стационарное обследование.

Госпитализация в психиатрические стационары составила в настоящее время 117,5 тысячи человек. До 2013 года госпитализация у нас сокращалась, и сокращение составило 13,8%. В 2014 году тенденция изменилась, и в настоящее время госпитализация удерживается на одном уровне, даже с небольшим приростом в 1%. При этом доля больных с психотическими расстройствами возросла на 20,8%.

Надо отметить существенные положительные изменения в динамике показателей средней длительности пребывания больных на больничной койке. Средний койко-день в настоящее время в целом по стране составляет 74 койко-дня, уменьшившись со 102 в 2005 году. Значительное снижение среднего койко-дня по психозам и состояниям слабоумия, по шизофрении в частности. Если при психозах и состояниях слабоумия он сократился до 94 дней, то при шизофрении до 102,5 дня. Но надо отметить рост среднего койко-дня по непсихотическим психическим расстройствам и по умственной отсталости. Видимо, это свидетельствует о необходимости смены терапевтической парадигмы в данном случае. Почему именно эти группы вдруг задерживаются в стационаре на фоне общего ускорения процесса?

Полустационарная (внебольничная) служба характеризуется не только количеством учреждений, имеющих эти подразделения, но и количеством мест в них. Количество мест в дневных стационарах возросло до 20 с лишним тысяч, число мест в ЛПМ впервые несколько увеличилось, начиная с 2015 года. Это то, о чем говорил Зураб Ильич, и это нашло свое отражение уже и в статистических данных о том, что все-таки к проблеме ЛПМ повер-

нулись лицом, и число мест в них возрастает, а значит, число ЛПМ, стоявших законсервированными, может быть, в большей степени привлекаются к использованию.

Число мест в стационарах на дому по данным государственного статистического наблюдения уменьшилось, а по данным мониторинга, который мы провели в этом году, и проводим его последние три года ежегодно, мы можем свидетельствовать о том, что число внебольничных подразделений в стране значительно увеличивается.

На наши анкеты в этом году ответил 51 субъект, и по данным 51 субъекта мы можем проследить следующую динамику. Дневные стационары увеличились на 25%, стационары на дому – на 8,5% и составляют в настоящее время 205 мест, отделения интенсивного оказания психиатрической помощи в амбулаторных условиях составили 478 мест по стране, увеличившись в сравнении с 2012 годом значительно, практически в 3 раза. Амбулаторные медико-реабилитационные отделения составляют 1668 мест, и увеличение составляет значительную долю. В 2012 году их было всего 100 мест. Отделения медико-социальной работы в амбулаторных условиях также увеличились, как и иные отделения, которые предусмотрены Порядком оказания медицинской помощи. Мы основывались именно на таких подразделениях, чтобы проследить, в какой степени стационарозамещающие технологии развиваются в нашей стране. Как вы видите, увеличение очень значительное.

И если идти по формальным признакам, то можно выявить следующую прямую зависимость, что проведение реформы здравоохранения, проведение мероприятий по повышению эффективности деятельности психиатрической службы, которое было направлено в том числе на изменение структуры психиатрической службы и ее некоторое сокращение и которое также задело и численность врачей-психиатров, привело к тому, что снизился уровень общей заболеваемости, снизился уровень первичной заболеваемости, уменьшилась госпитализация в психиатрические стационары, сократился средний койко-день психически больных в стационарах, показатели инвалидности сохраняются на прежнем уровне, суициды уменьшились (рис. 5).

Но эта прямая зависимость вовсе не характеризует в полной мере те процессы, которые на самом деле происходят в психиатрической службе. Сокращение контингента психических больных, возможно, обоснованно, и необходимо в той части, когда больных с непсихотическими психическими расстройствами могут на себя взять негосударственные медицинские организации и частнопринимающие врачи-психотерапевты. Кроме частнопрактикующих психиатров и психотерапевтов, значительное участие в оказании помощи больным с непсихотическими психическими расстройствами стремятся оказывать неврологи, психологи и некоторые другие специалисты, не имеющие специальной подготовки по психиатрии и психотерапии. Это приводит к тому, что значительная часть наших пациентов оказывается в поле зрения врачей-психиатров в «запущенном» состоянии, порой инвалидизированные.

То же самое можно сказать и о первичной заболеваемости. Да, есть определенные достижения у травматологов, у акушеров, у кого угодно. Но снижение первичной заболеваемости в психиатрии прежде всего свидетельствует

о снижении активности амбулаторной психиатрической службы. И если мы посмотрим немножечко дальше, чем 11 лет назад, а допустим на 40 лет назад, то мы увидим, что в 1960-х годах у нас был огромный рост данного показателя. Он был связан вовсе не с тем, что люди вдруг все внезапно заболели психическими расстройствами, а это было связано с развитием психиатрических служб. Поэтому и сейчас работе амбулаторного звена следует уделять максимальное внимание, потому что именно на них ложится основной груз оказания помощи психически больным. Не забывайте, что в стационарах у нас оказывается помощь в общем-то около 20% больных, которые наблюдаются врачами-психиатрами и страдают психическими расстройствами. Остальные пациенты находятся в ведении именно амбулаторной службы, в том числе и полустационарных подразделений.

Реформирование здравоохранения повышение эффективности его деятельности:

Сокращение сети:
Количество ПБ < на 27,7%
Количество ПНД < на 50,8%
Количество ПНД, имеющих стационары, < на 44,3 %
Коечный психиатрический фонд < на 17,2%
Общее число врачей-психиатров < на 10,6%
Число врачей-психотерапевтов < на 25,4%

Привело к:
Уровень общей заболеваемости психическими расстройствами < на 7,48%
Показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами < на 23,5%
Общее число госпитализированных больных за 11 лет < на 13,8%.
Доля больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течении года, в 2016 году составила 20,2% < по сравнению с 2015 годом (20,8%).
Средний койко-день < со 102,0 до 74,4 дня
Число мест в ДС в 2016 г. > 12,9%
По агрегированным данным результатов мониторинга 2016–2017 гг., число мест во внебольничных подразделениях > на 63,4%

Увеличение финансирования лечебных учреждений субъектами РФ

Рис. 5. Влияние реформы на показатели деятельности психиатрической службы

Сегодняшнее состояние службы, существующие тенденции в ее развитии свидетельствуют о том, что системный подход отсутствует в ряде служб, и развитие этих служб происходит вне учета потребностей населения конкретной территории, того, какая помощь нужна населению, какими силами она оказывается и какие средства выделяются на это. О средствах мы с вами поговорим на соответствующей секции, где у меня будет доклад по финансированию психиатрической службы. Данные получены также на основе мониторинга, проведенного по стране.

Что по-прежнему нам необходимо сделать? Необходимо обеспечить системный подход к организации психиатрической службы, привести структуру службы в соответствие с потребностями населения, привести матери-

ально-техническое и лекарственное оснащение психиатрической службы в соответствие с клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи, и главным образом в соответствие с потребностями наших пациентов. Для рационального распределения этих ресурсов необходимо выделение целевых групп пациентов и разработка для них целевых программ, ориентированных на использование стационарозамещающих технологий. Необходимо осуществить мероприятия, направленные на создание у пациентов приверженности к лечению, повысить терапевтическую активность внебольничной, то есть амбулаторной и полустационарной службы, повысить лекарственное обеспечение этих подразделений, увеличив долю пролонгированных препаратов, привести нагрузки участковых врачей-психиатров в соответствие с теми задачами, которые перед ними стоят, в соответствие с потребностями обслуживаемых ими пациентов.

КОСТЮК Г.П.:

– Мы будем ждать от вас указаний в этом плане. Спасибо, Наталья Дмитриевна. А сейчас мы передаем слово Елене Олеговне Бойко, главному психиатру Краснодарского края, главному внештатному специалисту-психиатру Минздрава России в Южном федеральном округе. Краснодарский край был дважды номинирован на «Большую бабочку» – в 2008 году за гуманизм, новизну и масштабность оказания психиатрической помощи и в 2012 году за системное и масштабное развитие современных реабилитационных форм работы и высокий профессионализм, проявленный в крымской трагедии. Елена Олеговна, вам слово.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

БОЙКО Е.О.*

– Спасибо большое. Добрый день, уважаемые коллеги. Я бы хотела остановиться на вопросах, которые затрагивали Зураб Ильич [Кекелидзе] и Николай Григорьевич [Незнанов], поговорить о необходимости реорганизации психиатрической службы.

Реорганизация службы Краснодарского края осуществлялась в рамках действующего законодательства: закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан», 323 Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан», приказ Минздрава 566-Н, и ряд постановлений главы администрации губернатора Краснодарского края, так называемые дорожные карты, которыми регламентированы изменения в отрасли психиатрии, направленные на повышение эффективности развития здравоохранения.

На сегодняшний день специализированная психиатрическая помощь в Краснодарском крае оказывается во всех муниципальных образованиях, в пяти психоневрологических диспансерах, в двух диспансерных отделениях, в восьми специализированных больницах. Таким образом, в соответствии с пунктом 1 статьи 10 Федерального закона 323 оказание специализированной помощи осуществляется по принципу максимальной приближенности к месту жительства. Это как раз то, о чем говорили Зураб Ильич, Николай Григорьевич и Наталья Дмитриевна.

За последние пять лет количество стационарных коек уменьшилось незначительно, но это произошло преимущественно за счет передачи психоневрологических коек в реабилитационный центр «Солнышко». То есть практически сокращения не произошло. При этом ежегодно мы увеличивали количество пациенто-мест в дневных стационарах. Обеспеченность стационарными койками в крае незначительно выше, чем по Российской Федерации, – 11,2, мы сейчас услышали от Натальи Дмитриевны, что по России 9,1. Но мы не пошли по пути сокращения коечного фонда, а в соответствии с планом мероприятий, направленным на повышение эффективности здравоохранения, 330 коек перепрофилировали в медико-реабилитационные, которые функционируют на базе пяти психиатрических больниц. В рамках превенции

---

* *Бойко Е.О.*, д.м.н., главный внештатный специалист психиатр Минздрава России в южном Федеральном округе, главный внештатный специалист психиатр Минздрава Краснодарского края, заведующая кафедрой психиатрии ГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России, главный врач ГБУЗ «специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» Минздрава Краснодарского края.

суицидов открыты 45 коек кризисных состояний на базе отделений пограничных состояний трех медицинских организаций. За счет перепрофилирования увеличено число детско-подростковых коек. Также увеличено число коек в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Проведены капитальные ремонты и переоснащение материально-технической базы, что позволило нам интенсифицировать лечение больных, снизить длительность пребывания в стационаре в среднем на 8 дней. Открытие реанимационных отделений позволило оказывать сопровождение душевнобольным с тяжелой сопутствующей патологией.

Во исполнение Протокола заседания правительственной комиссии по профилактике правонарушений с целью повышения качества и эффективности наблюдения за лицами, страдающими психическими расстройствами и представляющими опасность для окружающих, открыты шесть кабинетов активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного наблюдения и лечения на базе пяти психдиспансеров и стационаров.

За последние шесть лет в крае открыто девять телефонов доверия в рамках превенции суицидов, восемь кабинетов медико-социальной психологической помощи – в разных территориях. За последние два года открыты семь школ для родителей, воспитывающих детей с особенностями психического развития. То есть ежемесячно в медицинские организации психиатрического профиля приходят родители (или пользователи) этой помощи и получают знания от врачей, в том числе и по маршрутизации деток, и по всем интересующим вопросам, существует определенный план и тематические направления.

Наша деятельность находится под пристальным вниманием уполномоченных по правам человека в Краснодарском крае и по правам ребенка. Краснодарский край два года назад посетила делегация Совета по развитию гражданского общества и правам человека при Президенте Российской Федерации. При взаимодействии с уполномоченными по правам ребенка издается литература и для пользователей, и методические рекомендации для врачей, врачей-педиатров, по обучению выявления признаков депрессии, как не допустить суицида, признаков детской агрессии и суицида.

Нельзя не сказать о том, что в организации психиатрической помощи, что большую роль играет профилактическое направление. На протяжении пяти лет уже систематическими стали ежегодные выезды врачей психиатров в учреждения здравоохранения муниципальных образования по обучению врачей первичного звена (терапевтов, неврологов, пульмонологв и т.д.) с целью повышения их компетентности в вопросах диагностики депрессивных состояний.

Отдельное профилактическое направление с 2015 года – психообразование (циклы веб-семинаров по психоонкологии). Это обучение всех специалистов, не только врачей-онкологов, а также врачей-терапевтов и всех специалистов, которые принимают участие в оказании медицинской помощи этой категории людей. Мы рассказываем о депрессивных расстройствах, на что нужно обращать внимание. Уделяется внимание психологическому сопровождению при сообщении диагноза, при подготовке к операции пациента.

Еще одно профилактическое направление – проведение вебинаров по конфликтологии с 2015 года. Изучаются и анализируются причины, сущность конфликтов, проводится обучение методикам и стратегиям разрешения конфликтных ситуаций. Вебинары проводятся для работников регистратур в рамках проекта «Вежливая регистратура», для диспетчеров «Скорой медицинской помощи», для работников горячих линий в call-центров. Безусловно, проводится профилактика и эмоционального выгорания, и обучение техникам само- и взаимопомощи.

Безусловно, важным является проведение работы по дестигматизации, о чем говорил Николай Григорьевич, это активное сотрудничество со средствами массовой информации, причем подхватываем мы студентов, будущих журналистов, когда они обучаются на втором, третьем курсе, то есть мы даем им понятия по информационной безопасности, как взвешенно, правильно освещать вопросы, связанные с психическим здоровьем.

Большую роль в профилактике тяжелых депрессивных расстройств и суицидов играет специально организованная служба – 15 специализированных бригад (врачи психиатры, психотерапевты, психологи) функционируют в Краснодарском крае, которые всегда готовы прийти на помощь пострадавшим в случае возникновения чрезвычайной ситуации. Систематически проводятся командно-штабные и тактико-специальные учения. Я хочу поблагодарить Зураба Ильича и сотрудников Центра Сербского, которые непосредственно участвовали в оказании психолого-психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях, помогали в организационных мероприятиях при подготовке к проведению Олимпиады. За последние шесть лет специалисты психиатрической службы края оказали психолого-психиатрическую помощь более 15 тысячам пострадавших, из них 964 ребенка.

Организационно-структурные преобразования, которые произошли в крае за последние шесть лет, позволили снизить показатель болезненности психическими расстройствами на 20%, отмечается положительная динамика в снижении числа лиц, состоящих на АДН, – на 23,5%, число правонарушений, совершенных лицами, находящимися под наблюдением врачей-психиатров уменьшилось на 14%, показатель смертности от самоубийств снизился более чем на 41% и составляет 11,4. Удалось достичь снижения показателя регоспитализации в стационары, который в 3 раза ниже, чем по РФ, снижения летальности в медицинских организациях психиатрического профиля до 0,7%. Межведомственное взаимодействие Министерства здравоохранения Краснодарского края с Министерством труда и социального развития способствовало увеличению числа мест в стационарных учреждениях социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами.

Мы благодарны за высокую оценку работы психиатрической службы края, что явилось для нас дополнительным стимулом к совершенствованию работы, направленной на повышение качества, доступности при оказании психиатрической помощи. Спасибо за внимание.

ОПЫТ СТАНДАРТИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

БОЕВ О.И.*

– Добрый день, коллеги! Я благодарю за то, что появилась возможность принять участие в такой замечательной конференции. У нас не так много конференций, которые связаны с организацией психиатрической помощи. Рад отметить, что их становится все больше и больше. И у нас появилось действительно профессиональное пространство для обсуждения существующих вопросов и проблем. Относительно реорганизации психиатрической службы. В Ставропольском крае она у нас идет активными темпами, действительно развиваются стационарозамещающие технологии. У нас значительно, в среднем в два с половиной раза, превышается средний российский уровень обеспеченности койками дневного стационара. Это позволяет переводить значительное количество пациентов из стационарного звена в амбулаторное звено и оказывать им помощь. Незначительными темпами, но немного сокращаются объемы стационарной помощи, но мы пошли не путем сокращения, а путем перепрофилирования, об этом механизме очень подробно рассказала моя коллега Елена Олеговна Бойко.

Если позволите, я бы хотел представить наш опыт в очень узкой такой теме – планирование, учет и анализ объемов немедикаментозных услуг. Я уточню, что речь пойдет о психосоциальных услугах и о том, каким образом, зачем их нужно планировать и для чего учитывать. Наша основная задача – повысить качество и доступность помощи. Чтобы мы повысили качество, нам нужно гарантировать некий объем оказания услуг пациенту. Если непосредственно с медицинскими, диагностическими услугами мы более-менее разбираемся, мы знаем, какие это услуги, то в стандартах оказания помощи существует достаточно внушительный перечень немедикаментозных услуг. Для психиатрии он крайне значим, потому что помимо медицинской составляющей, медикаментозной, у нас существует большой блок реабилитационной составляющей. Когда мы начинаем разбирать, что это за реабилитационная составляющая – это психологические и социальные услуги.

Остановимся на психологических и социальных услугах. Оказывается, что тот перечень, который представлен в стандартах немедикаментозных услуг, не совсем соответствует той реальной работе, которая проводится в каждом психиатрическом медицинском учреждении, и название не очень соответствует. Почем мы на это обратили внимание? Ведь для того чтобы внедрить

* *Боев О.И.,* к.м.н., главный специалист психиатр Ставропольского края, главный врач ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая специализированная психиатрическая больница № 1».

эффективный контракт, а мы все его должны внедрять, нам нужно привязать и стандартизировать перечень услуг, и посчитать объем каждой услуги и, соответственно, оценить, сколько психолог должен выполнить этих услуг, и далее выйти на эффективный контракт, привязать к этому деньги, оплату и так далее. Чтобы реализовать задачу и действительно внедрить эффективный контракт, нужно точно посчитать, сколько занимают эти социальные и психологические услуги в объеме работы.

Итак, на данный момент у нас отсутствует возможность эффективно управлять процессом оказания немедикаментозных услуг, то есть планировать объемы, учитывать исполнение стандарта, оценивать качество социальных услуг и внедрять принципы эффективного контракта, из-за несоответствия перечня медицинских услуг, включенных в стандарты, перечню социальных психологических мероприятий, с которыми непосредственно работают психологи и социальные работники до введения стандарта. Наша задача – разработать процесс планирования и его внедрить. Что это значит? Необходимо уточнить перечень психосоциальных мероприятий, документировать процесс оказания услуг и разработать методику планирования и учета, которая будет работать систематически, постоянно и помогать управленческому процессу.

Если вы обратите внимание на рис. 1, слева – услуга федерального стандарта, так, как она звучит в нашем федеральном стандарте, – арт-терапия. Оказывается, что арт-терапия у нас может состоять из нескольких других мероприятий, направлений и методов. Они описаны, методологически разработаны, но, к сожалению, не систематизированы. Поэтому мы разработали внутренний стандарт, или как мы его назвали, «услуга для учета внутри», и к арт-терапии мы можем относить изотерапию, библиотерапию, музыкотерапию, драматерапию – в общем, перечень определенных услуг, который реализуется у нас в больнице. Каждое название внутреннего стандарта соответствует перечню «Номенклатура медицинских услуг», № 1664. Существует требование, чтобы у нас все медицинские услуги соответствовали этой номенклатуре, вот мы и постарались это привязать.

Утвержденный перечень немедикаментозных (психосоциальных) услуг включает в себя услуги психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников, трудинструкторов

№ п/п	Услуга (федеральный стандарт)	Услуга для учета (внутренний стандарт)
	Арт-терапия (Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия, 2002)	1. Изотерапия 2. Библиотерапия (в том числе сказкотерапия) 3. Музыкотерапия 4. Драматерапия 5. Танцевальная терапия 6. Песочная терапия 7. Куклотерапия
	Аутогенная тренировка	

№ п/п	Услуга (федеральный стандарт)	Услуга для учета (внутренний стандарт)
	Групповая психологическая коррекция	1. Нейрокогнитивный тренинг 1. Тренинг коммуникативных навыков
	Групповая психотерапия	
	Групповое психологическое консультирование	1. Тематические лекции 2. Тематические семинары
	Индивидуальная психологическая коррекция	Индивидуальная психологическая коррекция
	Индивидуальная психотерапия	
	Индивидуальное психологическое консультирование	Индивидуальное психологическое консультирование
	Медико-логопедическая процедура при дизартрии	1. Медико-логопедическое обследование 2. Коррекционное логопедическое занятие
	Обучение близких уходу за тяжелобольным пациентом	

Рис. 1. Пример соотнесения внутреннего стандарта немедикаментозных услуг с федеральным стандартом

Что такое групповая психологическая коррекция? В нашем понимании, непосредственно в больнице, это у нас нейрокогнитивный тренинг и тренинг коммуникативных навыков. Как только специалист психолог проводит нейрокогнитивный тренинг, отмечает это, то в учетной электронной системе это фиксируется как групповая психологическая коррекция. Или он провел тренинг коммуникативных навыков – учитывается как групповая психологическая коррекция. Зачем нам это надо? Нам надо оценить, с какой частотой, кратностью и эффективностью мы оказываем психосоциальные услуги каждому человеку. Это гарантирует стандарт.

Например, в стандарте существует такое понятие – медико-логопедическая процедура при дизартрии. Что это? Оказывается, она состоит из двух услуг – медико-логопедическое обследование и коррекционное логопедическое занятие. Почему мы делим? Потому что каждая услуга будет нормироваться и хронометрироваться по-разному и будут разные технологии ее оказания.

Обучение родственников пациента тактике и методам восстановления когнитивных функций больных – такая вот интересная услуга есть в нашем стандарте. Что это такое и как мы ее должны оказывать в условиях больницы? В данном случае мы придумали, что это будут все-таки профилактические школы для пациентов и родственников, пять ключевых школ (школа аутизма, памяти, эпилепсии, шизофрении, депрессии).

Обучение самоуходу состоит из трех услуг: тренинга навыков личной гигиены, ухода за одеждой и обувью, навыков приготовления пищи. Определение реабилитационного прогноза – это заседание полипрофессиональной бригады. То есть мы приводим в соответствие стандарт и конкретные услуги внутри больницы. Например, в стандарте есть процедура по адаптации к условиям микросреды. Очень обширное понимание того, что это за услуга. Она у нас может состоять из индивидуальной консультации с целью адаптации, индивидуальной консультации с целью заполнения социальной карты, информационного группового собрания, досуговых мероприятий и зарядки. Бывает так, что пациенты занимаются зарядкой – нужно отнести это к какой-то услуге, чтобы потом считать стандарты. В данном случае мы решили, что это будет звучать так.

Социальные услуги. Оказывается, что оказание социальных услуг – большая проблема. И надо взять правильный их перечень, потому что в нашем стандарте это называется «социальная реабилитационная работа» и всё. Как ее разбить на услуги? Мы взяли у наших коллег соцработников ГОСТы оказания социальной помощи и в соответствии с ними решили назвать данные услуги. И таким образом для социальных работников у нас есть конкретный перечень услуг, который они оказывают: тренинг навыков трудоустройства, навыков поведения в общественных местах, тренинг поведения в экстренных случаях, творческой активности, здорового образа жизни.

Интересна услуга обеспечения пациентов, находящихся в учреждении, периодической учебной справочной информацией, художественной литературой. Библиотеки есть во многих больницах, мы обеспечиваем, читаем. Что это за услуга? На это же тратится время. В данном случае это звучит конкретно «услуга для учета» и входит в социально-реабилитационную работу.

Существуют ключевые социальные услуги, например: «социально-правовая поддержка», «документирование паспортом РФ взамен утраченного». Паспорта восстанавливают наши социальные работники, зачастую участвуют в данном процессе. «Оформление в стационарном учреждении социального обслуживания» – тоже работа соцработников. Вот для того чтобы нормировать их рабочее время и увидеть услуги, мы их выделили.

Существует «социально-экономическая поддержка пациента» и тоже перечень услуг, например: «организация пенсионного обеспечения на время пребывания на стационарном лечении» или «оформление страхового свидетельства государственного пенсионного страхования».

Социальные услуги обеспечивают социально-бытовую поддержку. «Приобретение для пациентов продуктов и предметов первой необходимости» – всем известна эта услуга, мы ее оформили и записали в реестр; «оказание помощи пациентам в написании и прочтении писем»... Время соцработников тратится, но теперь мы знаем, на что, сколько они должны это делать и как это будет дальше оплачиваться. После утверждения этого перечня необходимо было разработать технологический стандарт оказания услуги, то есть тот стандарт, за который не рекомендуется отступать. Ведь мы знаем, одну и ту же услугу один психолог может оказывать одним образом, например, проводить нейрокогнитивный тренинг, второй – несколько иным способом. Чтобы это унифицировать, необходим стандарт уровня образования специалиста, технологическая карта про-

ведения мероприятия как минимум. Требования к технологической карте мы взяли из Федерального ГОСТа, и на каждую вышеперечисленную услугу у нас существует непосредственно технологическая карта. Например, «требования к специалисту», «дополнительные требования к вспомогательному персоналу».

Возьмем, к примеру, требования к обеспечению безопасности труда медперсонала. Необходимо, чтобы было разрешение заведующего отделением на участие пациента в тренинговом занятии; и второе, следование приказу соблюдения техники безопасности труда. Вроде какие-то общие фразы, но на самом деле под разрешением заведующего существует определенная форма (именно в ней он должен поставить подпись и написать, в каком виде он разрешает участие в тренинге), и требование к знанию приказа о соблюдении техники безопасности труда, мы его ввели во внутренний аттестационный стандарт.

Далее «Характеристика методики выполнения социально-реабилитационной услуги»: «Подготовка к занятию». Что должен сделать специалист? Уточнить список пациентов, предупредить каждого о времени начала, подготовить помещение для занятия, вывесить на видном месте правила поведения на занятии и тему, встретить, провести вводную часть и так далее, то есть каждый шаг проведения услуги расписан. Пациент должен быть информирован о методике услуги, предполагаемых результатах оказания услуги, письменно подтверждая свое согласие на оказание услуги. Вот все нюансы технологической карты реализуются. Таким образом, мы и стандартизируем качество оказания услуг.

В результате получается, что мы рассчитали планируемые объемы услуг, исходя из федерального стандарта, на основании анализа пролеченных по каждому стандарту за три года. Когда мы проанализировали весь состав наших пациентов по больнице и привели в соответствие со стандартом, то оказалось, что мы обязаны для этих пациентов оказать некий объем услуг. Мы их посчитали, в стандарте есть кратность и их количество. И когда мы увидели эту цифру количества услуг, мы немножко опешили, потому что это колоссальные цифры. Умножьте пациентов с той или иной нозологией на ту кратность, с которой им должны оказываться медико-социальные услуги, и вы увидите, как должно быть, исходя из наших нормативов. А далее мы рассчитали фактические объемы услуг, исходя из реальных возможностей, то, о чем я только что рассказал, разбив на услуги, мы посчитали, сколько же реально мы оказываем. Оказалось, что часть услуг из стандарта мы оказываем с превышением 300–500%, а по каким-то мы в ноль уходим. Какие-то мы оказываем более часто, а какие-то вообще не оказываем. Вот и стандартизация, и вот качество, интересные выводы можно из этого делать. По каждой услуге мы сравнили, как должно быть и как фактически у нас есть, и можно далее делать предложение, что исключить, что добавить, что немножко реорганизовать. Далее на каждую услугу мы провели хронометраж. Определили трудозатраты на каждую услугу в УЕТ, установили плановый объем услуг для одной должности, сколько объема должна выполнить каждая должность, то есть психолога и соцработника. Утвердили порядок ведения учетной документации и отчетные формы новые. И далее автоматизировали процесс. Сейчас пока он работает в системе «Excel» через локальную сеть, а в программе электронной медицинской карты этот модуль дорабатывается. Очень непросто это делать, но уже работаем.

Отделение							
Ф.И.О.							
Месяц	апрель						
Кол-во дней в месяце	20						
Наименование услуги	план			факт			% вып.
	абс	УЕТ, ед.	Всего, УЕТ	абс	УЕТ, ед.	Всего, УЕТ	
Психологическая адаптация							
Тестологическое психодиагностическое обследование	13,0364	3	39,1093	9	3	27	69%
Терапия средой	0		0			0	0
Нейропсихологическое обследование	0		0			0	0
Арт-терапия	3,48178	1,5	5,22267	6	1,5	9	172%
Психологическое консультирование							
Индивидуальное психологическое консультирование	27,5304	1	27,5304	30	1	30	109%
Групповое психологическое консультирование	2,9149	1	2,9149	3	1	3	103%
Семейное психологическое консультирование	3,4818	1	3,4818	1	1	1	29%
Психологическая коррекция							
Индивидуальная психологическая коррекция	8,9069	1	8,9069	18	1	18	202%
Групповая психологическая коррекция	11,8219	2	23,6438	12	2	24	102%
Итого:	71,1741		110,809	79		112	101%

Рис. 2. Пример формы ежемесячного отчета психолога

На рисунке 2 представлена форма ежемесячного отчета психолога. Что происходит? Месяц апрель. Берем вверху 20 рабочих дней. Плановые показатели. Слева указана психологическая адаптация, наименование услуг и перечень услуг. Жирным выделены услуги из стандартов, а более подробно расписано так, как мы их учитываем внутри. В плане у нас указано коли-

чество услуг: например, нужно провести 13 диагностических обследований; арт-терапии – три; индивидуальное психологическое консультирование – 27 раз. Надо провести групповое психологическое консультирование – два раза и так далее. Итак, всего на должность психолога за месяц должна быть оказана 71 услуга в разном объеме. А если мы это переведем в УЕТ (универсальные единицы учета), то это 110 УЕТ. Далее они выполняют все эти услуги, а у нас это нормировано, как я уже сказал, и далее получается некий объем выполненных работ. На этом примере реально специалист оказала 79 услуг на 112 УЕТ. Последняя колонка – процент выполнения плана – 101%. Прекрасно, значит, она получает свою зарплату и, собственно, не переработала и не недоработала. И мы можем выйти на эффективный контракт в данном случае.

Форма ежемесячного отчета социального работника несколько иная. Там сейчас очень сложно рассчитать, нормировать, например, сколько он тратит времени на оформление паспорта и взаимодействие с социальными службами города. Сейчас этот процесс идет, но сделать сложно. Поэтому мы пока считаем просто количество услуг и количество пациентов, получивших эти услуги. Но задача все равно перейти к некому среднему универсальному расчету. Вот, например, процедура по адаптации к условиям макросреды: посещение театра, выставок, экскурсии, праздники. Пока это вот не удается посчитать конкретно.

Интересный момент – трудотерапия. Что мы сделали, чтобы учитывать трудотерапию, оценивать не просто ее объем, но и какую именно форму трудотерапии можно рекомендовать данному пациенту с одним дефектом, с другим, без дефекта. Итак, мы трудотерапию разбили на пять ключевых позиций. Использовали наши федеральные методические рекомендации, но мы их привели в локальный нормативный документ. Итак, трудотерапия. Существуют подсобные работы, включающие элементы, аналогичные хозяйственной работе по самообслуживанию. Например, доставка пищи из пищеблока, уборка мусора, протирание поверхностей. Я уверен, что такое бывает в учреждениях. Это тоже мы решили назвать трудотерапией. Иначе пациенты занимаются, ходят, это опять же нигде не учитывается. А раз не учитывается, значит, мы не можем сказать, что это мы исполняем стандарт оказания услуг и мы проваливаемся в этих услугах. Мы вроде их все оказываем, но не учитываем. И, соответственно, когда приходит проверка, мы ничего показать не можем. Теперь вот такие простые формы тоже будут учитываться.

Далее простые ручные и однообразные работы с несложными подсобными механизмами. Например, работы по облагораживанию территории больницы: побелка бордюров, уборка листьев и снега, уход за растениями и покос травы. Это тоже простые формы трудотерапии и они учитываются. Ручной труд с элементами разнообразных операций или с применением усложненных механизмов. Сюда относится поклейка конвертов, сборка искусственных цветов и так далее. У нас пока так.

Квалифицированный станочный труд. Сборочные работы по всем циклам изделий и другие работы аналогичной сложности. Например, пошив постельного белья (это уже будет квалифицированный станочный труд) или медицинской одежды; сбор тумбочек в столярной мастерской (это услуга, которую мы оказываем, трудотерапия для пациента); творческие виды

труда: лепка, изготовление кукол и так далее. Итак, у нас пять видов терапии. Теперь, когда мы определили перечень трудотерапии, мы определили, в чем измеряется услуга – в трудочасах; где она проводится – в столовой, в ЛПТМ, пищеблоке, в отделении, в амбулаторном звене; цель определили; и создали карточка учета, где непосредственно это учитывается. Это такая форма документирования процесса.

Оценка эффективности трудотерапии

Ф.И.О. (полностью) _____

Дата рождения _____ Диагноз: F

Отделение _____ Лечащий врач: Ф.И.О. _____ *Подпись*

Дата	Категория труда	Вариант трудотерапии	Место проведения	Объем работ в труд. часах	Критерии оценки трудотерапии								
					Интенсивность			Самостоятельность			Заинтересованность		
					Низкая степень	Оптимальная степень	Высокая степень	Низкая степень	Средняя степень	Высокая степень	Низкая степень	Средняя степень	Высокая степень
15.05.2017	Ручной труд	Сборка конвертов	ЛПТМ картонаж ный цех	3		+			+				+
16.05.2017	Ручной труд	Сборка конвертов	ЛПТМ картонажный цех	3		+				+			+

Заключение ответственного за проведение трудотерапии(описать динамику):

_____

_____

Ответственный за трудотерапию _____ _____

Ф.И.О. Подпись

Лечащий врач _____ _____

Ф.И.О. подпись

Рис. 3. Пример оценки эффективности трудотерапии

Мы также разработали оценку эффективности трудотерапии для наших пациентов (рис. 3). Как оценить и вообще, какие могут быть критерии оценки трудотерапии? Решили, что она может оцениваться как интенсивность труда: низкая, оптимальная, высокая, а также оценивается самостоятельность и заинтересованность. Например, пациент 15 мая выполнял сборку конвертов в ЛПТМ в картонажном цеху, работал три часа, интенсивность оптимальная, не низкая, не высокая была, самостоятельность средняя, заинтересованность высокая. А на следующий день, например, у него самостоятельность повысилась несколько. Вот для этой оценки эффективности трудотерапии мы и ввели карточки, потому что иначе как ее посчитать? Где результат трудотерапии? Я, например, прихожу в отделение и спрашиваю: «Занимался трудотерапией?» – «Да». – «А что она дала ему? А какие результаты? А как мы можем это увидеть и посчитать?» Очень сложно. В данном случае мы можем видеть, что самостоятельность вырастает и, соответственно, делать выводы.

А следующая оценка – результативность. Что это значит? Обратите внимание на рис. 4, например, первая оценка – это качественная характеристика.

Насколько пациент исполняет задание в соответствии с эталоном, насколько качественно он клеит конверты. Вот 15 и 16 мая он это делал с высокой степенью соответствия, то есть качественно выполнял. А количество продукции теперь у него выросло. 15-го числа он сделал 15 конвертов, а на следующий день – 18. И когда мы посчитаем, сколько он минут затратил на единицу трудотерапии, оказывается, что он сделал на две минуты быстрее. Вот это и есть результативность трудотерапии. То есть он стал более сосредоточенным, самостоятельным, быстрее стал выполнять работу.

Оценка результативности трудотерапии

ЛИЦЕВАЯ КАРТОЧКА

пациента ЛПТМ для оценки результативности труда

Ф.И.О._____

Вариант трудотерапии **сборка конвертов**

Дата	Критерии оценки результативности труда					
	Качественная характеристика единицы труда (степень соответствия заданному эталону)			Количество продукции, произведенной в единицу времени		Количество времени, затраченного на производство единицы продукции (трудоемкость)
	Низкая степень	Средняя степень	Высокая степень	Объем работы в труд.часах	Объем работы в ед. труда	
15.05.2017			+	3	15	12 минут
16.05.2017			+	3	18	10 минут

Отделение _____ **Место проведения** _____

Заключение трудинструктора (руководитель по труду): анализ динамики критериев результативности труда.

Итого: _____

Расценка: _____

Всего: _____

Рис. 4. Пример оценки результативности трудотерапии

Таким образом, мы можем оценить непосредственно само качество и вообще нужность этой трудотерапии. Иначе как обосновать? Мы все говорим: «Она нужна». А как это оценить? Вот мы внутри больницы решили это сделать таким образом. В итоге уточнен перечень психосоциальных мероприятий, относящихся к конкретным немедикаментозным услугам, входящим в федеральный стандарт, документированы процессы оказания услуг и разработана методика планирования, учета и анализа. В результате мы повышаем качество оказания услуг путем гарантии исполнения их объемов и требований к качеству. У нас появляется возможность реального фактического учета исполнения федерального стандарта и объективный механизм для оплаты труда психологов, специалистов по соцработе и соцработников в зависимости от объемов и качества оказанных услуг на принципах эффективного контракта. Спасибо, коллеги.

ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ В ТАМБОВСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ С ПАЦИЕНТАМИ, ПОЛУЧАЮЩИМИ ДЛИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

ГАЖА А.К.*

– Уважаемые коллеги, мне предоставляется возможность поделиться опытом реабилитационной работы в Тамбовской области. И невозможно не сказать несколько слов о том, с чего все начиналось исторически. Возглавляет галерею выдающихся людей, которые внесли колоссальный вклад в формирование реабилитационного, прежде всего, отношения в работе, Владимир Петрович Сербский. По рекомендациям и пожеланиям Сергея Сергеевича Корсакова, он после загранкомандировки в Швейцарии, Германии и Франции прибыл и внедрял психотерапию и психосоциальную реабилитацию в Тамбовской психиатрической больнице. С тех времен у нас сохранились, несмотря на все советские атеистические ситуации, библейские заветы, относиться к больным именно так, как соответствует, как бы хотели мы сами, чтобы относились к нам.

Начиналась организация реабилитации в том виде, в котором она существует сейчас, с девяностых годов, когда вышли соответствующие приказы по внедрению работы социальных специалистов, социальных работников. Нам колоссально повезло, что мы стали сотрудничать с отделом внебольничной помощи Московского НИИ психиатрии, с Исааком Яковлевичем Гуровичем и Александром Борисовичем Шмуклером. В результате этого взаимодействия началась подготовка новых кадров: психологов, социальных специалистов, социальных работников. Мы получали опыт и взаимодействовали и со ставропольской больницей, и с московскими, санкт-петербургскими, омскими, рязанскими больницами. И в результате этого сотрудничества появились понятия: биопсихосоциальная бригада. Появились новые занятия с врачами, для того чтобы определять реабилитационный потенциал. И старые загородные хронические отделения стали переформировываться в стационарные реабилитационные отделения. Кроме того, проводилась и достаточно большая амбулаторная работа. В то время родились программы «Стационар на дому», «Жилье под защитой». Тем больным, которые выписывались из стационара, и которым негде было жить, сдавалось жилье в аренду по согласованию с соцзащитой, юридически оформлялись договоры, это было жилье больных под опекой больницы.

* *Гажа А.К.*, к.п.н., Заслуженный врач РФ, главный психиатр Тамбовской области, главный врач ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница».

Появились «Школы родственников», когда мы еще могли определять и рекомендовать, кто будет опекуном для наших больных. Мы провели исследования, и выяснилось, что только 10–15% опекунов соответствуют законодательству. Мы их так и называли – «святыми». А где-то около 50–60%, как бог на душу положит. То есть они могли пользоваться услугами жилья больных, их материальными ресурсами. «Школа родственников» обучала не только профилактике обострений, но и грамотному взаимоотношению с больными.

Рис. 1. Вручение «Золотой бабочки» коллективу
Тамбовской психиатрической клинической больницы

В двухтысячных годах, когда к нам очень неплохо относились власти, нам удалось открыть новый корпус. Перед проектированием этого корпуса мы отдали проектировщикам все самые лучшие проекты европейских психиатрических больниц. И до сих пор это один из лучших стационаров области.

В любом случае вся специализация, которая в эти годы прошла в рамках реабилитации, была направлена на то, чтобы разгрузить общее отделение. Мы открыли геронтологическое отделение и открыли очень важное для себя отделение принудительно лечения, отделение специализированного типа. В это отделение были включены все лучшие программы по реабилитации. Это трехуровневая программа, больным были предоставлены все виды терапии, начиная от сельхозтруда, того, который мы в области можем предоставлять, до технического творчества, мы заключали договоры с теми производственными цехами, которые в это время были в Тамбове. Ежемесячно в течение последних 15 лет проводится комиссия по профилактике общественно опасных действий. А последние два года она проводится в рамках видеоконференций, где врачи с районов могут принимать участие в разборе тех проблем, которые вызвали повторные правонарушения. Было отмечено снижение количества повторных право-

нарушений. Мы считаем, что это не только общая обстановка в стране, но и результат работы самого отделения. Оно возглавляет практически всю службу по профилактике общественно опасных действий в области. У нас единственно оставалась проблема с амбулаторно-принудительным лечением, которую мы стали решать, когда открыли отделение «Жилье под защитой».

Я не могу не поблагодарить и не вспомнить вот этот действительно радостный момент, когда нам была присвоена «Золотая бабочка» (рис. 1). Поскольку это был момент дестигматизации и самой службы. Это было чувство самосознания и самоуважения всех сотрудников больницы. Мы очень благодарны этому событию.

Последующие годы – это очень важный этап, этап соблюдения рекомендаций по оказанию порядка психиатрической помощи. На сегодняшний день структура оказания реабилитационной помощи для больных Тамбовской области складывается, как мы считаем, в соответствии с Порядком (рис. 2). Острые отделения работают по принципу районирования. Отделение «первого психотического эпизода» до сих пор пока располагается на площади дневного стационара. Психотерапевтические отделения сейчас еще выполняют задачи кризисных отделений. У нас теперь два геронтологических отделения и отделение специализированного типа, о котором я говорил.

Рис. 2. Структура оказания реабилитационной помощи для больных Тамбовской области

Очень важно иметь в виду, что все эти годы амбулаторная и стационарная реабилитационная работа, которая проводится с больными, тесно переплетена, и поэтому эти все программы практически взаимодополняемые. Я хочу показать, как менялись показатели за эти годы (рис. 3). Мы брали просто случайные цифры конца девяностых годов, видно изменение демографическое, показатель поступления в больницу по области снижается, может быть, только в 2016 году, несколько увеличился. Население Тамбова становится меньше, и только в 2016 году несколько изменилось. Соответственно, мы снижаем и число психиатрических коек. Меняется поступление больных, кроме 2016 года, как мы считаем, это результат работы социологической службы. Но уже сегодня в докладе Натальи Дмитриевны прозвучало, количество первичных больных, прежде всего выявляемость заболеваний, вызывает и заинтересованность и озабоченность при сравнению с прошлыми годами, и она не столь высока, как хотелось бы.

Показатели работы Тамбовской психиатрической клинической больницы 1999, 2003, 2007, 2012, 2016гг.

	1999	2003	2007	2012	2016
Население области	1 277 100	1 215 600	1 117 100	1 082 540	1050295
Население г Тамбова	293 784	289 600	284 502	280 856	288414
Число психиатрических коек	**1230**	**1084**	**1079**	**952**	**912**
Поступило всего больных	3629	3288	3316	3077	4377
Из них впервые в жизни	925	1149	892	739	786
Их процент от поступивших	25,5%	35,5%	26,9%	24,0%	18%
Находящиеся в стационаре более года	402	401	373	337	89
Процент от всего остатка	50,2%	44,9%	39,2%	37,4%	9,3%
Поступили повторно в данном году	699	915	740	835	462
Их процент от поступивших	19,2%	27,8%	22,3%	27,1%	10,5%
Выбыло всего	4602	4024	3680	3906	4366
Из них в дом-интернат	136	100	57	18	25

Рис. 3. Динамика показателей работы больницы

Бич больницы – это больные, которые находятся в ней более года. И, кстати сказать, их процент все-таки идет на снижение. И второй бич – это повторно поступающие больные, их процент тоже за все эти годы идет на неуклонное снижение.

Я хочу обратить внимание, что, в отличие от других областей, у нас есть проблема перевода в дома инвалидов. Это вечная проблема. У нас мест нет. Были годы, когда переводили только по два-три человека. Это в общем-то и было проблемой, которую мы вынуждены были решать. Что же делать, как же выхо-

дить из этого положения? И в этом отношении нам помогала реабилитационная программа «Общежитие». То есть когда было некуда девать больных, когда их не переводили в дом инвалидов, мы их переводили в общежитие, чтобы они могли освоить реабилитационные навыки. В общежитии больные вырабатывают и ролевые функции, и отрабатывают свои коммуникативные навыки. У нас общежитие было в начале двухтысячных годов, доходило до того, что там появлялись новые семьи. Пациенты получали лечебные отпуска, восстанавливали то жилье, которое было, и уезжали. Достаточно все это было благополучно.

И с выходом Порядка по оказанию психиатрической помощи вдруг обнаружилось, что в нем нет общежития. То есть, с одной стороны, 522-е постановление предполагает, что должно быть общежитие для психических больных. Законодательство, Закон о психиатрической помощи предполагает оказание помощи с жильем больным, а в Порядке мы этого не увидели.

И в 2014 году мы организовали автономную некоммерческую организацию, центр реабилитации «Прозрение». Это общественная организация, которая взяла у нас в аренду помещение для организации общежития этим больным. Основания для пребывания в этом общежитии как в некоммерческой организации – оплата больными своего пребывания. И оплачивают они его либо за счет труда в цехе ритуальных услуг (цех пришел к нам), либо на подсобном хозяйстве, либо это пенсионное законодательство. Естественно, больные, которых мы могли туда предложить, это больные длительно страдающие. И до 60% их них – это дееспособные. По возрасту в основном это пациенты трудоспособного возраста. Длительность заболевания тоже в пределах 10–15 лет. Это 51% тех больных, которые находились у нас в стационаре, и их некуда было девать. Всех их стали помещать в это общежитие. До 40% – это больные эндогенные.

Что примечательно все-таки, это больные, которые имели хотя бы среднее специальное образование. Общие проблемы, которые были у больных, это социальные, это проблемы трудовых навыков. Но в 2014 году, когда мы общежитие при стационаре делали именно некоммерческой организацией, мы провели определенную ревизию. И стали смотреть: что же пациенты получают, что они знают о процессе реабилитации в стационарах? И с удивлением обнаружили, что вся работа, которая проводится в стационарах, явно недостаточная. Видно, что при поступлении у больных было три, четыре балла из 10 (рис. 4). Сами больные, естественно, некритично оценивали себя субъективно по 10-балльной системе, думали, что они все умеют, готовят, могут жить самостоятельно. Через год после работы с ними они стали действительно давать другие показатели. То есть в самом общежитии пришлось делать и групповые формы работы, и индивидуальные, для того чтобы они могли в конце концов взаимодействовать. Уровень, конечно же, поднялся.

Я еще раз обращаю внимание, что все виды терапии, которые есть – это их заработок. Этим заработком и плюс пенсия, они оплачивают свое содержание. И кроме работы, которой они заняты, они всегда участвуют во всех мероприятиях, которые проводятся в стационаре, в амбулаторной службе, участвуют в спортивных мероприятиях. То есть общежития являются ресурсом амбулаторной реабилитационной помощи, но живя в отдельном помещении, они все равно являются частью нашей больницы.

Результаты проводимого обследования (по 10-бальной шкале)

Тренинг социально-бытовых навыков:	Объективная оценка		Субъективная оценка
	до поступления в общежитие (август 2014)	на момент проживания в общежитии (август 2015)	10
1. Личная гигиена	5–7	7–9	10
2. Уход за одеждой	4–5	6–8	10
3. Питание	3–4	7–9	10
4. Ведение домашнего хозяйства	3–4	5–7	10
5. Распределение бюджета	5–6	7–9	10
Пациенты в ходе обследования дают завышенные показатели, не соответствующие действительности			

Рис. 4. Результаты исследования навыков пациентов

Когда мы стали сравнивать прежнее общежитие на уровне стационара и нынешнее, то основное отличие прежде всего в самоокупаемости. Самоокупаемость – это колоссальное облегчение для самой больницы и больше свободы для пациентов. Они готовят пищу, они имеют свободный доступ, они становятся более самоорганизованы, им это нравится. Даже если идет ухудшение состояния у больных, и они попадают в стационар, они знают, куда возвращаются. У них есть свой дом. У них есть свое помещение. Они просят их выписывать именно в общежитие. И сейчас мы обращаем внимание, что если раньше в общежитие при стационаре шли только из стационара, то сейчас они стали поступать из амбулаторной службы, там, где есть какие-то проблемы взаимоотношений с соседями, с родственниками, их тоже стали помещать именно в это общежитие.

Средний возраст больных, я еще раз хочу сказать, это все-таки трудоспособные люди, и старше 50 лет не так уж и много пациентов. И мы обратили внимание на то, что за эти годы, когда работает общежитие, с 2002 по 2017-й, из тех, кто остался более года в стационаре, 57% прошли через общежитие. Это говорит о том, насколько это перспективная работа, формирующая стремление к восстановлению своей жизни в будущем.

Еще один аспект, чисто социальный – это восстановление дееспособности. В прошлом общежитии мы обратили внимание, что 8% из проживающих там восстановили дееспособность. В этом году, кроме восстановления дееспособности, появилась еще новая вещь – это ограниченная дееспособность, которую не до конца еще понимают доктора. И нам кажется, этот опыт мы будем изучать. Таких пациентов всего три, четыре человека. Но это социальный статус. Это все равно улучшение взаимоотношения с родственниками,

это их личное самоуважение, которое они получают. То есть восстановление дееспособности – это один из аспектов, который мы видим перспективным.

Сейчас у нас появилось другое понятие. Мы не просто выписываем больных в семью и в дом, мы сейчас выписываем больных в сообщество. Поскольку, выписываясь из общежития, больные идут в «Жилье под защитой», больные идут уже в те семьи, в ту среду, которую они сами себе создают. Наши экономисты тоже обратили внимание, что некомерческая организация – общество «Прозрение», которое мы создали, дала колоссальное облегчение для стационара больницы. Мы сейчас живем в то время, когда наш труд оплачивается по законченному случаю, когда учитывается, сколько больных выписано, сколько больных оказалось на приеме. И выписка в это отделение для нас является расчетным значением по зарплате. Кроме того, сама больница получает освобождение от финансирования тех корпусов, где сейчас живут эти больные. Ведь тепло, свет и воду оплачивают проживающие, те, которые зарабатывают деньги. Помещение было, конечно же, не самое лучшее, но пациенты его отремонтировали своими силами для себя. И я хочу сказать, что нельзя считать все только деньгами. Еще есть неимущественные выгоды, тот моральный аспект, то взаимное уважение, которое у нас складывается между больными, их родственниками и нами самими. Нам кажется, что этот объект адаптации, естественный, натуральный, он очень ценный, очень важный. Трудно сказать, чем он еще измерится, но самое главное, что соблюдается законодательство. Мы больным даем шанс получить свое жилье, и шанс вернуться соответствующим образом в социум. Это те плюсы, на которые еще раз хотелось бы обратить внимание.

Рис. 5. Взаимодействие структурных подразделений больницы

Общежитие, являясь структурным подразделением отделения медико-психосоциальной реабилитации в амбулаторных условиях, взаимодействует со всеми подразделениями больницы: с реабилитационным отделением стационара, диспансера, психиатрических отделений (рис. 5). И больные, выписывающиеся из общежития, выписываются в амбулаторную часть, которую мы называем «Жилье под защитой».

«Жилье под защитой» – это старая программа. Она шла еще в начале двухтысячных годов, сейчас она несколько окрепла. Стал нарабатываться свой опыт. Теперь аренда для жилья других больных составляет менее 20%. Это всегда была какая-то щекотливая юридическая ситуация. Есть тяжелобольные, которые находятся в стационаре, их жилье сдают в аренду тем, которые прошли реабилитацию, выписываются. Все время что-то было двусмысленно. Но что это было за жилье? Это какие-то рабочие общежития окраины Тамбова, это какие-то трущобы, в которых живут одни бабульки и бог знает, кто еще. Сейчас в основном это то жилье, которое они отремонтировали, пока они живут у нас в реабилитационных отделениях, когда они находятся в общежитии. И некоторые даже могли себе что-то поднакопить и приобрести.

Очень важно, когда больные находятся в среде не только своих родственников, но и в той среде, которую мы им предложили в «Жилье под защитой». Кто их окружает, с кем они взаимодействуют? Одно дело, если они находятся среди пенсионеров и точно вместе с пенсионерами ходят в церковь, помогают им ухаживать за подсобным участком и тем самым они вживаются в эту среду и из них уже не выделяется никто. И все забывают о том, что это наши пациенты. Другое дело, если они находятся в рабочем общежитии, где свободное время занимается алкоголизацией, тогда их приходится возвращать к себе опять в общежитие.

Это мы назвали эффект социальной среды, то есть надо думать, куда мы выписываем пациентов, куда эти больные попадут дальше. И опять же, весь этот фон, все эти виды деятельности, амбулаторные и стационарные, взаимосвязаны. У нас последние пять лет появилась общественная организация «Новые возможности», которая является филиалом московской организации «Новые возможности». В структуре этой организации появились совершенно новые, интересные мероприятия, по которым они даже получили гранты. У нас есть своя радиостанция, в которой работает группа больных, которая периодически меняется, программа и перечень передач согласовываются с нами, например, программа профилактики суицида, тема употребления спиртного и лекарств, стоит или не стоит. И они это обсуждают в открытом эфире, приходят к выводу, что нужно ладить с врачом, и приходят к выводу, что пиво пить нельзя при употреблении наших препаратов. Грант, который выиграла общественная организация «Отражение», включает еще танцетерапию и терапию хорового пения. И все эти мероприятия идут во взаимодействии со стационарными больными. В общем-то сама по себе атмосфера, в которой проходят все эти занятия, несет психотерапевтический смысл, формирование комплаенса между нами и самими больными. Когда-то это была «Школа родственников», которая выросла в организацию «Новые возможности». А сейчас эта «Школа родственников» проводит еще «Школу памя-

ти», школу психически больных, страдающих шизофренией, школу, которая организовывает занятия «клубного дома». То есть это все взаимосвязанные события.

В нашей больнице еще есть одна часть, это наркологическая служба. Когда нам представилась возможность открывать реабилитационный центр для наркологических больных, опыт нашего общежития мы полностью перенесли туда. Это далекое село, где точно так же, как и в нашем общежитии «Новые возможности», живут коммуны, сами готовят и занимаются психотерапевтическими мероприятиями.

В этом году мы обратили внимание на проблему детской психиатрии. Она стала сокращаться. Сегодня в докладе у Натальи Дмитриевны прозвучало, что идет снижение контингента детских больных. Областная детская больница у нас перехватывала эту инициативу. Мы туда поставили своего психотерапевта, психолога, и в этом году они выиграли грант. Но это еще только первые шаги, и может быть, даже на этой конференции мы услышим, что делать дальше.

Социологическая служба: это и телефон доверия, и кабинет медико-социальной помощи. Мы стараемся, чтобы эта служба получала свое направление и в других городах области, но все это подтолкнуло на очень интересный вид деятельности – это выход в народ, проведение скрининговых исследований. Не просто чтение лекций о профилактике суицидов, а симпатичные психологи, молодые доктора проводят экспресс-исследования на стрессоустойчивость, на когнитивные нарушения. Эта информация, с одной стороны, дает нам сведения о том, как много когнитивных нарушений среди наших пенсионеров, какова стрессоустойчивость, каковы показатели зависимости у наших студентов.

Если говорить о выводах, то действительно мы выполняем «порядки» и к чему-то стремимся, но мне кажется, наше законодательство как-то нас сковывает. Например, мы начали получать информацию о больных с отказом от еды, нам нужно ставить в известность педиатров и терапевтов. Как это осуществлять? Когда мы выявляем суицидальные попытки, но их мы не ставим на учет, то как нам совершать взаимодействие с другими специальностями?

Я очень благодарен руководителям сегодняшней конференции, я с большим интересом смотрю на работу Алексеевской больницы, и мне кажется, именно из Москвы идут революционные движения. Именно их доклад я жду с интересом, куда же мы дальше движемся, потому что выявляемость новых психических больных у нас колоссально снижена, к нам приходят больные, которые лечились у колдунов, психологов, и буквально на следующий год им дают вторую группу инвалидности. Где они были? То, что у нас первичные больные составляют только 18%, это говорит о том, что над этим нам придется работать и дальше. Всего доброго.

КАЗАКОВЦЕВ Б.А:

– Одно замечание по поводу того, что наше законодательство несколько сковывает инициативу. Да, действительно, наше законодательство уже со стажем, я имею в виду закон о психиатрической помощи. И я приветствую

эту мысль, потому что во многих странах, где в последние годы сделаны поправки к законодательству, стремятся к новым технологиям, не говоря уже о том, чтобы призывать пациентов и их родственников к законопослушанию. Нам, наверное, стоит подумать на эту тему, конечно, не все детали, какие мы в разных регионах находим, являются ноу-хау, но какие-то общие направления, которые уже приживаются, может, как-то надо отражать в нашем законе. Спасибо.

КОСТЮК Г.П.:

– Спасибо, Борис Алексеевич. Мне тоже хотелось задать докладчику вопрос по цифрам, которые вы показывали. Хочется понять, чем был обусловлен рост в полтора раза практически госпитализаций в 2016 году, или я неправильно увидел ваш слайд?

ГАЖА А.К.:

– Вы правильно поняли мой слайд. Когда я увидел выросшее количество больных за прошлый год, я тоже стал интересоваться – что произошло? У меня объяснение из двух частей: первое – это работа по профилактике суицидов, мы старались все больше пациентов направлять на госпитализацию, и у нас еще беженцы, лица БОМЖ, наша пограничная область нам вот это добавила.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

СЕРДЮК О.В.*

– Уважаемые коллеги, в своем выступлении я хотел бы затронуть тему, с которой сегодня начал Зураб Ильич нашу конференцию, это вопрос о доступности помощи, которой мы уделяем иногда меньше внимания, чем реабилитации и так далее. Вкратце про Свердловскую область. Это крупнейший регион Урала находится на границе между Европой и Азией, занимает среднюю и северную части Уральских гор, окраину Западно-Сибирской равнины. Площадь Свердловской области – 194 тысячи квадратных километров, протяженность с севера на юг – 660 км, с запада на восток – 560 км. Екатеринбург самый крупный город: 1 миллион 455 тысяч населения. В области проживает 4 миллиона 329 тысяч человек, плотность населения 22,2 на квадратный километр. Городского населения большинство – три миллиона 666 тысяч – 84% и сельское население составляет 666 тысяч – 15%. В состав области входит 73 муниципальных образования (68 городских округов и 5 муниципальных районов).

Скажу о базовых показателях нашей психиатрической службы. В службе сегодня работают четыре областных психиатрических учреждения с диспансерными и стационарными подразделениями, восемь психиатрических стационарных отделений в структуре многопрофильных областных медицинских организаций, то есть обычных больниц. В этих же обычных больницах 47 кабинетов врачей-психиатров для взрослого населения и 22 кабинета для детского населения, это отдельно от тех амбулаторных подразделений, которые работают в структуре психиатрических больниц. Есть два общежития, общее число мест 55 для больных с психическими расстройствами и в Нижнем Тагиле функционирует в рамках проекта «Жилье под защитой» квартира и дом. На 1 января 2017 году у нас работали 403 врача-психиатра. За последние пять лет это самая низкая цифра, обычно было в пределах 410–415. Обеспеченность на 10 тысяч населения 0,91, что сопоставимо с показателями в целом по России.

Для оценки доступности амбулаторной помощи мы у себя руководствуемся приказом 566, нормы которого в отношении организации амбулаторной помощи считаем адекватными. Мы составили следующую таблицу (рис. 1), из которой следует, что расчетная потребность врачей-психиатров всех видов и направлений, оказывающих амбулаторную помощь, составляет 209 специалистов в нашей области. Дальше проанализировали количество выделенных должностей, количество занятых должностей и выделенных, у нас получает-

* *Сердюк О.В.*, главный внештатный психиатр Минздрава Свердловской области, главный врач ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница».

ся 176 или 84 от расчетного значения, из них занято 168, укомплектованность уже занятых должностей 77% всего, но вид специалистов разнится, участковые взрослые врачи – 78%, подростковые – 61, детские врачи-психиатры – 65, подростковые – 65. Более чем 90% укомплектованы только должности врачей-психиатров консультантов, которые работают в Екатеринбурге в областной больнице. Всего амбулаторную помощь оказывают 130 врачей-психиатров из 403, помимо их дефицита, они еще неравномерно распределены на разных территориях.

№ п/п	Наименование должности	Норматив на количество населения	Расчетная потребность	Выделен. должн.	Занятые должн.	Физ. лиц	Укомплектованность занятых должн. физическими лицами, %
1	Врач-психиатр участковый	1 на 25 тыс. взрослого населения	133,5	112,75	108	85	**78,7**
2	Врач-психиатр подростковый участковый	1 на 15 тыс. подростков (в возрасте от 15 до 17 лет включительно)	7,25	3,25	3,25	2	**61,5**
3	Врач-психиатр детский участковый	1 на 15 тыс. детей (до 14 лет включительно)	48,75	40,75	38	25	**65,8**
4	Врач-психиатр консультант	1 на 250 тыс. взрослых	13,5	9,25	9,25	9	97,3
5	Врач-психиатр подростковый консультант	1 на 100 тыс. подростков (в возрасте от 15 до 17 лет включительно)	1	3	3	2	**66,7**
6	Врач-психиатр детский консультант	1 на 150 тыс. детей (до 14 лет включительно)	5	7,25	7,25	7	96,5
	ИТОГО:		209	176,25	168,75	130	77

Рис. 1. Укомплектованность амбулаторной службы психиатрами

На рисунке 2 за единицу берется норма, рекомендуемая в Порядке. Допустим, для взрослых врачей-психиатров норма – один врач на 25 тысяч населения, и дальше мы ранжировали территории по обеспеченности. Таким образом, в среднем обеспеченность составила взрослыми врачами-психиатрами 0,84 на 25 тысяч взрослого населения в целом, с разницей от двух до 0,41. Неравномерность связана с кадровым дефицитом, особенно за пределами Екатеринбурга. Неодинаковая заинтересованность у главных врачей муниципальных больниц организовывать психиатрический прием или, что чаще, ввести достаточное количество ставок на свои территории. Таким образом, у нас около 60% взрослого населения области обеспечены помощью достаточно и 12% менее чем на половину от положенного. Ситуация с детской обеспеченностью похуже. В целом по области 0,79 на 15 тысяч детского населения, по территориям от 2,55 до 0,37. В трех территориях обеспеченность составила менее 0,5 на 15 тысяч детского населения. Голубым цветом показано, где взрослые врачи совмещают на детских ставках, фактически не имея специальной подготовки.

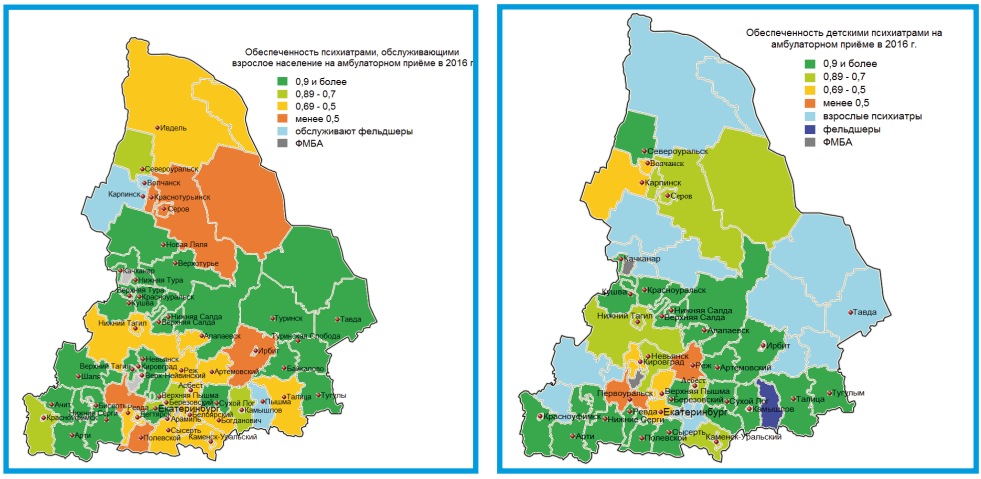
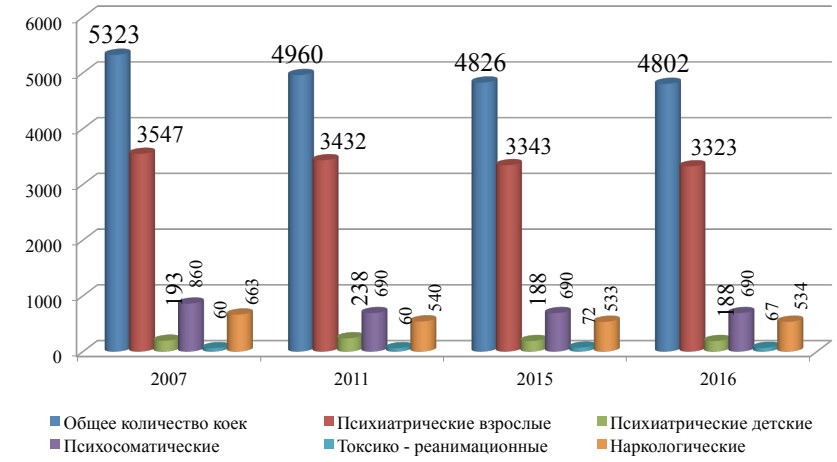


Рис. 2. Обеспеченность врачами-психиатрами для обслуживания взрослого и детского населения

В итоге наших расчетов мы понимаем, что для обеспечения адекватной доступности амбулаторной помощи в области, необходимо выделение в учреждения здравоохранения дополнительно 33 должности участковых врачей-психиатров, в том числе 21 доктор взрослый, 12 участковых детских. А с учетом проведения осмотров несовершеннолетних и диспансеризации потребность во врачах еще выше, мы с этим все столкнулись за последние три года. В течение года мы осматриваем порядка 3000 несовершеннолетних, по затратам данные осмотры практически не отличаются от обычного посещения врача-психиатра. Но поскольку объемы госзадания для нас планируются сверх нашей обычной работы, то это дополнительная нагрузка, и, конечно, говорить о качестве при такой организации осмотров невозможно. Примитивный простой расчет: для проведения 300 тысяч осмотров в год нам

необходим 41 детский доктор, это из расчета всего лишь 15 минут на прием. Решить вопрос о привлечении в специальность и в область такого количества врачей-психиатров пока задача для нас сверхсложная и, наверное, невыполнимая.

Динамика коечного фонда психиатрической службы Свердловской области 2006 – 2015 гг.



Структура коечного фонда психиатрической службы Свердловской области

Общее количество развернутых коек	**4802**
Психиатрические взрослые:	3323
– для первого психотического эпизода	**75**
– для судебно-психиатрической экспертизы	**55**
– для геронтопсихиатрии	**205**
– для психоневрологических больных	**225**
– для психически больных с туберкулезом	**180**
– для принудительного лечения спец. типа	**200**
Токсикореанимационные	67
Психиатрические детские	**188**
Психосоматические (ГВВ)	690
Наркологические взрослые (в стуктуре ПБ)	534

Рис. 3. Коечный фонд психиатрической службы Свердловской области

По коечному фонду (рис. 3). Так же как в Российской Федерации, мы сохраняем тенденцию к сокращению коечного фонда, хотя последние годы уже перестали практически этим заниматься. За последние 10 лет с 2007 года общее сокращение коек составило 9,8%, психиатрических – 6%, детских – 2%, психосоматика и наркология – 19%. В Свердловской области в психиатрической службе следующее количество коек по направлениям. Общее число развернуто 4802, у нас есть также психосоматические койки, которые работают в госпиталях ветеранов войн, так исторически сложилось, поэтому мы их обычно в своей статистике не учитываем. А чисто психиатрических коек у нас 3511, из них взрослых 3323: это первый эпизод 75 коек, экспертиза судебно-психиатрическая 55 коек, в этом году увеличили до 65, гематологические больные 205 коек, психоневрологические (клиники нервозов) 225 коек. Для больных с туберкулезом 180, для принудительного лечения спецтипа в отдельном филиале 200 мест, которых уже перестало хватать. И в структуре нашей службы, по-моему, единственной в России, развернута токсикологическая служба, у нас есть токсико-реанимационные койки в двух больницах – 67 штук, которые нам очень помогают в работе. Детских коек 188, тоже недостаток.

В целом обеспеченность населения составляет 8,60 на 10 тысяч населения. Она снижается за счет сокращения коек и увеличения численности населения. Отдельно по взрослым обеспеченность составляет 10 на 10 тысяч взрослого населения, по детям 2,2 на 10 тысяч взрослого населения. По этому показателю мы, наверное, в плане обеспеченности пониже, чем в целом по Российской Федерации.

Благодаря работе наших предшественников, активности психиатрической помощи советского и раннего российского периодов, стационарная психическая помощь в Свердловской области приближена к большей части населения. Разница обеспеченности по территориям с учетом того, что в городе Екатеринбурге, например, она составляет для взрослого населения 7 на 10 тысяч, в Тагиле 10, а на востоке в городе Ирбите 60-коечное отделение, которое полноценно обслуживает большую территорию, всего 5,5 обеспеченность, чего недостаточно. Мы работаем над тем, чтобы в будущем году открыть еще 15–20 коек.

Процессы оптимизации и укрупнения не прошли мимо Свердловской области, у нас они были организованы в два этапа, первый – объединение 1 января 2010 года, когда из 13 больниц сформировано семь больниц. Второй этап – с 1 января 2016 года, когда из семи осталось четыре учреждения. Укрупнения не затронули подразделения в структуре многопрофильных больниц, не привели к сокращению доступности помощи или к сокращению медицинских работников. Если говорить об эффективности, то она есть, как экономическая, так и управленческая. Таким образом, сегодня четыре психиатрические больницы оказывают помощь: областная – 2 337 коек, городские больницы 370 и 400, и больница в Тагиле на 640 коек. Остальная помощь оказывается в многопрофильных больницах в отделениях разной мощности, в небольших. Дневные стационары присутствуют, работает семь подразделений по области – 651 место, из них 115 для детей.

А теперь поговорим о том, какие показатели мы выдаем, что эта структура имеет по результату. На конец года по нашим наблюдениям находится

103 тысячи человек, их них 34 тысячи под диспансерным наблюдением, 69 получают консультативную лечебную помощь. Постепенно сокращается диспансерная группа, расширяется консультативная, этот процесс мы держим под контролем. Динамика посещения амбулаторных на слайде, всего здесь 774 тысячи посещений, и постепенно увеличивается количество посещения на одну должность на 17%, по последнему году составляет 5225, из них по заболеванию 2,5 тысячи. Доля посещений в связи с освидетельствованиями различного рода постоянно растет: 46, 45, 51%, что связано с обязательным участием психиатра в проведении различного рода проф- и медосмотров, прочими обращениями граждан, вплоть до получения заключения психиатра в связи с требованием банков, кредитов, нотариусов, сделки недвижимости и так далее. Кроме того, мы осмотрели, помимо своей основной работы, 335 тысяч человек на выездных комиссиях в учебных учреждениях и при детской диспансеризации. В ряде случаев, особенно в детской диспансеризации, качество этих осмотров не может не вызывать вопросов.

За последние пять лет количество получающих помощь увеличилось на 13%, средняя длительность лечения у нас 28 дней, в течение последних лет сроки лечения не меняются. Получение пациентами помощи в условиях дневных стационаров существенно влияет на уровень госпитализации и позволяет более рационально использовать коечный фонд. Вместе с тем переоценивать или совсем идеализировать стационарзамещающие технологии в психиатрии нельзя, идеальное расположение дневного стационара – это шаговая доступность либо несколько остановок на транспорте. Хорошо они работают только в крупных городах при условии расположения в центре обслуживаемой территории, иначе они пустуют.

По стационарам. Пациентов с психическими расстройствами в последние годы мы госпитализируем в среднем 27–29 тысяч. Уровень госпитализации в районе 70 на 10 тысяч населения. У взрослых 67 на 10 тысяч населения, детей с психическими расстройствами госпитализируется больше – 3,4. По общей госпитализации мы идем как раз по письму Минздрава РФ о формировании и экономическом основании территориальных программ госгарантий, оказании бесплатной помощи гражданам. Впервые госпитализированных у нас доля повыше, чем в Тамбове, 25%. Доля пациентов, госпитализированных повторно, – 74%. В отчетном году доля повторной госпитализации за год составила 15,7, что ниже целевого показателя, который есть в программе развития здравоохранения. В принципе у нас повторность 13–12, мы считаем ее нормальной и адекватной. Средняя длительность пребывания в стационаре выбывшего больного у нас традиционно низкая, не скажу что это плохо, 49 в 2016 году. По данным, которые мы имеем по статистике по РФ, у нас цифра 67, мы в справочнике МИАЦ нашли, по УрФО тоже ниже, чем рекомендуемые по РФ, 58 в среднем. Таким образом, средние сроки пребывания больного в стационаре ниже, чем рекомендованные, и ниже, чем по РФ и УрФО. Считаем короткие сроки лечения и низкую долю повторной госпитализации показателями, которые положительно характеризуют нашу организацию помощи как в стационаре, так и на этапе амбулаторной поддержки, включая медикаментозную поддержку федеральных и региональных льготников.

Поскольку у нас конференция о модернизации, приведу два примера, которые в последнее время потребовали от нас в Свердловской области конкретных усилий и потребуют еще в организации помощи. Говорить о том, что процесс оказания психиатрической помощи – стабильная системная работа, в которой не происходит катаклизмов, не приходится. Расскажу о том, что за последние пять лет количество больных, поступивших на принудительное лечение в Свердловской области, увеличилось в 2,3 раза. Только за 2016 год на амбулаторное принудительное лечение поступило на 56% больше, чем в 2015 году. Такая же тенденция прослеживается по Уральскому Федеральному округу, но в меньшей прогрессии, хотя в ряде территорий мы видим, что есть снижения. Наиболее распространенной формой принудительных мер медицинского характера является принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа. Число пациентов, находящихся у нас в больницах, серьезно увеличивается. За последние пять лет доля психиатрических коек, занятых пациентами, находящимися на принудительном лечении, увеличилось с 9 в 2012 году до 14 в 2016 году. Цифры по РФ мы нашли в 2014 году 13. Поскольку речь идет в основном о мужчинах, то в мужских отделениях фактически доля увеличилась у некоторых до 30% от общего количества госпитализированных. В настоящий момент мы вынуждены вести речь о перераспределении потоков пациентов для создания отделений для принудительного лечения общего типа, возможно с увеличением коечного фонда службы, потому что наша достаточно зажатая модель оказания стационарной помощи не дает нам маневра вот в таких вот ситуациях, когда вдруг у нас появляется волна, к примеру, принудчиков.

И еще хочу сказать о том, что все мы в этом участвуем, в период с 2007 по 2012 год общее количество судебно-психиатрических экспертиз находилось примерно на одном уровне. В 2013 году был отмечен рост на 142 экспертизы, в 2014 году на 212, то есть 4%, 5%, в 2015 году увеличение количества экспертиз стало более заметным и составило 870–22%. Таким образом, за 10 лет увеличение произошло с 3000 до 5600–5700, а на 2017 год мы запланировали 6100 экспертиз. Нами вложены большие материальные и кадровые усилия для обеспечения этой потребности, есть результат, но рост не прекратился и опять же такие вызовы требуют от службы ресурсов в перспективе и людских, и денежных.

Коллеги, мы сами себя оцениваем неплохо, психиатрическая служба Свердловской области организована в соответствии с основными принципами организации медпомощи: доступность, преемственность, специализация, что позволяет в большей части случаев оказать психическую помощь высокого качества. Деятельность службы можно оценить удовлетворительно. Обеспеченность населения койками, показатель работы койки, работа койки у нас 346, выше, чем в среднем по России, оборот койки, загруженности, интенсивной работе психиатрических коек. Показатели повторной госпитализации – 15,7, средние сроки лечения – 49 дней, существенно ниже рекомендованных, что также характеризует правильный подход к организации. Как и везде, сохраняются сложные кадровые ситуации, учитывая достаточно высокий процент специалистов пенсионного возраста, высока потребность

службы как в психиатрах, терапевтах, так и в других специалистах. Материальную базу медучреждений я не описывал, проблемы на местах есть, хотелось бы построить новый корпус когда-нибудь, мы думаем об этом.

Для примера я просто взял из своего отчета перед Минздравом задачи службы, то есть они у нас есть как общие, так и конкретные. Некоторые из них, как мне кажется, характерны для области. Кадровый потенциал, это понятно, продолжение работы по информатизации психиатрической службы, работа серьезная, двигается стабильным темпом, но не очень быстро. Для нашей территории важно внимание к работе по профилактике общественно опасных действий больных психическими расстройствами, внедрение мониторинга по работе с пациентами, представляющими социальную опасность, централизация контроля за работой с группой АДН. Специальную программу пишем для этого, чтобы понять, почему у нас такое количество больных на принудительном лечении. Организация выездной работы судебно-психиатрических экспертов в Северном округе, на этом настаивают наши партнеры из СК и МВ. Увеличение коечного фонда, то есть мы говорим в большинстве случаев по стране о сокращении, а мы дошли до того, что будем увеличивать коечный фонд в двух территориях, в двух отделениях, для того чтобы оказывать качественную помощь ближе к населению и в достаточном объеме. Возможно, мы в этом году организуем дополнительно отделение общего типа для принудительного лечения больных на 50 коек, суицидологией и улучшением материальной базы тоже занимаемся.

По поводу модернизации хотел сообщить следующее. Учитывая наш опыт работы по объединению и вообще всю деятельность, принципиальный момент и задача для организаторов психиатрической помощи в вопросе модернизации – это внимание кадрам. В условиях кадрового дефицита обеспечение нормирования, контроль нагрузки на врача, сегодня уже говорили про это, нам это обязательно нужно делать. Равномерное распределение на специалистов как внутри одного учреждения, так и на уровне региона. Контроль за едиными на территории области принципами формирование заработной платы специалистов, в условиях ограниченного финансирования необходимо находить возможности сохранять ключевых специалистов, особенно в сфере реабилитации, потому что если потерять эту технологию, то потом ее трудно очень восстановить. И продуманный подход к сокращению мощностей, которые могут понадобиться для решения задач, возникающих в будущем перед нами. Это все, что я хотел сегодня сказать. Спасибо.

КОСТЮК Г.П.:

– Большое спасибо, Олег Викторович за ваше сообщение, вы, на мой взгляд, подняли несколько очень важных вопросов, которые беспокоят всех. Вы в своем докладе как бы немного оправдывались за низкий койко-день, в Москве наоборот стремятся к его снижению. При этом я хорошо понимаю, я общался с главными психиатрами и главными врачами в регионах. Конечно, когда в одном учреждении находятся пациенты на принудительном лечении специализированного типа и общего типа, и в отсутствие достаточных мест в интернатах, все это ложится серьезным бременем и влияет на общий койко-день. В Москве в этом смысле намного легче, есть отдельная специа-

лизированная больница, которая занимается принудительным лечением общего и специализированного типа. И, кстати говоря, в отношении этой больницы в этом году были очень серьезные дискуссии по финансированию. Вот по логике экономистов, которые рассчитывают бюджет, у них один пролеченный больной стоит пять миллионов рублей. Как они считают? В год выписывается 500, значит пролеченных 500, общий бюджет учреждения, деленный на 500, и получается та сумма, которую я назвал. Довольно много времени пришлось потратить, чтобы объяснить, что пациенты лежат три, четыре года, и нельзя так считать. Когда пересчитали бюджет учреждения по стоимости койко-дня, он оказался сопоставим с московскими больницами, на пролеченного больного – совершенно несопоставимо. Поэтому важно не только финансирование, но и статистический учет.

Наталья Дмитриевна, я не знаю, как к этому нужно приступать, но точно есть необходимость вести раздельный статистический учет хотя бы по продолжительности лечения для пациентов, которые находятся на принудительном лечении, пациентов, которые ожидают направления в психоневрологические интернаты, и пациентов, которые находятся на получении медицинской помощи, острые больные, которые в территориальном режиме выписываются, потом в диспансере наблюдаются. В Москве сейчас мы стремимся к тому, чтобы койко-день был 30, но мы говорим именно о пациентах, которые в лечебном режиме, острый период, купирующую терапию, начало стабилизирующей терапии проходит в круглосуточном стационаре, а дальше они переходят в дневные стационары, и опять с учетом того, что Москва – мегаполис, территориальной доступности можно достичь. Я об этом буду подробнее говорить.

Смотрите, мы сейчас упоминали принудительное лечение пациентов, ожидающих перевода в ПНИ, а появилась еще паллиативная помощь в психиатрии. В Москве мы вводим койки паллиативной помощи, мы их предназначаем для пациентов, которые не ожидают очереди в интернат, а находятся на разных этапах оформления, когда в отношении их восстановительного, реабилитационного потенциала врачебной комиссией уже принято решение о том, что он отсутствует, нет возможности их вернуть в сообщество, и дальше принимается решение об оформлении. И поскольку этот процесс очень мало связан с лечебной работой, он больше связан с оформлением различных документов, прохождением экспертиз, суд первый, суд второй, то мы их определяем на паллиативные койки, они тоже меняют статистику продолжительности лечения. На мой взгляд, было бы очень правильным подумать, можно ли в этом плане что-то сделать, потому что финансирование этих пациентов должно идти не по пролеченному случаю, а по койко-дню, и статистический учет для того, чтобы реально показывать ситуацию, должен быть раздельным. Мы сегодня будем еще на круглых столах об этом дискутировать.

БУКРЕЕВА Н.Д.:

– На эту тему можно очень много дискутировать, и вы абсолютно правы в том, что необходим дифференцированный подход как к планированию, так и к учету, в том числе и средней длительности пребывания на больничной койке различных групп пациентов. И у нас с Борисом Алексеевичем такой

опыт был, когда мы хлопотали и реализовывали федеральную целевую программу по социально значимым заболеваниям, в показателях фигурировал также средний койко-день без учета больных находившихся на принудительном лечении. То есть это понятно для нас. Другое дело, что вы говорите о том, чтобы больше групп выделять для дифференцированных подходов. Не знаю, возможно ли это будет в рамках Росстата, потому что это слишком большая статистика, чтобы ее не то чтобы мельчить, но детализировать до таких тонкостей.

У нас всегда в крайности впадают, либо если это казенное учреждение по смете, то есть по койко-дням, либо если это бюджетное учреждение, то по пользованным пациентам. Здесь присутствует Сорокина Вероника Альбертовна, главный врач Кемеровской больницы, у меня большой опыт работы с этим учреждением. В свое время, когда мы проводили там экономический эксперимент, мы как раз оценивали длительно болеющих по койко-дням, а больных, которых можно было лечить в более короткие сроки, они оценивались по стандартам, то есть по средним койко-дням, которые были предусмотрены стандартами. И это было очень эффективным. Я согласна с вами в том, что это нуждается во внедрении и в предварительном обсуждении.

КОСТЮК Г.П.:

– Спасибо большое, Наталья Дмитриевна. Еще очень важный, на мой взгляд, вопрос поднял Олег Викторович, когда завершал свое выступление, он сказал про кадры и про нормирование нагрузки врачей. Я хотел бы тоже заострить на этом внимание, детализировать свое видение этой проблемы. В 1995 году впервые появилась норма 25 коек, то есть пациентов, на одного врача при средней продолжительности пребывания от 20 до 100 койко-дней. Во-первых, коридор какой, от 20 до 100, очень большая разница. Для Москвы, которая сейчас действительно выходит на 40 и выйдет в конечном итоге в среднем на 30, очень сложно, особенно учитывая то, что хоть наш закон о психиатрической помощи 1992 года, но он не сразу стал работать в том объеме, в котором требуется. Кроме того, внесены серьезные поправки по оформлению добровольной госпитализации, объем работы у врачей очень большой, и 25, это очень сложно, практически невозможно качественно вести эту работу. Поэтому, Наталья Дмитриевна, будут пересматриваться «порядки», очень важным представляется этот вопрос, хоть вы говорили, что, скорее всего, это не будет рассматриваться в рамках Порядка, но если будет хоть малейшая возможность, нужно подумать об этом и ввести более дифференцированный норматив по количеству пациентов на одного врача.

БУКРЕЕВА Н.Д.:

– Я считаю, что очень важно изменить нормативы, я говорила в своем выступлении о том, что нормативы необходимо менять. Даже если рекомендуемые штатные нормативы будут исключены из «порядков» министерством, в любом случае, значит, будут другие приказы, которые будут регламентировать эти нормативы. И мы должны приложить все усилия, для того чтобы привести их в соответствие. Такое мое мнение, во всяком случае.

СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

СОРОКИНА В.А.*

– Уважаемые организаторы конференции, благодарю за приглашение и возможность выступить на конференции! Мое сообщение я представляю как результат работы нескольких поколений врачей-психиатров, руководителей психиатрической службы Кемеровской области, как результат работы организаторов здравоохранения именно в области психиатрии, результатом работы которых стала система оказания специализированной психиатрической помощи населению Кемеровской области, актуализированная в соответствии с уже имеющимися социально-экономическими условиями.

Разрешите начать свое выступление с высказывания Татьяны Борисовны Дмитриевой, которое на сегодняшний момент очень четко характеризует присущее сегодня настроение и состояние психиатрической службы Кемеровской области, и, я думаю, что и Российской Федерации в целом. «Миру еще долго суждено оставаться крайне несовершенным и очень противоречивым. Поэтому долг каждого из нас – в меру своих скромных и неизбежно ограниченных сил делать свое дело, не изменяя своему призванию».

А теперь немного о Кемеровской области. В 1943 году Президиум Верховного Совета Союза Советских Социалистических Республик принял решение об образовании на территории Новосибирской области Кузбасса, и уже затем Кемеровской области. Современная Кемеровская область – это одна из самых индустриальных областей Российской Федерации. На ее долю приходится более 50% добычи каменного угля, 80% кокса, 13% чугуна, стали, более 10% алюминия. Последние годы Кемеровская область стала известна как центр туризма, как центр горнолыжного спорта – этот вид туризма и спорта развивается с большой интенсивностью, поэтому любителей горнолыжного спорта приглашаю в Кемеровскую область, в Шерегеш, в Горную Шорию покататься на лыжах в осенне-зимний и даже в весенний период.

Кемеровская область входит в состав Сибирского федерального округа, граничит с Новосибирской и Томской областями, Алтайским и Красноярским краями, республиками Алтай и Хакасия. В области 20 городов, 19 районов. Административный центр – город Кемерово, население которого составляет 549 тысяч человек. Большая часть населения области проживает

* *Сорокина В.А.,* к.м.н., главный психиатр Кемеровской области, главный врач ГК УЗ «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница».

в городах. Кемеровская область – наиболее густонаселенная часть Сибири, ее численность составляет практически 3 миллиона человек. Коренным населением являются томские татары, телеуты, шорцы. Русские составляют более 90% населения области. Протяженность области с севера на юг – более 500 километров, с запада на восток – 300 километров.

В области исторически сложилась основная структура специализированной психиатрической медицинской организации – это Единый внебольнично-стационарный лечебно-реабилитационный комплекс. Структура типовой специализированной психиатрической медицинской организации представлена на рис. 1. Основным структурным подразделением комплекса является диспансерное отделение (либо диспансер). Участковый психиатр, проводя мероприятия по раннему выявлению и динамическому наблюдению, координирует осуществление всех этапов лечебно-реабилитационного процесса.

Все медицинские организации области функционируют в виде подобного комплекса. Особенностью организации является расположение всех структурных подразделений комплекса на одной территории и даже в одном здании.

Рис. 1. Взаимодействие служб внутри единого лечебно-реабилитационного комплекса

Областная психиатрическая служба представлена пятью психиатрическими больницами, пятью психоневрологическими диспансерами со стационарными койками и двадцатью психиатрическими кабинетами в структуре районных и городских больниц. Служба максимально децентрализована, что обеспечивает доступность психиатрической помощи населению Кузбасса.

Коечный фонд в психиатрических стационарах составляет 2200 коек, диспансеры рассчитаны на 1769 посещений в смену.

Сегодня актуально и модно говорить о внебольничных подразделениях, которые используют стационарзамещающие технологии. Хочу сказать, что уже в течение многих десятилетий внебольничная психиатрическая помощь области развивается, что связано с небольшим коечным фондом (это 7 коек на 10 тысяч населения). На сегодняшний день внебольничная и стационарзамещающая помощь представлена 1545 местами в лечебно-реабилитационных подразделениях, использующих стационарзамещающие технологии. Это дневные стационары, это лечебно-трудовые мастерские, отделения медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях и медико-реабилитационные отделения, которые работают в амбулаторных условиях.

Показатели деятельности службы в 2016 году. Это почти 16 тысяч пролеченных больных, работа в койке в году – 343, оборот койки – 6,1. Повторные госпитализации составляют около 17%. Средняя длительность пребывания одного пролеченного больного – 53,4 дня. Диспансерное наблюдение осуществляется за 26 тысячами больных. Взяты впервые в жизни – 1716 человек, или 6,3 на 10 тысяч населения. На активном диспансерном наблюдении состоит 596 человек, находится на амбулаторно-принудительном лечении 146 человек.

Кадровая проблема – это основная проблема не только нашей службы, но и всего здравоохранения в целом. В 2016 году психиатрическую помощь населению области обеспечивали 200 врачей-психиатров и психотерапевтов (это 0,7 на 10 тысяч населения). Коэффициент совместительства достаточно высокий – 2,1. Средний возраст врачей-психиатров – 52 года.

В области оказываются все виды психиатрической помощи, которые регламентированы Законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». В медицинских организациях структурные подразделения функциональны, объединены в специализированные комплексы, центры или системы. Это детско-подростковый лечебно-реабилитационный комплекс, комплекс социальной реабилитации психически больных, лечебно-реабилитационный комплекс для больных, которые страдают пограничными нервно-психическими расстройствами, система реабилитации лиц, которые пострадали при чрезвычайных ситуациях, система оказания специализированной помощи при неотложных состояниях в психиатрии. И также центр профилактики общественно опасных действий, который создан буквально несколько лет назад при помощи сотрудников Института им. Сербского (в частности Наталья Дмитриевна приняла активное участие по включению нашей больницы в федеральную целевую программу). Большое спасибо!

В соответствии с известной «Триадой» Аведиса Донабедиана, системный подход, о котором мы сегодня будем говорить, обеспечен тремя вещами. Это структурой службы, тем процессом, который налажен в медицинских организациях по оказанию медицинской помощи, и, естественно, этот процесс должен контролироваться.

Первый этап системного подхода регламентирует формулировку цели региональной психиатрической службы. На сегодняшний день мы считаем, что целью психиатрической службы Кемеровской области является восста-

новление социального статуса личности, пациента с учетом его клинико-психопатологических особенностей, возвращение пациента в общество на более высокий социальный уровень функционирования.

На первом этапе системного подхода, кроме формулировки главной цели, определяется структура службы. Оптимизация структуры психиатрической службы направлена на сближение различных звеньев лечебно-реабилитационной цепи (сегодня уже об этом говорили, что это не сокращение коечного фонда, это не сокращение учреждений, это сближение и взаимосвязь тех подразделений, которые существуют) и обеспечение органического единства больничной и внебольничной помощи.

Эффективное функционирование такого сложного комплекса возможно лишь при условии оптимального управления, которое подчиняет интересы каждого подразделения комплекса требованиям лечебно-реабилитационной программы или лечебно-реабилитационного маршрута, как принято говорить у нас в области.

Обеспеченность населения Кемеровской области амбулаторной психиатрической помощью представлена на красной карте (рис. 2). Характеризуется числом амбулаторных посещений на одного жителя. На коричневой карте мы видим обеспеченность населения Кемеровской области стационарной помощью. Характеризуется числом койко-дней на одного жителя. Хорошо видно, что на территории области обеспеченность стационарной и амбулаторной помощью, конечно же, неравномерна.

Рис. 2.

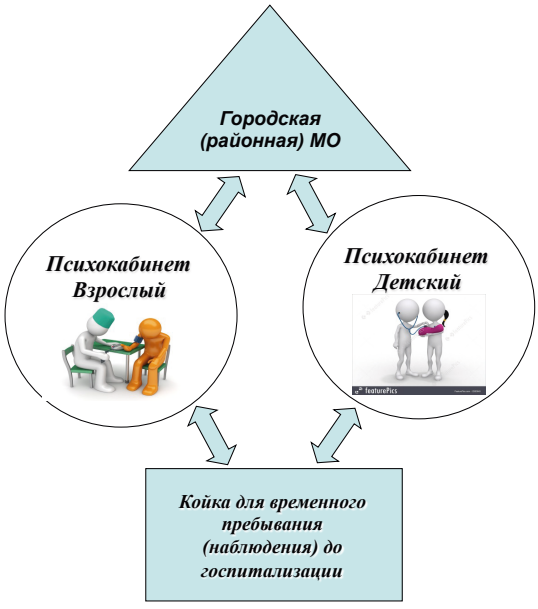
Учитывая, что психиатрическая помощь на территориях оказывается медицинскими организациями различной мощности (от психиатрических кабинетов до психиатрических клиник), мы использовали трехуровневую модель оказания медицинской помощи. При разграничении медицинских организаций по уровню оказания помощи были разработаны маршруты оказания психиатрической помощи в области.

К учреждениям первого уровня принадлежат все психиатрические кабинеты при районных городских больницах и диспансерное отделение, при психоневрологических диспансерах оказывается первичная специализированная психиатрическая помощь и помощь при неотложных состояниях (рис. 3).

К учреждениям второго уровня, где оказывается специализированная помощь в амбулаторных и стационарных условиях и во внебольничных подразделениях, относятся психоневрологические диспансеры со стационарными койками и психиатрические больницы (кроме клинических психиатрических больниц, а таких больниц в области три).

В учреждениях третьего уровня уже оказывается специализированная психиатрическая помощь в организациях клинического уровня, являющихся завершающим этапом лечения больных, проживающих в регионе. Это Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница и Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница. Таким образом, на севере и на юге области у нас сформировано два мощных центра оказания специализированной психиатрической помощи третьего уровня, чем и достигается доступность, равномерная обеспеченность и качество, как амбулаторной, так и стационарной помощи.

Структура учреждения первого уровня



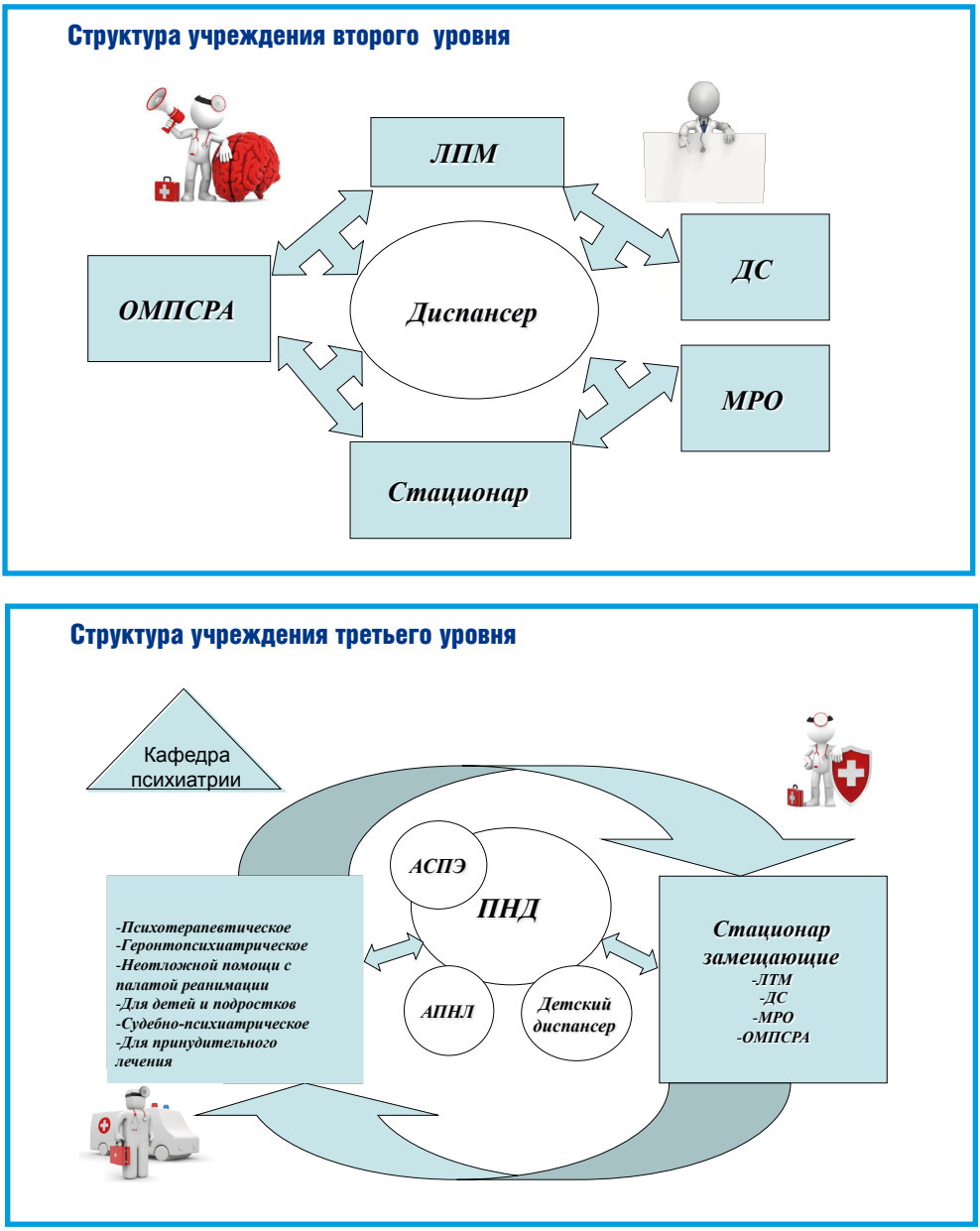


Рис. 3. Структура учреждений первого, второго и третьего уровней

Вторым этапом системного подхода оказания помощи является обеспечение процесса внутри структуры путем построения дерева задач и взаимосвязи между подразделениями на основе декомпозиции главной цели. Исходной информацией при этом явилась описательная модель процесса внутри структуры внебольнично-стационарного лечебно-реабилитационного комплекса.

И главная цель была разложена на совокупность целей и подцелей каждого элемента системы, который образует дерево целей, и затем был определен порядок их взаимодействия. В нашем случае декомпозиция главной цели обеспечила оптимальный выбор взаимосвязей и последовательность процессов для всех элементов системы с учетом потребности основных потоков пациентов.

На втором этапе системного подхода с учетом разработанных последовательных целей, набора структурных подразделений и порядка их взаимодействия были разработаны типовые лечебно-реабилитационные маршруты для различных потоков психически больных. Эти потоки были сформированы в зависимости от особенностей течения психопатологического процесса и степени социальной дезадаптации, о чем сегодня Наталья Дмитриевна уже говорила, что их надо по-разному оценивать. Основным принципом этой методики явился отход от сложившихся традиционных взглядов на структуру психиатрической службы и взаимоотношение между ее подразделениями. При этом каждое подразделение рассматривается не только как звено в единой лечебно-реабилитационной цепи, но и как этап дальнейшего лечения и реабилитации.

Реабилитационная программа предусматривает беспрепятственное продвижение больных по лечебно-реабилитационному маршруту (рис. 4). Этим маршрутом руководит участковый врач-психиатр. Мы считаем, что перспективным для современной отечественной психиатрической практики является проведение под контролем участкового врача-психиатра следующих направлений лечебно-реабилитационного процесса, которые были предложены предыдущими руководителями нашей службы – Моисеем Ароновичем Мазуром, Натальей Дмитриевной Букреевой, Геннадием Григорьевичем Платоновым. Весь поток пациентов условно делится на 6 направлений, в отношении которых разработаны конкретные лечебно-реабилитационные маршруты. Определяет этот лечебно-реабилитационный маршрут участковый врач-психиатр.

Первую группу пациентов составляют пациенты с благоприятным течением заболевания. Они в основном получают помощь у участкового врача-психиатра в диспансере. В период обострения они на непродолжительное время госпитализируются в стационар, а если их состояние не требует круглосуточного наблюдения, то в дневной стационар. Ранее существовали ночные стационары, которые успешно функционировали. Но, к сожалению, последние годы Порядком оказания психиатрической помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения ночные стационары не предусмотрены, поэтому, конечно же, пациенты определенной категории страдают из-за отсутствия данного структурного подразделения.

Пациенты с затяжным течением заболевания составляют вторую группу. Они, как правило, получают лечение в стационаре, после чего они продолжают лечение в дневном стационаре либо в отделении медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях, а затем возвращаются под наблюдение участкового врача-психиатра.

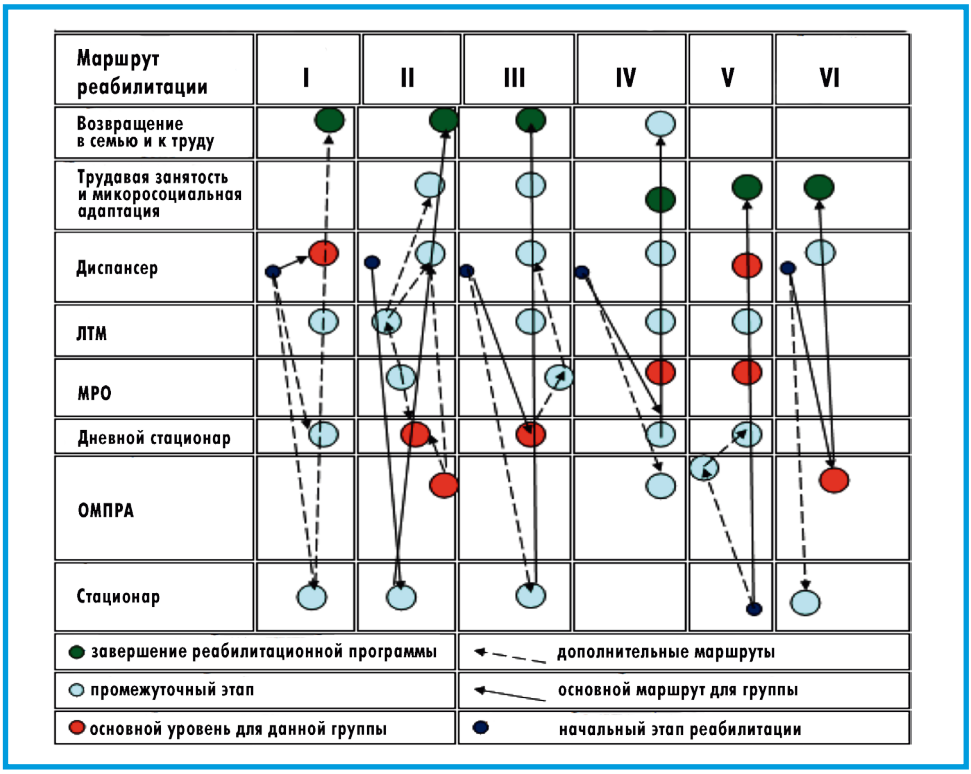


Рис. 4. Лечебно-реабилитационные маршруты пациентов

К третьей группе больных относятся больные, которые длительное время страдают психическим заболеванием, но продолжающие тем не менее работать. С целью профилактики госпитализма, стигматизации и социальной дезадаптации они получают лечение в стационаре в минимально возможные сроки, затем продолжают лечение в дневном стационаре и возвращаются на участок к участковому врачу-психиатру.

К четвертой группе больных относятся пациенты с относительно благоприятным течением заболевания, но имеющие инвалидность по психическому заболеванию. После стационарного лечения они продолжают лечение в дневном стационаре, в отделении медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях, и затем направляются для трудотерапии и трудообучения в лечебно-трудовые мастерские.

Длительно находящимся на стационарном лечении пациентам пятой группы целесообразна терапия занятостью в условиях лечебно-трудовых мастерских. Выписка из стационара возможна только после активного обучения навыкам самообслуживания, и только через дневной стационар и отделение медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях.

Последняя, шестая группа пациентов включает длительно болеющих, дезадаптированных, неработающих по тем либо иным причинам пациентов. Больные этой группы получают необходимую специализированную меди-

цинскую помощь в отделении медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях. Пребывание их вне стационара при условии интенсивного лечения в амбулаторных условиях, активного участия в лечении участкового врача-психиатра дает возможность принимать участие в ведении домашнего хозяйства, способствует сохранению семьи и способствует адаптации на микросоциальном уровне.

На основании приведенных типовых вариантов формируются индивидуальные комплексные лечебно-реабилитационные программы для каждого больного в отдельности. Многообразие целей, подцелей и функций каждого подразделения показывает сложность управления данной системой, с обилием прямых, обратных, пересекающихся связей. И объединение целей отдельных подразделений и их функций обеспечивает полную преемственность функционирования всех звеньев реабилитационного комплекса.

Управление этой сложной организационной системой требует постоянного мониторинга результатов его деятельности. Вот этот мониторинг и контроль как раз и являются третьим этапом системного подхода оказания психиатрической медицинской помощи.

Третий этап системного подхода предполагает многофакторную систему контроля качества и эффективности деятельности психиатрической службы, которая включает в себя внутренний контроль качества оказания медицинской помощи, а также применение формулярной системы лекарственного обеспечения службы.

Целью внутреннего контроля качества медицинской помощи является обеспечение прав пациентов на получение медицинской помощи достаточного объема, надлежащего качества на основе оптимального использования скудных кадровых, материально-технических и современных ресурсов, а также современных медицинских технологий. Под контролем качества мы понимаем систему критериев, которая позволяет определить своевременность, адекватность, полноту, эффективность оказания медицинской помощи конкретным врачом конкретной медицинской организации конкретно взятому больному.

Во всех психиатрических учреждениях области внедрена единая система внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи.

Контроль качества медицинской помощи проводится по отдельным случаям – законченным, по длящимся случаям и подразделяется на обязательный и выборочный контроль. Обязательному контролю подлежат случаи летальных исходов, случаи внутрибольничных осложнений и внутрибольничного инфицирования, случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста, случаи повторной госпитализации, заболевания с излишне длительным либо коротким сроком госпитализации, случаи расхождения диагнозов и случаи, которые сопровождаются жалобами пациентов или их родственников, а также социально опасные действия пациентов. Выборочному контролю качества подлежат все случаи оказания медицинской помощи путем статистического метода случайной выборки.

Текущий контроль качества и контроль качества законченного случая являются составными частями единого процесса, и замечания, которые были

выявлены при текущем контроле, затем исполнение и исправление этих замечаний при обязательном контроле качества.

На рисунке 5 показаны этапы или ступени контроля качества – вот мы их изобразили в виде такой космической ракеты, которая имеет несколько ступеней, для того чтобы достигнуть определенной цели.

	1-я ступень	Заведующий отделением	– (ВД) ведение медицинской документации – (ОМ) объем лечебно-диагностических мероприятий – (ОЛ) оценка обьема лечебных мероприятий – (ОД) оценка диагноза – (ОР) оценка достижения результата Расчет уровня качества: УК = (ВД + ОНМ + ОЛ + ОД) / 400
	2-я ступень	Зам. главного врача по мед. части	– обьективность, полнота и качество оценок 1-й ступени – текущий контроль при ВК – итоговая оценка УК по подразделению
	3-я ступень	Комиссия МО	(УК) – Уровень качества (по оценке 2-й ступени – зам. главного врача) (РА) – Реабилитационная активность (активность привлечения к трудотерапии, преемственность оказания медицинской помощи) (ПП) – Наличие жалоб и обращений (претензионный показатель) (ЭП) – Выполнение экономических показателей (выполнение плана койко/дней, число пролеченных больных, интенсивность работы отделения, средний койко–день, повторная госпитализация и т.д.) (СС) – Санитарно–эпидемиологическое состояние подразделения, состояние закрепленной за отделением территории (ЭИО) – Эффективность использования медицинского оборудования (эффективность использования, соответствие оборудования) коэффициент качества КК = (УК + РА+ ПП + ЭП + СС + ЭИО) / 6
	4-я ступень	Орган управления здравоохранением	– оценка организации работы по внутреннему контролю качества (в т.ч. качеству и безопасности медицинской деятельности) – ведомственный контроль качества

Рис. 5. Ступени внутреннего контроля качества. Третий этап (система контроля)

На *первом этапе* заведующий структурным подразделением медицинской организации оценивает ведение медицинской документации, объем лечебно-диагностических мероприятий, оценку объема лекарственных средств и оценивает диагноз. И затем по формуле, которая указана на рис. 5, высчитывается уровень качества для своего структурного подразделения, которым руководит данный заведующий.

На *втором этапе* контроля качества оказания медицинской помощи (его проводят заместители главного врача по медицинской части) оценивается соответствие определенного уровня качества, которое было проведено на первой ступени, и затем оценивается качество контроля, который провел именно заведующий отделением. Заместители главного врача оценивают качество ведения документации, оценку набора мероприятий, которые необходимы для того чтобы оказать медицинскую помощь каждому больному, оценка методов лечения и диагноза. Также рассчитывается уровень качества (по формуле, указанной на рис.5), который затем используется для ежемесячного подведения итогов по контролю качества оказания медицинской помощи организации в целом.

Третий этап контроля оценивает экспертная комиссия медицинской организации. Она создается приказом руководителя медицинского учреждения. В состав экспертной комиссии входят заместители главного врача по медицинской части, а также заместители главного врача по всем другим вопросам. Комиссия включает заведующих некоторых структурных подразделений. Заседания проводятся один раз в месяц, в отдельных случаях могут быть внеплановые заседания комиссии. Комиссия оценивает работу каждого подразделения и учреждения в целом.

Комиссией оценивается уровень качества по результатам второй ступени качества, затем оценивается реабилитационная активность отделения (это активность привлечения к трудотерапии, преемственность оказания медицинской помощи), оценивается претензионный показатель, который рассчитывается из количества жалоб, которые поступили в каждом отделении, а также оценивается выполнение планово-экономических показателей, которые установлены для работы каждого подразделения.

Комиссией оценивается санитарно-эпидемиологическое состояние подразделений, эффективность использования медицинского оборудования, а также безопасные условия труда.

В отношении каждого подразделения рассчитывается коэффициент качества. Этот коэффициент качества в дальнейшем влияет на распределение фонда экономии заработной платы для каждого подразделения, а также расчета надбавок стимулирующего характера за качество оказания медицинской помощи, за интенсивность работы каждой категории сотрудников подразделений.

Нами разработаны локальные нормативные документы и формы, которые используются при контроле качества оказания медицинской помощи. Это карта экспертной оценки контроля качества, карта оценки санитарного состояния, анкета амбулаторного и стационарного пациента, показатель безопасных условий труда.

Напомню, что все этапы контроля качества проводятся в электронном виде. В больнице разработано специальное экспертное программное обеспечение, оно называется «Пациент». С помощью этой программы на основе заполненных электронных документов формируется протокол заседания комиссии медицинской организации по внутреннему контролю качества медицинской помощи. И уже на основании данного протокола высчитывается коэффициент качества медицинской организации в целом, и по итоговым оценкам рассчитываются стимулирующие показатели для отделений.

Четвертый этап контроля качества осуществляет клинико-экспертная комиссия Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области не менее чем один раз в году.

Областная формулярная система психиатрической помощи, психиатрической службы является неотъемлемой частью системы контроля качества медицинской помощи. В каждом психиатрическом учреждении Кемеровской области созданы формулярные терапевтические комитеты. Комитет проводит анализ и отбор для формулярного перечня наиболее эффективных, безопасных и наименее затратных лекарственных средств, которые соответствуют структуре заболеваемости данной территории, анализу использования лекарственных средств, мониторингу побочных эффектов.

Комитетом ежегодно утверждается формулярный перечень медицинской организации. Естественно, он утверждается либо на основе перечня жизненно важных и необходимых лекарственных препаратов, который утверждается постановлением правительства. И заседание формулярной комиссии утверждает данный перечень, на основании тех предложений, которые поступают в комиссию от заведующих структурными подразделениями, заместителями главного врача и врачей. Утвержденный формулярный перечень доводится до всех подразделений и является основополагающим при назначении лекарственных средств.

Для координации деятельности формулярных терапевтических комитетов областных психиатрических учреждений, оказания им методической помощи был подготовлен клинический врач-фармаколог. В Кемеровской областной больнице был лицензирован такой вид деятельности, как клиническая фармакология.

Таким образом, научно обоснованная система поэтапной научно-практической модели оказания психиатрической помощи в Кемеровской области имеет все необходимые предпосылки. Это достаточный коечный фонд, который меньше, чем по региону в целом, но тем не менее при развитых внебольничных подразделениях он позволяет эффективно оказывать помощь. Это научный потенциал. Это богатые традиции лечебно-реабилитационной работы. Все это позволяет в новых социально-экономических условиях не снижать качество оказания специализированной психиатрической помощи населению области, а медицинским организациям, которые ее оказывают, не стать местом пребывания хронически больных с крайне бедной терапевтической средой, скудной материально-технической базой, недифференцированными режимами наблюдения и дефицитом подготовленных кадров.

На этом позвольте закончить свое выступление. Спасибо за внимание! Если есть вопросы, я готова на них ответить.

КОМПЛЕКСНОЕ РАЗВИТИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ЗИНИНА А.И.*

– В 2007–2016 гг. в целях оптимизации оказания специализированной психиатрической помощи взрослому населению г. Новосибирска и Новосибирской области проведена реорганизация психиатрической службы за счет присоединения к «Государственной Новосибирской клинической психиатрической больницы №3» пяти медицинских организаций психиатрического профиля Новосибирской области.

Структура психиатрической службы до реорганизации

ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ БРИГАДЫ (4)
- ГБУЗ НСО «Станция скорой медицинской помощи»

ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ОТДЕЛЕНИЯ (амбулаторные) (1)
- ГБУЗ НСО КДП № 2

ДИСПАНСЕРЫ (4)
- Городской психоневрологический диспансер
- Диспансер при НОПБ № 6 спец. типа
- Областной клинический психоневрологический диспансер
- Куйбышевский межрайонный наркологический диспансер ГБУЗ НСО «Куйбышевская ЦРБ»

ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ КАБИНЕТЫ (31)
- при ГБУЗ НСО ЦРБ – 29
- ГБУЗ НСО ЦГБ – 2

БОЛЬНИЧНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ (7) – 3000 коек
- Областной клинический психоневрологический диспансер (280 коек)
- Областная психиатрическая больница № 2 (400 коек)
- Областная психиатрическая больница № 5 (400 коек)
- Областная психиатрическая больница № 6 спец. типа (140 коек)
- Городская психиатрическая больница № 3 (650 коек)
- Городская психиатрическая больница № 4 (1100 коек)
- Куйбышевский межрайонный наркологический диспансер ГБУЗ НСО «Куйбышевская ЦРБ» (30 коек)

* *Зинина А.И.*, к.м.н., главный специалист психиатр Министерства здравоохранения Новосибирской области, главный врач ГБУЗ НСО ГНКПБ № 3.

Проблемы, стоящие перед психиатрической службой

- Низкая укомплектованность первичного звена специалистами, участвующими в оказании психиатрической помощи (врачи-психиатры, клинические психологи, специалисты по социальной работе, врачи-психотерапевты). Недостаточная квалификация участковых врачей-психиатров в результате совмещения должностей в районах Новосибирской области.
- Оседание пациентов с хроническими психическими расстройствами, утративших социальные связи, в стационарах психиатрического профиля.
- Высокий показатель смертности от самоубийств населения Новосибирской области.
- Недостаточный уровень информатизации.
- Изношенность основных фондов.
- Недостаток площадей (высокая скученность пациентов).

Пути решения:

- Деинституционализация психиатрической помощи.
- Разработка 3-уровневой психосоциальной модели оказания психиатрической помощи.
- Профилизация коечного фонда.
- Развитие стационарозамещающих технологий, внедрение бригадных форм работы на всех уровнях оказания психиатрической помощи.
- Расширение межведомственного взаимодействия, прежде всего с социальными службами с целью решения вопросов жизнеустройства хронически больных.
- Модернизация кризисной службы региона.
- Модернизация и компьютеризация рабочих мест с целью формирования и обновления единой информационной базы данных психически больных НСО с учетом требований законодательства о защите персональных данных.
- Проведение мероприятий, направленных на укрепление материально-технической базы ЛПУ.
- Оптимизация лечебно-профилактической помощи путем объединения возможностей стационарной и амбулаторной помощи, обеспечение преемственности в ведении больного на всех этапах.
- Оптимизация структуры коечного фонда и интенсификация занятости койки с учетом ее профиля, а также развития стационарозамещающих технологий.

С 2007 года психиатрические учреждения Новосибирской области осуществляют свою деятельность в соответствии со следующими программами:

1. Подпрограммой «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)» (постановление Правительства Российской Федерации от 10.05.2007 № 280).

2. Ведомственная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями, вакцинопрофилактика на территории Новосибирской области на 2012–2015 годы» (постановление Правительства Новосибирской области от 30.01.2012 № 43-п).
3. Программа модернизации здравоохранения Новосибирской области на 2011–2013 годы (постановление Правительства Новосибирской области от 26.03.2013 № 124-п).
4. В соответствии с утвержденной «Дорожной картой» разработана и реализуется государственная программа «Развитие здравоохранения Новосибирской области на 2013–2020 годы» (постановление Правительства Новосибирской области от 07.05. 2013 № 199-п).

Обеспеченность врачами-психиатрами НСО *(согласно отчетной форме № 30 утв. Приказом Росстата от 25.12.2014 № 723/) на 10 тыс. населения*

	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
Обеспеченность врачами-психиатрами	0,7	0,7	0,9	1,07	1,13	1,18	1,21
Обеспеченность врачами-психиатрами амбулаторного приема	0,4	0,4	0,4	0,4	0,6	0,6	0,6

Показатель обеспеченности врачами-психиатрами сократился на 42% и составил 0,7 на 10 тыс. населения. Показатель обеспеченности врачами-психиатрами амбулаторного приема сократился на 33% и составил 0,4 на 10 тыс. населения.

Число больничных коек по специализации психиатрия на 10 тысяч человек

Год	Абсолютное число коек по специализации психиатрия (по Новосибирской области) (согласно отчетной форме № 30 /утв. Приказом Росстата от 25.12.2014 № 723/)	Число коек по специализации психиатрия (по Новосибирской области)(согласно отчетной форме № 30 / утв. Приказом Росстата от 25.12.2014 № 723/)	Число коек по специализации психиатрия (по РФ) (по данным Росстата)
2010	2495	9,4	10,7
2011	2495	9,4	10,7
2012	2479	9,2	10,4
2013	2467	9,1	10,3
2014	2467	9,0	9,8
2015	2467	9,0	9,7
2016	2467	9,0	–

По итогам 2010–2016 гг. абсолютное число коек по Новосибирской области сократилось на 1,2%, число больничных коек на 10 тыс. чел. по Новосибирской области сократилось на 4,3% и составляет 9,0 на 10 тысяч населения, что полностью обеспечивает и удовлетворяет потребность региона в стационарной помощи.

Разработка 3-уровневой модели оказания психиатрической помощи

С целью приближения специализированной психиатрической помощи 2-го уровня приказом Министерства здравоохранения Новосибирской области **от 17.02.2014 № 458** «Об открытии межрайонных психиатрических кабинетов в Новосибирской области для взрослого населения», утвержден перечень межрайонных психиатрических кабинетов. Кабинеты оказывают специализированную медицинскую помощь второго уровня взрослому населению, проживающему в муниципальных районах и городских округах Новосибирской области. Межрайонные психиатрические кабинеты организованы на базе имеющихся психиатрических кабинетов медицинской организации и оказывают квалифицированную психиатрическую помощь взрослому населению, проживающему на территории прикрепленных муниципальных районов и городских округов Новосибирской области. Основной задачей организации кабинетов является оказание квалифицированной консультативно-диагностической и лечебно-профилактической психиатрической помощи взрослому населению прикрепленных районов и городских округов Новосибирской области.

В соответствии с основной задачей кабинеты выполняют следующие функции:

- Оказание консультативной помощи пациентам по направлению участковых врачей-психиатров (фельдшеров ФАП) прикрепленных районов, городских округов Новосибирской области и при самостоятельном обращении пациентов.
- Оказание содействия участковым врачам-психиатрам в решении наиболее сложных вопросов лечебно-диагностического, экспертного и организационного характера.
- Внедрение бригадных форм работы, раннее начало проведения реабилитационных мероприятий на уровне первичного звена.
- Проведение экспертизы временной нетрудоспособности и контроль за своевременным направлением на медико-социальную экспертизу при стойкой утрате пациентами трудоспособности.
- Оказание пациентам социально-правовой помощи.
- Проведение санитарно-просветительских мероприятий, пропаганда психогигиенических знаний.

Динамика численности персонала, участвующих в работе полипрофессиональных бригад

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Медицинские психологи	11	15	18	21	23	25	29	35	39	43
Специалисты по социальной работе	0	4	8	10	11	12	14	15	16	19
Социальные работники	3	3	4	6	7	7	9	10	13	20
Итого:	14	22	30	37	31	44	52	60	68	82

Модель оказания психосоциальной помощи

В процессе реорганизации психиатрической службы проводились структурные изменения. Организационной задачей совершенствования региональной психиатрической службы стала разработка в соответствии с утвержденной «Дорожной картой» 3-уровневой системы оказания психиатрической помощи взрослому населению Новосибирской области. Учитывая отсутствие высокотехнологичной медицинской помощи по психиатрии, основная задача состояла в разработке технологии оказания специализированной психиатрической помощи на всех этапах. Низкие показатели укомплектованности врачами-психиатрами первичного звена предполагали создание новых форм оказания психиатрической помощи: разработка трехуровневой модели оказания психосоциальной помощи имеющей цель объединения ресурсов психиатрических, социальных, государственных и общественных организаций.

Разработка данной модели включала следующие этапы:

1. Расчет потребности в социальных работниках в первичном звене с учетом требований приказа Минздравсоцразвития от 17.05.2012 № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».
2. Экономическое обоснование модели.
3. Подготовка нормативной базы: инструкции, регулирующие межведомственное взаимодействие, методические пособия и т.д.
4. Внедрение данной модели оказания психиатрической помощи в практическую деятельность.

Состав полипрофессиональной бригады

Участник	Функциональные обязанности
Социальный работник	Помощь в решении текущих бытовых и социальных вопросов (оформление пенсии, льгот, доставка лекарств, вызов врача на дом, контроль сроков переосвидетельствования и т.д.), взаимодействие с ЛПУ соматического профиля, центрами занятости, правоохранительными органами, общественными и благотворительными организациями
Специалист по социальной работе	Консультации пациентов и родственников. Помощь в быто- и трудоустройстве, юридическая и правовая помощь, оформление в реабилитационные центры, интернаты. Взаимодействие с учреждениями здравоохранения, центрами социального обслуживания, бюро МСЭ, правоохранительными органами, общественными организациями, администрацией
Клинический психолог	Диагностика и оценка эффективности. Психологическая поддержка. Семейная терапия. Работа с сотрудниками бригады (профилактика «выгорания»)
Психиатр	Организационно-методическая работа по формированию стратегии бригады. Оценка и прогноз психического состояния пациента. Подбор адекватной фармакотерапии для создания оптимального режима проведения психосоциальной реабилитации

Уровни оказания психосоциальной помощи

На первом уровне психосоциальные реабилитационные мероприятия осуществляются социальными работниками психиатрических кабинетов районов области, диспансеров (патронаж, реализация ИПР инвалида, работа с микросоциумом, быто- и трудоустройство, взаимодействие с ЛПУ соматического профиля, центрами социального обслуживания, центрами занятости, правоохранительными органами, общественными организациями).

На втором уровне специалистами по социальной работе при районных больницах и диспансерах осуществляется координация деятельности социальных работников учреждения, взаимодействие с учреждениями здравоохранения, центрами социального обслуживания, бюро МСЭ, правоохранительными органами, общественными организациями, администрацией.

На третьем уровне – организационно-методический отдел ГБУЗ НСО ГНКПБ № 3 осуществляет взаимодействие с Министерством социального развития НСО, Министерством здравоохранения НСО, разрабатывает методические рекомендации, координирует межведомственное взаимодействие.

Модернизация кризисной службы региона

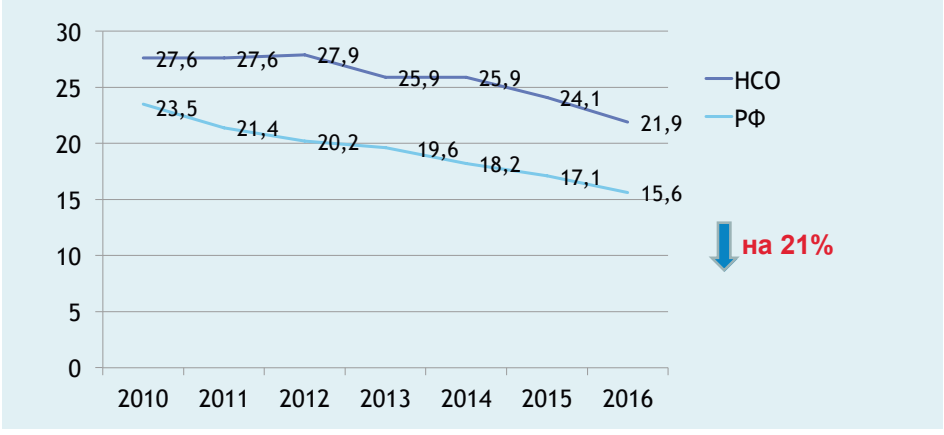
В рамках программы модернизации здравоохранения Новосибирской области 2010–2012 гг., учитывая высокие (критические) показатели суицидальности населения НСО (26,2 на 100 тысяч населения в 2011 году, 27,9 на 100 тысяч населения в 2012 году, включая детей и подростков) была разработана комплексная программа по развитию кризисной службы региона.

С 01.04.2012 на базе ГБУЗ НСО ГНКПБ №3 и ряда ЦРБ открыты кабинеты социально-психологической помощи.

- Разработано информационное письмо для психиатрических кабинетов в районах области «Этапы оказания специализированной психиатрической помощи лицам с кризисными состояниями» (май 2012 г.).
- Совместно с ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России в 2012 г. проведено тематическое усовершенствование врачей «Избранные вопросы психиатрии: кризисные состояния, клиническая суицидология» срок обучения – 72 часа. Обучено 34 специалиста.
- Проведена профилизация коечного фонда, выделены: 20 «кризисных коек» в отделении пограничной патологии для оказания помощи людям, оказавшимся в кризисной ситуации с высоким риском суицидального поведения.
- Проведена модернизация отделения «Телефон доверия», осуществляющего экстренную психолого-психотерапевтическую помощь.
- Разработана и введена в действие на сайте ГБУЗ НСО ГНКПБ № 3 онлайн-служба для оказания психологической помощи лицам, находящимся в кризисных состояниях, психически больным и их родственникам в режиме реального времени.

Министерство здравоохранения Новосибирской области

Показатели смертности населения Новосибирской области от самоубийств, включая детей и подростков, на 100 тыс. населения



* По данным Росстата.

Основополагающий вектор современного развития психиатрической помощи – деинституционализация.

Суть деинституционализации можно определить как замену длительного пребывания в психиатрической больнице кратковременными, менее изолирующими методами оказания медицинской помощи психически больным людям по месту жительства. Деинституционализация предполагает перевод

пациентов, длительно находящихся в психиатрических больницах, на альтернативные виды помощи по месту жительства; предотвращение возможных случаев поступления в стационар и направление пациентов в различные альтернативные службы; развитие специальных служб для оказания помощи больным психиатрического профиля вне стационаров.

В организационном плане деинституционализация выражается в сокращении числа психиатрических стационарных коек (и стационаров) и расширении сети дневных стационаров и других внебольничных форм помощи. Так, в период с 2007 по 2016 год сокращено 553 койки (18%).

Развитие стационарозамещающих технологий

– Приоритетным направлением развития психиатрической службы является развитие стационарозамещающих и реабилитационных мероприятий. В этой связи проводится активное перепрофилирование психиатрических отделений в реабилитационные для выполнения всего комплекса психосоциальных, реабилитационных мероприятий, в основе которых заложен бригадный полипрофессиональный подход к оказанию психиатрической помощи. Доля пациентов, охваченных бригадными формами оказания психиатрической помощи, в общем числе пролеченных психиатрических стационарах достигло 81,3% (2007 г. – 0).

– Созданное в 2009 г. отделение интенсивного оказания психиатрической помощи ГБУЗ НСО ГНКПБ № 3 осуществляет активную терапию и реабилитацию в домашних условиях больным, не имеющих по своему психическому или соматическому состоянию возможности посещать диспансерные подразделения, курирует пациентов геронтологического профиля с проведением лечебно-диагностических, восстановительных мероприятий. За указанный период времени в отделении пролечено 7322 человека, представлено на МСЭК и определена группа инвалидности 481 пациенту. На базе данного отделения, на постоянной основе проводятся школы Деменции с родственниками пациентов, обучающие семинары по уходу за лицами геронтологического профиля.

Решение проблемы «оседания» пациентов в круглосуточном психиатрическом стационаре

При взаимодействии социальными службами области и активном участии специалистов по социальной работе учреждения по восстановлению документов, установлению опеки, представлению на МСЭ с 2010 г. 877 пациентов, длительно находящихся в круглосуточном психиатрическом стационаре и утративших социальные связи, переведено в стационарные учреждения социального обслуживания для дальнейшего жизнеустройства, за 5 мес. 2017 г. – 87 пациентов.

Трудоустройство инвалидов

ГБУЗ НСО ГНКПБ № 3 с 2013 года активно взаимодействует с реабилитационными центрами для инвалидов. **Один из таких центров – Государственное автономное учреждение Новосибирской области «Комплексный центр социальной адаптации инвалидов» (**ГАУ НСО «КЦСАИ»). Мощность учреждения – 178 мест.

Ежегодно с 1 сентября и 1 февраля в ГАУ НСО «КЦСАИ» начинаются курсы профессиональной реабилитации инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, а также курс социальной адаптации инвалидов.

На курс профессиональной реабилитации приглашаются инвалиды 1–3 групп и лица с ограниченными возможностями здоровья от 15 до 45 лет, не нуждающиеся в постороннем уходе.

На курс социальной адаптации приглашаются инвалиды 1–3 групп, имеющие существенные ограничения к обучению доступным профессиональным навыкам.

Роль кураторов пациентов на последовательных этапах трудоустройства выполняют специалисты по социальной работе Государственной Новосибирской клинической психиатрической больницы № 3. Задачи специалистов это подготовка и поиск работы, устройство на рабочее место и обеспечение специальных условий труда. Трудоустройство психически больных – это одна из немаловажных составляющих их реабилитации. Для содействия в трудоустройстве выпускников ведется сотрудничество с районными и городскими центрами занятости населения г. Новосибирска, а также с частными и государственными предприятиями, которые дают возможность повысить свою квалификацию на их рабочих местах. За 2014 год трудоустроено 26 человек, за 2015 г. –36 человек, в 2016 г. – 40 человек.

Министерство здравоохранения Новосибирской области

Структура взрослой психиатрической службы

МЕЖРАЙОННЫЕ ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ КАБИНЕТЫ(8)
ГБУЗ НСО «Тогучинская ЦРБ, Искитимская ЦГБ, Карасукская ЦРБ, Каргатская ЦРБ, Татарская ЦРБ, Куйбышевская ЦРБ, Бердская ЦГБ, ГНКПБ № 3 (организационно-методический консультативный отдел)»

ДИСПАНСЕР (1)
Куйбышевский межрайонный наркологический диспансер ГБУЗ НСО «Куйбышевская ЦРБ»

БОЛЬНИЧНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ (4) (2467 коек)
ГБУЗ НСО ГНКПБ № 3 (2312 коек)
ГБУЗ НСО НОПБ № 6 спец. типа (140 коек)
Куйбышевский межрайонный наркологический диспансер (15 коек).

ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ БРИГАДЫ (4)
ГБУЗ НСО «Станция скорой медицинской помощи»

ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ОТДЕЛЕНИЯ (амбулаторные) (4)
ГБУЗ НСО ГНКПБ № 3 – диспансерное отделение № 1
– диспансерное отделение № 2
– диспансерное отделение № 3
ГБУЗ НСО КДП № 2

ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ КАБИНЕТЫ (31)
ГБУЗ НСО ЦРБ – 29
ГБУЗ НСО ЦГБ – 2

Рис. 1. Структура взрослой психиатрической службы
г. Новосибирска и Новосибирской области после реорганизации

Профилизация коечного фонда и оптимизация лечебно-профилактической помощи

Проведена профилизация коечного фонда учреждения, который приведен в полное соответствие с приказом Минздравсоцразвития РФ от 17.05.2012 № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».

В результате проводимых мероприятий по реформированию сети лечебно-профилактических учреждений было сокращено 553 койки, 481,75 должностей (штатных единиц). Объединились материальные, технические, финансовые и человеческие ресурсы. Повысилась эффективность использования медицинского оборудования, коечного фонда стационаров.

Число дней занятости койки в году увеличилось с 318 до 334. Среднее время простоя койки уменьшилось с 8,4 до 5,1 дня.

Основные показатели работы психиатрической службы Новосибирской области за период 2010–2016 гг.

Рис. 2. Относительное число пациентов, страдающих психическими расстройствами и находящихся под наблюдением у врача-психиатра в НСО

По итогам 2010–2016 гг. показатель распространенности психических расстройств снизился на 6,2%. Снижение распространенности психических расстройств обусловлено проведенной работой по персонифицированному пересмотру групп учета, в частности группы пациентов с умственной отсталостью, снятия с диспансерного и консультативного наблюдения, в том числе и по выздоровлению, с проведением социореабилитационных мероприятий среди психически больных.

Рис. 3. Заболеваемость психическими расстройствами на территории НСО

Рис. 4. Первичная инвалидизация вследствие психических расстройств на территории НСО

По итогам 2010–2016 гг. показатель заболеваемости психическими расстройствами увеличился на 3,7%. Рост данного показателя связан с улучшением выявляемости лиц, страдающих психическими расстройствами,

увеличением охвата профилактическими осмотрами, в том числе по дополнительной диспансеризации различных слоев населения Новосибирской области. Увеличение показателя наблюдается преимущественно за счет роста психических расстройств непсихотического характера на 24,4 % за указанный период.

По итогам 2010–2016 гг. показатель первичного выхода на инвалидность вследствие психических расстройств сократился на 20% за счет проводимых социореабилитационных мероприятий среди психически больных. Рост данного показателя в 2014 г. связан с увеличением доли сосудистых дегенеративных заболеваний головного мозга в структуре болезненности, который в 2014 г. составил 1257,3 на 100 тысяч населения (2016 г. –1292,8), что связано с постарением населения, реализацией мер социальной поддержки населения, вследствие чего растет число обращений указанной группы населения за специализированной помощью.

Население старше трудоспособного возраста Новосибирской области (мужчины 60 лет и старше, женщины 55 лет и старше) в 2010 году составляло 569 506 человек (21,5% от всего населения НСО), по итогам 2016 года население старше трудоспособного возраста среди мужчин и женщин составляет 671 524 человек (24,3%от всего населения НСО). Наблюдается рост населения старше трудоспособного возраста на 15,2% в сравнении с 2010 годом. И этот тот контингент, с которым нужно работать в плане реабилитации, жизнеустройства и так далее.

РЕОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН: ОТ ИСТОКОВ ДО МОДЕРНИЗАЦИИ

ВАЛИНУРОВ Р.Г.*

– Уважаемые коллеги, президиум! Свое выступление я хочу начать с высказывания великого педагога Василия Сухомлинского: «Без прошлого нет будущего».

История башкирской психиатрии началась в 1875 году с отделения для умалишенных губернской земской больницы, расположенных в помещениях бывших дворянских конюшен и барака каркасно-засыпного типа. Визит в 1890 году Сергея Сергеевича Корсакова стал мощным стимулом для развития психиатрической службы в Уфимской губернии. Архив психиатрической больницы за период с конца XIX века до настоящего времени богат событиями и профессиональными достижениями.

В 1894 году начато строительство корпусов Уфимской губернской земской психиатрической больницы. В 1913 году проведена первая перепись душевнобольных Башкирии. В 1924 году открыт нервно-психиатрический диспансер. В 1925 году на базе психиатрической больницы создан Институт психофизиотерапии. В 1938 году профессором Измаилом Федоровичем Случевским (он же был в то время заведующем кафедрой психиатрии) открыта единственная в Советском Союзе эпилептологическая станция. В 1940 году открылось Стражное судебно-психиатрическое отделение. В годы Великой Отечественной войны в Уфе работал эвакуированный Институт судебной психиатрии им. В.П. Сербского.

Психиатрические отделения, размещенные в бараках каркасно-засыпного типа

В 1984 году была создана бригадная форма организации труда. В 1988 году впервые

* *Валинуров Р.Г.,* д.м.н., профессор, главный специалист психиатр Республики Башкортостан, главный специалист психиатр Приволжского федерального округа, главный врач ГБУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1» Минздрава Республики Башкортостан.

в СССР было открыто отделение специализированного типа для принудительного лечения больных, совершивших тяжкие правонарушения. В 1989 году, также впервые в России, открылось бюджетное хозрасчетное геронтопсихиатрическое отделение.

В 1994 году – отделение алкогольных психозов. В 1995 году открылось общежитие для психических больных, утративших социальные связи, на 100 коек. В том же году были созданы медико-социальный и правовой отделы.

В 1996–1997 годах был осуществлен перевод дефектных больных в психоневрологические интернаты системы Министерства соцобеспечения, а на освободившиеся койки стали поступать пациенты с острыми психозами. На сегодняшний день в республике 17 интернатов психиатрического профиля (один из них – детский), всего находится 6466 подопечных.

Серьезной подвижкой развития психиатрии стало принятие Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании». Закон отрегулировал многие нерешенные ранее юридические вопросы при оказании психиатрической помощи, определил рамки компетенции врача-психиатра, аспекты преодоления стигматизации, дискриминации душевнобольных, а также интеграции их в общество. Но, к сожалению, до настоящего времени в отдельных положениях закона остаются пробелы и противоречия.

Федеральная целевая программа, неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи на 1995–1997 годы, предусматривающая реорганизацию психиатрии, из-за отсутствия финансирования была исполнена лишь на 0,4%.

До 2000 года психиатрическая служба в республике была разобщена. Только в Уфе функционировали две республиканские психиатрические больницы и городской психоневрологический диспансер. Не было преемственности и этапности не только в организационных, но и в лечебно-диагностических вопросах.

Таким образом, организационные и экономические проблемы, накопившиеся к концу XX века, требовали разработки нового механизма деятельности психиатрической службы. С целью подготовки к реформированию была проведена паспортизация существующих психиатрических учреждений, сделан анализ пригодности зданий на соответствие санитарным нормам, сформировано предложение по улучшению материально-технической базы для последующего поэтапного перераспределения коечного фонда.

На первом этапе модернизации, в 2000 году, произошло объединение двух психиатрических больниц в Республиканскую психиатрическую больницу мощностью 3000 коек, которая располагалась в историческом центре города Уфы.

В 2000 году открыто единственное в то время в системе здравоохранения России реабилитационное отделение для военнослужащих горячих точек, прошедших Афганистан, Таджикистан, Югославию, Чечню и участников ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС. Впоследствии отделение также стало принимать ветеранов Великой Отечественной войны, сотрудников силовых структур, МЧС и членов их семей. За 16 лет прошли реабилитацию более 16 тысяч пациентов.

Реабилитационное отделение для военнослужащих

В 2001 году открыт Детский центр патологии речи и высших корковых функций. В 2002 году в больнице дополнительно были открыты три психиатрических отделения с круглосуточным телефоном доверия. В 2003 году открыта генетическая лаборатория для определения наследственной предрасположенности к психическим и психосоматическим заболеваниям.

На втором этапе была принята республиканская программа «Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи на 2003–2008 годы», в результате которой за счет сокращения коечного фонда больницы с 3000 до 1350 коек были открыты 15 психиатрических отделений в крупных районах и городах республики в составе ЦРБ и ЦГБ без дополнительного финансирования, только за счет текущих расходов.

В 2005 году Психоневрологический диспансер города Уфы наконец-то был присоединен к Республиканской психиатрической больнице. В результате объединения амбулаторного и стационарного звена была создана стройная система оказания психиатрической помощи, определено единое направление в работе службы, подготовке кадров и рационального использования бюджетных средств.

В 2005 году в больнице открыто отделение судебно-психиатрической экспертизы для лиц, не содержащихся под стражей. В 2006 году развернуто отделение принудительного лечения общего типа, в которое было переведено от 15 до 20 принудчиков из каждого психиатрического отделения. Таким образом, пациенты с криминальным прошлым не индуцировали спокойных больных и не имели возможности устанавливать тюремные порядки, что привело к созданию благоприятного климата в психиатрических стационарах.

Более того, с января 2007 года принудительное лечение общего типа стало проводиться в психиатрических стационарах ЦРБ и ЦГБ по месту жительства больных. Раньше все проходили принудлечение только в Уфе.

Одновременно с успехами оставался злободневным вопрос строительства новой больницы, что было осуществлено на третьем этапе модернизации.

Согласно Указу Президента Республики Башкортостан от 27 ноября 2004 года было принято решение о строительстве в загородной зоне больничного комплекса Республиканской психиатрической больницы на 1600 коек. В строительной документации были предусмотрены комфортабельные одно-, двух-, четырехместные палаты, блочная модульная система на основе проекта профессора Бориса Алексеевича Казаковцева – по 25 коек каждый, в среднем по 24–35 квадратных метров на пациента. И административный блок с кабинетами врачей и вспомогательными помещениями.

Типовой проект психиатрической больницы на 1600 коек общей площадью зданий 7 6,7 тыс. кв. метров, расположенной на 43 гектарах

Больница-«сказка»

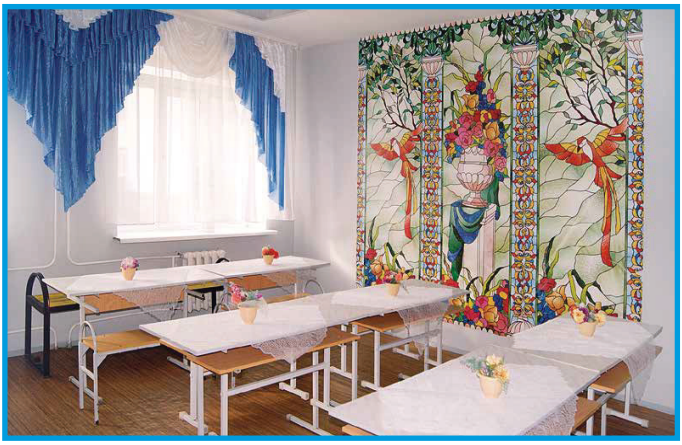
От начала строительства до торжественного открытия больницы в 2007 году была проделана огромная организационная работа. Построена новая дорога протяженностью 35 километров, соединяющая город Уфу с больничным комплексом, три 10-этажных дома для проживания сотрудников, расположенных рядом с больницей, организованы маршруты городского автотранспорта, закуплены автобусы для перевозки персонала, а также

Постановлением Правительства Республики Башкортостан установлена дополнительная 50% надбавка стимулирующего характера работникам экспертных судебно-психиатрических отделений и отделений принудительного лечения.

В 2008 году психиатрическая помощь в республике была окончательно децентрализована путем передачи психиатрических отделений в состав многопрофильных районных и городских больниц, на муниципальный уровень финансирования. Но выявились недостатки данной системы, в связи с тем, что каждое муниципальное образование строило свою собственную замкнутую систему здравоохранения с неравномерным распределением бюджета. Главы администраций и главные врачи больниц не уделяли должного внимания психиатрическим отделениям, финансируя психиатрию по остаточному принципу. В результате материально-техническая база ряда отделений пришла в плачевное состояние.

С вступлением в силу Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» все учреждения здравоохранения были переданы с муниципального на республиканский уровень, то есть прямое подчинение Минздраву Башкортостана, что позволило успешно перейти к завершающему этапу реорганизации психиатрической службы.

Была успешно реализована федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями на 2007–2011 годы», в результате которой доля пациентов, охваченная бригадными формами оказания психиатрической помощи, увеличилась на 28% – с 19% до 47%. В полтора раза снизилась доля нуждающихся в стационарной психиатрической помощи – с 14% до 9%. В два раза уменьшилась доля повторных госпитализаций в стационар – с 12% до 5%.



Дневной стационар

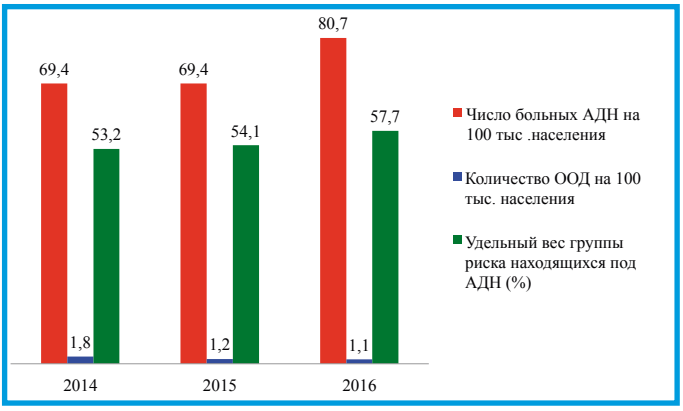
Ведомственная целевая программа «Реорганизация стационарозамещающих технологий в психиатрической службе Республики Башкортостан на 2010–2012 годы» позволила выполнить одну из главных задач реформирования здравоохранения – перевод дорогостоящей стационарной помощи

на более экономически выгодные амбулаторные виды. На начало работы программы в республике было всего 70 коек дневного пребывания. За три года в районах и городах поэтапно открылось 500 мест дневных стационаров психиатрического и 282 психотерапевтического профиля с одновременным сокращением круглосуточных коек.

Хоровая студия дневного стационара «Мы вместе!»

Хоровая студия дневного стационара «Мы вместе», которая выступала в 2016 году на Международном фестивале «Нить Ариадны» в Москве.

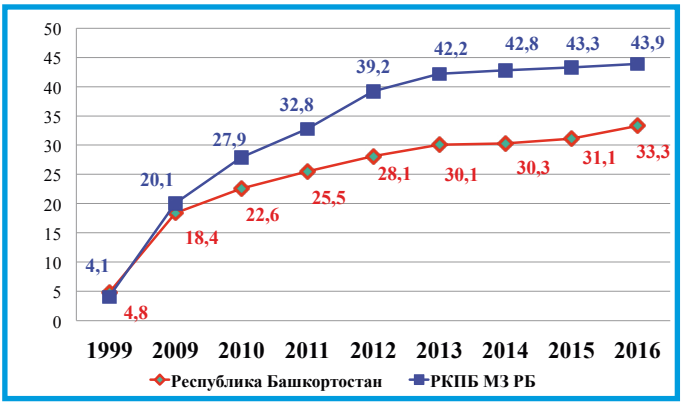
Проведенная модернизация позволила определить единые подходы, преемственность и этапность в организационно-методической работе в вопросах выявления и лечения психических больных. Эффективное и рациональное использование бюджетных средств путем соблюдения плановости приобретения и использования оборудования, медицинской аппаратуры, инвентаря, транспорта, проведение ремонтных работ. Достигнуты высокие показатели лечебно-диагностической работы, оборот койки увеличился с 3,2 до 5. Уменьшилась средняя продолжительность лечения на психиатрической койке от 100 до 69. Летальность в психиатрических стационарах снизилась в 10–15 раз (с 4,5 до 0,3).



Число пациентов группы активного диспансерного наблюдения (по годам)

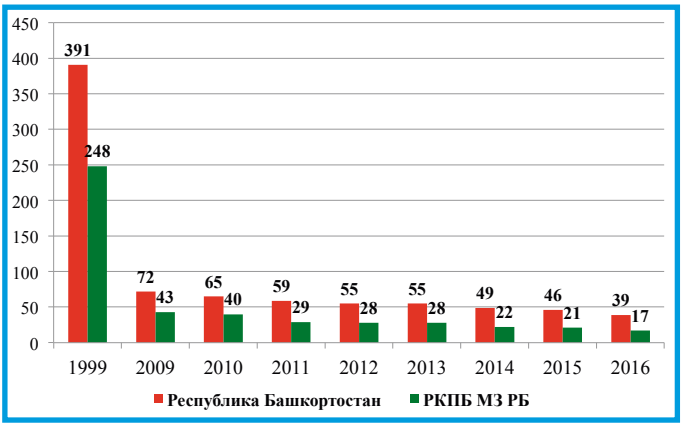
Группа риска составляет 58% от численности группы АДН. Строго соблюдаются нормы закона Российской Федерации «О психиатрической помощи». Все пациенты с острыми психотическими состояниями – это надо отметить обязательно – а также недееспособные госпитализируются в стационар по решению суда. Число пациентов группы активного диспансерного наблюдения на число больных АДН на 100 тысяч населения у нас 80,7. Количество УАД на 100 тысяч населения – 1,1. Удельный вес группы риска, находящейся под АДН, – почти 58%. Как говорит профессор Макушкина Оксана Анатольевна, этот показатель в психиатрических стационарах не менее 25%.

Доля недобровольно освидетельствованных в амбулаторной службе республики – 4,8, и в больнице – 4,1 (было в 1999 году). В 2016 году этот процент вырос: по республике стало 33,3, по нашей больнице (амбулаторная служба) – 43,9.



Доля недобровольно освидетельствованных в Доля недобровольно освидетельствованных в амбулаторной службе РБ и РКПБ МЗ РБ (%)

Пятнадцать последних лет мы вплотную занимались этим вопросом. Доля недобровольно госпитализированных в стационары республики и нашей больницы: в 1999 году по стационарам республики было 0,8, по больнице – 1,9; в 2016 году по республике этот показатель – 27,1, в нашей больнице – 36,6.



Летальность в психиатрических стационарах РБ и РКПБ МЗ РБ (по годам)

В 1999 году по нашей республике в психиатрических стационарах умер 391 человек, по ведущей больнице – 248. В 2016 году общее количество умерших стало 39 по республике, 17 – в больнице.

Психиатрическая помощь в республике оказывается двумя больницами – Республиканской клинической психиатрической больницей на 1350 коек (город Уфа) и Стерлитамакской психиатрической больницей на 400. Пятью межрайонными психиатрическими отделениями, 16-ю психиатрическими отделениями в составе центральных районных и городских больниц, то есть в многопрофильных стационарах.

В каждом районе функционирует кабинет психиатра. Развернуто психиатрических коек в республике – 3320, или 8,2 на 10 тысяч населения. В Приволжском федеральном округе – 8,7; РФ – 9,1.

По инициативе главы республики в 2012 году открылся Республиканский клинический психотерапевтический центр, в котором сегодня насчитывается 405 коек психотерапевтического профиля.

Республиканская клиническая психиатрическая больница – специализированное учреждение с общепсихиатрическим, психотерапевтическим, геронтопсихиатрическим, детским, реанимационным, инфекционным, туберкулезным, физиотерапевтическим отделениями, а также отделениями трудовой, военно-врачебной экспертизы, реабилитационным отделением для участников боевых действий в горячих точках, отделением судебно-психиатрической экспертизы и принудительного лечения общего и специализированного типа. Успешно функционирует медико-реабилитационное отделение, общежитие для лиц, утративших социальные связи, и дневной стационар.

Медицинская помощь оказывается по 39 врачебным специальностям, на современном медицинском оборудовании, включая магнитно-резонансный томограф.

Посещение цехов ЛТМ академиком РАН А.Б. Смулевичем

Для оказания амбулаторной психиатрической помощи жителям города Уфа развернуты семь амбулаторных психоневрологических отделений для взрослого населения и три отделения для детей и подростков.

В марте 2012 года начал функционировать современный типовой судебно-психиатрический корпус на 325 коек общей площадью около 16 тысяч квадратных метров. В структуре судебной психиатрии имеются два стационарных экспертных отделения, стражные – на 40 коек, бесстражные – на 50. Отделение амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы. Всего в 2016 году проведено 6574 экспертизы. На сегодняшний день развернуты три отделения принудительного лечения спецтипа (200 коек) и два отделения принудлечения общего типа (на 130 коек), одно из них женское.

Для реабилитации пациентов внутри корпуса функционирует швейный и картонажный цеха ЛТМ, обувная и столярная мастерские, студии художественного и прикладного искусства, тренажерные залы, комната религиозных обрядов и прогулочные дворики.

Для пациентов проводится православная служба

Хор пациентов отделений принудительного лечения спец. типа

Детское отделение развернуто на 65 койках, включая 10 коек совместного пребывания с родителями. Оказывает диагностическую, консультативную, лечебную и реабилитационную помощь детям в возрасте от 3 до 15 лет. Имеются кабинеты детского психотерапевта, медицинского психолога, логопеда, физиотерапии, сенсорные и игровые комнаты, зал лечебной физкультуры, библиотека, музыкальный зал и комнаты творчества.

Детский корпус

Мастер-класс по оригами проводит реабилитолог из Голландии

Детская площадка

Для обеспечения комплексного подхода к лечению детей с аутизмом создана единая база данных по республике. Утвержден лист маршрутизации детей и подростков с психическими расстройствами аутистического спектра. Введены методы Томатиса и транскраниальной магнитной стимуляции.

На протяжении многих лет активно применяется метод иппотерапии. Больница сотрудничает с Республиканским центром иппотерапии для детей-инвалидов.

На протяжении многих лет активно применяется метод иппотерапии. Больница сотрудничает с Республиканским центром иппотерапии для детей-инвалидов

В больнице разработана и применяется комплексная программа духовного развития для пациентов и их родственников по следующим направлениям:

- Музейное направление. Ежемесячно пациенты посещают различные музеи и выставки города Уфа.
- Художественное направление. Инструктора по трудовой терапии выявляют творческий потенциал пациентов.
- Музыкальное направление. В больнице проводятся вечера классической музыки и хорового исполнения. Пациенты принимают участие в городских, республиканских, российских, международных конкурсах.
- Физкультурное направление. Сотрудники и пациенты участвуют в городских, республиканских и российских спартакиадах.
- Театральное направление.
- Профориентационное направление. На базе швейного и вязального цехов лечебно-трудовых мастерских организована профессиональная ориентация.
- Выставочное направление. Работы пациентов присутствуют в художественных галереях города, республики и даже международных фестивалей. Выставка работ в художественной галерее «Беляево», город Москва.
- Скульптуротерапия. Около каждого лечебного корпуса больницы установлены скульптуры, которые сделаны руками пациентов и инструкторов по трудовой терапии.
- Анималотерапия.

Спектакль «Радость нашего дома»

Проводится совместная работа с Уфимским колледжем ремесла и сервиса по обучению пациентов специальности портной с последующим трудоустройством

Уфимские львы

Скульптурная композиция «Единение наций»

Анималотерапия. Знаменитые страусы

Четвероногие иппотерапевты

Подсобное хозяйство

Пациенты больницы принимали участие в Международном фестивале творчества «Нить Ариадны» в 2012, 2014 и 2016 годах и выступали в театрах им. Мейерхольда, Ермоловой, Джигарханяна, а также в психиатрических больницах города Москвы

Больница активно участвует в международных творческих и профессиональных проектах, в рамках которых проводятся видеоконференции с коллегами из Германии, Дании, Голландии, Канады, США и России.

Визит в больницу профессора Института музыки и театрального мастерства города Штутгарт Герди Собек

В работе Конгресса приняли участие более 900 делегатов со всех субъектов Российской Федерации, стран СНГ (Белоруссия, Украина, Армения, Молдавия, Узбекистан, Таджикистан, Казахстан) и Европы, главные специалисты психиатры министерств и департаментов здравоохранения субъектов РФ, главные врачи психиатрических больниц, руководители кафедр психиатрии медицинских вузов, представители силовых структур, общественных организаций, некоммерческих ассоциаций и др.

В мае 2016 года в Уфе состоялся VI Национальный конгресс по социальной психиатрии и наркологии «Общественное психическое здоровье. Настоящее и будущее». В работе конгресса приняли участие более 900 делегатов со всех субъектов Российской Федерации, стран СНГ (Белоруссия, Украина, Армения, Молдавия, Узбекистан, Таджикистан, Казахстан и многие другие) и Европы, главные специалисты-психиатры министерств и департаментов здравоохранения субъектов Российской Федерации, главные врачи психи-

атрических больниц, руководители кафедр психиатрии медицинских вузов, представители силовых структур, общественных организаций, некоммерческих ассоциаций и другие. В период проведения конгресса нашу больницу посетили около 400 специалистов, которые ознакомились с работой стационарного и амбулаторных отделений, лечебно-трудовых мастерских.

На конгрессе, по мнению руководителя Бюро по охране психического здоровья ВОЗ Мэтт Юджина, психиатрическая служба Республики Башкортостан получила высокую оценку, а больница признана не только лучшей специализированной больницей, клиникой не только России, но и стран СНГ и Восточной Европы.

В 2014 году Республиканская клиническая психиатрическая больница Республики Башкортостан на Всероссийском конкурсе «За подвижничество в области душевного здоровья имени академика Татьяны Борисовны Дмитриевой» признана лучшей психиатрической больницей России и награждена «Малой золотой бабочкой».

В 2016 году психиатрическая служба Башкирии признана лучшим регионом Российской Федерации по оказанию психиатрической помощи, награждена «Большой золотой бабочкой».

В 2016 году психиатрическая служба Башкирии признана лучшим регионом Российской Федерации по оказанию психиатрической помощи и награждена большой «Золотой бабочкой»

Конечно, наряду с достигнутыми успехами модернизации существует проблема организационного характера, требующая неотложного решения, которое, я думаю, мы продолжим этот разговор на круглом столе. Спасибо!

КАЗАКОВЦЕВ Б.А.:

– У меня очень короткий комментарий. Я хотел отметить четыре направления везения Рината Гаяновича в нашей психиатрической жизни. Во-первых, бог наградил его колоссальной работоспособностью. Во-вторых, ему повезло с медицинской географией. В общем-то, республика расположена так, что радиус обслуживания примерно одинаковый от Республиканской больницы. В-третьих, ему повезло с финансированием. И наконец, умелое сочетание процессов централизации и децентрализации в процессе рефор-

мы. Не нужно впадать в крайности и делать акцент на том или на другом. У него это умело использовано, в частности положение административной реформы, когда часть финансирования официально перешла на региональный уровень.

ШМИЛОВИЧ А.Л.:

– У меня есть, с моей точки зрения, деловое предложение. В 1973 году Приказом министра здравоохранения СССР академика Бориса Васильевича Петровского Томск стал школой передового опыта в области реабилитации психически больных. И до весны 1976 года было проведено пять 10-дневных семинаров для главных врачей и их заместителей всех психиатрических больниц страны, Советского Союза. И даже один семинар для главных медицинских сестер. Мне думается, что сегодня то, что мы не только услышали от Рината Гаяновича, но и то, что мы увидели на конгрессе, служит очень важным стимулом, для того чтобы такое предложение дать Министерству здравоохранения. Потому что именно передовой опыт, который демонстрирует Башкортостан, можно только внедрять, пощупав его, внимательно, неспешно обсудив, посмотреть все тонкости. Это было бы полезно для всей психиатрической службы страны. Спасибо!

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В МОСКВЕ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

КОСТЮК Г.П.*

– В моем докладе будут освещаться три блока вопросов. Первый – это инфраструктурно-организационный этап реорганизации психиатрической службы города Москвы, к завершению которого мы подходим. Второй блок будет касаться вопроса, который уже был частично озвучен, – это проблема пограничных психических расстройств и интеграция психиатрических и общемедицинских служб. И третий блок, если до него дойдет, – проблема поздней диагностики некоторых больших психических расстройств, с которыми мы сталкиваемся. Хотелось бы для начала напомнить о ряде европейских документов. В 2005 году была принята на уровне министров стран-участниц «Европейская декларация по охране психического здоровья». В 2013 году вышло два комплексных плана ВОЗ – один всемирный, а второй Европейского бюро ВОЗ (рис. 1).

Рис. 1. Инициативы ВОЗ в области психического здоровья

Сначала приведу выдержки из всемирного плана ВОЗ («Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг.»).

* *Костюк Г.П.*, д.м.н., профессор, главный врач ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ», главный внештатный специалист психиатр Департамента здравоохранения Москвы.

Первое: «Создавать службы психического здоровья по месту жительства, а также выездные службы, службы надомной помощи и поддержки, службы неотложной помощи, службы реабилитации по месту жительства и службы поддержки на дому». Вы видите, что здесь содержатся все те вопросы, о которых сегодня уже мы все говорили. И это то, чем сейчас занимается Москва (не только сейчас она стала этим заниматься).

Второе: «Организовать амбулаторное обслуживание в области психического здоровья и отделения психического здоровья во всех больницах общего профиля». А здесь мы уже касаемся темы интеграции психиатрической и общемедицинской помощи.

ВОЗ формулирует очень жестко: «Разработать поэтапный и подкрепленный бюджетом план закрытия психиатрических учреждений продолжительного пребывания и замены их поддержкой выписанных пациентов, находящихся по месту жительства в своих семьях». Это спорный момент. Какие-то страны очень далеко зашли, не уверен, что они не сожалеют об этом. Очень много связано с географией, с климатом, не везде это возможно.

И еще один пункт: «Включать оказание услуг в области психического здоровья и основные лекарственные средства в сферу медицинского страхования».

Что же сейчас происходит в Москве (рис. 2)? В Москве было 16 больниц и 24 ПНД, это были разные юридические лица, всего 40. И в 2011-м был спланирован, а в 2012 году произошел первый этап реорганизации, когда к больницам, которые были определены в качестве территориальных центров, были присоединены диспансеры и получились территориальные объединения по количеству прикрепленного населения от 3 миллионов 600 тысяч до 1 миллиона 300 тысяч. В самых маленьких объединениях было по 1 миллиону 300 тысяч населения, таких было три. А, например, Алексеевская больница присоединила к себе 3,6 миллиона населения.

Рис. 2. Реорганизация стационарного звена психиатрической помощи в г. Москве

После этого этапа реорганизации образовалось 6 территориальных психиатрических объединений с 21 ПНД, которые вошли в состав этих объединений, в качестве филиалов. В системе Департамента здравоохранения Москвы появилось 2 научно-практических центра. 6-я Детская психиатрическая больница стала Научно-практическим центром психического здоровья детей и подростков. Специализированная больница для пограничных психических расстройств «Клиника неврозов имени З.П. Соловьева» тоже стала Научно-практическим психоневрологическим центром.

В ходе этих преобразований появилось, по крайней мере, в рамках территориальных объединений единое видение, единые терапевтические подходы, появилась медикаментозная преемственность. Раньше больница достигала улучшения состояния пациента с одними лекарствами, пациенты переходили в диспансер, а там совершенно другой спектр антипсихотиков, в итоге сбои в терапии, обострения, повторная госпитализация.

За счет организационной преемственности удалось достичь того, что в течение 5 лет невостребованным оказалось порядка 40% коечного года – с 14 тысяч психиатрических коек в Москве по состоянию на 2010 год мы достигли уровня 8,6 тысячи. При этом я хочу подчеркнуть, что психиатрические койки в Москве всегда были загружены не на 100%. На сегодняшний день некоторые больницы загружены на 73%, 75%, 80%, т.е., несмотря на снижение числа коек, психиатрические больницы не перегружены.

И когда мы сравниваем число коек в разных субъектах Российской Федерации, то это не очень просто сделать корректно. Например, в Москве на сегодняшний день мест в интернатах в полтора раза больше, чем в больницах. И с 1 июля еще одно крупное учреждение на 900 коек перейдет в Департамент труда и соцзащиты (ДСЗН), и появится 900 дополнительных мест для социальных пациентов психоневрологических интернатов. Кроме того, в Москве существует еще 1700 наркологических коек, где-то они считаются в общем объеме, где-то раздельно. За рубежом все эти койки очень часто считаются единым блоком. И когда мы слышим про 130 или 160 германских или швейцарских коек на 100 тысяч населения, то надо понимать, что там психиатрические и наркологические койки считаются вместе.

В Москве в 2016 году было 8600 психиатрических коек, 12 300 коек в Департаменте труда и соцзащиты и еще 1700 наркологических коек. В Москве очень неравномерно распределились лечебные учреждения. На рисунке 3 красным показаны больницы, они сосредоточены в Восточном, в Юго-Западном, в Южном, Юго-Восточном и Восточном административных округах. И сложилась такая ситуация, когда больницы, которые находятся на юге, обслуживают населения Северо-Восточного административного округа. И это создавало очень значительные неудобства и для службы скорой помощи, и для пациентов, и для их родственников.

Кроме того, сложилась такая ситуация, когда применялись разные управленческие подходы и разные парадигмы, а принципиально прослеживалось две парадигмы – стационарозамещение и стационаросбережение. Для обслуживания населения в 1 миллион 300 тысяч одной больнице не хватало 900 коек, а другой было много и 500 коек.

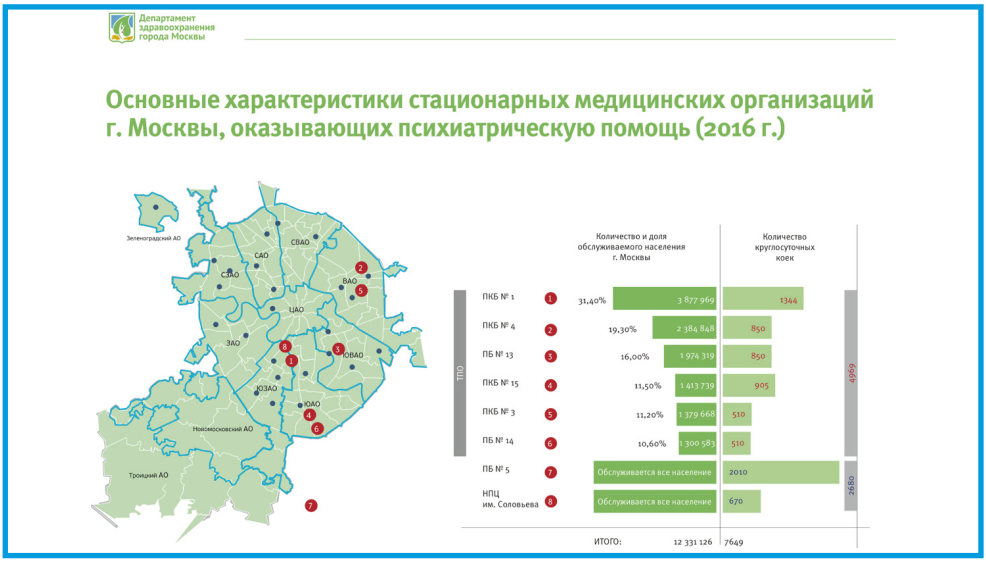


Рис. 3. Расположение психиатрический учреждений в г. Москве

Все эти вопросы были очень внимательно оцифрованы с самых разных сторон НИИ Организации Здравоохранения и Медицинского менеджмента. Этим занимался целый штат сотрудников – и экономисты, и кадровики, и специалисты в области организации здравоохранения – изучался опыт каждого территориального объединения. И в том числе опыт одного из объединений – 3-й Психиатрической больницы имени Гиляровского (ПКБ № 3), в которой в 2013 году был начат пилотный проект по внедрению всех положений Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах, который только вышел в 2012 году и к концу 2012 года прошел регистрацию в Минюсте. И как раз с 2013 года стали внедряться те новые возможности, которые были им предусмотрены: специализация мест дневного пребывания, отделения интенсивного оказания психиатрической помощи, медико-реабилитационного и дневного пребывания (бывшие дневные стационары).

Кроме того, была создана круглосуточная служба неотложной помощи – это выездная служба в рамках одного объединения со своей диспетчерской, с возможностью приема вызовов напрямую от населения. И все вызовы, которые поступали на «03», но носили не экстренный, а неотложный характер, передавались в эту службу. И на сегодняшний день она доказала свою эффективность, она сейчас получает распространение, тиражирование – больница имени Ганнушкина с прошлого года у себя организовала такую службу, с июля в Алексеевской больнице появится такая служба. И поскольку она не прописана в нашем Порядке, но она допускается Порядком о первичной медико-санитарной помощи, и она действительно показала свою эффективность, я буду просить Наталью Дмитриевну [Букрееву] рассмотреть вопрос о включении неотложной психиатрической помощи в наш Порядок. Мы готовы подготовить всю необходимую документацию, для того чтобы это могло произойти.

В ПКБ № 3 был также организован постгоспитальный мониторинг состояния пациентов после их выписки из больницы. В течение 3 месяцев, с определенной периодичностью, совершаются звонки близким, самим пациентам, уточняется состояние, осуществляется контроль приема лекарств, выполнение рекомендаций, посещение участкового врача, прохождение лечения в дневном стационаре или в одном из мест дневного пребывания.

За 3 года в результате внедрения такой модели общее число коек было снижено с 1015 до 510. При этом эти койки всегда были заполнены на 85%, из них 100 всегда были использованы под иногородних пациентов. Фактически под 1 миллион 350 тысяч прикрепленного населения было задействовано порядка 350 коек. Их хватало. Сократилось число дней пребывания с 37 до 29, общее число госпитализируемых пациентов. Сегодня звучали разные цифры. По-моему, звучал уровень госпитализации 70 человек на 10 тысяч. Мы пересчитывали на 100 тысяч. У нас в Москве сейчас порядка 312 на 100 тысяч. А мы перед собой ставим целевой показатель к 2020 году достичь 240 госпитализаций на 100 тысяч прикрепленного населения, доведя общую среднюю продолжительность госпитализации до 30 дней.

Я еще раз подчеркну, мы говорим о территориальных объединениях, в которых нет принудительного лечения, выведены за скобки (я надеюсь, они все-таки будут) паллиативные койки – это подготовка пациентов к переводу в интернат, и нет пациентов, которые годами блокируют койки, – социальных пациентов. Мы надеемся, что у нас сейчас, после перехода одной из больниц в ДСЗН, сложится такое число мест ПНИ, когда естественные процессы поступления и убытия оттуда будут сбалансированы, и они будут загружены оптимально – на 95–98% – не будет ни избытка, ни недостатка таких мест. И не будет очереди, соответственно.

Кроме того, мы ставим перед собой и другие задачи, связанные с показателями удовлетворенности пациентов и их родственников, с охватом психообразовательными и другими психосоциальными мероприятиями. И общее число пациентов, пролеченных в стационаре, мы планируем, не будет превышать 30 тысяч человек.

Конечно, основные преобразования, которые необходимо сделать, чтобы достичь перечисленных целей, – это расширение участковой службы. К сожалению, в Москве уменьшилось число психоневрологических диспансеров с 24 до 21. Это произошло в силу естественных причин – там было несоответствие зданий, они не могли эксплуатироваться, но на сегодняшний день мы увеличиваем число адресов для диспансерных отделений, это доложено мэру, мэром это поддержано, а после этого взято на контроль. Мы не говорим о психоневрологических диспансерах – это будут диспансерные отделения, но такие, которые по существу являются диспансерами. Увеличим их количество на 20 штук. И очень подробно (рис. 4) было спланировано их расположение с учетом естественных преград, чтобы сделать максимально эффективной доступность, чтобы она была в буквальном смысле шаговой.

Рис. 4. Карта психоневрологических диспансеров г. Москвы

На карте желтым цветом показаны существующие диспансеры. Если внимательно посмотреть, то видно, что есть очень большие пространства, просто колоссальные пространства, которые вообще не охвачены желтым. Оранжевым цветом показаны те места, где уже согласованы конкретные адреса, которые по своему размещению и по своей площади соответствуют санитарным требованиям, требованиям СанПиН, и где мы в ближайшее время будем разворачивать такие диспансеры. Здесь пока указано 12 адресов, но на сегодняшний день их уже 15, потому что работа идет непрерывно, и мы до конца года согласуем оставшиеся 5. Есть еще такие места на карте, которым мы не смогли подобрать нужные помещения, но эта работа проводится. Уже в августе будет введено три, а может быть даже четыре помещения.

Одно уже введено в Южном Бутово. Это целый городок на 300 тысяч жителей за МКАД. Там не было никакой амбулаторной психиатрической службы, пациентам приходилось преодолевать очень большое расстояние. Службу такую развернули прямо в поликлинике № 121. Эта поликлиника нам предоставила в безвозмездное пользование 850 квадратных метров на двух этажах. Там, что очень важно, нет никакой сепарации, все пациенты идут в одни двери, одними гардеробами пользуются, одна регистратура, одни коридоры. Самая большая трудность была на этапе согласования этого проекта – это предубеждения, страхи персонала, сотрудников этой поликлиники. И мы со своей стороны, конечно, тоже больше внимание уделяли тому, чтобы на этапе становления этого отделения (а мы его открыли в конце января этого года) не возникло каких-то случайных проблем, которые могли бы поставить под сомнение всю идею. На сегодняшний день отделение работает уже 4 месяца. И можно сказать, что оно состоялось.

Таким образом, мы предусматриваем существенное расширение амбулаторной службы, считаем, что она сможет взять на себя основную роль

в ведении наших пациентов, особенно диспансерной группы. И мы видим участкового врача основной действующей фигурой в новой системе оказания психиатрической помощи, которую, мы надеемся, нам удастся реализовать.

Анализ контингентов стационарных больных (рис. 5) показал, что по состоянию на 2015–2016 годы до 15% составляли пациенты социального профиля. Собственно говоря, этот анализ нас и убедил в том, что одна из больниц (которая, кстати говоря, еще недавно была на 1700 коек) может быть передана в Департамент труда и соцзащиты, и таким образом все пациенты социального профиля туда перейдут вместе с ней.

Рис. 5. Контингент пациентов психиатрических стационаров в 2015–2016 гг.

В этой связи я хотел бы привести цитату нашего знаменитого московского психиатра Сергея Сергеевича Корсакова; она, судя по тем сообщениям, которые делали сегодня руководители психиатрических служб разных регионов, сохраняет свою актуальность. Хотя в 1889 году, по мнению Сергея Сергеевича Корсакова, была уже не актуальна. Он говорит: «Постановка этого вопроса, впрочем, представляется уже до известной степени анахронизмом, – тогда, в конце XIX века. – В Германии и России этот вопрос уже считается давно решенным. Дело в том, что заведения для душевнобольных переполнены больными, из которых очень многие не требуют лечения, а только требуют жизни в специальной обстановке, со сравнительно небольшими приспособлениями. У таких больных вовсе нет необходимости жить в дорогостоящих лечебницах. Им можно жить в более простых и дешевых помещениях. Кроме того, многим из них необходимо быть чем-нибудь занятыми». Прошло немного времени, но актуальность, к сожалению, не прошла.

Итак, одна из больниц у нас перепрофилируется под решение задач психоневрологического интерната. Я хочу еще раз подчеркнуть, что и там и там психиатрические койки. И когда мы сравниваем количество психиатриче-

ских коек, то надо учитывать, что в некоторых регионах, например в Севастополе, вообще нет психоневрологических интернатов, а это сегодня тоже отдельный субъект Российской Федерации. Очень много регионов, которые испытывают большой дефицит психоневрологических интернатов, и, соответственно, этих пациентов держат у себя в больницах. Поэтому очень сложно сопоставлять обеспеченность койками, не учитывая фактор наличия мест в психоневрологических интернатах.

Одна из больниц, которая сегодня развернута на 510 коек, планируется как больница, которая будет выполнять функцию оформления в психоневрологический интернат. Это довольно длительный процесс – 6–8 месяцев. Есть пациенты, которые по своему клиническому состоянию нуждаются в социальной помощи, а не в активной лечебной помощи, но не могут быть переданы в интернат, потому что еще нужно пройти сложный путь оформления, и не могут быть выписаны, потому что утратили социальные связи. Для таких пациентов предполагается выделение отдельной больницы – это 14-я психиатрическая больница. Кстати, должен сказать, что и 14-я, и 15-я больницы в свое время и строились как психоневрологические интернаты, но были использованы как психиатрические больницы и 50 лет просуществовали в таком качестве.

Кроме того, в Москве планируется объединение 3-й и 4-й психиатрических больниц. Они исторически связаны друг с другом, находятся в непосредственной близости друг от друга. 4-я выросла из отделений для выздоравливающих пациентов Преображенской больницы – это первая в Москве психиатрическая больница. Но сегодня она носит имя Гиляровского и № 3.

Сегодня говорили уже про тревожные расстройства и в «Европейском плане действий по охране психического здоровья» о них говорится как об очень важном разделе психиатрии и вообще медицины, о том бремени, которое они несут. Напомню, что этот год ВОЗ посвятила депрессии. А Всемирный день здоровья (не психического здоровья, а здоровья), который был 7 апреля, проходил под девизом «Депрессия: давай поговорим».

И если мы вспомним про такое понятие, как «маскированная депрессия», то нельзя не отметить, что очень многие депрессивные расстройства проходят под соматической маской либо в форме вегетативных, соматизированных, эндокринных расстройств, либо в форме различных алгий. И конечно, такие пациенты в первую очередь приходят на прием к врачам-терапевтам, врачам общей практики. И европейцы, анализируя эту ситуацию, серьезно рассматривают возможность включения в подготовку врачей общей практики и в их лечебные возможности, в том числе медикаментозные, эту группу пациентов. Они прямо пишут: «Для подавляющего большинства людей с нарушением психического здоровья точкой первого обращения являются учреждения первичной медико-санитарной помощи». Сегодня об этом говорили уже несколько выступающих – и Зураб Ильич [Кекелидзе], и Николай Григорьевич [Незнанов]. И очень разное отношение к этому вопросу. Но, к сожалению, это факт, что такие пациенты идут не к участковому врачу-психиатру, не к психотерапевту, не к медицинскому психологу, хотя бы потому, что у них проявления соматические, алгические. Они идут к участковому терапевту.

«Обращение за услугами первичной помощи не сопряжено с выраженной стигматизацией, эти услуги доступны и позволяют осуществлять эффективные краткосрочные вмешательства, в частности, при таких распространенных расстройствах, как тревога и депрессия». Это 41 пункт в рамках Задачи № 3 Европейского плана действий по охране психического здоровья.

При этом европейцы говорят о том, что работников этого первичного звена медико-санитарной помощи нужно обучать, и необходимо располагать кадрами психиатров для обеспечения экспертизы и поддержки этого процесса. Очень подробно уделяется внимание этому вопросу, рассматривается, как это могло бы быть сделано.

Если анализировать ситуацию в нашем правовом поле, то статья 16 нашего Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» говорит, что «государством гарантируется психиатрическая помощь при оказании первичной медико-санитарной помощи». Казалось бы, речь идет о той самой первичной медико-санитарной помощи, которая оказывается участковыми врачами-терапевтами. Вот выдержка из 323 Федерального закона 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»: «Первичная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, терапевтами участковыми, врачами общей практики». При этом в 19 статье Закона «О психиатрической помощи...» говорится, что «право на врачебную деятельность по оказанию психиатрической помощи имеет только врач-психиатр», «установление диагноза психического заболевания является исключительным правом врача-психиатра».

У меня буквально неделю назад была дискуссия с профессором Бобровым Алексеем Евгеньевичем по поводу 3 пункта статьи 20 Закона «О психиатрической помощи...», где говорится, что заключение врача другой специальности носит предварительный характер, но вроде как она допускается. Но я хотел бы все-таки, чтобы мы обратили внимание на контекст и самой статьи, самого закона. Уже говорили о том, что он является очень часто сдерживающим. Он писался как закон, который охраняет граждан от государства. Мне кажется, что и раньше-то граждане с помощью психиатрии страдали вовсе не в такой степени, как это нам пыталась навязать «Женевская инициатива в психиатрии». А сейчас это точно выглядит анахронизмом.

«Заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья носит предварительный характер и не является основанием для решения вопроса об ограничении его прав и законных интересов...» – эта тематика вовсе не медицинская, а социально-правовая, причем с таким отчетливым духом того, что психиатрия якобы вмешивается в жизнь каждого гражданина, и нужно гражданина защитить от этой психиатрии.

Если всерьез рассматривать вопрос об интеграции психиатрической и общемедицинской, первичной медико-санитарной помощи, то нужно серьезно пересмотреть ряд положений, возможно, потребуется внесение изменений в закон. И не только в связи с этим вопросом, но и в связи с рядом других можно было бы рассмотреть целесообразность введения понятий «диагноз, влекущий социально-правовые последствия» и не влекущий таковых. К сожалению, в повседневной практике мы сталкиваемся с очень свое-

образным пониманием со стороны правоохранительных органов некоторых позиций нашего закона, поэтому введение такого разделения могло бы быть полезным.

И именно к данной категории диагнозов, то есть «диагноз, не влекущий социально-правовых последствий», нужно было бы отнести тревожно-депрессивные расстройства, и рассмотреть вопрос о законодательном закреплении возможности их диагностики и лечения в звене первичной медико-санитарной помощи. Конечно, здесь требует пересмотра и Закон об ОМС № 326. Также необходимо вносить изменения в образовательные программы.

Очень коротко рассмотрим еще один вопрос, который невозможно не затронуть – о проблеме шизофрении и своевременности ее диагностики.

На рисунке 6 графически изображен контингент больных, находившихся под диспансерным наблюдением в Алексеевской больнице в 2014–2016 годы. На гистограмме слева синий столбец – это впервые выявленная шизофрения, рядом гистограмма – состояние на конец года. Мы видим, что количество случаев впервые выявленной шизофрении сопоставимо с другими заболеваниями, в том числе и с умственной отсталостью. Я их сравниваю, потому что это все пациенты молодого возраста, с примерно одинаковой ожидаемой продолжительностью жизни, соответственно, одинаковые ожидания по накоплению этих пациентов в континууме. Из 91 тысячи пациентов в диспансерной группе, 61 тысяча – это больные шизофренией. Из них 51 тысяча состоит под диспансерным наблюдением.

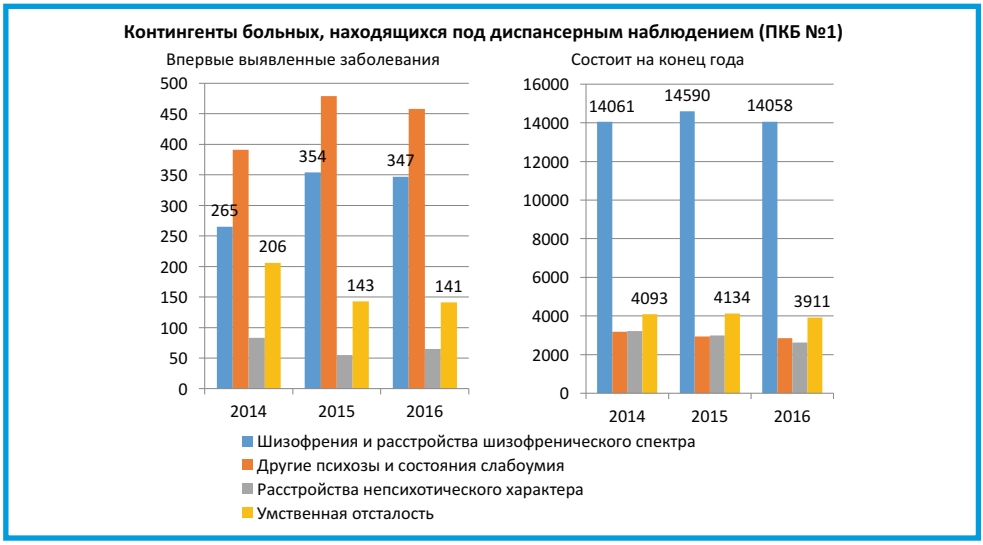


Рис. 6. Контингент больных из группы диспансерного наблюдения ПКБ № 1

То, что больные шизофренией накапливаются, – это вроде как понятно. Но в ситуации, когда у нас появляются психосоциальные технологии, новые лекарственные возможности, когда мы переходим от противорецидивной парадигмы в терапии больных психозами к парадигме социально-личностного восстановления (recovery), такая высокая инвалидизация этих пациентов,

на мой взгляд, является дефектом нашей работы.

Среди пациентов-инвалидов, во всяком случае, в Москве 67% – это пациенты, страдающие шизофренией. Причем в большинстве своем более 60% – это трудоспособные по возрасту пациенты. Чаще всего встречается 2-я группа инвалидности – 85%. В целом по психическим расстройствам 70% имеют вторую группу, с шизофренией ее имеют 85%.

Мы провели исследование – сплошной выборкой мы проанализировали пациентов, которым в 2016 году был впервые установлен диагноз «шизофрения», и таких в Москве оказалось 937. В работе приняли участие все психоневрологические диспансеры. И мы считаем, что охватили практически всех пациентов, которым такой диагноз был поставлен. Я хотел бы воспользоваться случаем и еще раз поблагодарить всех главных врачей и руководителей диспансеров за эту работу.

Из литературы мы знаем, что шизофрения – это болезнь относительно молодого возраста. Диагностика шизофрении чаще всего совпадает с возрастом 18–25 лет. Мы получили средний возраст верификации шизофрении 36 лет. При этом на момент постановки этого диагноза уже 70% пациентов не работали, из них 20% по инвалидности. То есть в течение года эти пациенты получили инвалидность. И другие показатели социально-демографического плана характеризуют уже скорее дефектное состояние, чем какие-то острые случаи. В 66% диагнозы были сразу установлены, в 34% случаев пациенты прошли через разные по продолжительности периоды других диагнозов, без упоминания диагноза «шизофрения».

Хотелось бы еще проанализировать разницу в диагностике в разных возрастных коридорах (рис. 7). Труднее всего диагноз «шизофрения» выставлялся в молодом возрасте – от 11 до 24 лет – только половина пациентов сразу получила этот диагноз. Но очень смело он выставлялся в возрасте 56–77 лет – 77% получили сразу такой диагноз.

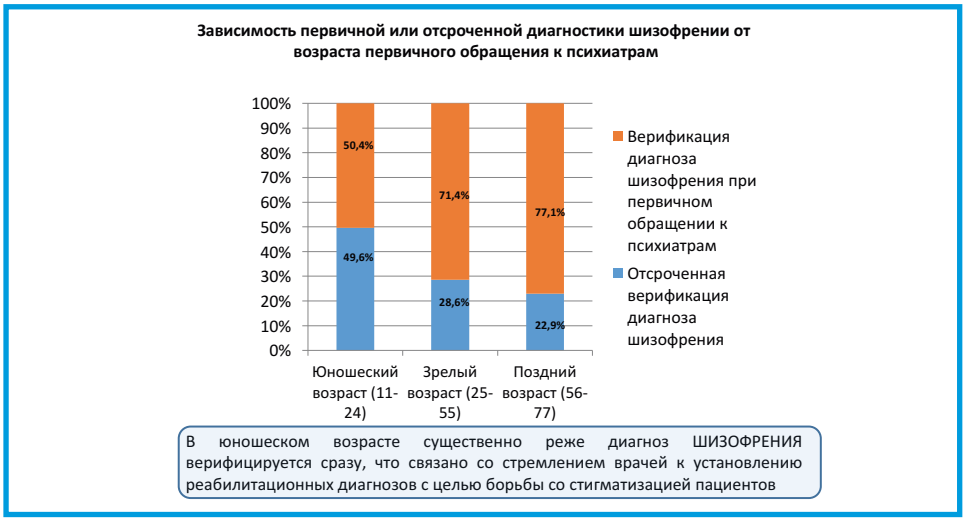


Рис. 7. Верификация диагноза «шизофрения» в разных возрастных группах

Мы хорошо знаем, что наиболее податливый период для лечения – это продромальный период и период манифестации. Учитывая те цифры, которые мы видим, тот возраст, в котором мы диагностируем это заболевание, следует признать, что, к сожалению, окно терапевтических возможностей нами утрачивается.

Новый директор Национального института психического здоровья Соединенных Штатов Америки в качестве основного или одного из приоритетных направлений своей деятельности в этой должности заявил развитие программы координированной специализированной помощи для пациентов с первым эпизодом психоза. В Соединенных Штатах существует целая линейка различных региональных программ. Они имеют очень большое распространение, они анализируются. Все они содержат четыре основных компонента – это фармакотерапия, поддержка трудоустройства и учебной деятельности, улучшение социальных навыков, психообразование членов семьи и психологическая поддержка пациентов. Это все те направления, о которых мы тоже упоминали.

В нашей стране действительно Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах, которым мы на сегодняшний день пользуемся, в большей степени заточен под диспансерную группу, под инвалидизированных пациентов. Пользуясь случаем, я обращаюсь к Наталье Дмитриевне [Букреевой] с предложением подумать и включить в новый Порядок положение об отделениях первого психотического эпизода.

КАЗАКОВЦЕВ Б.А.:

– Я постараюсь выступить коротко. Мысль о том, что врач-психиатр должен взаимодействовать с врачом общей практики, далеко не нова, она высказывалась еще и в Советском Союзе. И в то время участковый терапевт в отдаленных районах региона выполнял эти функции. Дело в том, что сейчас у нас изменилась ситуация. У нас повисли в воздухе, в законодательном смысле, психотерапевты. Может быть, именно из-за этого и уменьшается их число. А дело в том, что они с успехом могли бы выполнять роль врача психиатра-консультанта, которая есть во многих странах, и особенно в Великобритании. В Англии на душу населения приходится в 5 раз меньше психиатров, чем у нас, несмотря на то что и у нас наметилось некоторое снижение. У нас закона о психотерапии нет, но там, где организована работа психотерапевта в ЦРБ, эта роль психиатра-консультанта психотерапевтами уже выполняется. И я думаю, что здесь особых усилий не требуется, чтобы признать эту деятельность, узаконить ее, не трогая положения о том, что правовое значение имеет только диагноз врача-психиатра. И это будет вполне законно и всех устроит, и в первую очередь население. Потому что население, как практика показывает, больше доверяет все-таки психотерапевтам, чем врачам-психиатрам. Спасибо!

БУКРЕЕВА Н.Д.:

– Я бы хотела очень коротко высказаться по двум позициям. Во-первых, никакой закон не защищает население от психиатрии, он защищает пси-

хически больных от их недобросовестных родственников и иных граждан, претендующих на права наших пациентов. И с этих позиций я думаю, что установление психиатрического диагноза только врачом-психиатром играет основополагающую роль именно в качестве защиты пациента.

Во-вторых, безусловно, необходимо включить в Порядок правила об организации деятельности отделения первого эпизода. И не только его, а еще ряд других, об этом мы с вами поговорим на соответствующем круглом столе часом позже. Но надо не забывать о существующих реалиях. Эти отделения требуют достаточно высоких затрат на то, чтобы осуществлять в полном объеме необходимые лечебно-реабилитационные программы. Но мы с вами прекрасно знаем, и я вам хочу показать это на том же круглом столе, какова разница стоимости койко-дня в различных субъектах Российской Федерации. В Москве и в Питере и, например, в Дагестане – разница от 3 тысяч до 300 рублей. А еще надо учитывать затраты на поддержание этих больных во внебольничных условиях.

Существует 50% территорий, которые в своих перечнях ДЛО практически только на 30% пользуются современными лекарственными средствами, а есть территории (например, Северная Осетия), которые вообще не закупают современных лекарственных препаратов.

Поэтому нам нужно с разных сторон подходить к решению этой проблемы.

КОСТЮК Г.П.:

– Спасибо, Наталья Дмитриевна. И на сегодняшний день не все возможности, которые есть в Порядке, всеми одинаково используются. Но создавать такие возможности Порядком, наверное, все-таки следует.

СЕКЦИОННЫЕ ЗАСЕДАНИЯ

Вопросы операционного управления в психиатрии

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ГОРОДА МОСКВЫ: ОТ АУДИТА К УПРАВЛЕНЧЕСКИМ РЕШЕНИЯМ

МЕЛИК-ГУСЕЙНОВ Д.В.*

– Материал, который я хочу изложить в своем выступлении, – это ответы на вопросы, которые сегодня волнуют профессиональное сообщество: что же будет с психиатрической службой города Москвы? Как я уже говорил на открытии конференции, основные императивы концепции изложены в последнем номере журнала «Московская медицина», мы второй номер этого журнала полностью посвятили психическому здоровью, в нем собрана подборка аналитических материалов и в том числе изложена концепция и модели, которые получились в ходе проекта.

Мне хотелось бы также рассказать о том, как мы это делали, т.е. как мы пришли к этой концепции и какие получили на выходе результаты. Но сначала несколько слов о нашем институте. Институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента – это не какое-то непонятное заведение, пахнущее нафталином. Это очень прогрессивная консалтинговая компания, государственная компания, которая погружена в систему здравоохранения. Эта организация на сегодняшний день насчитывает порядка 400 человек, и эти 400 человек в разных направлениях трудятся. Это и оргметодотделы, все городские оргметодотделы мы погрузили в состав НИИ организации здравоохранения, практически все. Это и статистика. Сегодня НИИ организации здравоохранения является центром медицинской статистики в городе Москве. Мы собираем информацию со всех медицинских организаций: и государственных, и частных, и муниципальных, и федеральных. Сегодня это все концентрируется в руках нашего НИИ и наших экспертов. Это и научная работа, координация научной деятельности всех НИИ, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы и другие направления. В том числе есть так называемый информационно-аналитический центр, который занимался и продолжает заниматься проработкой концепции психиатрической службы города Москвы.

Как мы это делаем – тоже очень важный вопрос. Нас многие упрекают в том, что вы там что-то посчитали, кулуарно взяли цифры непонятно откуда. Нет. Все проекты, которые проходят через институт, проводятся по утвержденной методике. Это ГОСТовская методика, ей пользуются все институты,

* *Мелик-Гусейнов Д.В., к*.ф.н., доцент, директор НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента.

которые занимаются какими-то прикладными расчетами. Мы, кстати, сравнили эту методику с теми подходами, которые реализуют крупные консалтинговые компании из большой четверки типа McKinsey, Pricewaterhouse, Делойт, КПМГ. Мы все примерно говорим на одном и том же языке и в рамках одних и тех же этапов проектов реализуем свою деятельность. Разрабатываем дизайн, потом определяем источники информации, затем обрабатываем и анализируем эту информацию, моделируем решение и выдаем готовый продукт (рис. 1).

Рис. 1. Методология разработки проектов в НИИОЗММ ДЗМ

Когда мы начали работать по проекту психиатрии, мы поняли, что наших компетенций, т.е. клинических компетенций и управленческих компетенций, катастрофически не хватает, потому что психиатрия – очень сложная дисциплина и мультидисциплинарная система. Поэтому в проект, который мы назвали «Проект организации психиатрической службы города Москвы», мы включили очень много специалистов из других профилей. У нас были и экономисты, и юристы, и математики, и специалисты по функциональному моделированию, и специалисты, которые занимались кадровым аудитом и кадровым учетом, по инфраструктуре, по оборудованию. Специалисты, работающие с базами данных, – тоже был немаловажный момент, потому что много информации было на бумаге. То есть отчетность была написана от руки, и каким-то образом сопоставить, сравнить данные одной и другой медицинской организации было практически сложно. Сформировалась мультидисциплинарная команда внутри института и команда, которая была во внешнем контуре: это и главный внештатный специалист психиатр по взрослому населению, и главный внештатный специалист по детству, оргметодотдел

по психиатрии, независимые эксперты федерального, регионального и международного уровня также принимали участие в подготовке этого проекта.

Какие цели мы ставили на входе? Вернее, не мы ставили себе цели, нам цели поставил Департамент здравоохранения, потому что было очень большое количество жалоб, и финансовые моменты тоже оставляли желать лучшего, потому что ежегодно психиатрия лишь увеличивала объем потребляемых ресурсов, а эффект от этих ресурсов, в первую очередь финансовых ресурсов, был не столь очевиден. Итак, нам сказали: «Коллеги, требуется разработать концепцию развития психиатрической службы города Москвы». Когда я слышу такие слова – «концепция», «стратегия», меня всегда бросает в дрожь, потому что обычно это документ, который ни о чем, который вода, который какие-то общие тренды задает, но какие-то реальные шаги в рамках концепции и стратегии мы очень редко видим. Я имею опыт в написании концепции в федеральном Минздраве, в частности, концепция развития фармобеспечения до 2025 года и концепция развития вообще всей системы здравоохранения. Это такие общие тренды, общие месседжи, с которыми ты соглашаешься или не соглашаешься, но что делать дальше, эта концепция не раскрывает. Мы решили от этой парадигмы уйти и внутри той концепции, которую разрабатывали внутри института, нужно было провести аудит, то есть посчитать все, что у нас сегодня есть в психиатрической службе, всех участников, всю инфраструктуру обсчитать, лекарственное обеспечение, моменты, связанные с организацией кадровой работы и так далее.

Описать целевую модель – этап номер 2. То есть если мы представим себе некое пространство и в этом пространстве поставим две точки. Точка А – это там, где мы сейчас находимся и точка Б – куда мы хотим прийти. Это самое сложное. Самое сложное – рисовать конечные цели, какие они у нас как у профессионального сообщества имеют место быть, чтобы к 2020, 2025, 2030, не важно к какому году, мы к ним пришли. И вот, собрав коллегию экспертов, мы эти цели очень сложно, но нарисовали. В итоге был разработан план действий («дорожная карта»), как мы будем двигаться к этой поставленной цели. Мы изначально себе признались в наших грехах. Грехов у нас очень много в московской психиатрии было и до сих пор, может быть, есть, и основные из них мы представили на рис. 2. Самый главный недостаток – существующие инфраструктуры психиатрической службы не соответствуют потребностям города и, это признали все эксперты как однозначный факт, это не позволяет реализовать стационарозамещающие технологии. Мы все с вами понимаем, что стационарозамещение идет во всех плоскостях, во всех специальностях, и психиатрия здесь не исключение. А что мы имеем сегодня в плане инфраструктуры? Психоневрологические диспансеры открываются на первых этажах жилых зданий, очень сложно выстроена система взаимодействия между психиатрической больницей и прикрепленными к ней диспансерами. Все это очень архаично и было выстроено спонтанно, исторически накапливая все больше и больше проблем, погрешностей и некорректных отношений.

Еще один момент, тоже очень важный, который мы тоже, обсудив, признали, что это наш грех, – психиатрическая помощь, оказываемая медицинскими организациями, имеет существенные различия, если эти организации

сравнить друг с другом по эффективности. У нас несколько психиатрических больниц, и когда мы их все уложили в сопоставимые показатели, сложилось такое ощущение, что все лечат по-разному. Хотя есть стандарты, есть какие-то практики и так далее, но все лечат по-разному и в плане подхода к длительности госпитализации, и в плане эффекта, который получает потом Москва. Мы этот эффект сейчас вам тоже покажем. Конечно, когда мы только начали этим заниматься, то в первую очередь обратили внимание на инфраструктуру, из чего сегодня состоит психиатрическая служба города Москвы. Есть психиатрические больницы, к ним прикреплены психоневрологические диспансеры, есть специализированные медицинские организации, которые обслуживают пограничные расстройства, детское население. Есть психиатрическая больница, которая занимается принудительным лечением. Вся эта инфраструктура была тщательнейшим образом описана. Каждому показателю эффективности работы этой инфраструктуры были даны метрики, то есть измеримый индикатор, что очень важно. Потому что очень часто мы слышим от тех, кто занимается организацией здравоохранения: «Давайте там что-нибудь пооптимизируем». А что и как, как это измерить и какой будет эффект на выходе, никто почему-то эти цифры не озвучивает. Что уж говорить о том, что под этими цифрами даже никто не подписывается. Мы под своими цифрами подписались.

Рис. 2. Недостатки организации психиатрической службы города Москвы

Итак, когда мы это все изучили, стало понятно, что психиатрия в Москве представляет собой один из самых масштабных примеров, может быть, еще Питер сопоставим по своему масштабу, психиатрия в Москве – это многослойный пирог. Это не только медицинские организации, входящие в систе-

му Департамента здравоохранения. Это еще и Департамент соцзащиты с интернатами, Центр социальной адаптации, Центр социального обслуживания – там тоже есть наши с вами пациенты. Это и организации, не входящие в систему Департамента соцзащиты и Департамента здравоохранения: ведомственные, федеральные клиники, негосударственные психиатрические учреждения (рис. 3). Все это есть в Москве, и все эти организации, включая сеть московских стационаров и диспансеров, обслуживают почти локальный московский спрос.

Рис. 3. Учреждения, оказывающие психиатрическую помощь в Москве

Еще большая проблема, в которой мы сами себе признались и акцентируем на этом ваше внимание, – это источники информации. С одной стороны, их очень много, их порядка десяти, они нам дают информацию по инфраструктуре, по пациентопотокам, по коечному фонду, по кадрам, по финансированию. Но когда мы начали эти источники сопоставлять, допустим, Росстат и источники нашего внутреннего использования Департамента здравоохранения, Департамента соцзащиты или данные оргметодотдела по психиатрии, мы поняли, что, даже освещая одну и ту же проблематику, эти источники дают разные цифры. Как на разных цифрах можно делать управленческие решения? Тоже очень большая проблема, которую мы постарались в рамках нашего проекта решить и унифицировать подходы исчисления тех или иных индикаторов.

Потом анализировали зарубежный опыт. Тоже очень большая проблема, потому что много стран, у каждой страны есть свое видение того, как она представляет себе психиатрию в целом. Изучали канадский опыт, австралийский, французский, даже не побоялись замахнуться на итальянский опыт, где, вы

знаете, в недавнем прошлом были упразднены все психиатрические больницы, их там не существует. Мы поняли, что это не наш путь, но наиболее похожа по организации службы и самое главное – по финансированию сегодня система здравоохранения в Великобритании – Бевериджская система, где тоже есть в большей степени государственное финансирование всей системы, включая психиатрию. За точку сравнения такого best practice из зарубежного опыта мы взяли Великобританию, в частности, если мы говорим про Москву, взяли то, как устроена психиатрическая служба в Лондоне. Мы сравнивали не только, как они финансируют, но и какой эффект, какой выход от этого финансирования они имеют на душу населения, пролеченного в этих организациях, на количество пролеченных человек и так далее. Москва существенно отстает от показателей Лондона и по числу психиатрических коек (вернее, мы впереди планеты всей, но в сравнении с Великобританией у нас на 40% коек больше, чем у них), и по количеству госпитализаций в стационаре мы на 173% (я подчеркиваю эту цифру) чаще кладем пациентов в психиатрические больницы, чем это делают наши зарубежные коллеги. В плане соотношения стационарных и амбулаторных форм у нас сегодня стационарные формы преобладают (85 по отношению к 15), когда во всем мире, в том числе в тех международных документах, которые подписала Россия в плане организации более гуманного отношения к своим психиатрическим пациентам, это соотношение примерно 55/45, то есть 50 на 50 между стационарными и амбулаторными формами. Получается задача не из легких: как из нынешней ситуации выйти и дойти до качественной и эффективной помощи к 2020 году?

Мы скрупулезно проанализировали все койки, которые сегодня есть в психиатрической службе Москвы (рис. 4). Кто на этих койках лежит, что это за пациенты, какое количество коек у нас простаивает. Оказывается примерно 20% коек ежегодно у нас действительно стоит, и на этих койках в лучшем случае лежат пациенты, но это не профильные пациенты. Но даже когда мы погрузились в профильную госпитализацию, то выяснилось, что на психиатрических койках лежат пациенты, утратившие возможность самостоятельного проживания, лишившиеся семейной поддержки и ждущих (я подчеркиваю) перевода в психоневрологические интернаты, они составляют 10%. Этот процесс ожидания длится примерно полгода – от шести месяцев до полутора-двух лет. То есть полгода человек лежит, уже вышел из острого состояния, лежит и ждет, когда будут оформлены документы на перевод в ПНИ, что, на наш взгляд, нонсенс. Дорогая больничная госпитальная койка содержит этого человека, которому медицинская помощь на сегодняшний день уже не настолько необходима, как социальная помощь и социальная поддержка. И 19% пациентов – это пациенты в подостром состоянии. Госпитализация в стационарозамещающие подразделения была бы вполне возможна, но этих подразделений на сегодняшний день в том количестве, в котором они необходимы, в Москве нет. То есть примерно 30% (29%, если быть точнее) действующих психиатрических коек может быть адаптировано, может быть оптимизировано за счет изменения логики маршрутизации. Я еще раз подчеркиваю, что в термин «оптимизация» мы не вкладываем дефиницию сокращения. Мы не за сокращение коек. Мы просто за их более эффективное использование.

Рис. 4. Использование коечного фонда в психиатрических стационарах Москвы

Дальше еще интереснее. Начали сравнивать медицинские организации друг с другом. У нас несколько психиатрических больниц. Вы все их хорошо знаете. В частности, на рис. 5 приведено сравнение шести психиатрических больниц по данным 2016 года. Зеленым внутри указаны показатели по длительности госпитализации в количестве дней, которые зафиксированы в отраслевых стандартах. Эти стандарты, вы знаете, существуют, и мы все на них ориентируемся. Да, это федеральные стандарты; да, многие нам говорят, что стандарты – это минимум, на который нужно опираться, а если регион может и хочет дополнительно что-либо сделать, больше и лучше пролечить, чем это зафиксировано в федеральных стандартах, у вас есть деньги, можете передерживать пациентов сколько угодно. Тем не менее, стандарты вынуждены обязательно выполнить. Но выполнить стандарт, или выполнить сверхстандарт – это не значит получить эффект на выходе.

Когда мы начали сравнивать медицинские организации между собой по длительности пребывания пациентов в тех или иных нозологических профилях, мы выяснили, что есть больницы, которые почему-то держат пациентов, в частности по органическим психозам, 45 дней, а есть те, которые 70 дней лечат, и это все прикрепленное население. То есть такое ощущение складывается, что, допустим, на востоке Москвы население нужно подержать 70 дней, а где-нибудь на севере или северо-востоке Москвы почему-то нужно 45 дней продержать на койке. Какие объяснения этому можно найти? Только лишь объяснения внутренние, внутристационарные, как устроен процесс лечения и логистики этих пациентов. Конечно,

мы серьезно сравнивали клинические практики медицинских организаций и определили, что практически по всем нозологическим профилям у нас третья психиатрическая больница выглядит достаточно уверенно и хорошо в плане количества дней, которые тратятся на госпитализацию по тем или иным профилям. По деменции у нас четвертая больница была условным победителем этого сравнения.

Рис. 5. Сопоставление средней продолжительности госпитализации в психиатрических стационарах Москвы

Но мы сразу задали себе вопрос: а может быть, уважаемый главный врач третьей больницы выписывает пациентов пораньше, а дальше с ними происходит что-то совсем ужасное? Они госпитализируются повторно либо какие-то правонарушения происходят с их участием? Начали сравнивать этих пациентов, что с ними после госпитализации происходит. Здесь тоже оказалось, что у третьей больницы очень хороший результат (рис. 6). Это не подтасованная статистика, коллеги. Это данные из разных источников, которые очень серьезно прошли внутреннюю и внешнюю валидацию. В частности, первый график – количество выездов скорой психиатрической помощи по месту проживания прикрепленного населения. Смотрим все больницы и смотрим лучшую практику третьей психиатрической. На порядок меньше этих выездов, чем по остальным лечебным организациям. Следующий график – количество пациентов, госпитализированных для принудлечения в 2015 году от прикрепленного населения. Мы тоже видим, что по третьей больнице наименьшее количество принудлечения за отчетный период. То есть, выписывая раньше, третья больница получает почему-то лучше результат в итоге. Это ли не лучшая практика?

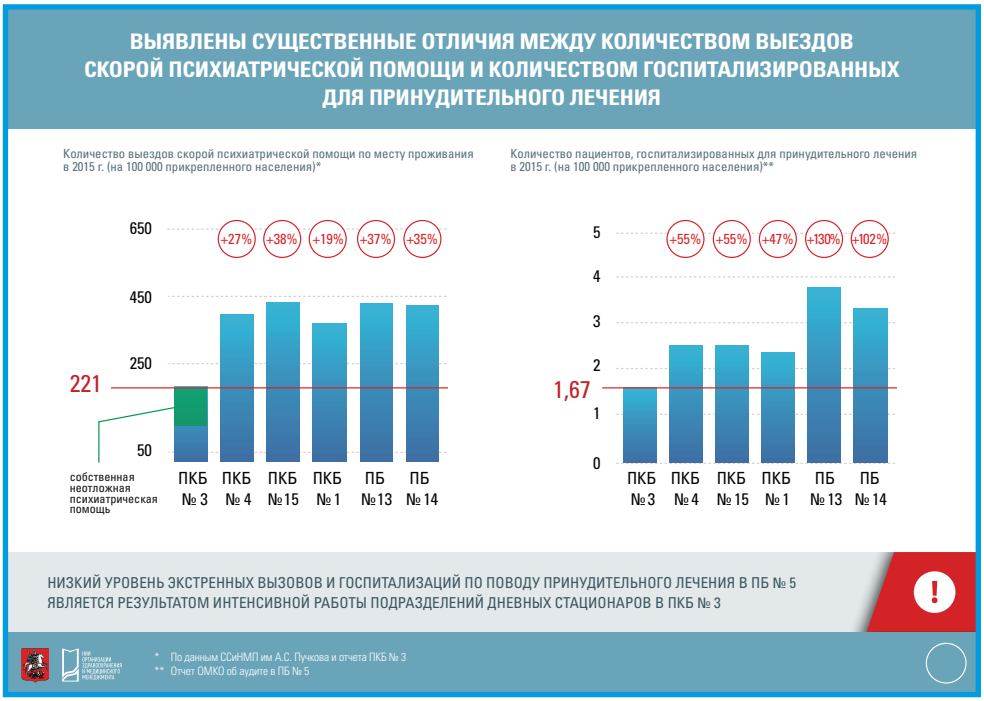


Рис. 6. Уровень оказания экстренной помощи и принудительного лечения на территориях, обслуживаемых психиатрическими больницами Москвы

Мы начали с этим тоже глубоко разбираться. Взяли практику третьей больницы и разложили, декомпозировали ее. Что же такое делает третья больница, почему у них выписывается пациент раньше и эффект от лечения лучше? Увидели там очень много интересных и нигде не используемых в Москве практик. Допустим, служба неотложной помощи, хороший и грамотно выстроенный дневной стационар, система мониторинга состояния пациентов после выписки из стационаров в этой больнице имела место быть и продолжает работать. Очень важно, что за пациентом после выписки кто-то следит и работает с ним. И, просчитав, мы определили некие ориентиры того, как должна развиваться психиатрическая служба, по каким метрикам, к каким лучшим показателям мы должны стремиться. Для этого мы провели целую стратегическую сессию, на протяжении нескольких дней мы спорили до хрипоты голоса, куда вообще мы идем, какую службу мы строим. Есть лучшая практика, Георгий Петрович со своей третьей больницей, есть общемировые тренды, есть историческая правда Российской Федерации в отношении психиатрической службы и дальше у наших экспертов возникли развилки в головах. Развилка туда пойти или туда пойти (рис. 7).

Я для примера первую развилку сейчас вам озвучу, о которой шли очень жестокие споры. Два выбора: «Для повышения качества лечения в психиатрии требуется разработка протоколов и алгоритмов для принятия стандартизированных решений в однотипных ситуациях». То есть первый путь – это

уйти в стандартизацию и создание алгоритмов. И второй путь, который нам указывают эксперты: «Психиатрия – это особая отрасль, которую невозможно загнать в алгоритмы. Требуется индивидуальный подход, к каждому решению требуется творческий подход врача». Вокруг этих развилок мы до сих пор спорим. Тем не менее зеленым выделено то, за что сегодня голосует профессиональное сообщество подавляющим большинством голосов. А профессиональное сообщество голосует за стандартизацию, за создание полипрофессиональных бригад, команд специалистов, которые объединены единой целью, за психиатрическую службу, которая обеспечивает восстановление трудовых навыков, за необходимость развития видов и объемов приносящей доход деятельности. Психиатрические больницы хотят зарабатывать дополнительные внебюджетные средства. Почему нет?

Рис. 7. Стратегические развилки пути построения психиатрической службы

В рамках стратегической сессии мы также с уважаемыми коллегами, и я очень благодарен им за это, определили ценности психиатрической службы. Кто-то сейчас скажет, что это какая-то такая банальщина, философия, поиграли в слова. На самом деле это очень важно, чтобы мы все были с вами в едином пространстве и ценили то окружение, тех коллег, тех пациентов в рамках системы ценностей: партнерство, профессионализм, открытость, эффективность, стремление совершенствоваться и так далее.

Я не буду долго останавливаться на данных стратегической сессии, но на KPI (сейчас это модное слово, индикаторы эффективности), которые сами себе представители психиатрической службы города Москвы поставили к 2020 году, я хочу остановиться. Они сказали: «Мы хотим быть

такими. Мы хотим, чтобы длительность лечения в дневном стационаре была 45 дней. Мы хотим, чтобы длительность лечения в круглосуточном стационаре была 30 дней. Уровень летальности в стационаре не больше 0,07%. Уровень госпитализации прикрепленного населения круглосуточный стационар не более – 240. 0% необеспеченных рецептов на лекарственные препараты». То есть будущее психиатрической службы Москвы при помощи уважаемых коллег главных врачей, экспертов московских, федеральных, международных, мы оцифровали, и теперь по каждому критерию мы понимаем, что нужно подтянуть, где нужно поднапрячься, чтобы тот или иной индикатор эффективности был рано или поздно достигнут, а все индикаторы должны быть достигнуты к 2020 году соответственно.

В результате у нас родилась модель, причем не одна модель, а многослойная модель, которая включает в себя: функциональную модель (то есть описание бизнес-процессов внутри психиатрической службы), организационную модель (структурное описание самой службы), кадровую модель, инфраструктурную (то есть здания, помещения, кто, где, как находится) и финансовую самую главную модель. И вот все эти модели – это многослойный пирог, каждая не живет своей жизнью, а все они сопряжены друг с другом, они работают вместе как куб данных, отвечающих за один и тот же индикатор эффективности.

И вот что получилось на выходе (рис. 8). В центре ядра, так называемого, территориального психиатрического объединения, находится психиатрическая больница. Центр компетенции, ключевых навыков, знаний, передовых технологий и экстренного скоропомощного лечения. К психиатрической больнице присоединяются так называемые диспансерные кластеры. Эти кластеры включают в себя 4 модуля, и в среднем они рассчитаны на 1,2 миллиона прикрепленного населения. Один из модулей главный. Он включает в себя все необходимые для реабилитации и патронажа пациентов функции, такие как диспансерное отделение, дневной стационар, отделение интенсивного оказания психиатрической помощи и так далее. И три модуля внутри этого кластера сопровождающие, поддерживающие, но они физически приближены к месту, где проживает пациент. То есть родилась трехуровневая система оказания медицинской помощи в психиатрической службе Москвы. В квадратных метрах и в кадровом обеспечении тоже все просчитано. И когда нам говорят, что вы своими решениями спровоцировали вопрос изменения статуса пятнадцатой психиатрической больницы и теперь она из больницы превращается в психоневрологический интернат, и бедные врачи, что им сегодня делать. Коллеги, психиатрическая служба Москвы катастрофически нуждается в кадрах: и во врачах-психиатрах, и в других специалистах. Поэтому говорить о кадровом профиците на сегодняшний день не приходится. Кадры – очень болезненная задача, которую Георгию Петровичу и его команде придется в ближайшее время решать, чтобы эта вся картинка начала работать. Без подготовленных кадров это лишь красивые картинки.

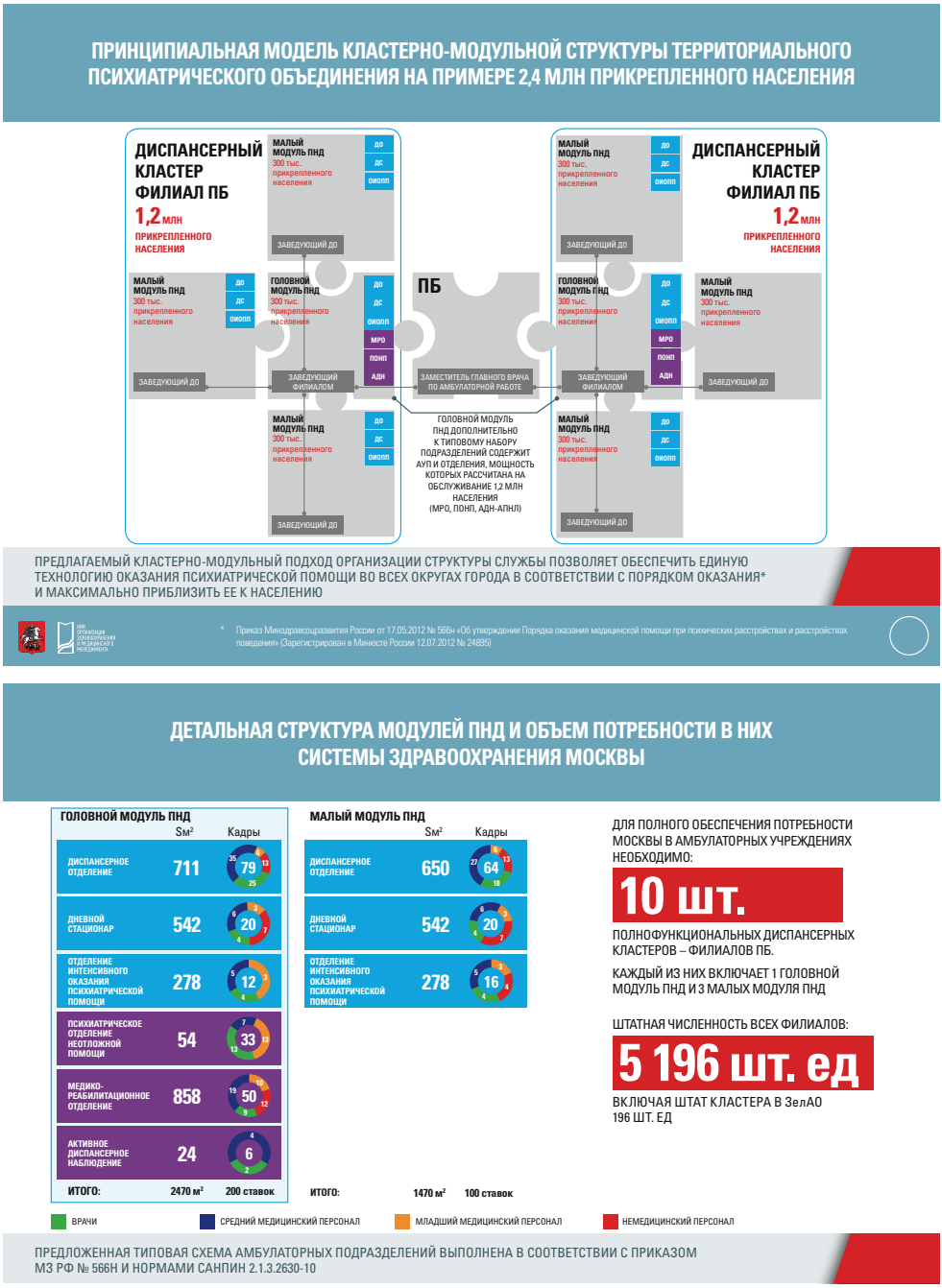


Рис. 8. Модель кластерно-модульной структуры ТПО

И вот как это у нас получилось на выходе (рис. 9). Мы создали модель психиатрической службы, которая в себя включает три ключевых центра, которые работают с прикрепленным населением. Это центр – третья и чет-

вертая психиатрические больницы с четырьмя модулями, это психиатрическая больница номер один с тремя модулями и психиатрическая больница тринадцать с тремя модулями. Остальные медицинские организации, оказывающие психиатрическую помощь, заточены под конкретные потребности, в частности, клиника неврозов, принудительное лечение, помощь детскому населению. Эти организации мы оставили как есть. Некоторые организации – 14 больница, 15 больница не выводятся из психиатрической службы города Москвы, они остаются внутри психиатрии, но перепрофилируется, и койки, которые на сегодняшний день имеют место быть в этих больницах, не включенных в эту концепцию, отдаются уже под психоневрологические интернаты. В этих интернатах, в этих койках безумная потребность сегодня у Москвы. Пациенты от полугода до полутора лет лежат в психиатрических больницах и ждут, когда их переведут в психоневрологический интернат.

Рис. 9. Модель структуры коечного фонда ТПО к 2020 году

Затем мы нарисовали «точку Б», то есть куда мы идем, и к этой «точке Б», конечно, нужно было проработать тактический план (рис. 10), чтобы это произошло не резко, чтобы мы не проснулись завтра в новой Москве, новой стране. Бах! – и у нас с первого числа новая психиатрия тут родилась. Постепенно, шаг за шагом, год за годом будут проводиться соответствующие изменения. Если у вас есть возможность дать обратную связь, если у вас есть желание каким-то образом поучаствовать в разработке этой концепции, потому что концепция это живой организм. Это не значит, что мы нарисовали и забыли. Внешние факторы очень часто заставляют нас пересматривать даже стратегические планы. Мы будем очень признательны, если эту обрат-

ную связь вы будете нам давать, и мы обязательно это все будем учитывать в наших материалах. На этом я ставлю запятую. Буду рад ответить на ваши вопросы. Спасибо.

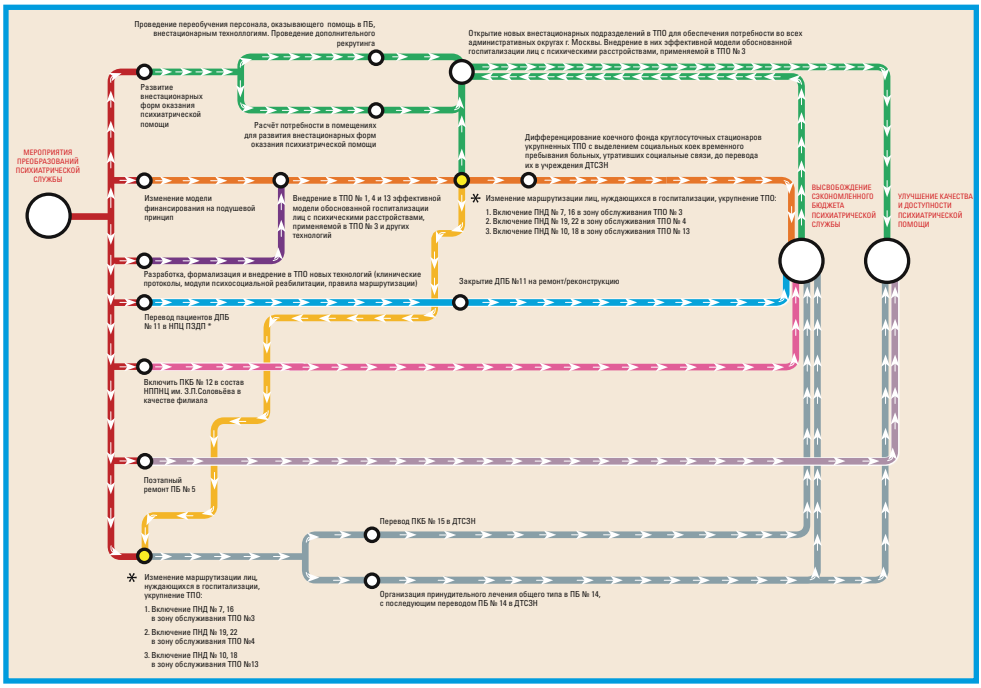


Рис. 10. План реализации проекта преобразования психиатрической службы

КОСТЮК Г.П.:

– Спасибо большое, Давид Валерьевич. Уважаемые коллеги, у нас предполагается режим круглого стола, обсуждение. Прошу не стесняться.

БОБРОВ А.Е.:

– Я в продолжение, может быть, в развитие дискуссии. Вы обозначаете реформу как системную. С точки зрения системы, мы должны знать, что является обратной связью. Совокупность – это фигура с многими окончаниями этих индикаторов. Все-таки вы берете какие-то индикаторы за ключевые, ограниченные и понятные? Это раз. Второй момент. Беретесь ли вы в рамках организационной реформы каким-то образом воздействовать на внутреннюю организацию работы лечебно-профилактических учреждений? Здесь вы действительно правильно говорите, что образование – очень важная вещь, но как бы мы не поставили телегу впереди лошади. Ведь сначала надо подготовить людей, инфраструктуру, а потом уже делать пересадку.

МЕЛИК-ГУСЕЙНОВ Д.В.:

– Понятно. Спасибо большое за вопросы. Про индикаторы. Их много, этих индикаторов, и, очевидно, одним, двумя, тремя обойтись невозможно, потому что под каждое состояние, под каждый профиль пациента нам нужен был отдельный разработанный, пул индикаторов. Все эти индикаторы представлены в работе, так что я бы просто сейчас не хотел глубоко погружаться в их обсуждение, хотя, конечно, я считаю, что очень важно коллегиально эти вопросы обсуждать. Но это выстраданные вещи, поверьте. Главный специалист здесь присутствует. Он помнит, как мы это все неоднократно обсуждали, и до сих пор в этом вопросе не поставлена точка, какие же индикаторы эффективности по тем или иным профилям мы имеем. Конечно же, повторные госпитализации, правонарушения на основе психических расстройств и так далее, – наверное, это очень общие индикаторы, которые мы представляем всей службе, и здесь споров быть не может. Когда мы уже спускаемся в клиническую часть, в плоскость конкретных профилей, там есть моменты, которые стоит обсудить. Что касается образования, категорически с вами согласен. Не случайно сейчас запускается проект «Московский врач», который заставляет нас найти лучших из лучших и этих лучших из лучших наделить не только деньгами, дать им не только дополнительные деньги к ежемесячной зарплате, но еще дать им возможность карьерного роста, чтобы вокруг себя эти люди, отвечающие самому высокому стандарту в плане своей квалификации, собирали коллективы, чтобы они были тьюторами, наставниками, учителями для этих специалистов.

Менять систему федерального образования Москве, как и другим субъектам Российской Федерации, не под силу. Это федеральные стандарты, образовательные я имею в виду, это очень долго, и, наверное, пройдет не один год, может быть, пять, а может быть, даже десять лет, чтобы наша система базового образования каким-то образом была адаптирована к существующим потребностям. Но Москва на своем уровне может принять решение, и это решение было принято – о создании проекта «Московский врач». Георгий

Петрович со своей командой подготовил пул вопросов. Эти вопросы будут публично представлены в ближайшее время на сайте департамента. Каждый психиатр, не только психиатр (там не только психиатры, но и другие специалисты, кардиологи, терапевты), кто угодно может зайти по своей специальности в этот информационный массив, прочитать, ответить на вопросы и дальше уже быть поощряем и поддерживаем в плане какого-то карьерного социального движения. Но этот вопрос очень острый. Я согласен, что одной только Москвой, своими попытками его не сдвинешь с места.

БОБРОВ А.Е.:

– И еще один момент. Поскольку мы занимались первичной сетью в соотношении с психиатрической службой, от 40% до 50% больных, поступающих в психиатрическую больницу, поступают из поликлиник, в частности от неврологов и от участковых врачей. Поэтому эта система, на мой взгляд, неотделима от реформы общей медицины. И вот здесь одно из слабых мест или больных пунктов.

МЕЛИК-ГУСЕЙНОВ Д.В.:

– Соглашусь и здесь. На самом деле мы этот вопрос тоже учитывали. У нас даже сейчас идет, я бы не сказал, что это эксперимент, но тем не менее мы пробуем в рамках многопрофильного поликлинического объединения (у нас оно есть в Бутово) оказывать диспансерно-амбулаторную помощь психиатрическим больным. В связке находятся многопрофильные амбулаторные объединения с психиатрической службой, на одной площадке в одном здании. Нас многие за это критикуют. Тем не менее мы это пробуем и до конца года уже дадим представление, что же у нас получилось в этом плане. Спасибо за ваше замечание.

БОЕВ О.И.:

– Добрый день! Давид Валерьевич, я представляю Ставропольский край. Мне очень понравилась амбициозная задача в целевых показателях – 30 дней средняя длительность лечения. Я хочу дать небольшую обратную связь, каким образом мы выстраивали среднюю длительность лечения, от чего отталкивались и какие возникли трудности. Когда мы просчитывали среднюю длительность лечения, мы взяли стандарты и просчитали количество пациентов с нозологией и посчитали, какая должна быть средняя длительность лечения, учитывая стандарты, оказалось, что она должна быть у нас в нашем учреждении около 40 дней. С учетом и пациентов на принудительном лечении, и соматогериатрического отделения, и пограничных, и общепрофильных, и всех остальных в среднем по больнице, с учетом стандарта и нозологии. У нас на тот момент было 52. Что мы сделали? Поставили задачу привести койко-день к некому стандарту, потому что действительно существуют ресурсы снижения, есть ряд пациентов, которые перележивают. Об этом вы говорили. Мы поставили задачу, просчитали, целевой показатель – 43 дня, и полтора года мы уже идем к этому показателю. Я вам хочу сказать, что в течение трех месяцев мы пришли к целевым показателям ежемесячным. Годовой

показатель был разбит на ежемесячный, еженедельный, составлялись отчеты, была разработана форма еженедельного отчета для контроля, и таким образом через три месяца мы уже вышли на уровень 43 дня. Конечно, не очень удобно считать среднюю длительность по больнице с учетом соматогериатрических пациентов. Они сильно оттягивают назад, но у нас получается так, что в пограничном отделении – 18 дней лечения, острые общепсихиатрические пациенты с хроническими формами – до 45 дней, иногда до 60, в среднем выходим на 43 дня. Подтверждаю, что это реально, тем более что изменение этого показателя находится в компетенции заведующих отделениями и вообще медицинской команды. Они знают, кто перележивает, они знают, кого попросили полечить дольше, они знают, что если необходимо быстрее купировать состояние, то надо чуть больше уделить времени, чуть чаще поставить капельницы, назначить другие препараты, и таким образом интенсификация лечения происходит, и показатели растут. Тем самым увеличивается оборот койки. Ну и на вопрос «что-то в вашем крае обеспеченность не очень высокая, не среднероссийская», я говорю: «Вы посмотрите функцию койки, и тогда станет ясно, почему у нас такая обеспеченность». Спасибо.

ХОЛМОГОРОВА А.Б.:

– Я бы хотела вернуться к рис. 7. Я вижу здесь, как у нас часто это бывает в России, дихотомические позиции, то есть поляризованные позиции или мышление. Мне вчера пришлось быть на семинаре, который вел почти Аарон Бек (создатель когнитивно-бихевиоральной терапии, которая, как известно, в психосоциальной реабилитации сейчас собой представляет базовый метод), его ближайший сподвижник Артур Фриман. Мы как раз обсуждали проблему в Америке, их историю внедрения протоколов лечения. Он сказал, что, конечно, мы предались очень большой крайности в свое время, введению жестких протоколов лечения, и сейчас мы за это расплачиваемся более низкой квалификацией сотрудников, которых надо учить, как скручивать гайки и так далее. При жестких протоколах нет необходимости думать. Здесь дихотомия – это протоколы и индивидуальный подход, когда каждый все знает, но есть что-то промежуточное. Поскольку мне пришлось руководить грантом по исследованиям эффективности психотерапии, и за три года мы изучили большой массив зарубежных исследований, я хочу сказать, что за рубежом общий тренд ухода от жестких протоколов. Поэтому хочется предостеречь.

Во-первых, очень важно, что происходит такое обсуждение. Мне очень интересно, есть ли в зале психологи. Мы очень важные участники этого процесса, потому что без участия психологов, социальных работников с такой огромной реформой не справиться. Психосоциальная реабилитация предполагает широкую часть психологов, но мы как-то не привлечены к участию, а это очень важно, как мне представляется. Хотелось бы поприветствовать такое широкое обсуждение этой проблемы. Оно назрело. Может быть, раньше нужно было такую конференцию провести.

Еще очень хочу сказать о необходимости возвращения кабинетов в первичную медицинскую сеть. Я работала в первом кабинете неврозов города Москвы, который был создан Центром психического здоровья в 1989 году,

и наш институт профилактики там работал. Вы знаете, хлынули потоки людей, которые сидели по щелям. Сколько лет прошло, и кабинеты были в 2000-х годах закрыты. Мы обучали врачей. За два года сейчас утрачены уже эти специалисты. Как так у нас получается? Создаем и организуем, вкладываем ресурсы, а потом все делаем заново.

МЕЛИК-ГУСЕЙНОВ Д.В.:

– Насчет дихотомии согласен, что истина где-то посередине, но эта середина очень условная. Все-таки мы пытаемся создать помощь массовую и доступную. Для каких-то специфических случаев, для эксклюзивных проявлений, сложных клинических моментов – да, должны быть индивидуальные подходы. Но если мы говорим про типичный случай, если мы говорим про массовую медицинскую помощь, финансируемую из государственного бюджета... вы пообщайтесь со страховыми компаниями в той же самой Америке, насколько страховые компании придерживаются тех алгоритмов, которые у них есть. Да, они, может быть, расплачиваются снижением квалификации своих врачей, но у нас снижаться дальше некуда. Дальше дно. Потом постучат снизу. Нам нужно, наоборот, сделать так, чтобы помощь и алгоритмы были защитой пациента, защитой врача от тех или иных неправомочных действий. Эти неправомочные действия генерируют сегодня существенный финансовый убыток системе. Это такая точка зрения, дискутабельная.

КОЖУХОВА:

– Кожухова Эльвира, Калининградская область. Скажите, пожалуйста, какой у программы «Московский врач» источник финансирования? Это стимулирующие выплаты, больницы или это финансы города Москвы?

МЕЛИК-ГУСЕЙНОВ Д.В.:

– Это финансы города Москвы. Это бюджет города Москвы. Мэр выделил грант на проект «Московский врач», и это бюджетные средства.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УПРАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

ЧЕРЕМИН Р.А.*,
МЕРКЕЛЬ В.А.**,
СТАРОДУБЦЕВ С.В.***

– Добрый день, уважаемые коллеги! У меня немножко провокационная, не юмористическая, но презентация может показаться не очень серьезной. Она намеренно сделана в таком несколько провокационном стиле, поскольку у нас круглый стол, мы хотим побеседовать, подискутировать на спорные темы. Хотя я себя ловлю на мысли, что с момента как я пришел (я немножко задержался) на это мероприятие, я постоянно плаваю. Потому что есть некоторые выступления, которые вдохновляют, и ты думаешь, что вот наконец это те люди, которые разделяют твои позиции и которые думают точно так же, и вроде бы уже не о чем говорить. И вдруг возникают вопросы, когда ты видишь абсолютно противоположное мнение, взгляды и подходы. Я презентую опыт работы в психиатрической больнице № 10, из которой мы все родом. Я имею в виду команду Владимира Ааронович Меркеля, который нас вдохновлял в течение многих лет. Я считаю, что этот опыт достоин того, чтобы им поделиться. Несмотря на то, что редко когда я презентовал эти материалы, они вызывают удивление и мнение, что этого не может быть, потому что этого не может быть никогда, но это было и хотя бы поэтому это достойно внимания.

Больница, на базе которой мы обкатывали современные технологии управления медицинской организацией (они были оценены сторонними аудиторскими компаниями и деятельность, была признана и Российским обществом психиатров, которое давало грамоту за определенные заслуги в работе в рамках московской психиатрии, мы были номинантами уже не раз сегодня упоминавшегося конкурса «За подвижничество в области душевного здоровья»), психиатрическая больница № 10 была стандартизирована по международным стандартам ISO 2001–2008, вошла в топ-10 медицинских психиатрических организаций в 2011 году. Все это говорит о том, что это правда и это может быть. Таким эпиграфом сегодняшнего моего выступления я бы назвал недавно в поле зрения попавшую метафору, что сейчас на рынке конкурируют не товары и услуги, а конкурируют стили и системы управления. Поэтому

* *Черемин Р.А.*, к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина» ДЗМ.

** *Меркель В.А.*, Заслуженный врач РФ, главный врач ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ».

*** *Станислав С.В.*, врач-психиатр, организационно-методический и консультативный отдел по психиатрии ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы.

нужно не просто начинать менять свой стиль управления, а менять его прямо сейчас. Когда мы говорим об управлении, то подразумеваем скорее всего управление качеством. Если возвращаться к таким традиционным взглядам на обеспечение качества медицинской помощи (рис. 1), то мы понимаем, что речь идет о качестве структуры, качестве процесса и качестве результата. Сегодня эта тема поднималась в докладе наших кемеровских коллег.

Рис. 1. Составляющие качества медицинской помощи

Если мы обратимся к тому как на сегодняшний день урегулированы, прежде всего законодательно, подходы к управлению качеством, то мы увидим, что достаточно подробно и детально прописаны требования к соблюдению порядка оказания психиатрической помощи, которые подразумевают определенное качество структуры, те подразделения, которые должны работать, штатное расписание, специалисты и так далее. Мы знаем о том, что нормативными документами Минздрава регламентированы требования к качеству той помощи, которая оказывается медицинскими организациями вообще и понятно, что психиатрическими учреждениями тоже. Но вот если мы поищем какие-то нормативные документы, которые бы жестко регламентировали качество процесса, то мы понимаем, что, в общем-то, именно здесь имеется определенный пробел. И, на мой взгляд, именно поэтому мы имеем то, что имеем. Несмотря на формально единое научно-правовое поле, в котором работают медицинские организации одной и той же специализации, тем не менее, качество оказываемой помощи оказывается существенно разным. И это как раз то, о чем сегодня говорил Давид Валериевич, то, что было обнаружено в ходе аудита психиатрической службы города Москвы.

И сегодня мы, наверное, видели, что разные регионы показывают разные результаты. Это ярко демонстрирует то, что формально вроде бы мы все учились примерно по одним учебникам, заканчивали одни и те же кафедры и имеем в своих руках примерно одни и те же лекарственные средства, понимаем, как нужно проводить диагностику, творчески относимся к оценке состояния

пациента, но тем не менее результаты все время получаем разные. Требования Минздрава к результатам, которые мы должны достичь, они достаточно привлекательные, они настолько простые и примитивные, что достичь их не представляется большой сложностью, но вряд ли они устроят пациентов. А те федеральные клинические рекомендации, которые существуют на сегодняшний день, они как раз далеки от алгоритмов, которые, может быть, вызывают опасения, но именно в связи с этим они малоприменимы в деятельности любого учреждения. Поскольку каждое учреждение, работая в своих условиях, порой не в состоянии их применить, либо эти клинические рекомендации не дают четкой программы действий. Они, конечно, ушли дальше, чем медико-экономический стандарт, но, тем не менее, у постели пациента они не дадут ответа на вопрос, какой следующий шаг нужно сделать доктору. Таким образом, если требования к обеспечению качества структуры и результата хоть как-то регламентированы у нас, то подходы к регулированию качества процесса на сегодняшний день носят добровольный характер. И если мы говорим об этих подходах, то мы знаем о том, что любое учреждение вправе, может на основе федеральных клинических рекомендаций создать локальные клинические протоколы. Существуют, кроме клинических протоколов, определенные подходы и международные стандарты в области управления. Есть так называемые принципы Total Quality Management – тотального управления качеством, принципы бережливого производства, инструменты стратегического менеджмента, риск менеджмента, бренд-менеджмента, HR-технологии по формированию эффективной команды, кооперативного духа, о которых очень редко можно услышать, когда мы говорим с коллегами из медицинской сферы, особенно из государственной медицины. Кстати сказать, для медиков, которые работают в частном секторе, все эти слова достаточно близки, они понимают, о чем идет речь, и охотно об этом дискутируют.

Так почему же все-таки разные учреждения дают разные результаты? Я пытаюсь вас подвести к выводу, что если мы имеем какие-то вещи, четко регламентированные законодательно, а есть какие-то вещи, которые остаются на усмотрение учреждения, то есть его руководителя, следовательно мы лишний раз получаем доказательство правоты гуру в области управления Д. Джурана, который говорил, что «85% проблем, возникающих в работе, определяются системой, процессом, и поэтому за них ответственны менеджеры, то есть руководители. Только 15% проблем возникает по вине непосредственных исполнителей», то есть тех, кто, как говорится, стоит у станка. Подробно изучив эти технологии в психиатрической больнице № 10, которая на сегодняшний день стала уже психоневрологическим интернатом и успешно в этом направлении движется, в свое время задалась вопросом, почему бы нам не попробовать и не применить международное требование к управлению медицинской организации на своей практике. Когда мы начали изучать этот вопрос, то выяснилось, что на самом деле существует большое количество систем управления, и возникла проблема выбора, что выбрать на сегодняшний день. Существует масса различных моделей управления качеством. Общепризнанным стандартом таким универсальным, который применим всегда и везде, является стандарт серии ISO 9001:2005 «Системы менеджмента качества». ISO – это международная организация, которая сформулировала требование к управлению качеством,

при следовании которым можно достигать более высоких результатов в любой отрасли. Требования стандарта системы ISO 9001 применимы как к производствам, которые производят сгущенку или вагоны, точно так же они могут быть применены к медицинскому учреждению, которое имеет все равно последовательно выстроенные процессы. И если они будут урегулированы между собой, то учреждение, имеющее выстроенную систему управления, будет достигать более высоких результатов. Но какую бы систему управления мы ни использовали, все они в своей основе имеют международный принцип Total Quality Management, следование которому может помочь руководителю учреждения достигать более высоких результатов. Принципы TQM – это лидерство, ориентация на потребителя, максимальное вовлечение персонала, использование процессного, системного подхода, принцип постоянного улучшения своей деятельности, принятие решений, основанных на фактах, и взаимовыгодные отношения с поставщиками.

А дальше я попытаюсь вам кратко показать, как мы использовали, как мы интерпретировали в своей практической работе вот эти требования или освоили это поле. Если говорить о первых трех принципах – лидерство, ориентация на потребителя, вовлечение персонала, то квинтэссенция идей, которые лежат в основе этих принципов, заключается в том, что успех учреждения, которое идет по пути стандартизации, по пути внедрения принципов TQM, заключается в работе с персоналом. И сегодня об этом много говорилось. Может быть, это будет выглядеть пиром во время чумы, когда мы скажем о том, что нам не хватает персонала, но тем не менее, даже при его наличии, это еще не решает проблемы. Для того чтобы достигать высоких результатов, персонал должен превратиться в команду единомышленников, которые объединены общими ценностями, которые разделяют тот путь, по которому идет учреждение, которые работают не только за зарплату и за премию, а имеют высокую внутреннюю мотивацию, работая в учреждении. И на сегодняшний день на самом деле это огромная проблема, потому что не всеми принимаются те изменения, которые происходят, например, в московском здравоохранении. К счастью, существуют люди, которые разделяют, и у которых эти подходы вызывают резонанс.

Буквально после первой половины конференции ко мне подошел молодой специалист, который слышал мое выступление недавно в Первой Алексеевской больнице, сказал: «Боже мой, ну наконец-то хоть кто-то начал об этом говорить. Я настолько признателен, что те мысли, те идеи, которые у меня в голове, оказывается, их кто-то тоже разделяет». Если мы будем иметь в своем активе как раз тех профессионалов, которые внутренне хотят идти по этому пути, чувствуют, разделяют эти ценности, то тогда у нас все будет получаться. Само собой это не получается, и мы попытались сформулировать четыре шага по формированию лояльной команды. Это те мероприятия, произведение которых внутри учреждения помогают создать из просто сотрудников такую лояльную команду, разделяющую ценности и принципы, по которым мы идем. Это формирование корпоративной культуры, уникального бренда организации, это четкое определение целей и задач учреждения, это создание понятных критериев оценки персонала, проведение регулярной процедуры оценки. Это принятие управленческих решений, основанных на полученных объективных результатах.

Когда мы говорим о формировании корпоративной культуры, уникального бренда, это по сути флаг, это тот маяк, который должен вести людей, работающих в организации. Квинтэссенцией его является формулировка миссий, видения, ценностей организации. Не зря один из гуру менеджмента говорил, что нужно постоянно напоминать сотрудникам о базовых ценностях компании, чтобы быть уверенными, что они их понимают, разделяют, реализуют на практике. Очень важно не просто их сформулировать, а ежедневно возвращаться к ним, потому что именно ценности организации, которые сформулированы, не просто декларированы и висят на стенке, а которым следуют сотрудники, если они действительно интегрируются и станут частью их мировоззрения, только тогда команда может выиграть и достигнуть каких-то высоких результатов. В частности, в 10-й психиатрической больнице, на которую я ссылался с самого начала, мы пытались сформулировать ключевые принципы общения с клиентами, пациентами и родственниками (рис. 2).

Рис. 2. Пример формулирования принципов общения с пациентами

Второй шаг – определение целей и задач учреждения. Сегодня мы и от коллег из Кемерово, и в докладе Давида Валерьевича слышали о том, что очень важно определить цели и задачи не аморфно, не эфемерно, не просто в виде каких-то месседжей и трендов. Необходима формулировка целей по принципам SMART, это один из принципов стратегического менеджмента, когда цели, к которым мы стремимся, должны быть конкретными, измеримыми, достижимыми, значимыми, ограниченными во времени. Аббревиатура SMART как раз это обозначает. В своей работе мы активно использовали такой инструмент стратегического менеджмента, как свод и анализ, когда взвешивали сильные и слабые стороны наших позиций, оценивали риски и возможности развития организации, для того чтобы двигаться в том или ином направлении. В частности, свод и анализ на базе 10-й психиатрической больницы неоднократно

использовался для того, чтобы решать эти вопросы с развилками, к примеру, внедрять вопрос автоматизации или нет. Для определения целей и задач в клинике использовались такие подходы, как анализ главных бизнес-процессов со стороны руководства – ежегодно подавался отчет руководителю, который проводил анализ. Ежегодно не позднее января утверждался план на следующий год, и периодически при возникновении каких-то серьезных сомнений в том, куда двигаться организации, либо при возникновении новых обстоятельств мы проводили внеплановые встречи, приглашая не только административный совет, но и, допустим, заведующих отделений, врачей, чтобы принять какие-то ключевые, судьбоносные для учреждения решения.

Рис. 3. Пример формулирования качеств сотрудников

Третий шаг – создание понятных критериев оценки персонала и проведение процедуры оценки. Этот момент, который в менеджменте не вызывает сомнений, порой вызывает сопротивление у людей, работающих в сфере медицины. На мой взгляд, формирование понятных для людей критериев оценки является очень привлекательным ориентиром, они понимают, чего от них ждет руководство. И работая по понятным правилам, становится просто легче работать. Когда мы говорим о критериях оценки, то мы их разделяем на так называемые компетенции, которые логически вытекают из ценностей организации. То есть те качества, которые мы приветствуем среди наших сотрудников. И формирование перечня ключевых показателей эффективности, которые мы приветствуем при их достижении. Они, естественно, логически вытекают из целей организации в области качества, они охватывают как показатели выполнения государственного задания, так и менее очевидные, но совершенно понятные для медицинской организации, например, такие показатели, как летальность или количество осложнений.

В качестве примера привожу на рис. 3 те компетенции, которые мы сформировали, это те качества, которые приветствуются и оценивались ежегодно в нашем коллективе. Методика оценки производилась разными способами.

Во-первых, иногда это была перекрестная оценка сотрудников подразделений их руководством. В оценке врачей участвовали все врачи. Как правило, руководителей структурных подразделений оценивали начмеды, допустим. И единственный опыт у нас был, это оценка всего коллектива с помощью «Методики 360 градусов». Тогда мы привлекали профессиональную компанию и с помощью веб-интерфейса проводили такую фактически поголовную оценку персонала, когда каждый сотрудник имел возможность оценить своих коллег по горизонтали, свое руководство и своих подчиненных. В результате мы получили огромное количество таких красочных отчетов и в дальнейшем использовали их для принятия управленческих решений.

Когда мы говорим о ключевых показателях эффективности, то они возникают путем декомпозиции стратегических целей, сформулированных для организаций, и вырабатываются для каждого структурного подразделения, для каждого сотрудника, который работает в этом структурном подразделении, в зависимости от его должностных функциональных обязанностей. Например, KPI заведующего отделением складывается из работы койки, оборота койки, проведенных экспертиз качества медицинской помощи, летальности в отделении, числа дефектов лечебно-диагностического процесса, активности организации реабилитационной работы. А врача-ординатора – из выполнения функций врачебной должности, числа дефектов лечебно-диагностической работы, летальности, числа расхождений диагнозов, числа повторных госпитализаций в течение 30 дней. Ну и в зависимости от оценки результативности и оценки компетенций мы периодически проводили такую глобальную оценку сотрудников (рис. 4). По оси x – значение достигнутых ими ключевых показателей эффективности, а по оси y – оценка по профилю компетенции. В результате можно было выделить сотрудников четырех групп. Те, кто в правом верхнем углу, получают все высокие оценки, – это гордость учреждения, которые высоко ценятся коллегами по работе и достигают высоких результатов. В третьем квадрате сотрудники, которые имеют высокие оценки компетенции, но почему-то результатов высоких не дают, это заставляет задуматься о том, что, может быть, это уже наставники, которые не в состоянии активно выполнять работу по рутинной медицинской деятельности. В квадрате два, как правило, еще не признанные таланты, которые дают много результатов, но пока не имеют высокой оценки компетенции. Либо здесь могут оказаться сотрудники с тяжелым характером, которые не признаны в коллективе, но тем не менее показывают высокую эффективность. В четвертом квадрате – сотрудники, которые пока недотягивают до притязаний организации в плане своих личностных характеристик, так называемых, мягких навыков, умения строить команду, и не показывают высоких результатов. Такая разбивка с помощью нехитрой технологии дает в руки руководителю инструмент, с помощью которого он может задуматься, подумать над судьбой каждого сотрудника и понять, то ли место он занимает, и, может быть, выработать какие-то решения именно для него. Именно поэтому в конце года мы делали такое ежегодное послание каждому сотруднику, они получали в закрытом конверте письмо, в котором отражались сильные его стороны и те неудачи, которые в течение года руководство наблюдало, с призывом работать и дальше более успешно на своей ниве.

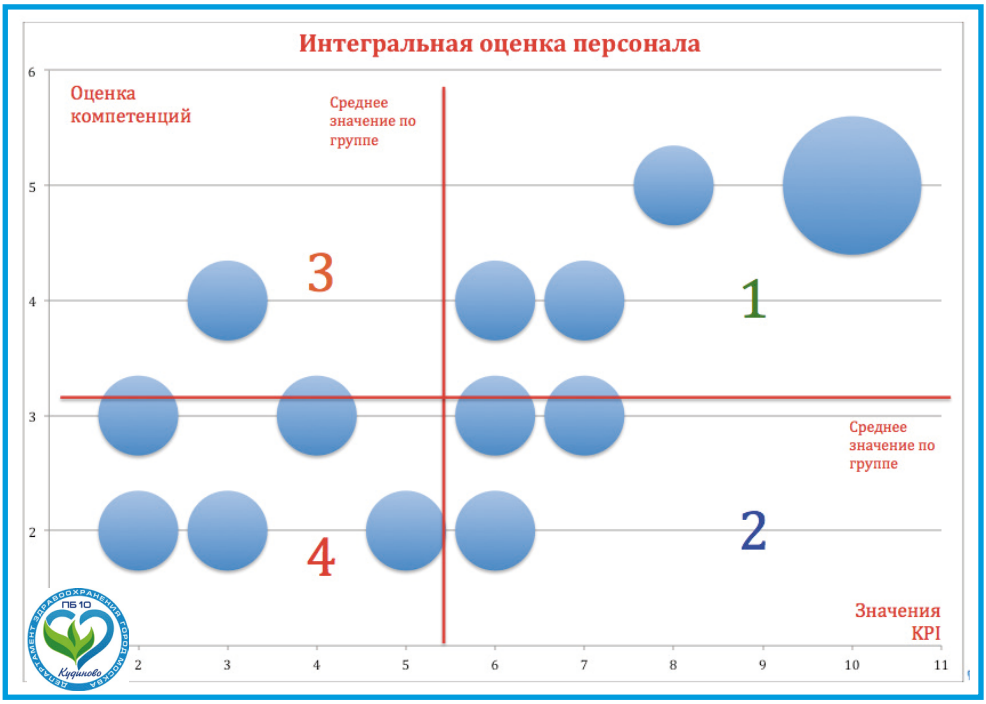


Рис. 4. Интегральная оценка персонала

И наконец, четвертый шаг. Те оценки, которые проводятся руководством, должны находить отражение в каких-то управленческих воздействиях. Поэтому именно на основе этих оценок проводилась ротация, формирование руководящего резерва, формирования рабочих групп для решения конкретных задач, поощрение результативных и лояльных сотрудников. То есть разделение премиальных вознаграждений тоже производилось, исходя из этих результатов оценок.

Итак, мы говорили о том, как могут быть применены принципы управления TQM в плане принципов лидерства, ориентации на потребителя, привлечения персонала. Дело в том, что эти принципы, почему я так подробно говорил, они описаны, но они не дают руководителю понимания о том, какой инструмент использовать. Например, наши ставропольские коллеги используют принципы TQM, которые переложены в требованиях стандартов премии Правительства Российской Федерации. В 10-й психиатрической больнице эти принципы были внедрены на базе стандартов в серии 9001:2015. Какую систему управления качеством выберут или не выберут руководители других учреждений, будет зависеть от них. Но самое интересное, что ни в одном стандарте не дается такого рецепта на всю жизнь, какие инструменты использовать. То есть понятно, куда двигаться, но как двигаться и что использовать – непонятно.

Итак, переходя к принципам процессного, системного подхода, принципам постоянного улучшения принятия решений, основанных на фактах, мы еще раз возвращаемся к Эдварду Демингу, который говорит, что любая дея-

тельность может рассматриваться как технический процесс и поэтому может быть улучшена. Я, может быть, жестко сказал, что требования и стандарты ISO могут быть использованы для чего угодно, хоть для изготовления сгущенки, хоть вагонов, хоть медицинского учреждения. Я предполагаю, что это может вызывать неоднозначный резонанс в душе, но если мы понимаем, что мы делаем, то мы можем описать этот процесс в виде технологического процесса. Если же мы этого не можем сделать, то, значит, мы не понимаем, что мы делаем. Это позиция, которую я разделяю, она, возможно, отвечает на вопрос, почему мы должны использовать все-таки алгоритмизацию в медицине тоже.

Неизбежный недостаток обычной организации лечебно-диагностического процесса – это влияние человеческого фактора, которое очень сильно выражено. Мы очень часто говорим, что у нас профессиональные доктора. Да, они имеют высокую квалификацию, они учились на кафедрах, они имеют высшую квалификационную категорию, но результат их деятельности далеко не всегда зависит от их клинических компетенций. Они зависят от множества косвенных факторов, например, от доступности ресурсов, есть лекарственные препараты в больнице или нет, работает аппарат диагностический или нет, куда нужно направить, есть консультант, которого нужно привлечь, или он отсутствует. Много зависит от того, насколько исполнителен средний персонал, дали вовремя лекарство или не дали, правильно прочитали лист назначения или неправильно, и вообще от полноценности информации. Сегодня я неоднократно кемеровских коллег поминал. Вы не стандартизированы ни по какой системе менеджмента качества, но то, как вы рассказывали о деятельности своего учреждения, демонстрирует то, что вы практически на 90%, наверное, готовы к тому, чтобы принять у себя внешних аудиторов. И вам наверняка будет выдан сертификат соответствия некому стандарту. Потому что проработаны многие детали, детально разработаны должностные обязанности, инструкции, различные карты и оценки и так далее. К этому можно прийти и через опыт. На самом деле, когда 10-я психиатрическая больница пригласила к себе аудиторов немецкой компании, они тоже фактически констатировали факт, что больница готова на 80% для того, чтобы выйти на сертификационный аудит. Поэтому не обязательно иметь бумагу, но в голове точно нужно иметь понимание того, что для эффективной работы учреждения нужны разработанные понятные правила. Но во многих организациях информация, которой руководствуются сотрудники, она либо быстро устаревает, либо один начмед сказал одно, другой говорит другое. Информация может забываться, и она может устаревать. И, к сожалению, человеческий мозг ограничен в своих возможностях, и поэтому когда мы говорим, что у нас работают высококвалифицированные врачи – это еще не рецепт счастья и не гарант высокого результата. То же самое касается и руководителя учреждения, который работает в обычных так называемых условиях. Он не имеет оперативной информации, вынужден вникать только в те ситуации, которые доведены до точки кипения, ориентируется в принятии решений на какие-то конечные статистические показатели, которые не позволяют обнаружить причинно-следственных отношений, когда вмешиваться уже поздно, например, годовой отчет. Следствием такой недостаточной кооперации и является волюнтаризм решений. Участники лечебно-диагностического процесса

при этом исходят не из обоснованных потребностей пациента, не из фактов и возможностей больницы, а из чувства недоверия, из стремления защититься, из интуиции, из опасений, из настроения, из наличия или отсутствия ресурса. В этих условиях рождаются так называемые обычные стратегии решения проблем. Это, например, перестраховка, когда врач на всякий случай делает лишние назначения, на всякий случай вызывает консультанта, на всякий случай звонит начмеду. А руководитель тоже на всякий случай создает массу комиссий, массу журналов, проводит массу проверок ненужных. Все это истощает ресурсы, занимает лишнее время как руководителей, так и подчиненных. Есть такая стратегия, как коллегиальность решения, когда снимается личная ответственность и решается условно за счет того, что привлечены многие, но никто не отвечает за то решение, которое принято. И наконец, очень многочисленные маскировки, когда какие-то нерациональные лечебно-диагностические действия объясняются неким индивидуальным подходом и творчеством врача.

Выходом из этой ситуации является как раз понимание того, что любые события, которые происходят в стенах медицинского учреждения, являются по сути процессом. Они могут быть описаны как процесс, который имеет свой вход, свои этапы в виде стандартных операционных процедур и выход в виде результата. Поэтому нужно описать эти бизнес-процессы, нужно разработать стандартные процедуры или, если хотите на медицинском языке, локальные клинические протоколы. Нужно определить ключевые точки измерений этих процессов, например, ухудшения в ходе состояния, считать их, считать осложнения, возникновение внутрибольничных инфекций. И можно умножать эти точки в зависимости от нюансов и особенностей той или иной организации. Но во всех психиатрических учреждениях они примерно одинаковые. Нужно определить сроки для наиболее критических событий, нужно оснастить врача системой поддержки принятия клинических решений, оснастить руководителей системой поддержки принятия управленческих решений и внедрить систему четкого и понятного информирования руководителей о том, что происходит в больнице. И наконец, использовать аналитические отчеты, которые отражают не сухую констатацию окончательной средней температуры по учреждению, а персонализированные результаты каждого участника этого лечебно-диагностического процесса, причем в текущей ситуации, когда еще можно на нее повлиять. К чему я это так долго говорю? Одна из тем сегодняшнего круглого стола – это информатизация. Голова может пойти кругом от того, что нужно было бы регистрировать и учитывать для того, чтобы принимать какие-то взвешенные и основанные на фактах управленческие решения. Но выходом является, конечно, медицинская информационная система, которая включает в себя не только возможность документирования медицинских данных, то есть не некая система, которая позволяет писать дневники и просто записывать диагнозы. А система, которая позволяет регистрировать как раз ключевые точки любого медицинского бизнес-процесса, которая позволяет передавать своевременно информацию руководителям, начмеду, заведующим отделениями, главному врачу. Причем на любой отрезок времени, на который это потребуется.

Что обычно не подразумевается в каждой медицинской информационной системе, но что должно фиксироваться. Например, факт ухудшения в состоянии,

факт угрожающего состояния, наличие отягощающих факторов, факторов риска, развития осложнений, сроки внесения и выполнения назначений, сигналы врача об обеспеченности ресурсами. Например, он считает, что нужно назначить, допустим, какой-то атипичный антипсихотик, но его в аптеке нет, если он отклоняется от установленного алгоритма. Когда мы говорим об алгоритмизации, мы же понимаем, что это не в монументе высеченная догма. Жизнь остается жизнью, и врач, идущий по некоему алгоритму, может столкнуться с ситуацией, когда он по алгоритму действовать не может. И когда мы говорим об алгоритмизации, мы, конечно, не имеем в виду, что он должен встать около этого препятствия и стоять, как робот, и дальше не известно, что делать. Всегда есть возможность отклониться от алгоритма в зависимости от действующей ситуации.

И если мы имеем такую огромную массу информации, которую мы собрали, что же теперь с этим делать? Очень просто – надо анализировать. Недаром есть Big Data, который позволяет и автоматически обсчитывать все эти данные и выкристаллизовывать лучшие практики из реальной практики, анализируя, какие ресурсы израсходованы для каких состояний, какие результаты мы получаем. И осуществлять точечные, прицельные управленческие воздействия, а не просто, допустим, все отделение наказать, потому что они не выполнили некий план. А воздействовать именно на того доктора, который демонстрирует наиболее частые ошибки и тянет всю команду назад. Ну и снова и снова собирать информацию.

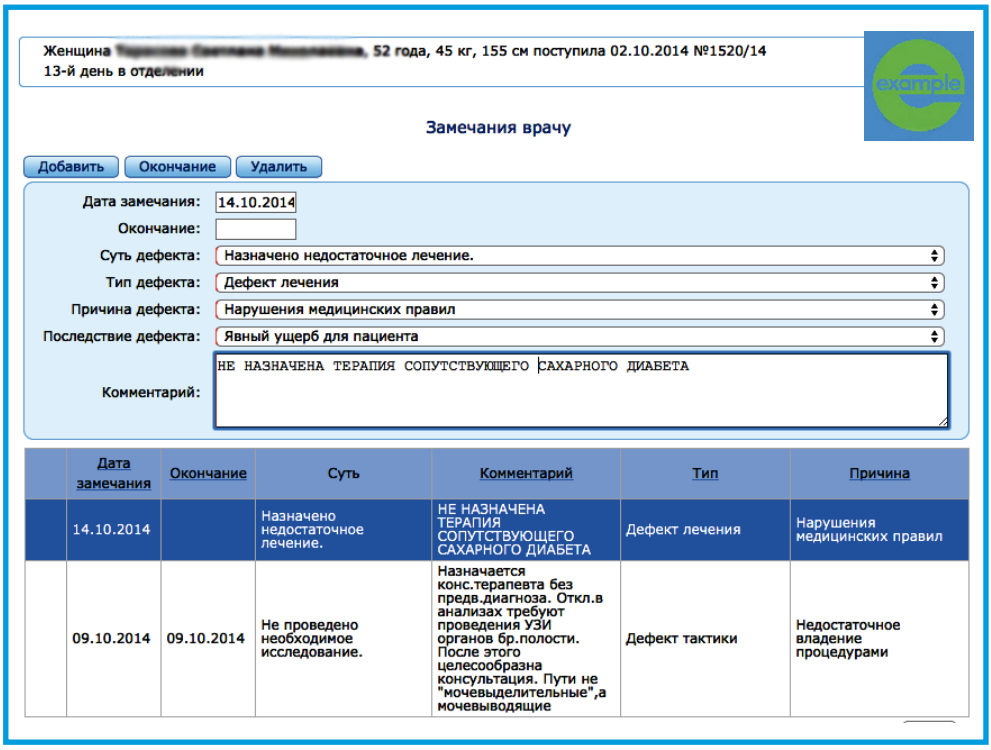


Рис. 5. Пример регистрации дефектов лечебного процесса в МИС

На рисунке 5 приведен скриншот медицинской информационной системы, которую мы в 10-й больнице внедрили. Автором ее является Владимир Михайлович Тавровский, который сам врач по специальности, а заодно программист-постановщик задач, как раз благодаря которому мы имели возможность регистрировать все эти данные. Здесь скриншот экспертной работы. Это мой рабочий стол, как начмеда, когда я проверял историю болезни и классифицировал для каждого пациента, у которого я нахожу некоторые дефекты, что это за дефект – существенный, не существенный, в документации или в тактике, с последствиями для больного или без последствий. И за любой отрезок времени, например, за месяц или за квартал я имел возможность сравнить докторов по тому, насколько у них много ошибок или достижений. Таким образом, цикл PDCA – планируй, действуй, измеряй, что-то изменяй и снова действуй, он вполне подходит для формирования в ЛПУ лучших практик. Еще раз возвращаясь к теме алгоритмизации. На самом деле это не мои слова, это слова профессора Тавровского, который считает, а я с ним согласен, что любое индивидуальное решение, принимаемое врачом, это типовое решение, и только поэтому надежное решение для всего множества сходных ситуаций. Просто есть доктора, у которых в голове только одна типовая ситуация, и прикрытие себя индивидуальным решением не спасет ни пациента, ни этого доктора. Доктор, который проработал много, в его голове есть 55 типовых решений, а может быть, 65. Но их количество все равно ограничено. И это типовые решения, и только поэтому они надежные. Не воображение и индивидуализация, а типизация и классификация клинических ситуаций лежат в основе эффективной медицинской помощи. А искусство врача возможно только в двух сферах – в психологическом воздействии на пациента и в ручной манипуляции, где можно владеть им с тем или иным совершенством. А во всем остальном – только типизация и классификация, а не индивидуализация.

Таким образом, возможны пути совершенствования в деятельности медицинской организации – это адаптация федеральных клинических рекомендаций внутри медицинской организации в виде локальных протоколов. Это базовая стандартизация на основе принципов TQM в рамках любого стандарта – ISO, Российской Премии Правительства или еще какие угодно премии. То есть идентификация процессов, наведение элементарного порядка в организации, это автоматизация лечебно-диагностического процесса, об этом сегодня не только я говорил, это действительно может помочь. И внедрение принципов и приемов стратегического менеджмента и HR-технологий при работе с персоналом.

И фантазии мечтателя. Мне кажется, что на базе Российского общества психиатров можно было бы создать саморегулирующуюся организацию, которая заинтересована в создании российской добровольной системы сертификации по отраслевому стандарту управления качеством психиатрической помощи в больнице на базе международных медицинских стандартов и на базе того опыта, который мы сегодня имеем в России. Если бы мы смогли создать такой отраслевой стандарт и предложить учреждениям добиваться соответствия ему, то мы могли бы как раз проводить такие сравнимые сопо-

ставления и формировать общероссийский рейтинг психиатрических клиник по степени их соответствия требованиям данного стандарта. Я думаю, что это было бы полезно не только руководителям, которые получали бы громкие премии, но прежде всего нашим пациентам, которые бы были гарантированно вылечены, гарантированно получили бы помощь высокого качества, которое соответствует определенным стандартам. Спасибо за внимание. Могу ответить на вопросы.

РАЦИОНАЛЬНЫЙ ВЫБОР ФАРМАКОТЕРАПИИ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОБОСНОВАНИЯ

ЛЮБОВ Е.Б.*

«Экономия не в сбережении, но в отборе»

Э. Берк

– Экономический рост способствует улучшению здоровья населения, а более здоровое население, в свою очередь, способствует экономическому росту. У здравоохранения и психиатрии в частности есть резервы повышения затратной эффективности. В числе таких резервов решение ключевых проблем психиатрии из разряда социально значимых. К первостепенным задачам следует отнести необходимость адекватной оценки масштаба последствий шизофрении (рис. 1).

Бремя шизофрении в России (Е.Б. Любов и соавт., 2013)

2ОО млрд руб. (2009 г.)

=

0,5% ВВП страны

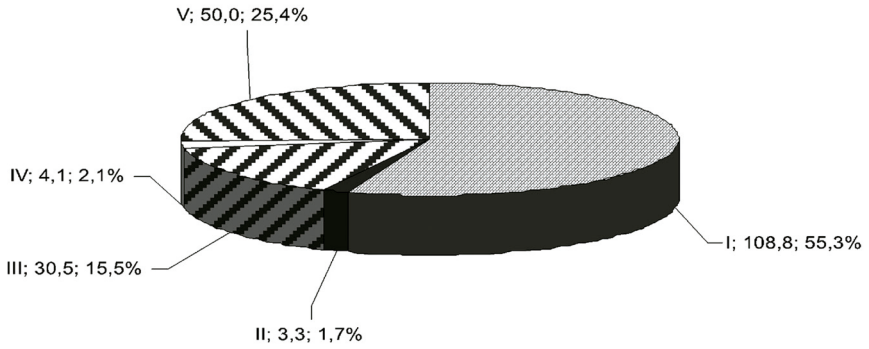
Рис. 1. Бремя шизофрении в России

При пересчете на паритет покупательской способности пациент «стоит» не меньше, чем в развитых странах Западной Европы. При этом лишь половина зарегистрированных психиатрическими службами пациентов получает хотя бы один курс амбулаторного или стационарного лечения за год. Сами по себе затраты не отражают качества психиатрической помощи.

На этом «бюджетном» пироге (рис. 2) показано, что основные затраты приходится на социальные издержки, прежде всего в связи с инвалидностью, что выдвигает шизофрению в разряд социально значимых расстройств и подчеркивает не только гуманность, но ресурсосберегающий потенциал психосоциальной реабилитации.

* *Любов Е.Б.*, д.м.н., профессор, руководитель отдела суицидологии Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ.

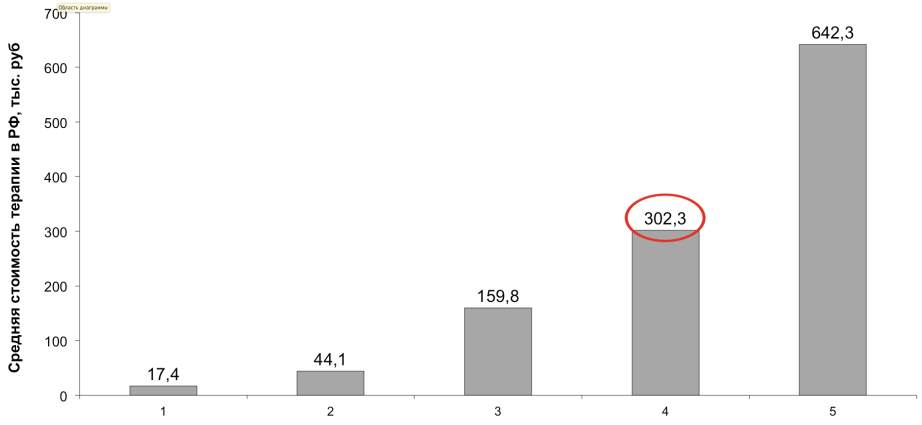
Структура бремени шизофрении (Е.Б. Любов и соавт., 2013): млрд руб. (2009 г.),%



I – потери ВВП; II – выплаты в связи с временной нетрудоспособностью; III – выплаты связанные с инвалидностью; IV – затраты на амбулаторную фармакотерапию; V – затраты на медицинскую помощь

Рис. 2. Структура бремени шизофрении

Стоимостная неоднородность больных шизофренией (Е.Б. Любов и соавт., 2013)



1 – ремиттированные; 2 – леченные в дневном стационаре; 3 – госпитализированные; 4 – часто (повторно за год) госпитализированные; 5 – госпитализированные более года

Рис. 3. Сравнение стоимостных показателей для разных групп больных шизофрений

Основные медицинские издержки приходятся на ресурсоемкое больничное звено, но в течение года лишь 1/3 пациентов госпитализирована, и 90% времени больные пребывают вне психиатрической больницы. На амбулаторную психофармакотерапию приходится мизерная (10%) доля медицинских затрат. Можно посчитать «цену регоспитализации»: каждый третий рубль медицинских издержек. Каждый пятый рубль медицинских издержек связан с несоблюдением лекарственного режима только при учете риска регоспитализации.

Рис. 4. Стоимостная неоднородность медицинских затрат у когорты больных, объединенных по показателю «пять лет психиатрического диагноза»

Расслоение когорты пациентов отмечено уже в первые годы наблюдения. Назначение подходящего лечения в период «сгущения» приступов уменьшает социально-клинические последствия активного периода болезни. Ресурсоемкие группы больных составляют где-то не более 20%, кстати, как и в общей медицине, и они требуют особого биопсисоциального подхода и оптимизации психофармокотерапии. Остальные вполне могут довольствоваться типовой терапией.

Итак, наша терапевтическая (тактическая) цель – как можно более глубокая и стойкая ремиссия. Известно, как снижать риск регоспитализации: речь о преемственности, длительности терапии. Трети пациентов предстоит лечиться всю жизнь.

Сегодня приоритеты психиатрического лечения смещены от сдерживания, попечения, изоляции к стратегической цели биопсихосоциальных усилий – социально-личностному восстановлению на фоне активной фазы расстройства за счет поддерживающей терапии.

Психиатрия, как и здравоохранение в целом, не может быть самоокупаемой, так как ее стратегические цели реализуются вне ее жесткой матрицы,

а именно в обществе, в семье больного. Нужно стремиться к реструктуризации медицинского бюджета с ведущими затратами на внебольничное звено, что справедливо: деньги должны идти за пациентом, что и наблюдаем в ряде развитых экономических стран. Социальный эффект, наряду с симптоматическим, качество жизни, бремя семьи должны быть заложены в целостную оценку любой инновации по сравнению с типовой терапией, чем и занимается фармакоэкономика.

В ранжире характеристик «идеального» психотропного лекарства первенствуют безопасность и хорошая субъективная переносимости, ведь пациент может «недотерпеть» желаемого (желания пациента и его близких предстоит выявить, коррегировать и стимулировать) клинического эффекта. Доказанный ресурсосберегающий эффект в повседневной практике становится необходимым обоснованием для введения в формуляр психиатрического учреждения или список жизненно важных препаратов.

Мы продвигаемся к этому идеалу. Появляются препараты все более дружественные пациенту за счет лучшего соотношения безопасность / клинический эффект, удобные в использовании. Ряд пациентов (их характеристики нужно уточнить) особо благодарны, что лекарства напоминают о болезни раз в две недели, в месяц, теперь – в три месяца.

Такие инновационные препараты закономерно в центре внимания фармакоэкономических исследований, поэтому неоценим систематизированный практический опыт регионов (как Московская область и Пермский край).

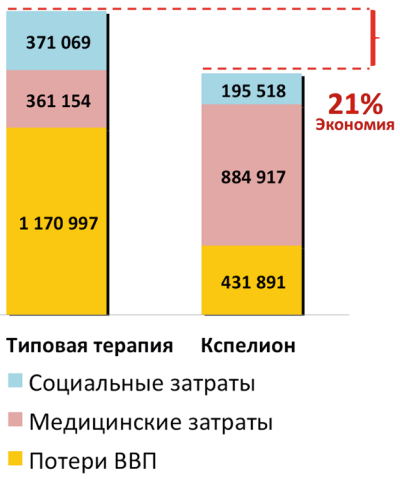
Ресурсоемкие с сочетанными социально-клиническими проблемами пациенты оказались группой-мищенью применения депонированной формы атипичного антипсихотика (на примере палиперидона пальмитата с кратностью введения 1 раз в месяц). Это пациенты, плохо переносящие типовую терапию, которые находятся перед дилеммой: бросить плохо переносимые лекарства сегодня, или госпитализироваться послезавтра, так как речь идет о фармакозависимой ремиссии.

К сожалению, типовые ошибки, которые врачи переносят с опыта работы с типичными нейролептиками на новые, снижают ресурсосберегающий потенциал нового лечения.

Фармакоэкономический прогноз позволяет оценить долгосрочные клинико-социальные результаты лечения в реальных условиях. При выделении клинической практикой и стоимостным анализом часто госпитализированных больных в «первом эпизоде болезни» (первые 5 лет психиатрического наблюдения) как целевой группы первоочередного выбора данного препарата, прогнозирована выгода в широкой социальной перспективе, но не в медицинской (при выразительном антирецидивном эффекте, превосходящем действенность РКИ) в связи с диспропорционально низкими затратами на типовые психиатрические услуги по сравнению с психотропными препаратами нового поколения. Поэтому тем более мы должны выбирать вот именно такие ресурсоемкие группы (рис. 5).

Стоимостная неоднородность медицинских затрат: пять лет психиатрического диагноза (А.А. Бессонова, Е.Б. Любов, 2008)

Сравнительный анализ типовой терапии (ТТ) и ПП в пятилетней перспективе на пациента



Результаты моделирования (на пациента за 5 лет)

Параметр	ПП	ТТ	Разница
Число дней «без болезни»	1748,3	1660,4	87,97
Среднее число госпитализаций	1,07	2,29	1,23
Доля ремитированных , %	39,6	18,5	21,2

Рис. 5. Фармакоэкономический прогноз длительного лечения Палиперидоном пальмитатом

Показательно изменение структуры медицинских затрат при применении препарата с ресурсосберегающим потенциалом. Основные затраты приходятся на обеспечение препаратом условий поддержания и углубления фармакозависимой ремиссии, а не лечение в больнице. Гибкая модель позволяет подставлять сюда показатели стоимости типовых психиатрических услуг в регионах страны (рис. 6 и рис. 7).

Для многосторонней оценки палиперидона пальмитата в реальной практике с акцентом на новые аспекты (как антисуицидального эффекта, качества жизни, приверженности к лечению, мотивации к выздоровлению) разработано многоцентровое натуралистическое исследование («ФеНИКС»), что позволит оптимизировать критерии включения для формирования когорты больных для лечения палиперидоном пальмитатом с кратностью введения препарата 1 раз в 3 месяца (рис. 8). Важно выработать гибкие (изменяемые при обратной связи с практикой) социально-клинические экономические показания для выбора и применения вводимого в практику препарата непременно в сочетании с целевой психосоциальной работой.

Второй ключевой проблемой психиатрии считается депрессия. Уровень функциональной дезадаптации при депрессивных расстройствах сравним с тетраплегией, т.к. бремя депрессий во многом определяется социальными потерями (рис. 9, 10). Удручает и структура медицинских затрат. К сожалению, депрессию лечат неэффективно, и это небезопасно.

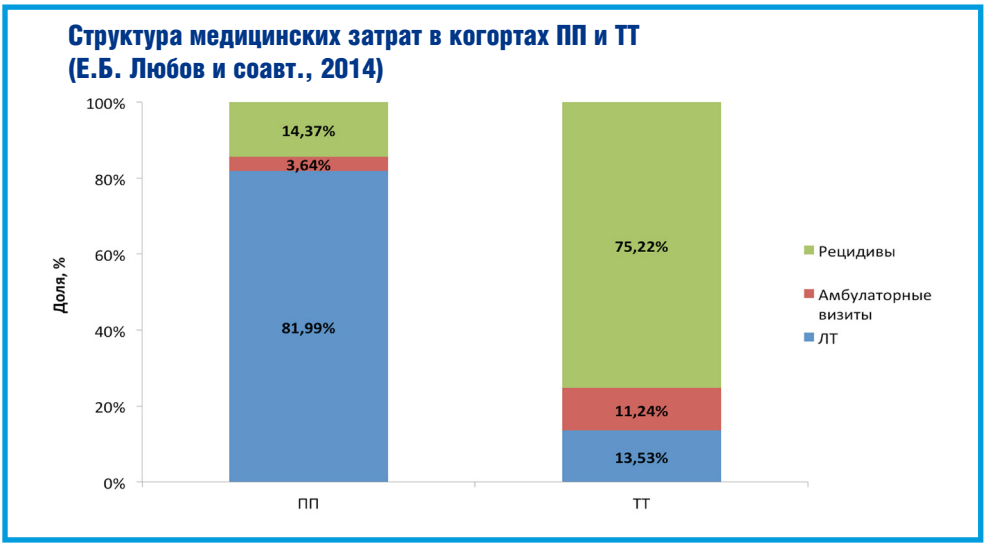


Рис. 6. Структура медицинских затрат по результатам натуралистического исследования

Москва: экономия на пациента за 5 лет при лечении ПП по сравнению с типовой терапией терапией ~ 600 000 рублей

ВРП, медицинские затраты, социальные затраты			
	Ксеплион	Стандартная терапия	Разница
ВРП (Валовый региональный продукт)	294 722	1 610 441	
Медицинские затраты	1 304 338	448 703	
Социальные затраты	58 232	178 545	
Всего	**1 657 291**	**2 237 688**	**– 580 397**
Медицинские затраты			
	Ксеплион	Стандартная терапия	
Лекарственная терапия	1 125 982	83 887	
Амбулаторные визиты	71 974	145 674	
Обострения	106 381	219 142	
Всего	**1 304 338**	**448 703**	**855 635**
Социальные затраты			
	Ксеплион	Стандартная терапия	
Пенсия по инвалидности	19 661	107 374	
Объем ежемесячных денежных выплат	4 079	22 284	
Потери по временной нетрудоспособности	34 492	48 887	
Всего	**58 232**	**178 545**	**– 120 313**

Рис. 7. Фармакоэкономические аспекты применения инновационных подходов при терапии шизофрении

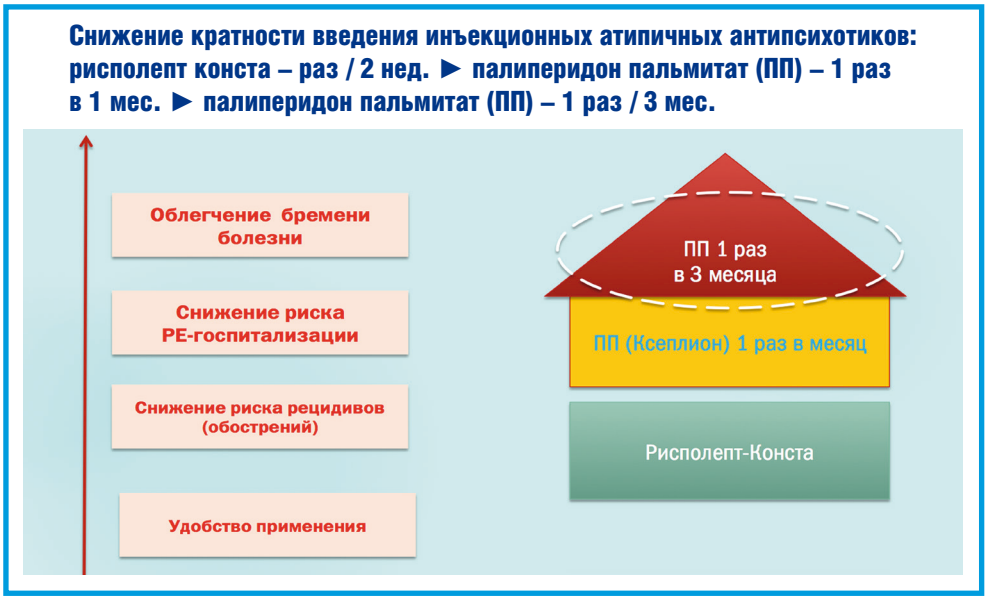


Рис. 8. Результаты натуралистического исследования ФеНИКС

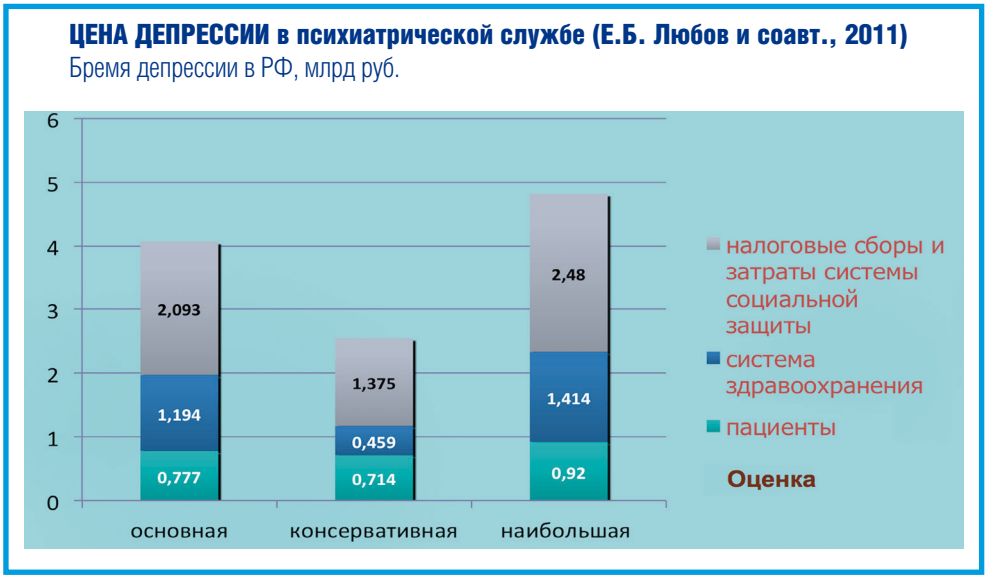


Рис. 9. Бремя депрессии

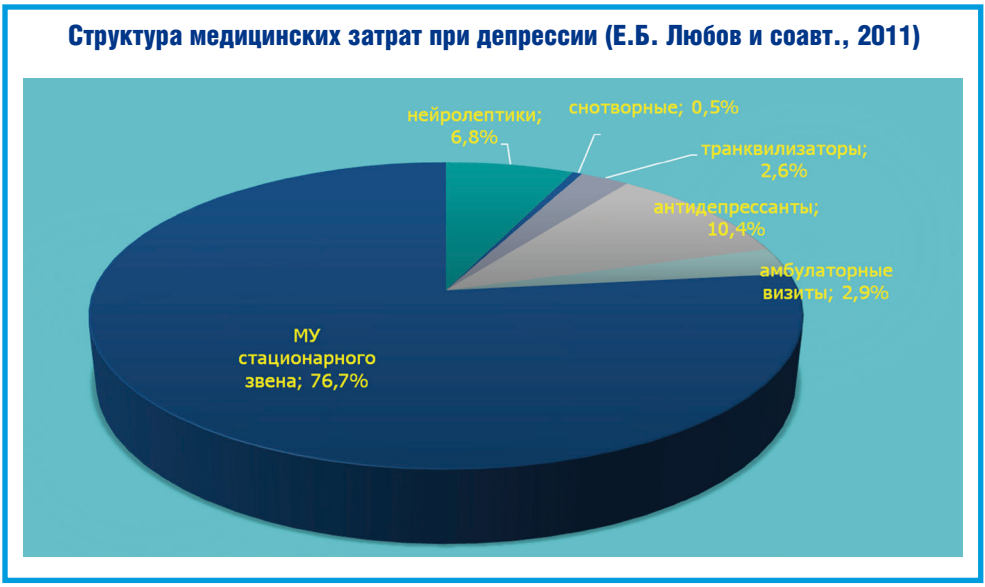


Рис. 10. Структура медицинских затрат при депрессии

Фармакоэкомический анализ «затраты-полезность» (единицы качества жизни) позволит сравнивать разнородные вмешательства (в психиатрии и хирургии) и показать, что сочетанные психиатрические подходы вполне конкурентоспособны.

Но фармакоэкономика отнюдь не подчеркивает, какой препарат хороший или плохой, а указывает на то, как работает правильное лекарство у правильного пациента в определенной группе мишеней-пациентов. Фармакоэкономика указывает не «плохие» и «хорошие» препараты, но условия, когда их клинико-социальные достоинства наиболее выигрышны.

И про психогеронтологию (болезнь Альцгеймера). Высоко бремя в основном медицинских затрат, так как формально социальный ресурс пациента исчерпан. Но значительна доля затрат приходится на неформальную помощь. Затраты на пациента значительно меньшие, чем за рубежом, и в основном определены госпитализацией в связи с поведенческими и с психотическими проявлениями.

Фармакоэпидемиологический аудит показывает, как нельзя лечить старческие деменции. Лишь 5% больных получают ⩾ 3 месяца антидементный препарат, то есть до времени, когда препарат начинает работать. При этом лист ожидания в психоневрологическоий интернат – 3–5 лет.

Вместе с тем прогноз медицинских затрат на 5 лет (средний срок дожития пациента с деменцией) терапии патогенетически ориентированным препаратом (пример – акатинол) указывает на снижение риска помещения пациента в больницу (дорогостоящая острая койка выполняет приютно-патронажную функцию, как два века назад) в психоневрологический интернат (рис. 11). Облегчено бремя ухода за пациентами с типичным изменением структуры медицинских затрат.

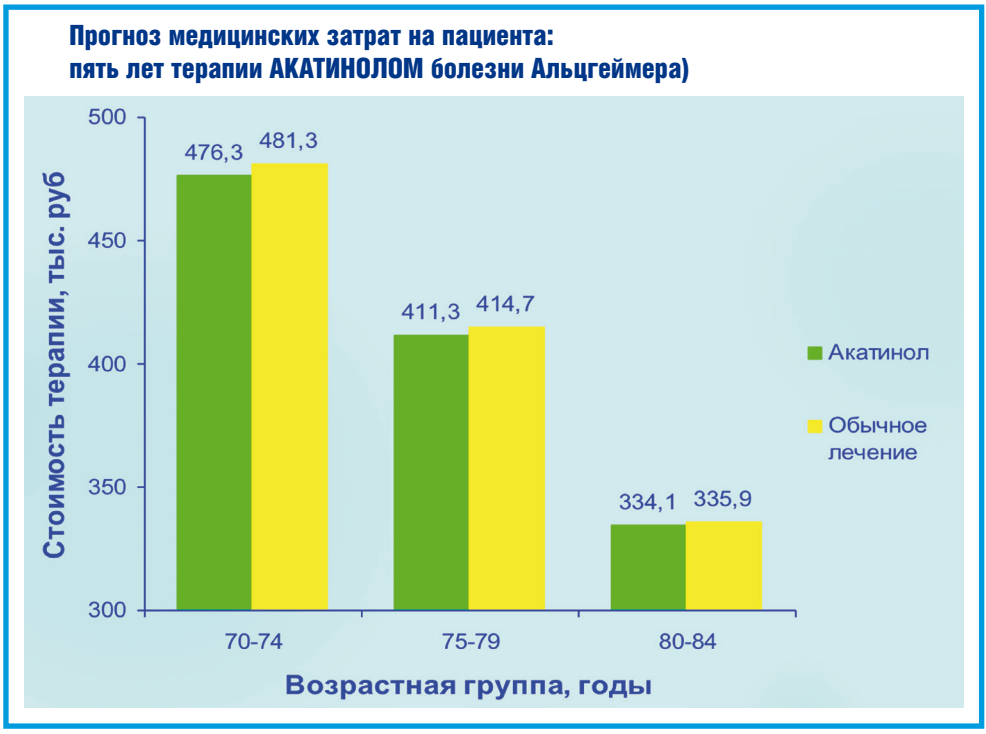


Рис. 11. Фармакоэкономический анализ лечения болезни Альцгеймера препаратом Акатинол

Таким образом, мы говорили о группе инновационных препаратов, которые должны быть проверены фармакоэкономическим исследованием в условиях повседневной деятельности в каждом регионе, лечебно-профилактическом учреждении. Правильный выбор и применение препарата указывает новые возможности личностно-социального восстановления, снижения бремени ухода, с другой, высвечивают «родимые пятна» пока тугоподвижной типовой психиатрической помощи, недостаточно удовлетворяющей эластические потребности пациентов, и близких.

Каковы наши задания на завтра? Возможно, это надо было делать еще вчера. Мы говорим о стоимостных анализах в различных регионах с различным финансированием и обеспеченностью в психиатрических службах, о реестрах пациента, которые получают инновационные препараты для возможности систематизации опыта, о моделировании длительного лечения новыми препаратами по сравнению с типовой терапией, о разработке клинико-экономических критериев выбора таких препаратов. И о целевом обучении специалистов, пациентов, их близких, желательно в группах самопомощи. Клинико-экономическая оценка новых форм стационарзамещающей помощи, весьма уместна.

Психиатрия на наших глазах становится все более научно доказательной дисциплиной. И может быть, вскоре мы ее назовем наукой, питающей терапевтический и житейский оптимизм.

КОСТЮК Г.П.:

– Уважаемые коллеги, спасибо большое за совместную работу. Все-таки хотелось бы предложить высказать какое-то мнение, задать вопросы, уточнения. Сегодня для нас действительно такой непростой опыт проведения конференции, которая во многом даже похожа на совещание, потому что затрагивает почти исключительно организационные вопросы. Но, повторюсь, с этого я и начинал сегодня, они все чаще и ближе входят в нашу жизнь и каждого касаются. Очень хотелось бы, чтобы мы говорили на одном языке, понимали друг друга, но для этого надо общаться, в том числе задавать вопросы. Давайте этим займемся.

МЕРКЕЛЬ В.А.:

– Вы знаете, я с удовлетворением должен заметить, что наконец-то услышали мою многолетнюю просьбу. Что нужно проводить не только конференции по поводу лечения и медицины, но необходимо все-таки иногда обращаться к вопросам управления здравоохранением к вопросам управления медицинскими технологиями и медицинской специальностью. И сегодня я с удовлетворением выслушал доклады многих регионов. Многих докторов из этих регионов я знаю. Но не могу сдержаться от эмоционального удовлетворения по поводу Ставропольского региона. Молодой человек, блестящий, продвинувшийся за последние три года, столько интересного и увлекательного сегодня рассказал, что я попросился к нему в гости, чтобы поучиться. И я думаю, что надо нам всем внимательно друг друга слушать и находить эвристические находки, удивительные откровения и чудесный вклад молодого поколения. Я призываю всех меняться, быстро готовиться к изменениям. И успевать учиться, работать в условиях неопределенности.

БОЕВ О.И.:

– Когда мы озаботились вообще стандартизацией управления качеством 3–4 года назад, стали искать опыт российский региональный, московский, столичный, любой опыт. И промониторили все системы, оказалось, что достаточно скудная информация. Была опубликована три года назад статья по управлению качеством психиатрического учреждения. Она была подготовлена командой 10-й психиатрической больницы города Москвы. И она настолько соответствовала действительно тем стандартам международным и российским в том числе, о которых везде пишут в книжках. Я подумал, поеду, посмотрю. Мы же знаем, что в научных статьях можно много чего написать, а по факту там может быть совсем по-другому. Договорился и попросил приехать в 10-ю больницу и воочию убедиться, что же там есть на самом деле. Так вот мое глубокое убеждение, мы пока не добежали до того уровня, который есть или по крайней мере был внедрен в 10-й больнице. Вот та самая стандартизация, о которой мы говорим, она уже работает, и когда Роман Авенирович говорит, как он управляет медицинскими показателями, это реальность, я это видел. Это очень эффективная практика, и она действующая. Поэтому в данном случае я получил определенное вдохновение, и те люди, которые работают уже в Ставрополе,

получили вдохновение, потому что увидели то, о чем читают в учебниках. Ну а дальше – в путь совершенствования, он никогда не ограничивается и не останавливается, поэтому я вижу данное развитие.

МЕРКЕЛЬ В.А.:

– Хочу добавить. Мы только что вернулись с конференции в Санкт-Петербурге, и там был такой симпозиум для руководителей Северо-Западного региона. И там доктора, главные врачи собрались, все разговаривают. Знаете, денег нет, бюджет такой слабый, недофинансирование, все плохо, все плохо, как делать. Выступает Олег Игоревич Боев и говорит: вот мы внедрили информационную систему. Где взяли? Сами разработали. Где деньги взяли? Мы подумали и рационально использовали имеющийся ресурс. Там чуть-чуть сэкономили, там чуть-чуть перестали излишне тратить, там поискали, там нашли, наскребли и создали свой продукт, свое программное обеспечение. Воспользовались энтузиазмом молодых программистов, используя современные IT-технологии. Я хочу лишь напомнить, что рациональное использование имеющихся ресурсов – это один из четырех ключевых показателей качества медицинской помощи, куда входит на первом месте технология, на втором месте рациональное использование ресурсов, на третьем месте безопасность больного, на четвертом месте – ответ потребителя. Так вот Российская Федерация сегодня по уровню финансирования находится на 38-м месте в мире, а по уровню организации здравоохранения на 127-м месте в мире. Хочу всем пожелать найти в себе силы, умения для рационального, разумного использования тех ресурсов, которые есть. И если мы с вами со 127-го места поднимемся на 38-е, только тогда мы с вами имеем право уповать на низкий бюджет. Многие больницы до 10–18% своих бюджетных денег, например, 10-я больница 16% от бюджета зарабатывала на платных услугах, которые проводила с 91-го года. И там врачи научились зарабатывать деньги, а не получать. Поэтому как раз удивительным образом я был в восхищении, что молодой доктор, который только-только начал работать, семимильными шагами идет к достижению поставленных целей. Он не ищет причины, а ищет условия для работы. Хотелось бы всех вас возбудить, взбудоражить и сказать, что денег хоть отбавляй, если внимательно и хорошо к ним относиться, технологии сегодня есть. Если это все взять на вооружение, то можно многого достичь. Я в этом глубоко убежден, и с удовольствием нахожу примеры, где в регионах начинают реализовывать молодые инициативные врачи. 85% – это сказал Дюран. А Эдвард Деминг, человек, создавший японское чудо, говорил: 92% проблем любого управления – это проблемы руководителя. И когда у меня что-то не получается, я подхожу к зеркалу и внимательно на него смотрю. Не люди виноваты, а я, понимаете? Когда мы сменим парадигмальные конструкции, когда мы с вами попытаемся взглянуть на мир иначе и на свои проблемы, не с позиции «давай-давай», а с позиции «сам к себе предъяви требования», я думаю, многое может получиться, очень многое. Спасибо.

Вопросы профилактики заболеваемости и восстановления психического благополучия

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЛОНГИРОВАННЫХ АНТИПСИХОТИКОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

ДУТОВ В.Б.*

– Дорогие коллеги, уважаемый президиум, меня зовут Владимир Борисович, я главный врач Санкт-Петербургского психоневрологического диспансера № 1. Это диспансер, который обслуживает 180 тысяч населения, один из крупнейших районов Санкт-Петербурга. Мой доклад посвящен в первую очередь опыту применения пролонгированных антипсихотиков в амбулаторных условиях. Но, если позволите, я для начала хотел бы познакомить вас с тем, как выглядит сейчас амбулаторная психиатрическая служба в Санкт-Петербурге, на примере нашего учреждения (рис. 1).

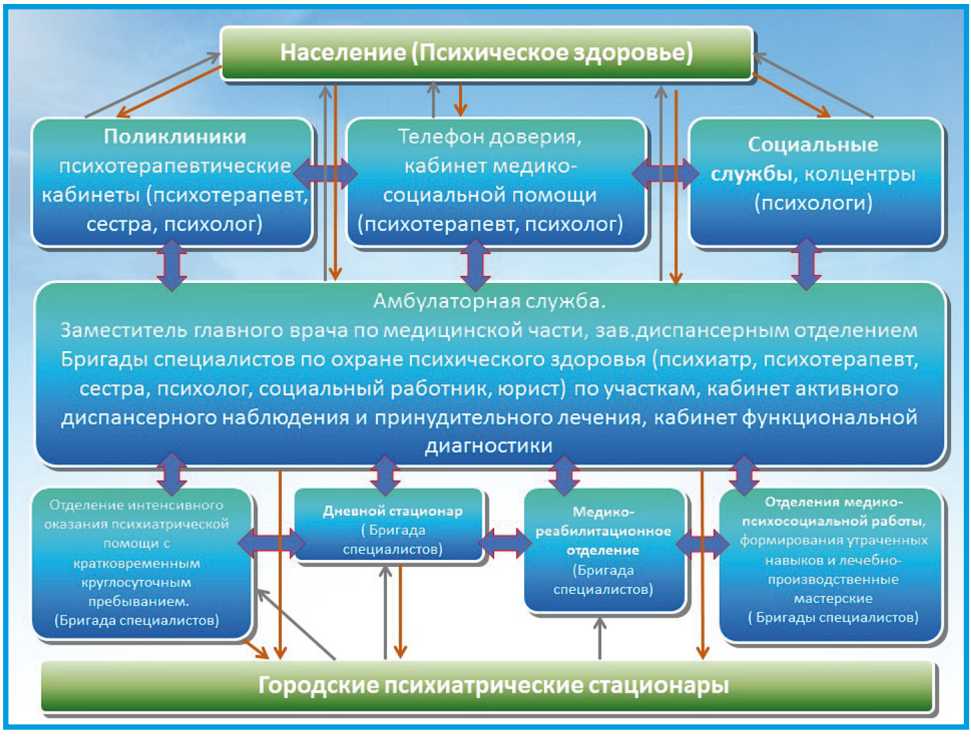


Рис. 1. Организация амбулаторной психиатрической службы в Санкт-Петербурге

* *Дутов В.Б.*, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии СЗГМУ имени И.И. Мечникова, главный врач СПб ГБУЗ Психоневрологический диспансер № 1.

В первую очередь, на что хотелось бы обратить внимание. Что является целью, смыслом существования психиатрической службы, службы охраны психического здоровья и, в частности, амбулаторной службы? Слушая сегодняшние доклады, возникает ощущение, что мы больше говорим о людях, страдающих психическими расстройствами, о психотической симптоматике. Вот только в последнем выступлении Георгий Петрович упомянул о существовании тревожных расстройств, о взаимосвязи с поликлиническим звеном. Мы в нашем диспансере полагаем, что основная задача службы – работа с населением. То есть фокус-группа амбулаторной службы охраны психического здоровья – это работа с населением, со всей совокупностью проблем в области психического здоровья. Это, разумеется, и взрослое население, и детское население. У нас, конечно, в городе Санкт-Петербурге есть такая небольшая особенность – детская психиатрия, к сожалению, выделена в самостоятельное направление и не связана с районной психиатрической службой. Я считаю, что это упущение. И, по всей видимости, если мы будем говорить об организации этой работы, то, конечно, она должна касаться всего населения Санкт-Петербурга. Задача – это, по сути дела, охрана психического здоровья, восстановление психического здоровья, мониторинг психического здоровья населения. Все то, что мы говорим применительно к самому определению психического здоровья. Это психическое, физическое и социальное благополучие.

Отсюда вытекают и некоторые организационные решения, с которыми мне хотелось бы вас познакомить в этом плане. Приказ № 566 «Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» для меня колоссальное достижение. Я более 20 лет занимаюсь организацией амбулаторной помощи и все, что в этот Приказ включено, в свое время излагалось в статьях, работах, научных исследованиях и оказалось сейчас реализовано. Я понимаю, что Александр Борисович, присутствующий здесь, принимал самое непосредственное участие в разработке этого замечательного Приказа. Документ, конечно, сам по себе не совершенен, возможно, есть какие-то недоработки, но тем не менее этот Приказ, как конструктор, состоит из таких деталей, отдельно взятых блоков, которые позволяют в любом учреждении, в регионе или в конкретном городе, в районе создать психиатрическое учреждение, которое будет максимально соответствовать условиям для максимально эффективного оказания помощи.

Так вот, благодаря тому, что в Приказе упоминаются такие подразделения, как психотерапевтический кабинет и кабинет медико-социальной помощи, которые раньше в структуре психоневрологического диспансера не существовали, нам удалось организовать по договоренности с администрацией района такое подразделение, как кабинет психотерапевтической помощи или кабинет медико-социальной психиатрической помощи в поликлиническом звене. Для чего это сделано? Вот мы говорим, и сегодня об этом говорили неоднократно: население в диспансер самостоятельно не идет. То есть нам необходимо так или иначе пытаться вычленить ту группу больных, страдающих психическими расстройствами, которая приходит самостоятельно и с интересом, с удовольствием приходит в поликлинику. Об этом уже сегодня говорилось и говорилось неоднократно, что это не просто формальное взаимодействие с интернистами, а попытка пропустить через себя, через свой фильтр в этом первичном звене

пациентов, страдающих и психосоматическими расстройствами, тревожными расстройствами, и в том числе с острой психотической симптоматикой, которые тоже часто приходят в поликлиническое звено. И там им, естественно, помощь не могла быть оказана в достаточном объеме.

Приказы, которые существовали об организации психотерапевтической помощи ранее, предполагали существование психотерапевтов в поликлинике. Но это были специалисты, оторванные от службы, от системы организации помощи пациентам. Поэтому этот приказ не работает, он не прижился. В данном случае то, о чем говорим мы, – это структура диспансера, это врачи диспансера, работающие в поликлиническом звене, это бригада, это психиатр, психотерапевт, медицинский психолог, медицинская сестра, социальный работник, которые обеспечивают оказание первичной помощи, и психотерапевтической, и психиатрической, по сути дела всем, кто в этом нуждается, на уровне поликлиники. Мы решаем тем самым тот вопрос, о котором сегодня будет говорить Александр Борисович, – это так называемая дестигматизация. Понятно, что врач-психотерапевт лишен этой стигматической окраски, и тем более врач, работающий в условиях поликлиники. Но при необходимости врач-психотерапевт, мы это знаем прекрасно, подготовленный, сертифицированный психиатр может выявить и психическое заболевание на уровне острого психического расстройства. Поэтому наши врачи, наши специалисты не только направляют при необходимости в диспансеры или самостоятельно оказывают помощь, но и госпитализируют этих пациентов.

Второе подразделение этого первого «эшелона» – телефон доверия. Очень стандартное, распространенное подразделение. Но в нашем случае этот телефон доверия выполняет не только традиционные функции, это и задачи оказания такой своеобразной дистанционной психотерапевтической помощи, это не только суицидология, традиционное направление работы телефона доверия, но это и психотерапия, психологическое консультирование, а самое главное – опять-таки преодоление стигматизации. То есть это рассказ об условиях и возможностях оказания психиатрической помощи, о порядке оказания психиатрического помощи.

Такого рода подразделения могут быть организованы не только в условиях поликлиники, но и в офисах врача общей практики, в социальных подразделениях и так далее. В настоящее время у нас в районе в трех поликлиниках работают кабинеты и в женской консультации. И стоит уже очередь из моих коллег, руководителей поликлиник, с просьбой организовать такого рода подразделения. И это почти 65% населения. Потому что мы знаем прекрасно, что то, чем занимаются диспансеры в целом, это 5–10% от популяции, я имею в виду психотические, органические расстройства, а если брать неврозы, пограничные состояния, тревожные состояния, депрессии невротического уровня, то по статистике это до 60–65% населения.

Таким образом, мы охватываем, как мне кажется, практически все население и решаем вопрос дестигматизации. Это та самая пациент-ориентированная технология, которая, я в этом уверен, наиболее перспективна в ближайшее время.

В такой организационной структуре маршрутизация пациентов из одного блока в другой обусловлена так называемым порядком оказания психиатрической помощи, нашим внутренним порядком в диспансере, разработанным для

каждого конкретного нашего подразделения, где есть определенные критерии направления пациента в одно структурное подразделение, перевод его в другое подразделение и так далее. Есть стандарты оказания помощи, стандарты обследования, туда входит электрофизиология, биохимия и психология. Таким образом, замыкается своеобразный круг. Отсюда, из первого блока, пациенты поступают во второй блок – это амбулаторная служба, где работают бригады, участковая служба, соответственно, а вот дальше включаются такие подразделения, появление которых стало возможным только благодаря этому № 566 Приказу.

Это отделение интенсивного оказания психиатрической помощи, которое впервые развернуто в нашем диспансере, в Санкт-Петербурге. Задачи этого отделения вытекают из самого названия. Вот тут как раз и появляется повод поговорить об антипсихотиках, о том, какие антипсихотики являются актуальными, о пролонгированных антипсихотиках, потому что задача этого подразделения – это оказание интенсивной психиатрической помощи, в первую очередь психофармакологической помощи. Это острые состояния, это первый эпизод, это молодые пациенты. На них сконцентрирована работа самого эффективного подразделения в диспансере. Здесь сосредоточены самые опытные врачи, самые наибольшие мощности по диагностическому процессу, самое дорогое лечение. В том числе здесь мы как раз и говорим о современных антипсихотиках, о пролонгированных антипсихотиках. Инициализация пациента происходит именно здесь, на этом уровне, на этом звене.

Следующие подразделения – традиционный стандартный дневной стационар и, наконец, целая батарея медико-реабилитационных отделений, опять-таки предусмотренных этим Приказом, где осуществляется комплекс реабилитационных мероприятий, в том числе медицинская реабилитация, социальная реабилитация, психологическая и трудовая реабилитация. Вот возврат идей трудовых мастерских чрезвычайно актуален, важен. Я с удовольствием приглашаю всех присутствующих к нам в гости в Санкт-Петербург в наш диспансер, нам есть что показать. У нас ультрасовременные технологии, лазерные планшеты и другое оборудование, которое позволяет обучать пациентов не просто стандартным привычным навыкам шитья тапочек или что-то в этом духе, а современным технологиям. Например, изготавливается сувенирная продукция, которая реализуется и позволяет пациенту зарабатывать дополнительные деньги.

Вот, собственно говоря, что я хотел сказать вначале, в преамбуле своего выступления. Дальше мы можем говорить уже о том, какие инструментарии существуют у нас для реализации этой задачи. Любое управленческое решение требует определенного ресурса, то есть необходимо планирование, ресурс, реализация этих замыслов и эффективное использование этого ресурса. Ресурсом номер один, это кадровый ресурс, является, соответственно, приказ, о котором я сегодня уже упоминал. И другие ресурсы – это материально-техническая база, это, конечно, современные методы лечения с использование современных лекарственных препаратов, в том числе пролонгов.

Экономические последствия госпитализации известны. Более чем 90% прямых затрат. Это в 10 раз превышает средние затраты на больного шизофренией и составляет 30% бюджета психиатрической службы. При этом более 30% госпитализации, об этом говорилось сегодня неоднократно, являются необоснованными и могут быть устранены в случае назначения эффективного

амбулаторного лечения. Мы полагаем, что действительно амбулаторная служба является приоритетной во всех отношениях. И при соответствующей организации этой службы функции стационара сводятся в первую очередь к оказанию той помощи, которую диспансер оказать уже не сможет по определенным причинам. Я имею в виду опасность пациента для себя и для окружающих и так далее. То есть все остальные показания должны либо отсутствовать при госпитализации, либо решаться максимально в амбулаторной помощи. Поэтому мы стараемся таким образом свести до минимума эти госпитализации.

Дальше мы говорим уже достаточно известные вещи, поэтому я не буду на них акцентировать особо внимание. Цели и задачи терапии складываются из трех этапов, особенно терапии при шизофрении (рис. 2). А шизофрения, если мы говорим о клинике первого эпизода, об отделении интенсивной терапии, является, разумеется, фокус-группой, задачей номер один. Для чего, собственно говоря, и приобретаются такие дорогостоящие лекарственные препараты, как пролонги. Краткосрочные, среднесрочные задачи и, наконец, долгосрочные – это здоровье, хорошее самочувствие, то самое психическое здоровье по трем критериям: физическое, социальное и психическое благополучие, к которому мы и стремимся. Есть определенный перечень критериев, клинических целей антипсихотической терапии вообще – это краткосрочные, среднесрочные, долгосрочные. Долгосрочные, повторяю, это те же самые социальные навыки, основные жизненные навыки, восстановление профессиональных функций и навыков, восстановление мыслительных функций.

Рис. 2. Динамика достижений целей терапии

Наконец, я добрался до сути своего сегодняшнего выступления. Палиперидона пальмитат – препарат хорошо известный. В первую очередь мы говорим о нем, потому что это препарат, который обеспечивает достаточную безопасность и высокую переносимость терапии. Эта переносимость сравнима с терапией таблетированными атипичными препаратами. Безопасность и переносимость этой терапии проявляется, конечно, в отсутствии боли в месте инъекции, связанных с пролактином нежелательных явлений, которые наблюдаются достаточно редко и преимущественно у женщин, колебание веса возможно в том числе, но не отмечается увеличение интервала QT на электрокардиограмме. И сходна переносимость палиперидона пальмитата относительно препаратов, таких как палиперидон, пролонгированный рисперидон в диапазоне рекомендуемых доз независимо от длительности. Известны факты, что такие препараты, как палиперидона пальмитат обеспечивают выраженный клинический эффект уже на восьмые сутки. И наконец, это совершенно верное замечание, что палиперидона пальмитат – это основа стационарзамещающей методики оказания психиатрической помощи больным шизофренией в амбулаторных условиях.

У нас в Санкт-Петербурге палиперидона пальмитат, конечно, приобретают и крупные психиатрические больницы. Иногда инициация введения палиперидона пальмитата осуществляется на базе больниц. Но я считаю, что, конечно, лучше это делать все-таки в условиях амбулаторного звена, по крайней мере, тогда нет того самого пресловутого расхождения и отсутствия взаимосвязи между стационаром и амбулаторной помощью. В Санкт-Петербурге финансирование амбулаторных учреждений предусматривает возможность приобретения таких дорогостоящих препаратов и фактически использование их в объеме, конечно, не в стопроцентном, но где-то до 70% у пациентов, которые нуждаются в применении этого лекарственного препарата.

Смысл назначения палиперидона пальмитата и вообще препаратов пролонгированного плана – это, разумеется, снижение частоты госпитализации при их применении, до 88% госпитализация снижается. Последствия рецидивов, о которых мы сегодня говорили, – это потеря самоуважения, резистентность к терапии, увеличение стоимости лечения, труднее восстановить достигнутые улучшения – это то, за что мы боремся, то есть отсутствие, минимизация рецидивов, почему, собственно, мы и выбираем такие препараты и такие антипсихотики, как пролонгированные препараты.

На рисунке 3 представлены данные нашего диспансера. Мы осуществляем лечение палиперидона пальмитатом в отделении интенсивного оказания психиатрической помощи, ОИОПП, такая вот аббревиатура необычная, дневной стационар и, наконец, реабилитационное отделение. Вы видите, что количество пациентов у нас неуклонно нарастает. Их немного в абсолютном отношении, само собой разумеется, препарат все-таки дорогостоящий, но тем не менее динамика положительная. В первом квартале 2017 года у нас уже шесть человек. То есть в этом году мы возможно выйдем на двадцать человек.

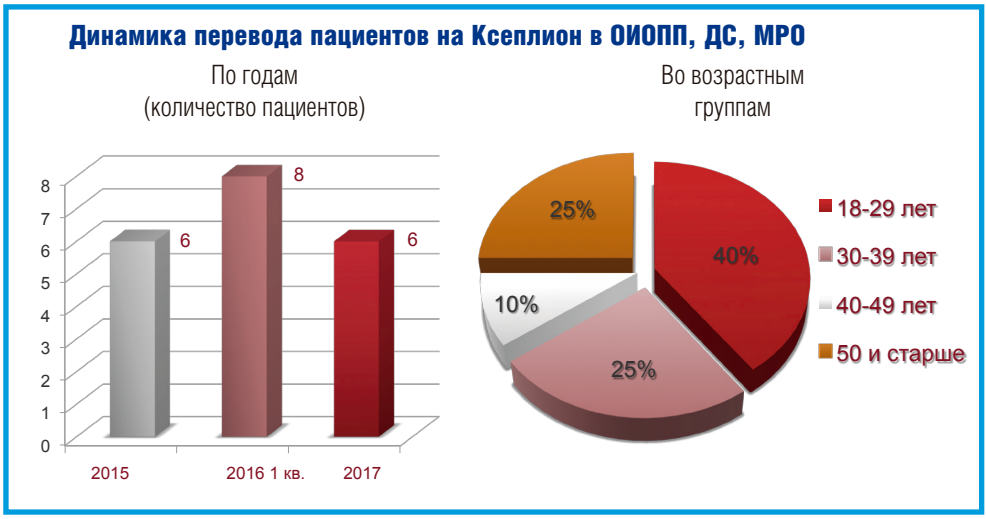


Рис. 3. Опыт использования палиперидона пальмитата в ОИОПП

Какой диапазон возрастной? Разумеется, это все-таки возрастной диапазон 18–29 лет и 30–39, тот самый диапазон, когда чаще мы диагностируем инициальные признаки шизофрении, клиника первого эпизода, работоспособный возраст. Полагаю, всем очевидно, что это одни из тех определяющих критериев, которые существуют при назначении таких дорогостоящих препаратов, как палиперидона пальмитат. В Санкт-Петербурге созданы межрайонные комиссии, когда каждое назначение палиперидона пальмитата обсуждается в кругу специалистов и подтверждается или не подтверждается, соответственно. Я полагаю, что если квалифицированный врач назначает препарат, он продумал основные критерии, и, конечно, ситуации, при которых мы будем запрещать назначение лекарства, маловероятны.

По дозировкам понятно, что наиболее распространенная дозировка – это 75 мг, 100 мг препарата. К сожалению, терапия у нас не больше чем 5–6 месяцев, 11 месяцев максимум. Более продолжительная терапия менее вероятна. Это обусловлено опять-таки неким соображением чисто экономическим. И вообще целесообразно отходить от назначения палиперидона пальмитата, переходить на пероральную терапию. Хотя мы прекрасно понимаем, что сама идея установления с пациентом доверительных отношений через препараты пролонгированного плана предполагает в идеале максимальный переход на эти пролонги.

На палиперидоне пальмитате мы имеем иной раз просто парадоксальные, удивительные результаты. Немногие коллеги, здесь присутствующие, были на наших мастер-классах. Мы показывали пациентов, которые принимали практически весь набор существующих самых эффективных лекарственных препаратов. У них были очень тяжелые, острые психотические расстройства, нарастающий дефект. Назначения палиперидона пальмитата творили просто чудеса. Когда мы начинали заниматься рисперидоном, еще в самом начале, там появлялись такие же феномены, когда пациенты длительное время при-

нимали терапию, были резистентны, а при назначении рисперидона они как бы просыпались. У нас были вторичные депрессии в связи с тем, что люди наконец осознавали, что в течение долгого времени они не могли получить необходимое образование, у них не было семьи. У нас возникали депрессивные расстройства, обусловленные осознанием дефекта своего состояния. Если есть вопросы, с удовольствием на них отвечу. И всех приглашаю к нам в гости.

ШМУКЛЕР А.Б.:

– Да, пожалуйста, вопросы, потому что это действительно интересный опыт. К сожалению, не очень он распространен. Я и=мею в виду лекарство. Да, Валентина, пожалуйста.

ВОПРОС ИЗ ЗАЛА:

– Скажите, пожалуйста, Владимир Борисович, какова была мера вовлеченности пациентов, которые у вас шли на палиперидона пальмитате, в психосоциальные мероприятия? Как-то были связаны друг с другом эти вещи? Может, у вас есть специальная программа? Или, может, вовлеченность повышается? Как бы вы оценили эту связку?

ДУТОВ В.Б.:

– Спасибо за вопрос. Я опять-таки в связи с регламентом не смог обсудить такие задачи, которые мы решаем в рамках отделения реабилитационной помощи, где мы оцениваем реабилитационный потенциал человека на входе, дальше разрабатываем индивидуальные реабилитационные программы. Но это уже не новость, этим занимаются в большинстве своем наши коллеги. И, разумеется, в эти реабилитационные программы входит при возможности, при финансовой возможности, организационной, в том числе и продолжение терапии на палиперидона пальмитате. У нас все-таки отделение интенсивной психиатрической помощи, дневной стационар, а дальше мы уже переходим на работу в структурах МРО. Но, разумеется, если пациент находится на палиперидона пальмитате, то пресловутый комплаенс с ним облегчается существеннейшим образом. Разумеется, он идет гораздо охотнее на весь комплекс социально-реабилитационных мероприятий, которые существуют. Потому что у нас в отделении реабилитации это и арт-терапия, это и терапия театром, это и психообразовательные программы, конечно, трудовая терапия, трудоустройство пациентов. И все, что связано с социальной реабилитацией, если это на фоне палиперидона пальмитата, то, естественно, это на порядок более эффективно. То есть это, конечно, колоссальное приобретение для амбулаторной службы. Я настаиваю на амбулаторной службе. Это буквально то основание, на котором можно двигаться дальше. Я надеюсь, в перспективе появятся препараты уже трехмесячные, шестимесячные. Были бы деньги, как говорится, а все остальное мы организуем.

ВОПРОС ИЗ ЗАЛА:

– У меня вопрос. А в чем была клиническая целесообразность перевода с палиперидона пальмитата на таблетки?

ДУТОВ В.Б.:

– Это была даже не клиническая целесообразность, а за счет определенного дефицита или, точнее, ограничения нашего финансирования. У нас есть определенное финансирование, которое мы сможем себе позволить. Поэтому не всех пациентов мы можем продержать на палиперидона пальмитате в течение 12 месяцев, предположим. Если он заканчивался и если, скажем, появлялся пациент с первичным, предположим, эпизодом, а у нас нет палиперидона пальмитате, то мы вынуждены были в этой ситуации переводить такого пациента на таблетированные формы, использовать имеющийся препарат.

– А как вы это объясняли пациенту?

ДУТОВ В.Б.:

– Вы знаете, объяснять пациентам это не обязательно, если опять-таки есть комплаенс, если есть взаимодействие с врачом-психиатром. Пациенты доверяют врачу и делают то, что врач считает целесообразным в этом плане.

ШМУКЛЕР А.Б.:

– На самом деле действительно очень важный вопрос, потому что препараты пролонгированного действия предполагают длительное лечение, больше года. И здесь, я думаю, основная причина финансовая. И целесообразно все-таки как-то доводить, если есть хорошие результаты, и считать экономическую эффективность и на основе этого пытаться добиваться соответствующего финансирования.

ДУТОВ В.Б.:

– В идеале это должно быть если не пожизненно, то, по крайней мере, максимально длительным. Опять-таки мы говорим сейчас о реабилитационных мероприятиях. Разумеется, вывод на определенное социальное восстановление, трудоустройство и так далее, должен идти под прикрытием палиперидона пальмитата или препаратов аналогичного плана. Если говорить об экономике, понятно, что это все неэкономично с формальной точки зрения. Если говорить о ближайшем рубле, то мы здесь тратим гораздо больше денег. У нас есть размышление на эту тему, в том числе и в Санкт-Петербурге. Есть диспансеры, которые имеют, условно говоря, 1 миллион на все, а есть диспансеры при том же населении, у которых есть 6–8 миллионов на приобретение лекарственных препаратов, скажем, наш диспансер. У нас есть такое финансирование. Оно, к сожалению, обусловлено личными отношениями руководителя с администрацией района. У нас подчинение диспансерное идет по районному направлению. Поэтому, когда мы говорим об объединении диспансеров с больницами, тут у нас у всех возникает некое сомнение по этому поводу. Потому что если мы объединимся с больницами, мы будем в подчинении уже комитета города, а комитету города до психиатрии не всегда есть интерес, время и так далее. А когда мы работаем с администрацией района, поскольку это работа именно здесь, с населением, с конкретными людьми, они в этом заинтересованы, если правильно и грамотно все это подать. Для нас очень важно сохранить самостоятельность амбулаторного звена в Питере. Она по сути дела была, есть и пока оста-

ется такой уникальной самостоятельностью, я имею в виду автономность наших диспансеров. Потому что в Москве такого не было изначально.

ШМУКЛЕР А.Б.:

– Тем не менее очень важно взаимодействие амбулаторного, стационарного звена, полустационарного, безусловно, об этом нельзя забывать. У меня есть вопрос. Очень важный аспект вы затронули по поводу поликлиник и работы психиатров, психотерапевтов в поликлиниках. Дело в том, что поликлиники находятся на ОМС. Психиатрия вне ОМС, это государственное финансирование. Как решается этот вопрос?

ДУТОВ В.Б.:

– Сейчас к нам обратился главный психиатр Санкт-Петербурга с просьбой об актуализации приказа. Я вписал туда это положение, потому что в № 566 Приказе есть Приложение № 1, где речь идет о штатах психотерапевтического кабинета. Написано: психотерапевт один на 25 тысяч в штате поликлиники. То есть как в штате поликлиники? При чем здесь штат поликлиники, непонятно, логики нет. А мне такой психотерапевт жизненно важен сейчас в моем штате. Нам крайне необходимо, чтобы эти психотерапевты были в штате диспансера. Тогда у меня получится почти семь психотерапевтов, которых я рассажу по поликлиникам. Никакого отношения финансирование к этому не имеет. Они мои сотрудники. Я их контролирую, я беру их на работу, я контролирую медицинскую документацию, назначения.

ШМУКЛЕР А.Б.:

– И вам выделяют помещение на основе чего?

ДУТОВ В.Б.:

– Опять-таки мы вышли из положения, потому что мы бы говорили сейчас о том, что необходимо арендовать помещения или вводить лицензии, которые у нас существуют применительно только к нашим адресам. Мы говорим о консультативной помощи. Выезжает бригада консультативно. Это, конечно, немножко лукавство, но тем не менее.

ШМУКЛЕР А.Б.:

– Хорошо, это очень важное достижение, важный опыт, который надо распространять.

ДУТОВ В.Б.:

– Это огромный опыт, потому что пациенты просто в восторге, разумеется. И врачи в восторге.

ГАЖА А.К.:

– Я хотел, чтобы вы продолжили вопрос Александра Борисовича, потому что действительно это у вас договорные взаимоотношения с этой поликлиникой?

ДУТОВ В.Б.:
– Это решение администрации района. Я понимаю, что это пилотный проект. Такого нет вообще нигде еще пока.

ГАЖА А.К.:
– А как выполняется нагрузка? Ведь сейчас врачи диспансера должны заработать деньги. Здесь у вас план приема какой-то есть?

ДУТОВ В.Б.:
– У нас существует план приема, но он сейчас пока не связан с заработком, сейчас это не заработок.

ГАЖА А.К.:
– Но все равно вот на этого врача план приема распространяется?

ДУТОВ В.Б.:
– В поликлинике нет такого плана приема, потому что пока это пилотный, повторяю, проект. Сколько идет, столько идет. Мы заинтересованы сейчас в том, чтобы активизировать эту работу. Тем более мы работаем бригадно. У меня не сидит там врач постоянно. Работает сестра, которая ведет привычный прием. Сестра подготовлена. Она дифференцирует по записи, кого пригласить на следующий прием, психотерапевта, медицинского психолога, психиатра, если будет необходимость. То есть это сменная работа, здесь нет такой жесткой привязки, поэтому мы никак не можем попасться в поле зрения правоохранительных органов.

ШМУКЛЕР А.Б.:
– А карточки?

ДУТОВ В.Б.:
– Мы ведем наши собственные карточки.

ШМУКЛЕР А.Б.:
– И они хранятся?

ДУТОВ В.Б.:
– У нас.

ШМУКЛЕР А.Б.:
– И в отчет идет, соответственно?

ДУТОВ В.Б.:
– Конечно, в отчет к нам идет.

ШМУКЛЕР А.Б.:
– А как со справками различного рода и так дальше, на вождение, например?

ДУТОВ В.Б.:
– Это только в структуре диспансера делается.

ШМУКЛЕР А.Б.:
– Я понимаю, но эти люди учитываются, они понимают, что карточки заводятся в диспансере?

ДУТОВ В.Б.:
– Все, кто попадает в поле зрения учреждения, все попадают в компьютер. Но справка и решение вопроса о годности к тем или иным видам деятельности сейчас напрямую с появлением в картотеке записи не связано. Мы можем дать справку больному шизофрении, если считаем это нужным, и можем не давать справку какому-то однократно попавшему к нам в поле зрения психопату. Это все вещи не связанные. Другое дело, что пациенты, когда спрашивают у моих коллег в поликлинике, а куда я попадаю, тут им приходится заниматься дестигматизацией, объяснять, рассказывать. Вы знаете, до сих пор люди приходят в диспансер: дайте мне справку о том, что я на учете не состою. Это традиционный стандартный вопрос. Речь идет о справках на оружие и так далее. Приходится каждый раз рассказывать о том, что такой справки не существует, что мы проводим психиатрическое добровольное освидетельствование на предмет решения вопроса о том, годны или не годны вы к вождению машины, к оружию.

ШМУКЛЕР А.Б.:
– Работать врачом-психиатром...

ДУТОВ В.Б.:
– Да, например, в том числе или работать с сильнодействующими лекарственными препаратами. Это люди сейчас начинают понимать. На этом мы и зарабатываем дополнительные деньги, кстати.

ГАЖА А.К.:
– Скажите, а у вас есть выезды на дом из диспансеров?

ДУТОВ В.Б.:
– Конечно, это основная работа участковой службы.

ГАЖА А.К.:
– Это имеется в виду, когда уровень диспансерного наблюдения, да?

ДУТОВ В.Б.:
– Да, в зависимости от диспансера наблюдения. Но ОИОПП, нами созданное, тоже выезжает в тех случаях, если пациент находится уже в зоне интересов ОИОПП, но не появился.

ГАЖА А.К.:
– Меня вот это интересует, как вы это делаете.

ДУТОВ В.Б.:

– Если пациент не является в это отделение, то бригада ОИОПП выезжает на дом и решает вопрос, в чем дело, при необходимости госпитализирует. Более того, мы пошли еще дальше. Я ввел систему трехсменной работы в ОИОПП. У меня сейчас врачи при необходимости остаются на ночь. Я вообще уверен в том, что два-три дня, проведенных в амбулаторном звене, при возможности переночевать две-три ночи решит вообще все проблемы.

ШМУКЛЕР А.Б.:

– Больные остаются?

ДУТОВ В.Б.:

– Больные остаются на ночь. Вы не были пока, посмотрите, у меня палаты двухместные, с туалетами и так далее. Поэтому условия очень неплохие для этого. То есть мы оставляем пациентов. Есть дежурные бригады из ОИОПП, которые остаются с ними, и мы купируем острые психотические состояния.

ГАЖА А.К.:

– А историю заводите?

ДУТОВ В.Б.:

– Конечно.

ГАЖА А.К.:

– То есть он может сколько пробыть, он сутки ведь может пробыть?

ДУТОВ В.Б.:

– Вы знаете, опять-таки это пилотный проект, это наш эксперимент. Мы стараемся не больше двух суток его удерживать.

ГАЖА А.К.:

– Доктора амбулаторные, стационарные?

ДУТОВ В.Б.:

– У нас амбулаторная помощь, у нас это не стационарная помощь, это третья смена. Есть смена утренняя, смена после обеда остается, и третья смена остается на ночь. Такая вот хитрость, но работает хорошо.

ГАЖА А.К.:

– А геронтологических больных тоже берете?

ДУТОВ В.Б.:

– Геронтологические больные – это моя мечта, создать геронтопсихиатрический центр, поскольку это очень актуально для района. Но, честно

говоря, развернуться негде, как говорится, государство маловато, развернуться негде. Просто помещений не хватает, а так мы готовы это сделать. Я приглашаю, вы посмотрите, как у нас это организовано. Вы увидите, что мы и это можем сделать на самом деле. Но это уже сложнее в организационном плане, потому что вы понимаете, если мы положим бабушку к нам в палату с повышенной комфортностью, то она там надолго и останется. Оборот койки здесь будет минимальным. А мы заинтересованы в том, чтобы это был оборот койки. В том числе учитывая даже и коммерческий интерес.

ШМУКЛЕР А.Б.:

– Ну, это такая итальянская модель. Как известно, итальянцы уничтожили психиатрические больницы, оставили психиатрические отделения только в соматических стационарах. Но при этом в амбулаторной службе до недели они могут госпитализировать, как они говорят, в кризисных состояниях, это острые больные, суицидоопасные больные и так далее, оставляют до недели. То есть такая модель тоже существует.

ДУТОВ В.Б.:

– Здесь еще и вопрос согласия. Мы без согласия, разумеется, не оставляем наших пациентов.

ГАЖА А.К.:

– Как это вы предполагаете?

ДУТОВ В.Б.:

– В принципе есть понятие сервисных служб и так далее. То есть какие-то пациенты, которые не хотят, естественно, проводить время в больницах, где 40 человек лежат в палате, и раз в 10 дней предоставляется возможность принять душ, можно их лечить в таких условиях с их согласия.

ПОДДЕРЖАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО, ФИЗИЧЕСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ – ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫХ ПРОГРАММ В ПСИХИАТРИИ

ШМУКЛЕР А.Б.*

– Уважаемые коллеги, мы постепенно, не очень еще привыкнув к этому, отходим от понимания качественной помощи как основанной только на степени купирования психопатологической симптоматики. То есть возвращаемся, хотя и на новом уровне, к медико-социальной модели, рассматривающей пациента целиком, с учетом его физического, психического и социального благополучия. Ремиссия симптомов предполагает только первый, базовый этап, без которого мы не можем двигаться дальше. На следующем этапе мы говорим о социальной ремиссии. И наконец, выздоровление – это полная социальная и психологическая автономия больных. Модное некоторое время назад словосочетание, сейчас подзабытое, что, наверное, плохо – это качество жизни, которое подразумевает не только психическое здоровье и решение экзистенциальных проблем, но и социальное функционирование и соматическое здоровье. Мы как медики, как врачи, должны при оказании помощи обращать внимание и на этот, последний аспект.

На протяжении длительного времени (уже более 5 лет) существует большая межправительственная программа, которая декларирует, что «нет здоровья без психического здоровья», то есть привлекается внимание врачей общесоматической сети к психическому здоровью. Это то, о чем говорил Владимир Борисович [Дутов]: в настоящее время остро необходимо «внедрение» специалистов психиатрического профиля в общесоматическую сеть. Это не только поликлиники, но это и стационары, в чем имеется колоссальная потребность. В этом вопросе есть ряд труднорешаемых организационных проблем, но то, что это необходимо, – это безусловно. Но есть и другой аспект проблемы, что нет психического здоровья, без физического, без соматического благополучия, о чем мы иногда, к сожалению, забываем.

Известно, что продолжительность жизни психически больных короче, чем продолжительность жизни общего населения. Имеются данные международных исследований, что это явление связано в первую очередь с высоким уровнем суицидов среди психически больных, которые в значительной

* *Шмуклер А.Б.*, д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ.

степени сокращают продолжительность жизни. Но ограничиваться объяснением менее продолжительной жизни наших пациентов только влиянием суицидов, конечно, было бы неправильно. Наши пациенты зачастую не ищут помощи, и не только помощи психиатра, но и помощи врачей других специальностей. Нередко они обращаются за соматическим обследованием очень поздно. Существует стигматизация наших пациентов, их плохо принимают в общесоматических отделениях и требуется настойчивость, иногда значительная, чтобы «устроить» своего пациента в больницу или сделать в поликлинике необходимые анализы.

Но есть еще один момент, который зависит от нас. Некоторые соматические нарушения – это следствие нашей терапии, те побочные эффекты и осложнения терапии, которые развиваются при применении психотропных средств. Их много, за короткое время, которое мне отведено, я обо всех не смогу рассказать, поэтому в моем сообщении речь пойдет только о метаболических нарушениях, что с появлением новых препаратов, атипичных антипсихотиков вышло на первый план. Хотя необходимо отметить, что эти осложнения терапии отмечались с самого начала появления психотропных средств. Я недавно смотрел одну пациентку, у которой был поликистоз яичников. И доктор, докладывая больную, сказала, что она поменяла один из атипичных антипсихотиков на галоперидол, потому что опасалась ухудшения соматического состояния, и была очень удивлена критикой своих назначений.

Стало общим местом, что при использовании атипичных антипсихотиков повышается уровень пролактина. И у врачей сложилось впечатление, что это свойство присуще всем препаратам из этой группы и, наоборот, не характерно для «старых» нейролептиков. На самом деле все не так однозначно: существуют препараты нового поколения, для которых эти побочные эффекты не характерны, и традиционные нейролептики, которые в значительном числе случаев вызывают их. К последним относится и галоперидол. Поэтому говорить, что это проблема, которая возникла с появлением атипичных антипсихотиков, конечно, было бы абсолютно неверно.

Есть много факторов, которые, обнаруживаясь у одного пациента, складываются в так называемый метаболический синдром. Это избыточный вес, повышение уровня глюкозы, нарушение липидного обмена и, наконец, повышение артериального давления. Вот эти четыре вида нарушений и составляют метаболический синдром. И чем больше из перечисленных факторов мы обнаруживаем у одного пациента, тем больше вероятность развития у него тяжелых осложнений, которые увеличивают риск преждевременной смерти.

Как часто встречаются эти нарушения? Избыточный вес встречается в половине случаев, гипергликемия в 20% случаев. Причем это не всегда связано с применением психотропных средств. Известно, что повышение уровня глюкозы в крови характерно для больных шизофренией и встречается чаще, чем в общей популяции, что и послужило в свое время толчком для открытия инсулинокоматозной терапии, и развитие коматозного состояния иногда приводило к купированию психоза.

Нарушение липидного обмена обнаруживается примерно в 40% случаев. В целом у трети больных наблюдается метаболический синдром. Причем

частота его встречаемости увеличивается параллельно с увеличением длительности заболевания. Чем больше человек болеет и чем больше времени он находится под наблюдением психиатра и получает соответствующее лечение, тем больше вероятность развития у него метаболического синдрома, который влияет на различные аспекты функционирования и здоровья этого человека и приводит в том числе и к нарушениям когнитивных функций.

Как известно, эти нарушения часто встречаются у психически больных и особенно у больных шизофренией, что является фактором, максимально влияющим на плохое социальное функционирование пациентов. В многочисленных исследованиях показано, что непродуктивная симптоматика и даже не негативные расстройства, а в первую очередь когнитивный дефицит приводит к нарушению социального функционирования психически больных. Развитие метаболического синдрома наряду с соматическими осложнениями способствует усилению когнитивных нарушений. В частности, нейрональная пластичность, которая нарушена у наших пациентов и является биологической основной заболеваний, ухудшается при избыточном весе, при ожирении и еще в большей степени ухудшает их когнитивную функцию.

Здесь я должен сделать небольшое отступление и сказать несколько слов о возможностях лечения с помощью антипсихотиков тех когнитивных нарушений, которые встречаются у больных. Необходимо отметить, что антипсихотики на самом деле не являются препаратами выбора для лечения когнитивных нарушений. И те лекарства, которые в ближайшее время, наверное, должны появиться и которые влияют на другие рецепторные системы, они в большей степени могут улучшить когнитивную функцию. Тем не менее антипсихотики вообще и атипичные в первую очередь в определенной степени могут оказывать положительное влияние на когницию. Точка зрения, что все антипсихотики по эффективности примерно равны и различаются только по побочным эффектам, представляется весьма спорной. Антипсихотики имеют свой спектр действия, и этот спектр действия касается и особенностей влияния на когнитивную функцию, на ее различные домены.

Относительно недавно опубликован метаанализ (рис. 1), в котором оценено влияние антипсихотиков на когницию и ее различные аспекты. Необходимо сказать, что в данное исследование включено не очень большое количество работ – их всего девять и связано это с тем, что число публикаций, посвященных данной проблеме и удовлетворяющих строгим критериям метаанализа весьма ограничено, что само по себе является проблемой.

Если брать суммарные показатели когнитивных нарушений, то здесь выделяются три препарата, имеющие отчетливый седативный компонент в спектре их психотропного действия. Мы привыкли, что чем более выражен седативный эффект, тем больше отрицательное влияния на когнитивную функцию, в частности за счет явлений гиперседации. Однако три указанных препарата – кветиапин, оланзапин и рисперидон – имеют преимущества по сравнению с галоперидолом, по влиянию на когницию и два первых, кроме того, и по сравнению с амисульпридом.

При оценке влияния на память картина несколько иная (рис. 2). В число лидеров включается зипрасидон, который имеет статистически значимые преимущества по сравнению с галоперидолом и амисульпридом; оланзапин по анализируемому показателю «выигрывает» у галоперидола.

ПРЯМОЕ СОПОСТАВЛЕНИЕ АТИПИЧНЫХ АНТИПСИХОТИКОВ ПО ВЛИЯНИЮ НА КОГНИТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ПРИ ИХ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ (общий показатель, величина эффекта)

Исследуемый препарат	Препарат сравнения				
	Ола	Рисп	Зип	Ами	Гал
Кве	0,06 (–0,06–0,19)	0,11 (–0,03–0,25)	0,11 (–0,07–0,29)	0,27 (0,10–0,44)**	0,27 (0,13–0,41)**
Ола	0	0,05 (–0,07–0,17)	0,05 (–0,12–0,22)	0,2 (0,02–0,37)*	0,21 (0,10–0,32)**
Рис	–	0 –	0 (–019–0,20)	0,16 (–0,03–0,34)	0,16 (0,02–0,30)*
Зип	–	–	0	0,15 (–0,04–0,35)	0,16 (–0,02–0,34)
Ами	–	–	–	0	0,01 (–0,16–0,18)
Гал	–	–	–	–	0

* – p < 0,05; ** – p < 0,01

Рис. 1. Сравнение антипсихотиков по их влиянию на когнитивную функцию

ПРЯМОЕ СОПОСТАВЛЕНИЕ АТИПИЧНЫХ АНТИПСИХОТИКОВ ПО ВЛИЯНИЮ НА КОГНИТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ПРИ ИХ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ (память, величина эффекта)

Исследуемый препарат	Препарат сравнения				
	Ола	Рисп	Зип	Ами	Гал
Кве	0,13 (–0,10–0,36)	0,17 (–0,08–0.42)	0,23 (–0,01–0,46)	0,28 (0,02–0,54)*	0,32 (0,09–0,55)*
Ола	0	0,04 (–0,11–0,19)	0,09 (–0,07–0,25)	0,15 (–0,08–0,38)	0,19 (0,14–0,34)*
Рис	–	0	0,06 (–0,12–0,24)	0,11 (–0,14–0,36)	0,15 (–0,02–0,33)
Зип	–	–	0	0,05 (–0,18–0,29)	0,09 (–0,08–0,27)
Ами	–	–	–	0	0,04 (–0,19–0,27)
Гал	–	–	–	–	

* – p < 0,05

Рис. 2. Сравнение антипсихотиков по их влиянию на память

ПРЯМОЕ СОПОСТАВЛЕНИЕ АТИПИЧНЫХ АНТИПСИХОТИКОВ ПО ВЛИЯНИЮ НА КОГНИТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ПРИ ИХ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ (внимание и скорость обработки информации, величина эффекта)

Исследуемый препарат	Препарат сравнения				
	Ола	Рисп	Зип	Ами	Гал
Кве	0,18** (0,09–0,28)	0,21*** (0,16–0,22)	0,27*** (0,20–0,34)	0,32*** (0,24–0,39)	0,38*** (0,30–0,36)
Ола	0	0,03 (–0,06–0,12)	0,09* (0,0–0,18)	0,13* (0,02–0,25)	0,20** (0,10–0,30)
Рис	–	0	0,06 * (0,0–0,11)	0,10* (0,02–0,18)	0,17*** (0,10–0,24)
Зип	–	–	0	0,04 (–0,05–0,14)	0,11** (0,03–0,19)
Ами	–	–	–	0	0,07 (–0,03–0,17)
Гал	–	–	–	–	0

* – p < 0,05; ** – p < 0,01; *** – p < 0,001

Рис. 3. Сравнение антипсихотиков по их влиянию на внимание и скорость обработки информации

ПРЯМОЕ СОПОСТАВЛЕНИЕ АТИПИЧНЫХ АНТИПСИХОТИКОВ ПО ВЛИЯНИЮ НА КОГНИТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ПРИ ИХ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ (исполнительная функция, величина эффекта)

Исследуемый препарат	Препарат сравнения				
	Ола	Рисп	Зип	Ами	Гал
Кве	0,02 (–011–0,15)	0,02 (–013–0,16)	0,14 (–001–0,29)	0,14 (–0,04–0,33)	0,2 (0,02–0,38)*
Ола	0	0 (–0,12–0,13)	0,12 (–0,02–0,26)	0,13 (–0,06–0,31)	0,19 (0,01–0,36)*
Рис	–	0	0,12 (–0,03–0,27)	0,13 (–0,08–0,33)	0,19 (–0,01–0,39)
Зип	–	–	0	0,01 (–0,18–0,19)	0,07 (–0,12–0,25)
Ами	–	–	–	0	0,06 (–0,14–0,26)
Гал	–	–	–	–	0

* – p < 0,05

Рис. 4. Сравнение антипсихотиков по их влиянию на исполнительную функцию

Следующие показатели – внимание и скорость обработки информации, являющиеся ключевыми нарушениями когниции у больных шизофренией (рис. 3). Здесь мы видим три препарата на верхней строчке – кветиапин,

зипрасидон, оланзапин, которые «выигрывают» не только у галоперидола, но и у рисперидона и амисульприда, а кветиапин еще и у двух других препаратов.

И наконец, исполнительная функция (рис. 4). Снова мы видим в лидерах кветиапин и оланзапин, которые оказались лучше амисульприда. Остальные различия между препаратами не достигают статистической значимости. И обратите внимание, галоперидол здесь не оказывается на плохих позициях и, по крайней мере, статистически значимо не отличается от других препаратов.

Возвращаясь непосредственно к теме моего сообщения, необходимо подчеркнуть, что обращать внимание на соматическое состояние пациента, конечно, следует с первых дней наблюдения у психиатра; не надо ждать, пока разовьется метаболический синдром. Внимание к соматическому здоровью пациентов – это один из аспектов качества нашей помощи. На рисунке 5 приведены данные из статьи известных исследователей – Рене Кана и Вольфганга Флейшхакера с соавторами, которые изучили эффективность антипсихотических препаратов у больных с первым эпизодом шизофрении и расстройств шизофренического спектра. Авторами получены несколько неожиданные результаты. Понятно, что при применении оланзапина и кветиапина влияние на вес более выражено, а зипрасидон в этом отношении будет «выигрывать», но в числе неудовлетворительных препаратов оказался и галоперидол, который при длительном лечении (в данном случае почти 4 года – 50 месяцев), оказался значительно хуже зипрасидона.

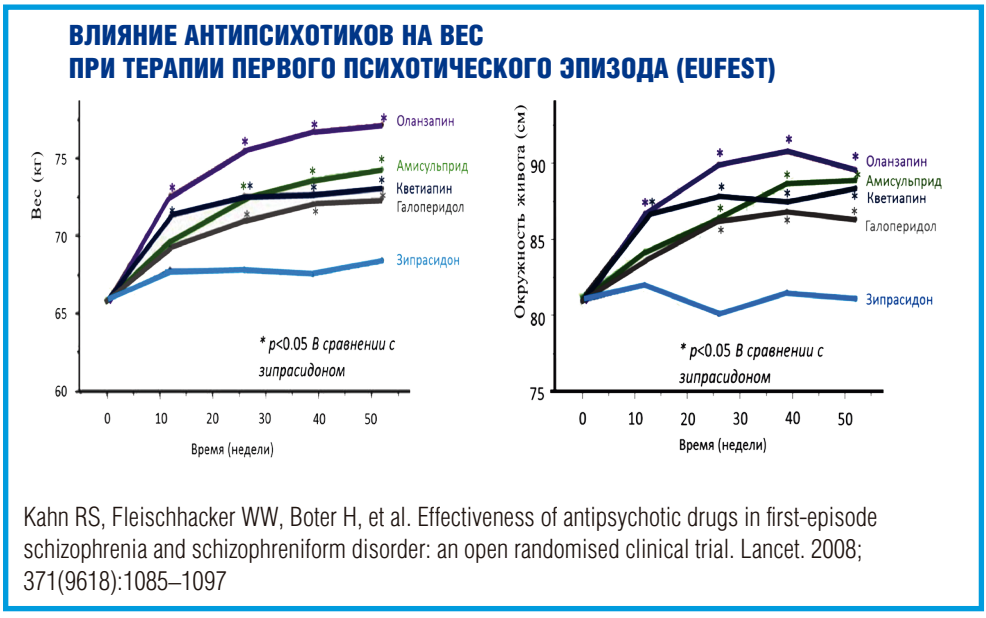


Рис. 5. Влияние антипсихотиков на вес при терапии первого психотического эпизода

Если мы обратился к метаанализам, то картина несколько меняется: галоперидол и зипразидон практически не отличаются от плацебо по влиянию на вес (рис. 6). А следом за ними идет арипипразол, который хотя и отличается от плацебо, различие статистически значимое, но не столь большое.

При прямом сопоставлении препаратов в долгосрочных исследованиях, результаты достаточно предсказуемые. Мы видим, что при длительно применении оланзапин хуже большинства представленных препаратов, а зипрасидон «выигрывает» по этому показателю у рисперидона, кветиапина, оланзапина и амисульприда.

Иерархия антипсихотиков (стандартизированная разность средних) по влиянию на вес при их прямом сопоставлении

		Препарат 1											
		Пла	Гал	Зип	Ари	Ами	Азе	Пал	Рис	Кве	Сер	Хло	Кло
Препарат 2	Гал	0,09											
	Зип	0,1	0,01										
	Ари	0,17	0,08	0,07									
	Ами	0,2	0,11	0,1	0,03								
	Азе	0,23	0,14	0,13	0,06	0,03							
	Пал	0,38	0,29	0,28	0,21	0,18	0,15						
	Рис	0,42	0,33	0,32	0,25	0,22	0,19	0,04					
	Кве	0,43	0,34	0,33	0,26	0,23	0,2	0,05	0,01				
	Сер	0,53	0,45	0,43	0,37	0,33	0,3	0,15	0,11	0,1			
	Хло	0,55	0,46	0,45	0,38	0,35	0,32	0,17	0,13	0,12	0,02		
	Кло	0,65	0,57	0,55	0,49	0,45	0,42	0,27	0,23	0,22	0,12	0,1	
	Ола	0,74	0,65	0,64	0,57	0,54	0,51	0,36	0,32	0,31	0,21	0,19	0,09

Модифицировано из S.Leucht и соавт., 2013

Различия разных антипсихотиков по влиянию на вес
долгосрочные исследования метаанализ

Стрелки указывают на достоверно более безопасный в паре

Плацебо										
1,85	Амисульприд									
1,53	0,83	Арипипразол								
1,03	0,56	0,67	Галоперидол							
1,18	0,64	0,77	1,15	Галоперидол деконоат						
4,27 ⇧	2,31 ⇧	2,79	4,15 ⇧	3,61	Оланзапин					
1,75	0,95	1,14	1,7	1,48	0,41	Палиперидон				
2,06	1,12	1,35	2,00	1,74	0,48	1,18	Палиперидон инъекции			
1,71	0,92	1,11	1,66	1,44	0,40 ⇨	0,97	0,83	Кветиапин		
1,87	1,01	1,22	1,81	1,58	0,44 ⇨	1,07	0,9	1,09	Рисперидон	
1,93	1,04	1,26	1,87	1,63	0,45	1,1	0,93	1,13	1,03	Конста
0,54	0,29 ⇨	0,36	0,53	0,45	0,13 ⇨	0,31	0,26	0,32 ⇨	0,29 ⇨	0,28	Зипрасидон

Zhao YJ, Lin L, Teng M, et al. Long-term antipsychotic treatment in schizophrenia: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. Br J Psychiatry Open. 2016;2(1):59–66

Рис. 6. Влияние антипсихотиков на вес:
данные прямого сопоставления и долгосрочных исследований

И последнее, на что я просил бы обратить внимание. Представленные на рис. 7 данные взяты из клинических рекомендаций. Необходимо осуществлять и в стационарных, и в амбулаторных условиях регулярное соматическое обследование пациентов. Это регулярное измерение массы тела, точнее оценка индекса массы тела и окружности талии, а также измерение артериального давления, уровня липидов и глюкозы крови. Если больной наблюдается давно и он давно на психотропной терапии, то как минимум раз в год. Эти данные должны быть отражены в амбулаторных картах. Причем если человек принимает клозапин, то в обязательном порядке необходимо делать клинический анализ крови (определение количества лейкоцитов) первые 18 недель еженедельно, а в дальнейшем один раз в месяц. Кто это будет делать? Районная поликлиника. Боритесь со стигмой, направляйте на анализ, поликлиника должна это делать, это является требованием, это входит в клинические рекомендации. Еще один показатель – электрокардиография. Если человек наблюдается более года, то как минимум ежегодно должны быть соответствующее обследование, пленка ЭКГ, ее расшифровка с заключением и анализом имеющихся изменений.

ГРАФИК МОНИТОРИРОВАНИЯ СОМАТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ

	До лечения	4 недели	8 недель	12 недель	Ежеквартально	Ежегодно
Вес (индекс массы тела)	X	X	X	X	X	X
Артериальное давление	X	X		X		X
Содержание сахара в крови (натощак)	X			X		X
Содержание липидов в крови (натощак)	X			X		X
Формула крови*	X	X		X		X
ЭКГ	X	X			X	X

* – при применении клозапина – первые 18 недель еженедельно, а затем 1 раз в месяц

Рис. 7. Рутинное соматическое обследование пациентов при психофармокотерапии

На этом я завершаю. Благодарю за внимание. Если есть вопросы, я попытаюсь ответить.

ГАЖА А.К.:

– Александр Борисович, все-таки мониторирование – это приказ такой или пожелание?

ШМУКЛЕР А.Б.:

– Это клинические рекомендации. Они должны быть приняты Российским обществом психиатров. Пожалуйста, зайдите на сайт Министерства здравоохранения в раздел клинических рекомендаций, они там «висят». И не только по шизофрении, но и депрессии, тревожному спектру. Это разработано при поддержке Министерства и будет утверждено Российским обществом психиатров.

ГАЖА А.К.:

– Я понимаю, просто это как интеллигентное пожелание, это хорошо делать, если ты порядочный врач, но прокуратура за это еще не накажет.

ШМУКЛЕР А.Б.:

– Нет, именно так она и сделает – накажет, потому что прокуратура ориентируется на документы, а именно на инструкции о применения препарата, а там написано, какие возможны осложнения и очевидно, что соответствующие показатели надо мониторировать. И если проверяющий грамотный, он туда обратится. Если этих обследований не сделано, то какие-то неприятности могут быть. Если у больного удлиняется интервал QT и случилась внезапная смерть, а доктор этот показатель не мониторировал, у него будут неприятности. Если он не мониторировал формулу крови, а случилось резкое падение уровня лейкоцитов, агранулоцитоз и человек попал в реанимацию, не дай бог случился летальный исход, то вина будет доктора. Приказ о мониторировании уровня лейкоцитов, кстати говоря, еще 1993 года, его никто не отменял. Поэтому в данных ситуациях надо делать анализ 1 раз в неделю в течение первых 18 недель и далее ежемесячно, пока человек принимает клозапин.

ГАЖА А.К.:

– Как же оттуда выскочил пролактин из этих рекомендаций?

ШМУКЛЕР А.Б.:

– На необходимость оценки уровня пролактина указано в стандартах, однако это требование распространяется лишь на небольшую часть больных. В значительном числе случаев возможность проведения данного обследования у психиатрических клиник ограничена, поэтому это требование не было распространено на всех пациентов.

ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ

ШМУКЛЕР А.Б.

– У нас еще есть вопросы для обсуждения, давайте к ним перейдем: реабилитационные программы в психиатрии, проблемы трудоустройства, дестигматизация и пациент-ориентированность. Отчасти это прозвучало в выступлениях. У нас есть 50 минут. Давайте мы начнем с реабилитационных программ в психиатрии, может быть, с регионов. Я вижу представителя Нижнего Новгорода. Скажете нам что-нибудь, как у вас это происходит? И какие планы? Я знаю, что у вас есть планы.

ТОЛМАЧЕВ В.А.:

– Спасибо. Меня зовут Толмачев Владимир, город Нижний Новгород. Я председатель Региональной общественной организации «Новые возможности» и по совместительству заместитель председателя Общероссийской общественной организации Левиной Нелли Борисовны.

Как-то перед одним из моих выступлений на публике очень уважаемый в вашей сфере профессиональный человек дал мне рекомендацию. Он говорит, Владимир Алексеевич, в зале будет сидеть 95% профессионального сообщества, которые с недоверием относятся ко всему, чем занимаются общественные организации. Ты постарайся, пожалуйста, чтобы их не стало 96%.

Спасибо большое за приглашение на эту конференцию. Я в течение всего дня пробыл здесь, слушал выступления, и во многих выступлениях звучало «роль общественной организации». На самом деле общественные организации сегодня как-то стоят в стороне. Вроде бы мы и есть и в то же время нас нет. В тот момент, когда нужно нас за веревочку дернуть, раз – дернули, мы пришли, а так вроде бы нас не существует. На самом деле мы ведь фактически с вами выполняем одну задачу, цель у нас одна – это помочь людям, имеющим заболевание психического характера. Нужны какие-то методические издания, чтобы профессиональное сообщество нас побыстрее пускало в свои круги. А то как-то однобоко получается, у нас игра в одни ворота.

На самом деле в Нижнем Новгороде сегодня взаимодействие психиатрической структуры, профессионального сообщества в лице в первую очередь Первой клинической психиатрической больницы (главный врач Сучков Юрий Александрович) и взаимодействие нашей общественной организации, мне кажется, достойно того, чтобы об этом говорить в профессиональном сообществе. Пациенты проходят четыре этапа реабилитации, начиная с вовлеченности в группу. Потом они в этой группе чувствуют себя участниками и потихонечку переходят в лидеры. Те ребята, которые в нашей группе сегодня находятся, выполняют роль учителей над теми, кто только вступает, приходит в группу, над новичками. На первых двух этапах просто необходимо уча-

стие дневного стационара больницы, и оно присутствует. Вот эта взаимосвязь дневного стационара больницы и нашей общественной организации, наших действий дает возможность пациентам не госпитализироваться. На третьем этапе они становятся более-менее самостоятельными, а на четвертом этапе ребята, которые ходят к нам в группу, кто не нарушает свой режим и пьет лекарства, они практически не госпитализируются. Многие живут совершенно отдельно, справляются.

Это, может быть, и в других регионах присутствует, но играет роль и наше взаимодействие с Общественной палатой Нижегородской области. У нас сейчас находится в разработке рабочий проект как раз по оказанию психиатрической помощи в пределах Нижегородской области. В чем заключается роль общественной организации? Я прекрасно понимаю, что в профессиональном сообществе есть много барьеров, которые мешают двигаться дальше, но, в конце концов, над вами есть вышестоящие структуры, а мы, можно так сказать, являемся инициаторами этого движения вперед. Просто мне кажется, нужно использовать эту возможность в нашей с вами совместной работе. Если есть какие-то вопросы я готов ответить. Я сам не имею никакого отношения к профессиональной медицине, к профессиональному сообществу, я совершенно другими вещами занимаюсь на протяжении 30 лет. Но поскольку в моей семье присутствует человек с нарушением психического заболевания, – моей старшей дочери 30 лет, заболела она в 15 лет, – у меня большой жизненный опыт в этом плане. Стараюсь эмоции, которые вы так не любите, потихонечку убирать и разговаривать фактами. Сегодня эта девушка живет в течение 4 лет самостоятельно одна. Отмечает это и патронаж семьи и дневного стационара больницы.

СТЕПАНОВА А.Ф.:

– Степанова Анжелика Федоровна, я врач-психиатр и являюсь членом Московского городского отделения общественной организации «Новые возможности». И тоже хочу поделиться опытом, можно сказать, нашей реабилитационной программой, которая происходит уже в течение почти 9 лет, с 2008 года. Я так понимаю, Владимир, вы говорите о группе, которая является групповой поддержки?

ТОЛМАЧЕВ В.А.:

– Мы ее можем обозначить как угодно, самое главное – это общее взаимодействие дневного стационара и «Новых возможностей» как общественной организации. К сожалению, в силу того, что это общественная организация, просто отсутствует ресурс для того, чтобы это делать вне больницы – это большой минус, – поэтому это все равно так или иначе сосредоточено в условиях дневного стационара больницы.

СТЕПАНОВА А.Ф.:

– Я рада видеть здесь Владимира Борисовича [Дутова], потому что несколько лет назад я была у него в диспансере и видела работу, которая там проводилась. Просто в восхищении, вы, может быть, помните меня. Я тоже

хочу сказать слова благодарности сотрудникам дневного стационара ПНД №18, потому что первоначально, конечно, это была тоже работа в тесном сотрудничестве с дневным стационаром, и до сих пор она в сотрудничестве происходит. Особенность нашей работы заключается в том, что мы находимся не на базе лечебного учреждения. У нас есть договор с местной властью. То есть выделено помещение в социуме, и мы проводим там тоже много разных программ, в том числе группу общения, это как группа поддержки, или можно считать, что, по сути, идет групповая психотерапевтическая работа. Плюс у нас есть психообразовательная программа для родственников, мы дважды в год регулярно ее проводим, плюс разная клубная работа. И вот последние два года у нас активно развивается спортивное направление в сотрудничестве с Федерацией спортивных настольных игр России, тоже интересный очень опыт, который мы хотим дальше продвигать и развивать. И конечно, если бы эта работа осуществлялась на базе такого отделения, это была бы и профессиональная помощь пациентам, которые вышли уже из дневного стационара, допустим. Вы правы, Владимир, что у нас еще недостаточно, наверное, такой связи общественной организации и лечебных учреждений. Но если над этим работать, я надеюсь, что это будет улучшаться.

– А как работать?

СТЕПАНОВА А.Ф.:

– Двигаться навстречу друг другу или привлекать ресурсы общественной организации для того же лечебного учреждения. Сегодня же много говорили о психосоциальном направлении. И как раз-таки можно часть этой работы вынести за рамки лечебного учреждения и не нагружать финансово лечебное учреждение. Если бы просто было взаимодействие.

ОСМОНОВА Г.Р.:

– Меня зовут Гульмира Рахманалиевна, я заведующая дневным стационаром диспансера № 18. В продолжение темы Анжелики Федоровны про связь с общественными организациями. Наш опыт как раз идет с 2008 года. Мы делаем робкие шаги. И я могу сказать, что на сегодняшний день мы запускаем определенные реабилитационные программы для больных. Когда наступает состояние относительной стабилизации, они начинают у нас проходить реабилитационные программы. Туда входят у нас и арт-терапия, с ними работает соцработник, есть группа коллажа. Затем танцедвигательная терапия, которую проводит у нас психотерапевт. Киноклуб, психологическая открытая группа, моделирование «Умелые ручки» с куклами и своя театральная студия. Пациенты смотрят, где у них получается, где не получается.

У нас была создана своя театральная студия совместно с общественной организацией. Эти пациенты стабилизировались, и сейчас у них своя театральная студия. Эти пациенты сейчас находятся в общественной организации, на своей базе, приезжают к нам раз в месяц, раз в три месяца, ставят нам спектакли. Сейчас мы уже осваиваем спортивные направления. Те же пациенты, которые вышли из дневного стационара, тоже в более-менее стабильном состоянии, приходят к нам и являются тренерами, показывают эти игры.

И участвуют в группе психообразования, когда бывает курс лекций, они приходят к нам, по стигме читают. На родительскую группу мы отправляем родителей, родственников, братьев, сестер пациентов. То есть у нас контакт есть, и мы находимся в одном районе, мы – в Царицыно, они – в Москворечье. И это очень необходимо. И от администрации нужна какая-то поддержка, помощь, чтобы этот формат отношений был стабилен, чтобы он работал.

ШМУКЛЕР А.Б.:

– А какая поддержка должна быть?

ОСМОНОВА Г.Р.:

– Чтобы, например, из общественной организации приходили, читали лекционный курс, психолог у них есть по правовым вопросам. Мы тоже готовим свой образовательный цикл лекций, запустили, у нас участвует психотерапевт, социальный работник и психолог. Вы у нас были, видели наш дневной стационар. Владимир Борисович тоже был, и я видела опыт. Мне понравилось в Питере, где на одном этаже дневной стационар, а на втором этаже реабилитационное, психотерапевтическое отделение. И вот такая модель, конечно, очень актуальна и нужна, я думаю.

ШМУКЛЕР А.Б.:

– Спасибо большое. Андрей Константинович, я чувствую, вы хотели сказать.

ГАЖА А.К.:

– Вы знаете, Александр Борисович, когда приезжают из Москвы наши представители Регионального общества «Новые возможности» они с благоговением говорят две фамилии – Шмуклер и Шмилович. Я хочу воспользоваться такой камерной доброжелательной атмосферой и попросить, чтобы кто-нибудь из вас рассказал, как это организовано, потому что это какая-то колоссальная работа на международном уровне. Эта «Нить Ариадны», эти взаимоотношения с другими службами. Мне кажется, это было бы очень любопытно всем присутствующим.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

ШМИЛОВИЧ А.Л.*

– Я, может быть, немножко затрону и это тоже. Мне кажется, нельзя не затронуть, тем более что это указано в программе, проблему трудоустройства психических больных. Сегодня Андрей Константинович тоже очень много уделил внимания опыту, который есть в Тамбове. У меня такое впечатление, что мы, профессионалы, как-то стыдливо от этой проблемы отворачиваемся или как минимум ее чуть-чуть затрагиваем. Причем не потому, что она реально трудна в смысле внедрения программ трудоустройства, системы трудоустройства, а потому, что мы недоосознаем, что организация психиатрической помощи в своей основе имеет реабилитационную идеологию. Если пользоваться документами ВОЗ, психиатрическая помощь имеет известную триаду – это снятие или смягчение психопатологических проявлений, затем восстановление трудоспособности и социального статуса. И если что-то из этой триады выпадает, то психиатрическая помощь хромает. Мне кажется, что она сегодня у нас хромает на две ноги.

В мире существует Абилимпикс, – вы получили сегодня многие газету, там могли познакомиться, – это чемпионаты по профессиональному мастерству людей с инвалидностью. Раз в четыре года международный Абилимпикс по олимпийской системе проходит в какой-то стране. В марте 2016 года он проходит в Бордо. И впервые наша команда из 15 инвалидов принимала там участие, в том числе инвалиды вследствие психических заболеваний. И очень интересный факт. Идет борьба между странами, где проводить очередной чемпионат. Почему во Франции проходил? Потому что во Франции 70% инвалидов трудоустроены. Если иметь в виду нашу страну, особенно инвалидов вследствие психических заболеваний, то процент трудоустроенных стремится к нулю, так мне кажется. Сегодня Наталья Дмитриевна говорила, по-моему, 1 миллион 64 тысячи инвалидов, но это только те, кто имеет розовую справку. Можно умножить, наверное, в два, а может быть, в три раза – это те наши пациенты, которые по существу инвалиды, но отказываются от медико-социальной экспертизы или в связи с психическим состоянием, или надеются на трудоустройство и боятся, так сказать, омрачить свою биографию. И это колоссальный ресурс для трудоустройства.

20–21 мая прошел региональный чемпионат Абилимпикс в Москве. Вообще-то обратилась Администрация президента и в частности два министерства –

* *Шмилович А.Л.,* заместитель главного врача по медицинской части ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы.

образования и труда и социальной защиты населения ко всем без исключения губернаторам. 63 региона в этом году до ноября будут проводить региональные Абилимпиксы. Москва проводила по 67 компетенциям, 67 профессиям. В нашей категории инвалидов в Москве принимали участие 78 человек. Причем 17 из них стали призерами, золотыми, серебряными, бронзовыми, взяли два из пяти основных приза – «За волю к победе» и «За креативность». Были очень сложные технические задания, их составляли работодатели. Я хочу отметить, что значительное число работодателей вовлечено в этот процесс. Общественные организации, которые входят в оргкомитет, обязательно согласовывают технические задания. Я когда согласовывал, как президент Региональной общественной организации «Клуб психиатров», эти технические задания, меня оторопь взяла – тяжелые задания. И в каких профессиональных компетенциях наши побеждали? И программирование, и обработка баз данных, и переводчики (все три первых места взяли наши переводчики, хотя там были выпускники лингвистических университетов на базе РГСУ) и медицинский социальный уход, и издательское дело, и работа на станках с числовым программным управлением. Серьезнейшие профессии. И конечно, когда два дня наблюдаешь за тем, как уже какое-то время неработающие инвалиды справляются с этими техническими заданиями, понимаешь, какой у них громадный ресурс. У нас 78 человек – это все больные шизофренией. Многие из них стали инвалидами, находясь на пике своей профессиональной и социальной жизни, уже имея профессию, и все они не трудоустроены и, в общем-то, потеряли на это надежду. Сейчас мы подводили итоги Абилимпикса, это движение растет. И подводя итоги, Департамент труда и социальной защиты Москвы вместе с работодателями создал реестр участников Абилимпикса, инвалидов. И адресно вместе с работодателями решается вопрос об их трудоустройстве. Надо, конечно, подумать и об их сопровождении при этом.

Я Абилимпикс вспомнил для того, чтобы как-то сказать об этом ресурсе. У нас существовавшая в советское время многоэтапная система трудоустройства, к сожалению, канула в Лету. Вспоминать о ней можно только для того, чтобы понимать, что многое возможно. В Москве мы пытаемся делать это в новых условиях, но сохраняя принцип. Принцип поэтапности для организации трудоустройства наших пациентов незаменим.

93% пациентов каждый день находятся во внебольничных условиях, они в социуме. Трудовая и социальная адаптация в защищенных условиях – это либо ЛПМ, либо медико-реабилитационное отделение, трудоустройство в инклюзии – это интеграционное производство и участки, стажировка, Абилимпикс, и открытый рынок труда – медико-социальное сопровождение. Это схема (рис. 1) того, что мы, начав эту работу вместе с Благотворительным фондом «Качество жизни», пытаемся удержать и развить.

И начало этой работы было положено Благотворительным фондом «Качество жизни» несколько лет назад с того, что в своей современной типографии ими было создано интеграционное предприятие на 88 мест для инвалидов, где часть мест предполагалась и для инвалидов вследствие психических заболеваний. И далее интеграционное предприятие на базе нашего медико-реабилитационного отделения Алексеевской больницы создало производственный участок,

на котором пациенты обучались тем трудовым процессам, операциям (около 40 операций), которые в последующем при возможном трудоустройстве они должны применять непосредственно на предприятии. И здесь мы и образовали первичный этап дозированной трудовой терапии, адаптации к трудоустройству. Если пациенты достигали возможности работы 5–7 часов и могли качественно выполнять работу без влияния на производительность труда, то через центры труда и занятости, в Москве есть такая программа временной занятости, эти инвалиды принимались на работу интеграционным предприятием – типографией, продолжая работать у нас в медико-реабилитационном отделении. И когда они достигали уже более высокой производительности труда, они переводились на открытый рынок труда в интеграционное предприятие и далее в другие цеха и даже на другие предприятия полиграфической промышленности.

Рис. 1. Этапы профессиональной реабилитации

К большому сожалению, типография закрыта. И мы сейчас пытаемся удержать эту схему с другими работодателями. Кстати, я должен сказать, что программа Абилимпикс стала национальной программой. Создан национальный центр. И что очень важно, в Москве 67 компетенций, созданы центры компетенций, где инвалиды могут, имея соответствующую профессию, повышать свою квалификацию, готовиться к очередному Абилимпиксу, то есть возникает такая надежда на трудоустройство. Кстати, схема поэтапной реабилитации важна тем, что на каждом из этапов человек видит реальную возможность переступить на одну ступеньку. Конечно, не все дойдут до открытого рынка труда, но перспектива повышения своей профессиональной компетенции имеется.

Завтра часть участников конференции побывают у нас в больнице, посмотрят на производственный участок в медико-реабилитационном отделении. Сегодня это не полиграфическая промышленность, мы сегодня производим гранаты для страйкбола, восемь типов гранат. Они не нагружаются порохом, безусловно, там другая начинка. И рынок колоссальный. Часть пациентов, кто осваивает профессии, трудоустраивается на соответствующем предприятии. В любом регионе можно выстроить достаточно разные подобные профессиональные цепочки. Единственное, надо работать с работодателями, мотивируя их включиться в этот процесс и создавать вот эти интеграционные участки, в том числе на базе психиатрических учреждений, внебольничных ЛПМ, МРО.

Правда, мы сейчас очень серьезно нарушаем законодательство, потому что в Порядке № 566н таким образом предусмотрены лечебно-производственные мастерские, что там организовать производственный процесс невозможно и по тому штатному расписанию, и по тому положению, которое есть. Мы подали через Зураба Ильича недавно в Министерство здравоохранения предложение по изменению в этом Приказе положения, либо по ЛПМ, либо по МРО, то, что развернуто в психиатрическом учреждении. А всего лишь это касается легитимизации возможностей на базе ЛПМ или медико-реабилитационного отделения бизнесу организовать начальный производственный участок. Только и всего. Сегодня мы в аренду сдать это не можем, и никакой бизнес не будет платить за это деньги. Но если мы нашли такое предприятие, которое готово включиться в нашу работу, то, конечно, это можно решить, в том числе есть много схем безвозмездной аренды и так далее, которые применяются в практике, по крайней мере, в Москве, я думаю, и в других регионах. И тогда этот вопрос будет легитимизирован и появится возможность. Не все, что находится в этом Порядке Приказа № 566, внедряется, но возможность такая должна быть предоставлена. Если в регионах появится такая возможность, может быть создана такая структура. В частности, в течение года у нас прошло через эту цепочку более 200 инвалидов. Из них было трудоустроено 57, в том числе 7 на открытом рынке труда, на открытом рынке труда мы продолжаем их сопровождать.

При трудоустройстве в инклюзии представлена такая большая и важная работа, как стажировка на предприятии. Я надеюсь, Мария Кулик выступит и расскажет. Это довольно большая, широкая программа, которая проводится сейчас Фондом, по стажировке на целом ряде предприятий, которые открывают возможность для последующего трудоустройства инвалидов. Модель эффективна. То есть трудовая терапия, профессиональное обучение, стажировка и рациональное трудоустройство организовано на практике, в рамках реальных условий на разных этапах с учетом и клинико-социальных показаний и профессионального потенциала, который, еще раз повторюсь, велик. На каждом из этапов была создана потенциальная возможность для инвалидов в повышении своего профессионального и социального уровня. И подобные цепочки возможны в различных отраслях.

Конечно, возникает вопрос о том, что государство должно организовать для работодателя какие-то преференции. Потому что работодатель неизмен-

но несет какие-то убытки. Вопрос сложный. На сегодняшний день мы поставили и вопрос, и восклицательный знак, что это важно. Но может ли государство такие преференции в налоговых вопросах, в каком-то приоритете, в сбыте продукции или еще в чем-то для таких социально ориентированных работодателей организовать, трудно сказать. Но мы считаем, что по крайней мере начало у нас положено, и мы над этим работаем. И сегодня у нас три-четыре работодателя на очереди для встреч, для обсуждения, крупных работодателя, которые пока на этом предварительном этапе проявляют живой интерес к сотрудничеству и работе.

Таким образом наш отечественный практический опыт показывает, что психиатрическая служба и общество обладают значительным ресурсом возвращения инвалидов. Мы это знаем, знаем и по прошлым временам, видим и сегодня. Нельзя забывать слова нашего корифея социальной психиатрии Дмитрия Евгеньевича Мелехова, который считал, что если реабилитационный процесс не заканчивается или нет перспективы трудоустройства, то он во многом теряет смысл.

Собственно говоря, это одно из направлений, отвечая на ваш вопрос, Андрей Константинович, деятельности нашей профессиональной, я подчеркиваю, общественной организации, это общественная организация профессионалов. Мне очень близко выступление Владимира Толмачева из Нижнего Новгорода. На самом деле мы, профессионалы, не только недооцениваем важность профессиональных организаций, общественных организаций пациентов, пациентского сообщества, мы часто относимся к этому, – может быть, грубо сказано, – с определенной враждебностью. Мы не пускаем их в психиатрические учреждения. Они со своей стороны иногда начинают воевать, не видя той ниши, которую они могут занять в нашем общем деле, как Владимир сказал. И в общем-то общественная психиатрия у нас топчется на месте. Хотя сейчас все больше создается общественных организаций, и потенциал их чувствуется. В нашей организации руководители почти всех московских психиатрических служб. И очень интересная вещь. Как руководители они не могут организовать те программы, которые мы реализуем в общественной организации. Они стреножены своими инструкциями, мы стреножены теми приказами, которые есть свыше. А как представители общественной организации, мы на это не обращаем внимания, мы разрабатываем и реализуем проекты.

Газета «Нить Ариадны», которую вы, наверное, видели, с декабря 2005 года издается ежемесячно тиражом 15 тысяч экземпляров и распространяется в 20 регионах России, а периодическими дайджестами на английском языке – в те страны, с которыми мы сотрудничаем. Газета наполовину пишется пациентами. И это очень важный психообразовательный проект. Фестиваль творчества «Нить Ариадны», их четыре прошло в режиме биеннале, последний в 2016 году. Приехали представители 40 городов и 14 стран – и Европа, и Южная Америка, и Ближний Восток. И фестиваль не ради фестиваля. Фестиваль мотивирует потом расширение этой работы в регионах, он создает объективное общественное мнение о возможностях психиатрии. Потому что фестиваль проходит на культурных площадках города, таких как Третьяков-

ская галерея, Пушкинский музей, целый ряд театров и так далее, открытие в Доме кино на тысячу мест с полным аншлагом. Потому это очень важная программа, в которой принимают участие и профессионалы, и пациенты, и члены их семей, и целый ряд людей, кто обеспокоен, так сказать, проблемами психического здоровья населения. Программа психогигиена, психопрофилактика и психопросвещения в вузах. Сегодня очень приятно было услышать от Елены Олеговны, что они эту программу в Краснодаре расширяют. Мы этим тоже занимаемся в нескольких вузах Москвы: МГУ, РГГУ, РГСУ, сейчас будем расширять эту программу. Организовано радио «Зазеркалье», три года вещающее каждую неделю с 15 до 16-ти по субботам, вещающее в прямом эфире. И Тамбов подхватил эту форму работы, и сейчас в Тамбове тоже работает и очень активно развивается такая же радиостанция.

Я думаю, что настало время нам, профессионалам, одной из своих обязанностей считать поддержку общественного движения и общественных организаций, пациентского сообщества. На этом я пока завершу.

КУЛИК М.:

– Здравствуйте, я немножечко добавлю, не буду долго занимать ваше время, потому что Аркадий Липович очень много сказал. Я представляю Благотворительный фонд «Качество жизни». Мы занимаемся содействием занятости и трудоустройства инвалидов, в том числе вследствие психических расстройств. И действительно на этом пути трудоустройства есть много барьеров, которые, к сожалению, очень сложно преодолеть. Это прежде всего стереотипы общества, стигма, это длительный адаптационный период, который должен проходить где-то, но точно не на территории бизнеса, не на территории предпринимателя, потому что это будет очень большое бремя для него, то есть должна быть некая площадка. Как мы с Аркадием Липовичем думаем совместно, утеряно звено между службой занятости и работодателем, то есть нет той площадки, где можно дать человеку подготовиться, адаптироваться, научиться новым трудовым навыкам. Как раз это интеграционные предприятия, о которых он говорил.

На сегодняшний день еще новый и очень опасный барьер появился именно в деле трудоустройства – в этом году произошло изменение трудового законодательства, а именно речь идет о профстандартах. То есть теперь работодатель обязан будет приводить в соответствие квалификацию своего персонала, человека, который к нему приходит на работу, с определенными профстандартами. Вы сами знаете, что когда человек теряет свой рабочий статус, он уже не может туда вернуться, но он может вернуться к другому рабочему месту, к другой специальности, профессии. Если будет стоять такой барьер, что нужно будет получать квалификацию, да еще ей соответствовать, а время-то идет. И это, на мой взгляд, очень серьезное препятствие, которое встало перед нами.

Я сегодня слышала о тех не инвалидах, но уже пациентах, то есть тех людях, которые обратились первый раз в психиатрическое учреждение и которые могут быть интегрированы в общество, интегрированы в трудовые процессы, если они вовремя получат медикаментозную помощь, им будет вовремя ока-

зана помощь. Мы такими людьми еще не занимались, потому что в общем-то мы занимаемся людьми с инвалидностью. Однако я считаю, что очень большой, конечно, шанс вовремя начать эту работу, тогда, когда еще не все потеряно, не все запущено. Поэтому, наверное, мы будем совместно с больницей имени Алексеева пристально смотреть на тех, кто приходит впервые, и если им нужна будет помощь, будем поддерживать.

ШМУКЛЕР А.Б.:

– Прозвучал важный аспект, что просто трудоустроить, просто найти работу и направить туда человека любого, имеющего психическое заболевание или здорового, это недостаточно – его надо подготовить. И вот это – очень важный момент, о котором часто забывают. Это, пожалуй, ключевое звено. Важно ведь не просто научить человека, научить человека с определенными дефицитами, которого научить сложнее, чем здорового человека. В каких-то смыслах он может быть сколь угодно талантлив, но у него есть определенный дефицит социальных когниций. И именно этот аспект должен быть все время в центре внимания. Я так понимаю, именно этому в значительной степени посвящена ваша программа. Есть ли еще желающие высказаться, что-то прокомментировать? Все желающие сказали. Аркадий Липович, может быть, вы скажете что-то?

ШМИЛОВИЧ А.Л.:

– Как мне кажется, когда мы действительно касаемся вопроса внедрения социальных программ, то нередко мы попадаем в ситуацию психологического выгорания, потому как что-то не идет. На самом деле то, что сейчас Александр Борисович сказал, мало научить или вернуть в свою профессию или в новую какую-то, важно еще сопровождение. Даже я помню в советское время, когда сотни инвалидов были трудоустроены на десяти промышленных предприятиях Томска, там несколько было аспектов. Во-первых, сформировать терапевтическую среду на этих предприятиях, начиная от директора и кончая вахтером, и второе – это все-таки сопроводить. Были реабилитационные бригады, которые без белых халатов бывали на предприятиях. И этот тяжелейший вопрос был решен совершенно уникально. И то же самое в Калуге, Калужский турбинный завод, и в Москве имелся такой опыт и так далее. То есть эти вопросы не должны пугать, они решаемы. Нужно понимать их значимость, мне кажется, и уделять этому большое внимание.

ШМУКЛЕР А.Б.:

– Спасибо большое, Аркадий Липович. Еще в продолжение буквально несколько слов. Здесь звучала проблема взаимодействия профессионалов и общественных организаций, пациентских общественных организаций, потребителей, по-разному их называют. Мне кажется, один из важнейших аспектов работы этих общественных организаций как раз и может состоять в таком сопровождении, когда люди могут заменить на каком-то этапе, помочь человеку, который в этот день плохо

себя чувствует или у него случилось ухудшение состояния. Такой опыт есть, он международный, когда существует некая группа помощников, которая гарантирует работодателю выполнение работ вне зависимости от самочувствия данного конкретного человека, который фактически трудоустроен. И мне кажется, в этом отношении очень большие перспективы. Это поле, на котором такое взаимодействие можно развить. С этим надо идти дальше и думать, что делать.

ТОЛМАЧЕВ В.А.:

– Все вы правильно сказали, но какие-то правовые моменты, аспекты взаимодействия по трудоустройству все равно существуют, и существует незнание, как к ним подступиться. И хоть есть у «Новых возможностей» методические рекомендации по трудоустройству, наверное, в современных условиях их надо пересматривать, потому что законодательство идет вперед, а мы этих изменений просто не знаем. Нужно делиться опытом. Может быть, нам отдельно встречаться в каких-то рамках? А как это организовать? Обучающие семинары по этому поводу?

КУЛИК М.:

– Существует Общественный совет, рабочие группы при каждом субъекте, при департаментах социальной защиты. Нужно входить в эти советы. Мы очень давно там находимся и обсуждаем все законы. В том числе закон о социальных услугах продавлен материнскими сообществами, которые находятся в координационном совете Общественной палаты. Конечно, сложно разобраться в том, в чем ты не являешься специалистом, но приходится и нужно. Поэтому нужно входить в эти советы и читать законы, разбираться, обращаться к юристам. Если мы хотим что-то изменить, мы должны сами знать, что мы хотим изменить.

ШМУКЛЕР А.Б.:

– Ну что ж, наверное, надо поблагодарить всех участников и пожелать нам всем успехов и дальнейших обсуждений. Всего доброго, спасибо.

Вопросы развития психиатрических служб

ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ СУБЪЕКТАМИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

БУКРЕЕВА Н.Д.*

– Я думаю, что вопрос финансирования субъектами Российской Федерации своих психиатрических служб интересует всех. Как я уже рассказывала, в течение последних двух-трех лет мы проводим ежегодные мониторинги, одним из вопросов которых являются именно вопросы финансирования. И о результатах мне хотелось бы вам доложить. Вы знаете, что все финансирование здравоохранения в Российской Федерации осуществляется на основании программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Она указывает, какие виды помощи оказываются за счет бюджетов всех уровней, а какие – за счет средств ОМС (Постановление Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2016 г. № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»; «Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью» (утв. Минздравом РФ № 2510/9200–98–39, ФФОМС N 4634/41 16.10.1998)).

Для учреждений, финансируемых из ОМС, предусматриваются базовые тарифы. Психиатрия финансируется из бюджетов всех уровней: федерального бюджета и субъектового бюджета. Муниципальные бюджеты принимают участие в финансировании психиатрической службы только в том случае, если органами власти субъекта им делегированы права на оказание специализированной психиатрической помощи как первичной, так в некоторых случаях и стационарной, и для осуществления этого права выделяется финансирование.

Но у нас в настоящее время ряд субъектов Российской Федерации решили, что они психиатрию будут финансировать в рамках обязательного медицинского страхования. При этом базовых тарифов на финансирование в рамках страховой медицины эти субъекты не имеют. Им выделяются все те средства, по существу бюджетные средства, которые выделялись им раньше в рамках бюджета, а теперь выделяются в рамках ОМС. В силу этого очень многие виды психиатрических услуг пациенты, нуждающиеся в получении психиатрической помощи, не получают в полном объеме.

---

* *Букреева Н.Д.,* д.м.н., Заслуженный врач РФ, руководитель НОО ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П Сербского» Минздрава России.

Должным образом не финансируется судебно-психиатрическая и военная экспертизы, лечебно-трудовые мастерские, реабилитационная помощь и деятельность специалистов по социальной работе и медицинских психологов занятых в оказании этой помощи.

Это общие проблемы, о которых я хотела вам напомнить. А что же происходит у нас с финансированием на сегодняшний день? В 2017 году в мониторинге принял участие 51 субъект, опросник включал и вопросы, связанные с финансированием психиатрической помощи.

Что у нас происходит со стоимостью койко-дня? Для того чтобы проанализировать эту ситуацию, мы разделили математическим методом все субъекты на три группы в зависимости от стоимости койко-дня (рис. 1). Субъекты с максимальной стоимостью койко-дня составили в общем количестве ответивших субъектов около 6%. Туда вошли субъекты, которые финансируют свою психиатрическую службу по стоимости койко-дня в размере свыше 2884 рублей. Кто туда вошел? Туда вошла Москва из территорий, не имеющих районных коэффициентов, и две отдаленные территории – так называемые Севера. Это Ханты-Мансийский автономный округ и Ямало-Ненецкий автономный округ, которые имеют стоимость койко-дня: Ханты-Мансийск – 4385 рублей, Ямало-Ненецкий автономный округ – 3175. Москва занимает место посередине: 3600 рублей.

Стоимость койко-дня

Субъекты, с максимальной стоимостью койко-дня (выше 2884 руб.) – 5,88%:
- Ханты-Мансийский АО – 4385 руб. (увеличение на 52,1%)
- г. Москва – 3614,09 руб.
- Ямало-Ненецкий АО – 3175,26 руб. (уменьшение на 27,5%)

Субъекты, со средней стоимостью койко-дня (от 1442 руб. до 2884 руб.) – 17,65%:
- Краснодарский край – 1589,61 руб. (увеличение на 49,9%)
- Ленинградская область – 1851,49 руб. (увеличение на 37,7%)
- Мурманская область – 1916,25 руб. (увеличение на 81,2%)

Субъекты с минимальной стоимостью койко-дня (ниже 1442 руб.) – 76,47%:
- Чувашская Республика – 731,21 руб. (увеличение на 27,3%)
- Республика Дагестан – 775 руб. (увеличение на 32,7%)
- Саратовская область – 778 руб. (увеличение на 58,1%)

По данным мониторингов анализируемых показателей, проведенных сотрудниками ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» в 2015 году (54 субъекта РФ) и 2016 году (51 субъект РФ), по распоряжению главного внештатного специалиста-психиатра З.И. Кекелидзе)

Рис. 1. Стоимость койко-дня в субъектах РФ

Вторую группу, имеющую удельный вес 17,65% в общей численности ответивших субъектов, составили субъекты со средней стоимостью койко-дня от 1442 рублей до 2884 рублей. Сюда вошли в основном такие территории, как Краснодарский край, Ленинградская область, Мурманская область, имеющие свою достаточно развитую промышленность либо сельское хозяйство, если и являющиеся реципиентами финансовых средств федерального бюджета, то в небольшой степени.

И третью, наибольшую группу – 76,5% – составили те территории Российской Федерации, которые имеют стоимость койко-дня ниже 1442 рублей. География этих субъектов по существу безграничная и охватывает всю территорию нашей страны. Наиболее низкая стоимость койко-дня в таких территориях, как Чувашская Республика (731 рубль), Дагестан (775 рублей) и Саратовская область (778 рублей).

Мы видим, что возможности субъектов совершенно разные. Они отличаются не только по общей стоимости койко-дня, но и по наполнению этого койко-дня, о чем мы поговорим ниже. А сейчас посмотрим, как разделилась стоимость человеко-дня в дневном стационаре (рис. 2). Точно так же были выделены три группы, и посмотрите на основные из них. 21% составили территории, которые имеют стоимость свыше 656 рублей. Вы видите это на экране: я не буду перечислять примеры. Доля субъектов со средней стоимостью человеко-дня составила 43%, и субъекты с минимальной стоимостью койко-дня – это 35%. Думаю, что в ряде случаев имеются артефакты. Почему я так думаю: почему не очень доверяю этому показателю стоимости человеко-дня в дневном стационаре? Потому что, посмотрим на следующий слайд, стоимость посещения значительно выше, чем стоимость койко-дня в дневном стационаре.

Средняя стоимость человеко-дня в ДС

Субъекты, с максимальной стоимостью человеко-дня (выше 656 руб.) – 21,57%:
- Ямало-Ненецкий АО – 1 455,44 руб. (увеличение на 75,3%)
- Ханты-Мансийском АО – 1207,9 руб. (увеличение на 61,2%)
- г. Санкт-Петербург – 827,18 руб.

Субъекты, со средней стоимостью человеко-дня (от 328 руб. до 656 руб.) – 43,14%:
- Адыгейская Республика– 442 руб. (увеличение на 20,4%)
- Республика Алтай – 481,52 руб. (увеличение на 67,1%)
- Республика Карелия – 552,8 руб. (увеличение на 54,1%)

Субъекты, с минимальной стоимостью человека-дня (ниже 328 руб.) – 35,29%:
- Астраханская область – 158 руб. (уменьшение на 24%)
- Амурская область – 166,77 руб. (уменьшение на 13,9%)
- Республика Бурятия – 169,99 руб. (увеличение на 13,4%)

По данным мониторингов анализируемых показателей, проведенных сотрудниками ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» в 2015 году (54 субъекта РФ) и 2016 году (51 субъект РФ), по распоряжению главного внештатного специалиста-психиатра З.И. Кекелидзе)

Рис. 2. Стоимость человеко-дня в дневном стационаре в субъектах РФ

Стоимость посещения также делится на три группы (рис. 3). 17,5% составляют те же территории, что мы видели и ранее: Ханты-Мансийский, Ямало-Ненецкий автономные округа и Санкт-Петербург – и у них стоимость посещения различается между собой: от 3733 до 1036 рублей. Вообще это группа со стоимостью свыше 792 рублей за посещение.

Субъекты со средней стоимостью посещения составляют 37,25%, и субъекты с минимальной стоимостью посещения – 45%. Те же республики: Даге-

стан, Адыгейская Республика, Марий Эл и так далее. Хотя и в этих республиках имеет место увеличение стоимости посещения, кроме Республики Дагестан, где отмечено уменьшение, пусть и незначительное, но почти на 4%.

Средняя стоимость посещения

Субъекты, с максимальной стоимостью посещения (выше 792 руб.) – 17,65%:
Ханты-Мансийском АО – 3733,38 руб. (увеличение на 426,5%)
Ямало-Ненецкий АО – 1 645,01 руб. (уменьшение на 0,48%)
г. Санкт-Петербург – 1036,726 руб.

Субъекты, со средней стоимостью посещения (от 396 руб. до 792 руб.) – 37,25%:
Республика Башкортостан – 442,04 руб. (увеличение на 66,7%)
Республика Татарстан – 478,15 руб. (увеличение на 48,8%)
Мурманская область – 625,42 руб. (увеличение на 164%)

Субъекты, с минимальной стоимостью посещения (ниже 396 руб.) – 45,1%:
Республика Дагестан – 154 руб. (уменьшение на 3,75%)
Адыгейская Республика – 179 руб. (увеличение на 19,3%)
Республика Марий Эл – 195,04 руб. (увеличение на 28,2%)

По данным мониторингов анализируемых показателей, проведенных сотрудниками ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» в 2015 году (54 субъекта РФ) и 2016 году (51 субъект РФ), по распоряжению главного внештатного специалиста-психиатра З.И. Кекелидзе)

Рис. 3. Стоимость посещения диспансера в субъектах РФ

Мы знаем, что как в стоимости посещения, стоимости человеко-дня в дневном стационаре, так и в стоимости койко-дня мы всегда можем выделить долю заработной платы и на основании этого посчитать и посмотреть, какова оплата труда в том или ином субъекте Российской Федерации. Мы не стали извлекать эти доли из стоимости койко-дня или посещения, а просто запросили, какова оплата труда различных категорий сотрудников. И вот что у нас получилось (рис. 4). Свыше 70 тысяч рублей у нас получают врачи в 10% субъектов Российской Федерации. Но и здесь разнообразие достаточно велико: от 90 тысяч до 117 тысяч в Ямало-Ненецком округе. Но еще раз хочу подчеркнуть, если в Москве нет никаких районных коэффициентов, а есть только особые условия жизни столичного города и достаточно высокое финансирование, то Ямало-Ненецкий автономный округ – это нефть, и это северные территории, где имеется свой высокий районный коэффициент. По средней величине заработной платы врачей Санкт-Петербург опережает Москву.

Субъекты со средним значением заработной платы врачей в 2016 году составили 45%, и их заработная плата колеблется от 39 до 70 тысяч рублей. Сюда относятся достаточно многие территории, как я говорила ранее, имеющие собственную промышленность либо развитое сельское хозяйство. И субъекты с наименьшей оплатой труда – это в основном Кавказ, часть Урала, и Центральная Россия. Это до 25 тысяч рублей.

Надо сказать, что финансирование среднероссийских территорий: то, что относится к Центральному федеральному округу, – значительно отличается

от того, что мы имеем на Урале, в Поволжье, в Сибири. Севера не беру даже в сравнение. У нас получилось, что субъекты с наименьшей оплатой труда составляют практически половину от всех остальных субъектов Российской Федерации. То есть основная часть наших коллег получает очень низкую заработную плату и находится в достаточно трудных жизненных условиях.

Оплата труда (врачи)

Субъекты с наибольшей средней заработной платой врачей в 2016 г. (выше 70 054 руб.) – 9,8%:

Ямало-Ненецкий АО – 117 307,09 руб. (увеличение на 38,9%)
г. Санкт-Петербург – 93 557,15 руб.
г. Москва – 90 410,72 руб.

Субъекты со средними значениями средней заработной платой врачей в 2016 г. (от 39 527 руб. до 70 054руб.) – 45,1%:

Пермский край – 43 423 руб. (увеличение на 61,9%)
Калининградская область – 45 782,97 руб. (увеличение на 6,1%)
Республика Бурятия – 45 881,6 руб. (увеличение на 51%)

Субъекты с наименьшей средней заработной платой врачей в 2016 г. (ниже 39 527 руб.) – 45,1%:

Республика Дагестан – 25 026 руб. (увеличение на 134,4%)
Республика Марий Эл – 25 682 руб. (увеличение на 34,5%)
Брянская область – 28 044 руб. (увеличение на 43,3%

Оплата труда (средний мед. персонал)

Субъекты с наибольшей средней заработной платой среднего мед. персонала в 2016 г. (выше 50 040 руб.) – 7,84%:

Ямало-Ненецкий АО – 64 157,15 руб. (увеличение на 28,7%)
г. Москва – 60 098,93 руб.
Ханты-Мансийский АО – 53 128,75 руб. (увеличение на 33,2%)

Субъекты со средними значениями средней заработной платой ср. мед. персонала в 2016 г. (от 25 020руб. до 50040 руб.) – 35,29%:

Краснодарский край – 27 223,66 руб. (увеличение на 66,3%)
Республика Башкортостан – 30 757,67 руб. (увеличение на 65,1%)
Республика Коми – 34 607,19 руб. (увеличение на 40,9%)

Субъекты с наименьшей средней заработной платой среднего мед. персонала в 2016 г. (ниже 25 020 руб.) – 56,86%:

Адыгейская Республика – 14 964 руб. (увеличение на 80,1%)
Брянская область – 16 637 руб. (увеличение на 56,7%)
Алтайский край – 16 662,33 руб. (увеличение на 23,2%)

По данным мониторингов анализируемых показателей, проведенных сотрудниками ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» в 2015 году (54 субъекта РФ) и 2016 году (51 субъект РФ), по распоряжению главного внештатного специалиста-психиатра З.И. Кекелидзе)

Рис. 4. Оплата труда врачей и среднего медицинского персонала в 2016 г.

То же самое можно сказать о среднем медицинском персонале, у которых средняя заработная плата колеблется от 50 и выше тысяч рублей, а самые нижние границы ниже 25 тысяч рублей. На рисунке 4 представлены примеры, где какая средняя заработная плата у среднего медперсонала, но эти соотношения между заработной платой медсестер и врачей везде соблюдаются приблизительно одинаково, и в основном заработная плата медицинских сестер по отношению к заработной плате врачей составляет где-то 40–50% от заработной платы врачей.

С младшим медицинским персоналом у нас все немного по-другому. Доля субъектов, где средняя заработная плата младшего медперсонала находится на нижней границе (это ниже 14 тысяч рублей), составляет 37%: все-таки немного ниже, чем в предыдущих двух случаях. А самая большая группа – это субъекты со средними значениями заработной платы младшего медицинского персонала: от 14 до 29 тысяч рублей.

Следующая для нас очень важная позиция: каковы затраты в стоимости койко-дня на медикаменты. По этим цифрам мы можем судить о том, каким арсеналом может пользоваться врач при назначении медикаментозной терапии своим пациентам. И вот посмотрите, субъекты с максимальной стоимостью медикаментов, стоимостью койко-дня составляют около 14%, и величина этих затрат составляет свыше 193 рублей. Субъекты со средней стоимостью койко-дня по медикаментам – от 67 до 124 рублей – составляют 43%. И субъекты с минимальной стоимостью койко-дня по медикаментам, то есть ниже 67 рублей, составляют более 40%. Отсюда мы можем сделать вывод о том, какими средствами могут пользоваться наши врачи в лечении своих пациентов. Затраты, как видите, небольшие.

Еще мы посмотрим затраты на льготное лекарственное обеспечение в амбулаторных условиях больных шизофренией и эпилепсией, не являющихся инвалидами. Федеральные льготники, мы знаем, находятся в одной линейке и у них один доступ к этим медикаментам, а это наиболее ущемленная в своих правах на льготное лекарственное обеспечение группа пациентов. Что у нас происходит с затратами на этот вид лекарственного обеспечения? Надо сказать, что за последнее время, особенно в сравнении с 2012 годом, затраты на льготное лекарственное обеспечение значительно возросли по многим территориям и разница в выделяемых средствах столь значительна, что я не смогла здесь ограничиться тремя группами, как в предыдущих случаях: пришлось выделить пять групп. Начнем с двух крайних групп: с самыми большими и с самыми низкими затратами.

Самые высокие затраты – это, например, Ленинградская область, Омская область, Республика Башкортостан: свыше 17 миллионов рублей на льготное лекарственное обеспечение выделяется в этих территориях для пациентов. Увеличение произошло на 378%, например, по Ленинградской области. По Республике Башкортостан и раньше много выделялось – почти 14 миллионов рублей: сейчас почти 16 миллионов рублей. Значительный рывок произошел в Омской области.

И территории с самыми низкими показателями. Как ни удивительно, Пермский край: всего 37 тысяч рублей выделяется на льготное лекарственное

обеспечение. Я позволю себе усомниться в достоверности тех цифр, которые выдали экономисты, хотя мы и перепроверяли эти цифры. Мы озадачились, как же так, здесь 37 тысяч рублей, а тут 17 миллионов рублей, и попробовали пересчитать, сколько это получается в расчете на одного пациента в месяц (Омская область), больного шизофренией или эпилепсией и не являющихся инвалидами. Получается около 300 рублей. В общем-то достаточно высокая сумма. Что можно купить на 37 тысяч для пациентов-льготников, непонятно.

Три традиционные группы выглядят следующим образом. Свыше 6 миллионов рублей – это около 12% территорий. От 3 до 6 миллионов рублей – 55% субъектов. И наименьшие затраты на льготное лекарственное обеспечение, то есть ниже 3 миллионов рублей – в 33% субъектах Российской Федерации.

В общем-то картина неплохая, и если мы посмотрим на то, каким образом осуществляются закупки на основании существующих перечней льготного лекарственного обеспечения, то мы увидим, что выделяются следующие виды.

Ранее декларированный принцип о том, что льготные перечни лекарственного обеспечения субъектов Российской Федерации не должны быть меньше соответствующих федеральных перечней, властями субъектов РФ не соблюдаются. Существуют субъекты Российской Федерации, где эти перечни, или формулярная система, о которой сегодня говорила Вероника Альбертовна Сорокина, перекрывают федеральные перечни. А есть много территорий, которых эти перечни не достигают, и я не знаю, когда сумеют достичь. Потому что по имеющимся у нас данным 25 субъектов Российской Федерации с высоким преобладанием использования типичных антипсихотиков, то есть свыше 50% в денежном выражении (это Республика Северная Осетия, Тюменская область – 71%, Волгоградская область – 70%), используют типичные антипсихотики. То есть доля атипиков у них крайне невелика, но тем не менее присутствует.

Следующая группа субъектов – это те субъекты Российской Федерации, которые в своих предпочтениях имеют атипичные антипсихотики, и, мало того, что имеют такие предпочтения, они их закупают. Это Калининградская область, Хабаровский край, Санкт-Петербург, Ярославская область, Краснодарский край. Они имеют большую долю атипиков среди используемых препаратов – до 90%. В Калининградской области даже до 95%.

Есть территории, где атипиков нет вообще, я сегодня говорила уже об этом. Это, главным образом, республики Кавказа: Дагестан, Северная Осетия, Кабардино-Балкария и ряд других территорий, которые совершенно не имеют в своем распоряжении атипиков.

Если мы посмотрим, каким образом используются инъекционные пролонгированные препараты: то, что нам необходимо сделать, когда я говорила о том, что необходимо развивать и усиливать внебольничную службу, используя стационарзамещающие технологии, – нам обязательно нужно иметь в своем распоряжении пролонги. Наиболее эффективные из них – это атипичные пролонги. Что же происходило с их использованием в 2016 году? Регионы с широким использованием инъекционных пролонгированных антипсихотиков в амбулаторных условиях: те, которые используются выше 25%, – это Хабаровский край, Ханты-Мансийский автономный округ, Севастополь

и другие регионы. Со средним уровнем использования инъекционных пролонгированных антипсихотиков, то есть доля пролонгированных антипсихотиков приблизительно равна 25%, – это Кемеровская область, Свердловская область, Пермский край и так далее. Хотя как Пермский край может иметь пролонги, если у них на льготное лекарственное обеспечение в амбулаторных условиях выделяется 37 тысяч? Извините, абсолютная нестыковка. Либо они используют пролонги только в стационаре? Я думаю, они просто дали неверную цифру своего финансирования на льготное лекарственное обеспечение. И с минимальным использованием инъекционных пролонгов: это Нижегородская область – 2%, Воронежская область – 2% и так далее. Это то, что касается лекарственного обеспечения.

Если поговорить о том, как питаются наши пациенты. Группа, которая имеет наибольшее финансирование – свыше 250 рублей, – составляет около 8%. Средняя группа со стоимостью питания от 174 до 250 рублей – 51%, и субъекты с минимальной стоимостью питания – ниже 125 рублей – 41%. И разброс территорий в этой группе с минимальным количеством средств, отпускаемых на питание наших пациентов, крайне разнообразен по своей географии. Здесь нельзя сказать, что на юге, допустим, дешевле продукты и поэтому там меньше выделяется на питание. Нет, вы видите здесь и Алтайский край, и Астраханскую область, и Республику Марий Эл, и много-много других. Очень высокий процент – 41%. Наших больных, конечно, следует кормить лучше, это прописная истина. Это то, что я вам хотела рассказать по финансированию.

Теперь следующий, совершенно не связанный с первой частью моего выступления аспект. Это новые нормативные документы для организации психиатрической помощи. Что бы хотелось о них сказать очень коротко и к чему хотелось бы вас пригласить?

Первое. Речь идет о том, что в настоящее время, и сегодня это очень много звучало, необходимо актуализировать Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения. За прошедшее время, а порядок утвержден в 2012 году, прошло достаточно много событий, вышло очень много новых нормативных документов, которые в свою очередь влияют на наш Порядок оказания психиатрической помощи. Мало того, когда мы разрабатывали этот Порядок, а он был утвержден одним из первых, то в министерстве еще не существовало достаточно твердой позиции о том, как этот документ должен выглядеть. Поэтому с нашим документом происходило очень много всяких метаморфоз. Из него выделился Порядок проведения судебно-психиатрической экспертизы, планировалось выделение Порядка оказания психосоматической и сомато-психиатрической помощи, Порядка проведения принудительного лечения. Но никакой поддержки в сообществе разработка двух последних Порядков не нашла, поэтому назрела необходимость как внесения изменений в существующие разделы Порядка, так и разработка правил организации деятельности рекомендуемых штатных нормативов и стандартов оснащения для ряда других подразделений.

Если говорить о стационарной помощи, то необходимо регламентировать деятельность отделения первого эпизода, психосоматического и сомато-психиатрического отделений, геронтопсихиатрическая и, возможно, другие.

Что еще требуется нам, для того чтобы актуализировать этот Порядок? Из промежуточных подразделений нам надо обязательно предусмотреть ночные стационары. Потребность в них велика, и главные врачи субъектовых психиатрических медицинских организаций подчеркивают важность наличия этих подразделений. Это не очень мощные подразделения, но крайне необходимые. Возможно, требуются какие-то иные подразделения для психотических пациентов. В обязательном порядке нам нужно вводить сюда правила организации и деятельности психотерапевтических центров. Потому что, если у нас частично психотерапевтическая помощь описана, то в полном объеме в качестве отдельной системы она не прописана. Я думаю, что это следует сделать. Из нашего регламента исключили уровни оказания психиатрической помощи. Я думаю, мы должны обязательно эти уровни включить, тем более что сейчас в недрах Министерства со слов сотрудников этого министерства зреет необходимость смены акцентов на документах. Клиническим рекомендациям, о которых я хочу сказать ниже, планируется придать более важный статус, что именно они будут регламентировать оказание психиатрической помощи, а Порядку будет отводиться более скромное место.

Какие клинические рекомендации для взрослых существуют в настоящее время? Это те же восемь клинических рекомендаций, которые были утверждены сообществом. Но в процессе приведения их в соответствие с требованиями рубрикатора были выпущены методические рекомендации, каким образом должны выглядеть клинические рекомендации, как они должны быть структурированы, для того чтобы войти в этот рубрикатор и быть опубликованными, для того чтобы быть доступными для всей страны. В ходе этой работы нам пришлось некоторые ранее утвержденные клинические рекомендации разделить по смыслу. Например, у нас были единые клинические рекомендации по невротическим, связанным со стрессом и тревожно-фобическим расстройствам, теперь они разделены на три. То же самое было сделано в отношении неотложных состояний в психиатрии, и поэтому вместо восьми у нас стало 14 клинических рекомендаций. Я считаю, что эта работа у нас должна быть продолжена, и к этой работе в обязательном порядке будет привлечено и сообщество.

Но сейчас Министерство иначе подходит к процессу утверждения клинических рекомендаций. Первоначально клинические рекомендации будут рассматриваться на научном совете Министерства здравоохранения. Если они принимаются научным советом Министерства, тогда они представляются сообществу для изучения, обсуждения и утверждения. Такой порядок Министерство вводит с этого года, как я поняла. Что нового появилось в этих клинических рекомендациях в соответствии с требованиями для включения в рубрикатор? Это оценка качества диагностики, лечения и реабилитации отдельного пациента. Для каждой модели пациента разработаны требования в стационарных условиях и в амбулаторных условиях.

Группа разработчиков достаточно большая. На всех клинических рекомендациях все разработчики вынесены: можно посмотреть фамилии, кто их разрабатывал. Мы разработали эти требования по оценке качества работы врача в отношении каждой нозологической группы пациентов. Окончательную

работу для включения в приказ, для утверждения Министерством критериев качества сотрудниками Министерства и аффилированными с ними группами соразработчиков были выбраны отдельные критерии, и эти отдельные критерии включены в приказ 203н, который был утвержден 10 мая 2017 года.

Нашими разработчиками в рамках каждой нозологической группы было предложено от 7 до 17 критериев качества. Естественно, в приказ такое количество признаков войти не могло, и в приказ вошло от 4 до 7 признаков по разным группам: вы с ними познакомитесь. Это можно посмотреть очень легко: на сайте Минздрава.

По детям практически ничего не сделано ни в отношении клинических рекомендаций, ни в отношении критериев качества. К сожалению, даже из Порядка Министерство выбросило, и нам надо обязательно включить правила организации и деятельности детских отделений и детских, может быть, дневных стационаров, потому что внебольничную помощь детям мы обязаны оказывать.

О чем еще хотелось вам сказать? К завершению близится один из этапов по разработке профессионального стандарта «врач-психиатр». Будет меняться приказ, который разделяет все наши субспециальности на отдельные специальности (я не могу сказать, когда это произойдет), которые выделялась у нас всегда. Вы знаете, базовая специальность в психиатрии и были специальности, требующие дополнительной подготовки. Это психиатрия-наркология, судебно-психиатрическая экспертиза, сексология и психотерапия. Затем вышел приказ, который все эти субспециальности сделал отдельными специальностями. Это повлекло за собой и отдельную клиническую ординатуру по этим субспециальностям. Сейчас все возвращается на круги своя. То есть будет базовая специальность психиатрия, которой будут обучаться в клинической ординатуре в течение двух лет, и затем в течение одного года ориентировочно, а может быть, в ряде случаев меньшего срока, по выбору обучающегося будут выбираться программы дополнительного образования либо по наркологии, либо по психотерапии, либо по судебно-психиатрической экспертизе, либо по сексологии.

И сейчас подготовленный профессиональный стандарт «врач-психиатр» будет характеризовать именно базовую специальность «психиатрия». Это первые два года обучения, и обязательно все это будет отражено не только в данном профессиональном стандарте, но и в требованиях к обучению, то есть к стандарту обучения по базовой специальности.

Что он включает? Было много изменений внесенных членами Национальной медицинской палаты, регулирующей процесс разработки профессиональных стандартов. Но их позиции менялись диаметрально, поэтому мы подготовили четыре варианта профессиональных стандартов и начали с того, о чем я вам рассказывала. С того, что базовая специальность – психиатрия, а все остальное как было специальностями, требующими дополнительной подготовки, так они и были описаны в виде основных трудовых функций с разделением на стационарные и амбулаторные. Я не буду вам описывать все перипетии, которые претерпел этот стандарт. Предпоследняя версия являла собой единственную трудовую функцию. Это оказание психиатрической помощи. Но благодаря министерству нам все-таки удалось разделить

на стационарную и амбулаторную психиатрическую помощь, и этот стандарт должен быть утвержден в Минтруда. После этого будет проводиться работа по созданию надстроек профессиональных стандартов по специальностям, требующим дополнительной подготовки. Предварительная работа по этому поводу, как я вам уже сказала, была проведена, и это выставлялось на широкое обсуждение: нам присылали отзывы. Но когда мы подготовим следующие этапы, мы опять это выставим на всеобщее изучение, обсуждение и будем принимать все замечания, которые нам будут сделаны по этому поводу.

КАЗАКОВЦЕВ Б.А.:
– Пожалуйста, вопросы.

ВОПРОС ИЗ ЗАЛА:
– МВД России. Порядок психиатрического освидетельствования когда-нибудь будет определяться?

БУКРЕЕВА Н.Д.:
– Какого освидетельствования?

– Тот, который прописан в 323-ФЗ как отдельный вид деятельности.

БУКРЕЕВА Н.Д.:
– Когда в 323-ФЗ прописывали этот порядок, видимо, не очень были знакомы с законом «О психиатрической помощи».

– Любой осмотр психиатра является психиатрическим освидетельствованием.

БУКРЕЕВА Н.Д.:
– Да, это является психиатрическим освидетельствованием.

– Но тогда надо вносить в 323-й, получается?

БУКРЕЕВА Н.Д.:
– Порядок оказания психиатрической помощи прописан и утвержден в 2012 году. Именно с него я начала разговор о нормативных документах. Но если вас интересуют периодические освидетельствования, для того чтобы проверять соответствие годности к той или иной деятельности, то об этом лучше расскажет Борис Алексеевич. Это очень узкое направление в той же деятельности.

– У нас еще более узкое направление, когда мы проводим военно-врачебную экспертизу и психиатрическое освидетельствование в рамках военно-врачебной экспертизы.

И еще вопрос по 566-му: ведомственная психиатрия там совсем не подразумевается?

БУКРЕЕВА Н.Д.:
– Это не для ведомственной сделано.

– Но 323-й предполагает, что все приказы Минздрава распространяются на все ведомства и должны исполняться.

БУКРЕЕВА Н.Д.:
– Давайте таким образом. Сейчас мы объявили всем, что необходимо актуализировать порядок оказания медицинской помощи, то есть 566-н, и мы приглашаем к сотрудничеству. Если у вас есть определенные предложения по ведомственной психиатрии, давайте, будем их готовить и рассматривать.

– Конечно, потому что у нас организационные формы иные, и сейчас получается, что мы функционируем вне правового поля.

БУКРЕЕВА Н.Д.:
– Может быть, другой порядок нужен. А может быть, в этом порядке нужно какое-то ответвление. Давайте обсуждать.

КАЗАКОВЦЕВ Б.А.:
– Извините, что я вмешиваюсь. Был совместный приказ Минздрава и МВД по взаимодействию. Но он в то время был на уровне приказа и не опирался особенно на законодательство. Его надо обновить, и те вопросы, которые у вас возникают в части ведомственной психиатрии, туда и загрузить. Это поможет перейти к другим межведомственным приказам, где тоже очень большое количество проблем и все упирается в то, что неясно в законе «О психиатрической помощи» и в 323 законе: понятие, что такое освидетельствование, что такое экспертиза, что такое обязательное психиатрическое освидетельствование. Это надо привести в систему, вы правы абсолютно.

БУКРЕЕВА Н.Д.:
– Да, потому что это приобрело характер сленга, что такое обязательное психиатрическое освидетельствование.

– К сожалению, да, Борис Алексеевич. У нас 3-ФЗ «О наркотических средствах»: что такое потребление наркотических средств, юридическое понятие или медицинское понятие? Сейчас это у нас практически применяется в рамках 230-го Федерального закона в глобальном масштабе в России, но не определено Минздравом. К сожалению, у нас с Минздравом отсутствует взаимопонимание, потому что совместный приказ сначала МВД аннулировало, потом Минздрав аннулировал, и взаимодействие на сегодняшний день не восстанавливается.

КАЗАКОВЦЕВ Б.А.:
– Я вам предлагаю действовать через них только формально. Все равно к нам все ваши вопросы дойдут, и мы уж постараемся собраться вместе. Но, во всяком случае, сейчас основной разработчик – это Центр Сербского.

БУКРЕЕВА Н.Д.:

– Я хотела бы сказать, что на первых этапах разработки порядка мы пытались сотрудничать с МВД, но у нас не очень сложилось. Потом министерство отвергло это сотрудничество.

ВОПРОС ИЗ ЗАЛА:

– ГБУ ПВТ № 17, город Москва. Будьте добры, скажите, на каком этапе сейчас находится разработка стандартов паллиативной психиатрической помощи? Спасибо.

БУКРЕЕВА Н.Д.:

– В нашем Центре пока ни на каком, я объясню, почему. В отношении стандартов медицинской помощи сейчас существует очень много проблем. Та версия стандартов, которая была утверждена, очень многих не устраивает в части шизофрении в особенности. Нами была подготовлена актуализированная версия и направлена в Министерство. Министерство притормозило эти актуализированные версии стандартов по причине того, что собираются этим стандартам придать несколько иную роль: планируют их, так сказать, «спрятать» в клинические рекомендации. Это не наше выражение. Это выражение тех людей, которые являются идеологами этого процесса. Это сотрудники Минздрава. И мы понимаем, что они хотят только матрицу под тарифы. В моем представлении, особенно после того как я прошла такую хорошую школу экономического эксперимента, когда на основании наших стандартов мы имели все взаиморасчеты. В том числе осуществляли оказание помощи, и стандарты являлись основой, по которой определялось качество работы, в том числе и тот набор мероприятий, который был необходим, я не представляю, как клинические рекомендации могут регулировать все эти процессы. Клинические рекомендации на то они и рекомендации. Но тем не менее такие планы есть, и, раз у нас пока не утверждают и не рассматривают даже актуализированные версии стандартов по основным нозологическим группам, мы, тем более, не можем перейти к стандартам, которые основаны не на нозологической принадлежности, а на клинической ситуации. Оказание паллиативной помощи – это стандарты, построенные на определенной клинической ситуации. Так же, как у нас произошло со стандартами судебно-психиатрической экспертизы: нам их запретили называть стандартами и предложили называть комплексами медицинских услуг при производстве судебно-психиатрической экспертизы. И в течение пяти, если не больше лет мы их никак в Минздраве не можем утвердить, потому что Минздрав считает, что они не вправе утверждать такие документы. То, что Минздрав не вправе утверждать стандарты, построенные на основании клинической ситуации, это однозначно. Поэтому мы должны подумать, как мы должны представлять стандарты паллиативной помощи. Возможно, это какой-то вариант тех стандартов, что есть, но просто предусмотрен такой раздел, как паллиативная помощь внутри существующих стандартов, а отдельных таких стандартов и не будет.

КАЗАКОВЦЕВ Б.А.:

– Можно, я добавлю? Существует порядок оказания паллиативной медицинской помощи, и существует порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах. Оказалось, что заболеваемость тяжелыми соматическими расстройствами и смертность среди наших пациентов выше, чем в популяции. И то, о чем Наталья Дмитриевна говорит, мне кажется, это нужно использовать для такой «перемычки» или примечания в психиатрических стандартах, а может, и в общих для паллиативной помощи, во всяком случае, основания для этой работы есть.

БУКРЕЕВА Н.Д.:

– Да, и для начала включить такие подразделения, оказывающие паллиативную помощь, в Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах, а уже следующим этапом – то, о чем вы говорите. И надо, говорю еще раз, подумать, в каком виде.

ВОПРОС ИЗ ЗАЛА:

– Наталья Дмитриевна, вопрос такого порядка. У нас в Ленинградской области сейчас тоже проходит реорганизация, связанная с тем, что психиатрические кабинеты с муниципального уровня передаются на уровень субъекта Федерации, соответственно, идет речь о внедрении такого активного вида помощи, как дневные стационары, либо, может быть, стационары на дому. Хотелось бы узнать, все-таки каким нормативным документом пользоваться при организации именно стационаров на дому?

БУКРЕЕВА Н.Д.:

– Давайте порассуждаем. Когда у нас открываются психиатрические кабинеты и при каком учреждении? Они у нас открывались при ЦРБ для приближения помощи населению. В сельской местности вы сможете создать дневной стационар, который был бы дееспособен – при ЦРБ?

– К сожалению, не всегда это возможно.

БУКРЕЕВА Н.Д.:

– Вот именно. В Кемеровской области есть опыт создания внебольничных комплексов в маленьких городах при городских больницах. Там действительно были организованы и продолжают существовать амбулаторные приемы в этих диспансерах – при ПНД это все организуется. Но у вас вообще речи не идет о ПНД – у вас кабинет собираются перевести на уровень субъекта.

– Кабинеты переданы на уровень именно стационарной либо амбулаторной поликлинической помощи. У нас образованы такие стационарно-амбулаторные либо амбулаторно-стационарные объединения.

БУКРЕЕВА Н.Д.:
– Я не совсем понимаю, каким это образом у вас организовано. При областном центре существует больница, она имеет диспансерное отделение, к которому приписаны все кабинеты?

– Да.

БУКРЕЕВА Н.Д.:
– А эти кабинеты находятся где-то в селе?

– А кабинеты разбросаны по всей области.

БУКРЕЕВА Н.Д.:
– И там обращаемость, допустим, такова, что врач может выполнять функции врача взрослого, врача детского, еще нарколога – так?

– Нет, ну конечно, идет речь только о тех районах, где есть кадровое наполнение, где есть помещения, где есть хотя бы теоретическая возможность это сделать.

БУКРЕЕВА Н.Д.:
– Во-первых, надо проанализировать, нуждается ли население данной местности в таком виде помощи, и может ли оно его получить. Если довольно высокая плотность населения, и населенные пункты расположены близко, тогда действительно можно рассмотреть вопрос об организации дневного стационара – но в рамках чего? Тогда надо ПНД организовывать. Межрайонный какой-то или еще что-то, потому что просто так при ЦРБ организовать дневной стационар для психически больных никто не сможет. Кабинет – это то, что легитимно, и то, то прописано в Порядке, он может быть организован. И есть правило о том, что муниципалитеты могут делегировать права на оказание первичной специализированной помощи с выделением соответствующих средств.

КАЗАКОВЦЕВ Б.А.:
– Да тут, знаете, на мой взгляд, все-таки нужно использовать приказ о скорой помощи, где в принципе и о функции современного отделения интенсивной помощи частично сказано. И если у вас эта сеть учреждений скорой помощи развита, то даже в случае, если вы не можете межрайонные психиатрические учреждения амбулаторного типа создавать, можно и это использовать.

ВОПРОС ИЗ ЗАЛА:
– Больница № 1 имени Алексеева. Скажите, а есть какие-то предпосылки к созданию стандартизации психотерапевтической помощи?

БУКРЕЕВА Н.Д.:
– Вы знаете, в отношении стандартизации психотерапевтической помощи наши питерские коллеги предпринимали много усилий – я имею в виду

Институт Бехтерева. Но то, что было разработано, так же было разработано по принципу клинической ситуации, потому что психотерапия как таковая – это метод. Понимаете? Так же, как судебно-психиатрическая экспертиза – это только вид экспертизы. И хотя у нас прописан Порядок по судебно-психиатрической экспертизе, и он нужен, такой же Порядок, если психотерапевтическое сообщество проявило бы такую инициативу и стремилось разработать Порядок о психотерапевтической помощи, то, может быть, порядок и можно было бы сделать. А вот стандарты по проведению психотерапии – невозможно. Сколько у вас методов? Внутри. Вернее, методик?

– Их несметное количество.

БУКРЕЕВА Н.Д.:

– Несметное количество. И как вы собираетесь их стандартизировать? Равиль Каисович Назыров очень большую работу провел в этом направлении, еще работая в Институте Бехтерева, и сейчас являясь, так сказать, самостоятельным лицом, он продолжает эту работу, и у него был интересный принцип написания протокола ведения больных по психотерапии. Я уже сказала, просто стандарты по психотерапии создать невозможно. Невозможно – это не нозологическая принадлежность, это должны быть другие инструменты. А вот протокол вчерне им подготовлен, и там интересная градация, но, к сожалению, этот процесс как-то не получил дальнейшего развития. Надо сказать, что психотерапевты у нас в стране крайне разрознены, они очень склонны создавать различные профессиональные сообщества, но эти сообщества между собой не сообщаются, и это печально наблюдать. Здесь должно быть больше консолидации, для того чтобы формировать какие-то единые документы для всех. Вот то, о чем мы говорим сейчас для психиатров, – это единые документы для всех психиатров. Они всем понятны, и мы все говорим на одном языке. В отношении психотерапевтов это все сложнее, должна констатировать.

КАЗАКОВЦЕВ Б.А.:

– Можно, я добавлю? Я уже говорил на предыдущем совещании о том, что как-то надо нам легализовать и психотерапевта, и психотерапевтическую помощь. У нас есть для этого основание – приказ № 438. Если мы три фигуры в законе «О психиатрической помощи» обозначим вместо тех двух, которые есть, врач общей практики и психиатр с разными правами, то объединяющее звено между врачом общей практики и психиатрией, это будет врач-психотерапевт. Но его хотя бы назвать нужно в статье № 16 Закона «О психиатрической помощи», где сказано: врач-психиатр и иные специалисты. Врач-психиатр, врач-психотерапевт и другие субспециальности по отношению к психиатрии должны в Законе быть.

ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПАРАДИГМЕ ИНТЕГРАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБ

УСОВ Г.М.*

– Добрый день, многоуважаемые коллеги! Мне очень приятно присутствовать на столь представительной, знаковой конференции, и приятно, что, несмотря на наличие свободных мест в зале, была очень живая и интересная дискуссия, посвященная самым актуальным вопросам организации психиатрической помощи. И да, прозвучали весьма болезненные вопросы финансирования, вопросы дальнейшего развития, которых, к сожалению, пока больше, чем ответов. Но мой доклад будет касаться совершенно другого раздела, и, можно сказать, это будет с моей стороны взгляд на проблемы снизу – не с позиции глобальной организации службы и межведомственного взаимодействия, а, скорее, взгляд со стороны специалиста, который непосредственно сталкивается с этими вопросами – вопросами оказания психиатрической помощи пациентам, которые находятся вне непосредственно психиатрических учреждений.

Я постараюсь на примере своего региона отметить проблемные точки, точки соприкосновения и коснуться некоторых аспектов терапии, именно аспектов применения психофармакологических препаратов в соматической сети. Медицинская служба Омской области в целом, наверное, организована достаточно традиционно, за исключением одного небольшого популяционно-географического нюанса. Наша область имеет сверхцентрализованное распределение населения, то есть при общей численности населения в области порядка 2 с небольшим миллионов человек, более половины всей численности областного населения проживает непосредственно в областном центре. У нас есть формально на территории области есть еще пять городов, но Омск – город миллионный, а самый крупный второй по величине город – он едва набирает 50 тысяч человек, то есть разрыв колоссальный, и это определяет структуру организации медицинской службы, хотя расстояния, как положено у нас в стране, за Уралом – они достаточно серьезные.

В школе когда-то нас учили на географии, что Омская область – это примерно как Франция. Но тем не менее население совершенно другое по численности, и распределение его другое. Соматическая служба организована достаточно типично, если откинуть упоминавшиеся узковедомственные проблемы, если откинуть ведомственные медицинские учреждения как сомати-

* *Усов Г.М.*, д.м.н., профессор кафедры психиатрии, медицинской психологии Омского государственного медицинского университета.

ческие, так и психиатрические, то у нас порядка двадцати многопрофильных больниц соматического профиля, городских больниц и медико-санитарных частей. То есть это достаточно крупные медицинские учреждения с большим количеством коек. Как правило, это многопрофильные стационары, включающие в себя как хирургическую, так и терапевтическую службу. Опять же, сюда я еще не включил узкоспециализированные больницы, например, инфекционные, офтальмологическая больница – здесь они у нас не звучат. Есть порядка 40 городских поликлиник, там есть самостоятельные учреждения, есть поликлиники при соматических стационарах, есть филиалы поликлиник, которые по сути не являются самостоятельными учреждениями, но при этом обслуживают колоссальную по площади территорию и большое количество населения и вполне могут претендовать и на самостоятельность.

С другой стороны, на другой чаше весов есть психиатрическая больница, и она представлена у нас единственным специализированным учреждением – психиатрическая больница имени Николая Николаевича Солодникова, который более 40 лет был главным врачом и который создал ее в том виде, в котором она ныне существует. Она оказывает все виды психиатрической помощи, и, по сути дела, кроме стационара психиатрической больницы областной, больше психиатрических коек у нас в области нет. Стационарная помощь – это чуть более 1700 коек на сегодняшний день, но доктора, которые сейчас уже давно на пенсии, вспоминают, что было время, когда было больше 3000 коек. Я уверен, что вы слышали про нашу службу на различных психиатрических мероприятиях, например, об оказании реабилитационной помощи пациентам, страдающим шизофренией. Это далеко не единственный раздел работы, на самом деле стационар у нас также является многопрофильным, оказывает и помощь инфекционным больным с психическими расстройствами, судебно-психиатрический блок очень мощный, включая отделения принудительного лечения, и детская службы, и геронтологическая служба – все присутствует. Амбулаторная помощь представлена непосредственно диспансерным отделением, крупным амбулаторным психотерапевтическим отделением, и обязательно нужно упомянуть, что амбулаторная психиатрическая помощь оказывается врачами-психиатрами в 32 сельских районах области, которые работают в кабинетах при центральных районных больницах. И отдельным разделом, которому уделяется большое внимание в последнее десятилетие, является внебольничная помощь, то есть различные формы оказания помощи в сообществе: интенсивное лечение, оказание помощи на дому, различные дневные стационары как для детей, так для взрослого населения.

Что мы имеем на стыке между психиатрической и общесоматической службами? К сожалению, на сегодняшний день не так много. Прежде всего нужно сказать, что значительная часть этого междисциплинарного взаимодействия между психиатрами и, как говорила Татьяна Борисовна Дмитриева, врачами-соматологами, происходит на базе соматических стационаров. Практически каждое крупное многопрофильное учреждение стационарного профиля имеет в своем штате консультирующего психиатра, который имеет разную степень занятости – от психиатра-консультанта, приходящего два

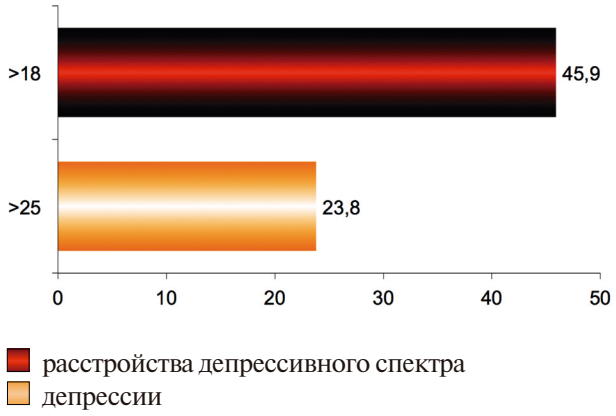
раза в неделю на 3–4 часа до полноценной штатной единицы, которая работает в этом учреждении. Во многих случаях официально они называются психотерапевтами, но это не мешает им оказывать помощь пациентам с тяжелыми формами психических расстройств, в том числе и с делириями соматической природы. Отдельным подразделением, которое является для нашего региона уникальным, является психотерапевтическое отделение, которое организовано на базе городской больницы № 1, это многопрофильная больница, они организовались еще в конце 1980-х годов со ссылкой на Положение от 1985 года и затем, опираясь на Приказ об оказании психотерапевтической помощи населению, они упрочили свои позиции, и на сегодняшний день это действительно единственное подразделение, в котором несколько человек, по базовому образованию являющиеся психиатрами, оказывают психиатрическую помощь на базе соматического стационара. И еще у нас в регионе функционируют так называемые центры здоровья.

Центры здоровья действуют как на базе центров восстановительной медицины, врачебно-физкультурного диспансера, так и на базе нескольких городских поликлиник. По сути дела, в каждом из этих учреждений есть врач-психотерапевт, врач-психиатр, но с 1 января 2017 года их функция сведена непосредственно к медосмотрам, и, как до этого года, консультативной помощи они более не оказывают. Осталось три городских поликлиники, в которых есть наш врач-психиатр, который является штатным сотрудником этой самой областной психиатрической больницы. В значительной степени, видимо, это обусловлено экспансией единственного в области психиатрического учреждения в отношении вопросов допуска к отдельным видам профессиональной деятельности – к оружию, к управлению транспортным средством – все то, что в народе называется «справки». И на сегодняшний день у нас система поставлена таким образом, что получить допуск, пройдя мимо психиатрической больницы и мимо базы обращений за психиатрической помощью абсолютно невозможно. Все психиатры, которые работают в разного рода шоферских комиссиях, комиссиях по допуску профессиональной деятельности, являются сотрудниками нашего учреждения, психиатрической больницы. Некоторое время назад я относился к этому вопросу двояко – эта анонимность получения психиатрической помощи, права пациента, и так далее, но кардинально чисто мое персональное мнение, мое отношение к этому вопросу изменил человек по имени Андреас Любитц, который не так давно разбил Airbus A-320 во французских Пиренеях. И, имея достаточно длинный анамнез, он являлся классическим примером человека, который получал психиатрическую помощь не совсем по адресу, то есть он где угодно лечился, но у психиатра его не наблюдали. По делу-то он проходит как депрессивный больной, но человек, который бегает полумарафоны и который вслух высказывает мысли о том, что бы такое совершить, чтобы изменить всю систему в корне, – это, в общем-то, вызывает определенные диагностические сомнения о наличии отнюдь не депрессивного расстройства у данного молодого человека. То есть, хорошо это или плохо, это, опять же, обоюдоострая ситуация, но пока мы движемся в таком направлении, возможно, и в некотором плане в ущерб интеграции психиатрической соматической сети. Хотя те пси-

хиатры, которые заняты в соматических поликлиниках, однозначно говорят о достаточно большом объеме посещений, о достаточно большом количестве обращений непосредственно за консультативной помощью по их профилю.

Вопрос наличия психических расстройств в соматической сети изучается достаточно давно, и в этом плане ясность, мне кажется, внесена уже давным-давно, проводились многочисленные зарубежные и отечественные исследования (тут надо, конечно, отдать должное работам коллектива под руководством академика Анатолия Болеславовича Смулевича, который уже на протяжении нескольких десятилетий разрабатывает вопросы психосоматической медицины в широком смысле), и на сегодняшний день считается, что соматическая сеть, стационар соматический, поликлиника общесоматическая – это места, где вероятность столкновения с человеком, страдающим психическим расстройством, минимум в два раза выше, чем в среднем в популяции населения или, что называется, на улице.

Распространенность депрессий в соматической сети



Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б., Вейн А.М., Дробижев М.Ю. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС // Кардиология. – 2004. – 44 (1). – С. 48–54.

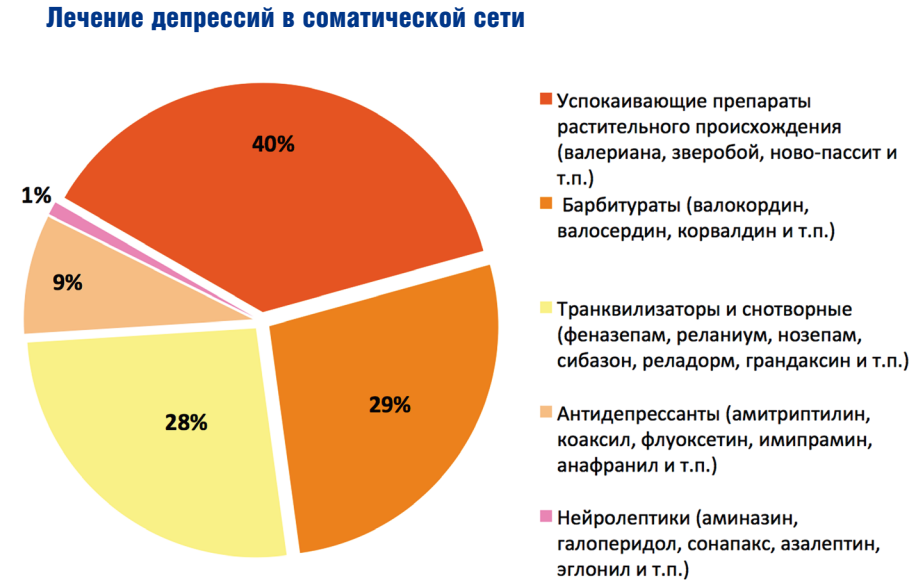
Рис. 1. Результаты программы КОМПАС

По данным очень известного исследования «Компас» – эпидемиологического исследования, которое было направлено на оценку распространенности депрессий в соматической сети, в которое были включены более 10 тысяч пациентов соматических лечебных учреждений. И надо сказать, что это был в свое время один из достаточно редких случаев, когда российская работа практически моментально попало в базу PubMed, то есть в базу работ, которые имеют высочайшую степень научной ценности и доказательности. По данным этого исследования оказалось, что порядка половины пациентов соматических учреждений имеют субсиндромальные допороговые проявления депрессии, и как минимум четверть пациентов имеют клинически очер-

ченные и клинически выраженные признаки синдромально завершенного состояния депрессии как минимум легкой степени тяжести (рис. 1).

Другое интересное исследование, которое дополнительно раскрыло вопрос о том, что же такое депрессия соматической сети, – это исследовательская программа «Парус» (рис. 2), которая уже выполнялась непосредственно психиатрами без участия смежных специалистов, и в этом исследовании было показано, что депрессия в соматической сети в основном с незначительной тяжестью. Это в принципе очевидно, ожидаемо, но дело в том, что если ставить диагноз по формальным критериям МКБ 10-го пересмотра, то депрессивный эпизод легкой степени тяжести (по критериям МКБ два основных, два дополнительных симптома) даже необязательно там будет присутствовать, не всегда имеется отчетливое снижение настроения, достаточно просто утраты способности радоваться и жалобы на утомляемость, на астению – фактически это пациенты, которые не производят впечатления депрессивных, это пациенты, которые ходят в основном по неврологам с жалобами астенического плана и получают лечение обычно ноотропами и сосудистыми препаратами – то, что называют общеукрепляющими. Тем не менее важнейшим выводом этой программы «Парус» был вывод о том, что в соматической сети врачи (терапевты, эндокринологи, неврологи, кардиологи и так далее) депрессивных больных очень хорошо видят – примерно три четверти депрессивных пациентов, которые были включены в исследования, были обнаружены без этого углубленного научного подхода, а в результате непосредственного оказания соматической помощи.

И проблема у нас на самом деле не в том, что пациенты со скрытыми депрессиями ходят по соматическим стационарам, и никто не может определить, в чем проблема, никто не может поставить им диагноз и отправить получать помощь непосредственно по адресу – к психотерапевту или к психиатру. Проблема на самом деле заключается в другом – проблема в неадекватном лечении депрессии. Те же кардиологи, неврологи очень часто видят, что у пациента депрессия, причем не просто видят, что у него проблемы психического плана, они квалифицируют состояние верно, они выносят свое предварительное суждение о психическом статусе, но дальше идут проблемы с назначением адекватной терапии, и должен сказать, что за 10 лет, с 2007 года ситуация практически не изменилась, то есть по результатам данного исследования 40% пациентов с депрессией соматической сети получают успокаивающие препараты растительного происхождения – я думаю, что если отследить продажи, то ничего не изменилось, это очень популярная терапия. И еще порядка 30% получают лечение барбитуратами, притом что формально барбитураты давным-давно отнесены (по-моему, с 1998 года) в список сильнодействующих, тем не менее их можно очень легко купить, и все прекрасно понимают, что это корвалол, валокардин и тому подобные препараты, и еще примерно 30% – это разного рода транквилизаторы, среди которых и тогда в общем-то отчетливо доминировали небензодиазепиновые препараты, ну а сейчас они занимают эту нишу практически полностью. И лишь 10% пациентов получали лечение антидепрессантами, то есть это катастрофическим мало, но, с учетом того, что вопрос не только в назначении препарата, но и в соблюдении дозы препарата, длительности назначения и так далее, ситуация становится совершенно плачевной.



Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Дробижев М.Ю. и соавт. Депрессии и возможности их лечения в общемедицинской практике (предварительные результаты программы ПАРУС) // Психические расстройства в общей медицине. – 2007 – № 2. – С. 25–30

Рис. 2. Результаты исследования ПАРУС

В свое время, довольно много лет назад, в конце 2000-х годов мы участвовали в одном мультицентровом дорегистрационном исследовании третьей фазы препарата, который предполагалось использовать по показанию большого депрессивного расстройства, то есть это был потенциальный антидепрессант. Он, кстати, был потом зарегистрирован, и он даже есть у нас в стране, но это уже совершенно другая история. Что интересно, на таких обменах мнениями,

которые периодически происходят между исследователями из разных центров, промелькнула такая интересная информация – что есть пациенты, которые в исследования не включаются, они не соответствуют критериям включения, их исключают из этой работы, и 40% пациентов, которых исключили из исследования, исключены по причине наличия барбитуратов в моче. Это как раз те самые пациенты, которые получают лечение по поводу депрессий не антидепрессантами, а либо делают самоназначение, либо применяют какие-то еще формы, содержащие барбитураты в аптечных настойках.

За рубежом на самом деле ситуация не принципиально отличается от нашей, но несколько удивляют более низкие цифры выявления депрессий, но это данные Нормана Сарториуса с соавторами, и они приводят цифры выявляемости депрессий в соматической сети на уровне 50% – чуть ниже, чем по нашим, российским данным (рис. 3). Но на самом деле, чем еще интересна эта работа? В соматической сети присутствуют не только больные с депрессией, там есть еще и достаточно много пациентов с тревогой, и соматизация при тревоге не меньше, а порой и больше, чем при депрессии. И соматизация эта, на мой взгляд, гораздо более разнообразна, и пациенты эти могут предъявлять жалобы, которые маскируют совершенно другие виды патологий. Вот с выявлением тревоги в соматической сети у нас гораздо хуже, это, к сожалению, пока еще не подтверждено научно, но работы на эту тему, мне кажется, уже напрашиваются.

Выявляемость психических расстройств в общемедицинской практике

Расстройство	Выявляемость (%)	Диапазон (%)
Депрессия	54.2	74.0–19.3
ГТР	46.1	74.0–13.4
СФР	64.1	100.0–0.0

Üstün TB, Sartorius N (eds). Mental illness in general health care. An international study. John Wiley and Sons Ltd 1995

Рис. 3. Зарубежные данные по выявляемости психических расстройств в общемедицинской сети

Врачи, которые хотят глубже заниматься с пациентом, которые тяготеют к поиску, которые пытаются докопаться до причины, тоже нередко выявляют тревожные расстройства под маской соматической патологии, под видом головокружения, под видом некупируемых анальгетиками головных болей. И в рамках этого мышечного напряжения на фоне генерализованного тревожного расстройства эта головная боль прекрасно снимается препаратами с миорелаксирующим действием, хотя формально тревога не снята. Но тем не менее проблема выявления тревожных расстройств чрезвычайно актуальна, и об этом тоже необходимо вести речь. Опять же, усилиями коллектива исследователей под руководством

академика Смулевича достаточно много уделялось внимания проработке вопроса о том, что же такое идеальный препарат для соматической сети, и в свое время практически к каждому классу препаратов такие критерии предъявлялись.

С учетом того, что речь идет непосредственно о пациентах, которые страдают соматической патологией, скорее всего, получают соматотропную терапию, дополнительное назначение им психофармакологического препарата налагается на ряд ограничений и условий. В частности, академик Смулевич писал, что если речь идет о депрессивных расстройствах, то это расстройства не тяжелого уровня в синдромальном плане, это состояния астенодепрессивные, может быть, апатодепрессивные, тревожно-депрессивные, то есть это не меланхолическая, не психотическая депрессия, соответственно, это определенный уровень, определенный регистр, если вы позволите сказать, психопатологического синдрома. Обязательно требование переносимости, то есть отсутствие значимых соматотропных побочных эффектов, которые мешали бы пациенту, усугубляя его соматические патологии. И еще один важный момент – низкая вероятность взаимодействия с соматотропными препаратами чрезвычайно актуальна, потому что пациент может по своему основному заболеванию получать (особенно если это пациент пожилого возраста) четыре, пять препаратов, и дополнительное включение еще одного в схему терапии может существенно усложнять прием и соблюдение режима терапии.

Долгое время в плане терапии депрессии считалось, и считалось небезосновательно, что эту нишу достаточно плотно занимают селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. Можно было бы поставить знак вопроса, оправдана ли ставка на СИОЗС? Действительно, объем оказания помощи депрессивным больным, назначение лечения, конечно, однозначно указывает на востребованность данного класса препаратов. И если в мире в последние лет пять пошла тенденция к сокращению назначений селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, вытеснение их препаратами новых классов, препаратами, блокирующими обратный захват нескольких моноаминов, есть препараты двойного действия, препараты, которые сочетают обратный захват моноаминов с рецепторным профилем действия, то в отношении тревожных расстройств (паническое расстройство, генерализованная тревога) СИОЗС остаются практически безальтернативными препаратами, и, видимо, какое-то время ситуация эта еще будет продолжаться. И в принципе врачи, которые работают в соматике, врачи-психиатры, врачи-психотерапевты – они очень хорошо осведомлены, и у них, что называется, набита рука в назначении селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. Действительно, есть и высокая безопасность, и низкая вероятность взаимодействия с соматотропными препаратами, но это работы еще конца 1990-х – начала 2000-х годов по применении СИОЗС у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, то есть доказана их кардиологическая безопасность. Считается неблагоприятным сочетание СИОЗС с непрямыми антикоагулянтами, с эуфиллином, который продолжает достаточно активно использоваться у нас в стране, с бета-блокаторами, но в целом это риски, которые вполне контролируемы.

На сегодняшний момент продолжает при этом сохраняться количество активно назначаемых антидепрессантов – порядка 30, в некоторых странах

количество антидепрессантов, которые имеются в активном обороте, доходит до 50. У нас несколько скромнее. Если обобщить данные многих исследований, пожалуй, наиболее известное исследование – это изучение последовательной смены стратегии назначения антидепрессантов при резистентной депрессии, Star*D – работа, опубликованная чуть больше десяти лет назад. Там показано, что после первого курса антидепрессивной терапии в адекватной дозе, в адекватной длительности, то есть когда назначен именно антидепрессант, а не препарат из другой группы, полностью выздоравливают, выходят в ремиссию 50%, то есть на 100 пролеченных 50 выйдут и скажут: «Спасибо, все замечательно». И еще 35–40% достигают частичной ремиссии, они скажут, что им действительно стало легче, отметят улучшение состояния, но полного выздоровления не произойдет. И порядка 10–15% не достигают значимого улучшения, то есть по сути это пациенты, которые скажут, что эффекта у них практически не отмечается.

Что самое интересное, эта картина сохраняется практически без изменения с 1930-х годов, то есть с тех времен, когда еще не было психофармакологических препаратов, не было антидепрессантов. Адекватного объяснения этому до сих пор не предложено, но действительно порядка 30–50% пациентов по разным прикидкам демонстрируют явление, которое обозначается, как терапевтическая резистентность.

Ну и представления о спектре эффективности блокаторов обратного захвата моноаминов очень часто упираются в малую эффективность в отношении определенного спектра симптомов. То есть нередко врачи, которые оказывают помощь депрессивным пациентам, в том числе соматической сети, сталкиваются по мере улучшения настроения с тем, что пациент ходит и продолжает жаловаться на нарушение сна, на то, что у него не восстановились силы, он чувствует слабость, он чувствует безразличие, безрадостность по отношению к происходящему, он испытывает трудности с концентрацией внимания, выходя на работу, не может продолжать работать с документами, как этого от него требует интенсивность труда, например, в каком-нибудь административном учреждении или в вопросах, связанных с бизнесом. И эти основные симптомы – астения, нарушение сна, трудности с концентрацией внимания, ангедония – очень часто образуют именно такой сложный конгломерат, сложный в плане преодоления терапией конвенциональными антидепрессантами. Если взглянуть на эту проблему с позиции концепции функциональных патологий Штефана Шталя (рис. 4), который говорит, что абсолютно любой психопатологический синдром суть дисбаланс нейротрансмиссии, и для устранения симптома необходимо этот дисбаланс компенсировать с помощью соответствующего комплиментарно подходящего препарата, то оказывается, что действительно перечисленные резидуальные симптомы, такие как ангедония, астенизация и трудности с подержанием концентрации внимания, выпадают, они выходят за спектр препаратов, которые воздействуют только на обратный захват серотонина, им как бы действительно положено остаться не до конца компенсированными. В этом, в частности, и содержится ответ на вопрос, в чем же успех препаратов комбинированного действия, о росте популярности которых в мире я сейчас говорил.

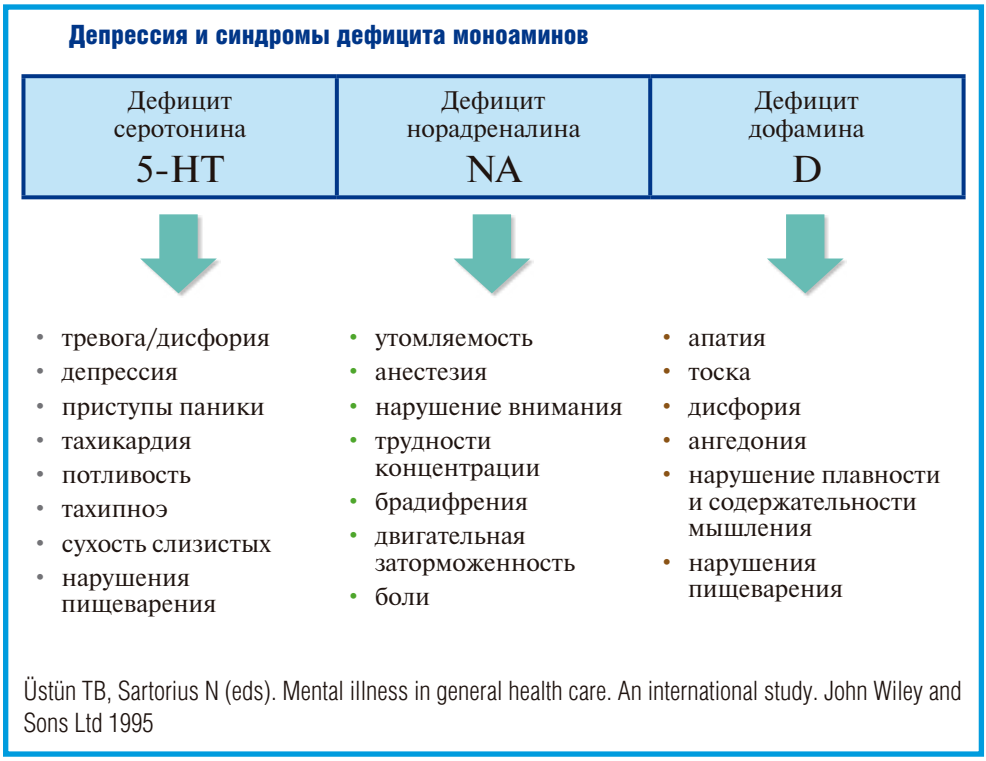


Рис. 4. Синдромы дефицита моноаминов

И в заключение я хочу еще раз остановиться на том, что проблема диагностики и адекватной терапии психических расстройств тревожно-депрессивного спектра в соматической сети на сегодняшний момент далека от разрешения и, безусловно, сохраняет свою актуальность. И основные пути решения проблемы известны – помимо появления новых психофармакологических препаратов, которые будут в наибольшей мере соответствовать запросам пациентов соматического профиля, обязательно должна в дальнейшем осуществляться интеграция соматической и психиатрической службы. Но, видимо, активность, первые шаги в этом вопросе должны идти именно от нас, то есть мы пойдем в соматическую сеть, а не наоборот. Потому что какие бы карательные, запретительные барьеры ни поставили, как бы ни требовали от пациентов с депрессией обязательно явиться к психиатру, вплоть до судебного преследования, если уж такую антиутопию вообразить, все равно все сто процентов пациентов с депрессией к психиатру не придут – здесь нужно шагать навстречу соматической сети. И никто не отменял ценность учебных мероприятий для врачей соматического профиля, и здесь определенные надежды мы связываем, в частности, с введением системы непрерывного медицинского образования, потому что появилась возможность врачам соматического профиля проходить эти ежегодные недельные циклы не только по своей специальности, но и по близким, смежным специальностям. В некоторых регионах, у нас в частности, уже началась эта инициатива, раз-

рабатываются недельные циклы по психическим расстройствам в соматической сети, на которые, допустим, те же неврологи могут прийти, проучиться, получить свои баллы и, что самое главное, по сути дела, мы получаем фактическое воплощение в практику требований 19-й статьи Закона о психиатрической помощи, в которой было написано, что врачи иных специальностей, не психиатры, имеют право оказывать помощь пациентам с психическими расстройствами после того, как они прошли дополнительное обучение, утвержденное соответствующим образом. НМО дает нам такие возможности, и я связываю с этим определенные перспективы. Спасибо.

ШЕМЯКИНА Т.К.:

– Психиатрическая больница № 1 имени Алексеева, Москва. Заведующая отделением Шемякина Татьяна Константиновна. Знаете, прослушав ваш доклад, я поняла, что все хорошо, но меня настораживает этот, на мой взгляд, неоправданный оптимизм в отношении соматологов. Общаясь с ними, я делаю выводы, что они применяют антидепрессанты, применяют малые нейролептики, практически как витамины. И в общем-то это несет определенную опасность. Мне не помогут десятидневные курсы по эндокринологии, чтобы стать профессионалом, по большому счету, я не научусь назначать инсулин. Здесь, я думаю, та же самая причина – наверное, нужно все-таки более организованно подходить к данной проблеме. Не только обучающие должны быть мероприятия, но и организационные.

УСОВ Г.М.:

– Спасибо большое, потому что проблема действительно чрезвычайно актуальная. По основной части вашей ремарки я скажу, что, наверное, неоправданно я произвел впечатление слишком оптимистичного человека. У меня скорее озабоченность по этому вопросу, но я попробую еще раз расставить акценты и актуализировать проблему следующим образом. Все равно пойти по пути отсечения врачей соматического профиля от контакта с больными, имеющими психическую патологию, – это путь контрпродуктивный. Другое дело, что мы должны искать пути повышения эффективности оказания помощи этим пациентам в соматической сети. Это неизбежно. Возможно, я озвучу несколько экстремистскую точку зрения, но я не вижу великого зла в том, что, допустим, неврологи лечат часть пациентов, которые имеют депрессию, деменцию. Я вижу проблему в том, что нужно, как вы справедливо заметили, повышать их уровень подготовленности, четко разграничивать сферы влияния, и, чего категорически нельзя допускать, с чем я периодически сталкиваюсь, нельзя, чтобы неврологи читали лекции по проблемам психиатрии для врачей. Для врачей-психиатров это еще не так страшно, врач-психиатр услышит и поймет, а когда невролог читает для невролога про психиатрию – вот это самое страшное, что может быть, мне кажется.

КАЗАКОВЦЕВ Б.А.:

– Спасибо, Григорий Михайлович. Если нет вопросов, то я скажу два слова относительно того, как организовано взаимодействие врачей общей

практики и психиатров в Англии, в частности, в Лондоне. Существует целая система подготовки, контроля, периодического экзамена не реже одного раза в год. Но дело в том, что психиатров настолько мало на душу населения (в пять раз меньше, чем у нас), что они не успевают даже этим заниматься в качестве консультантов, потому что у врача общей практики существует лист ожидания, в среднем от трех до шести месяцев. Пациент, пока по этому листу ожидания пробирается, пытается консультироваться с медицинской сестрой, которая тоже больше, чем наши, обучена в области психиатрии. Но и там он не получает немедленной помощи в день обращения к этой медсестре. Короче говоря, когда нам рассказывали там об организации помощи, то в виде юмористического окончания презентации был нарисован врач общей практики, сидящий за пулеметом и кричащий «Следующий!». Не знаю, почему так идет, но во многих странах Европы врачебная психиатрическая помощь сводится к двум моментам – это диагностика в острых случаях, это госпитализация, тоже в острых случаях, это консультирование по каким-то там экспертным вопросам, не менее двух врачей должны справки дать, и даже во Франции, где врачей-психиатров достаточно, такая система существует. Я думаю, что выход из положения в том, чтобы наш закон о психиатрической помощи не был предназначен только для тяжелых больных, это, опять повторяю, введение фигуры психотерапевта. Мы уже на протяжении 20 лет знаем, кто это такой, во многих регионах он не то чтобы прижился, а функционирует удовлетворительно. И мировая проблема будет решена у нас в том плане, что психотерапевтического законодательства вообще не существует в мире. Где-то исключение – то ли в Швейцарии, то ли в Австрии, так что все у нас впереди. Спасибо большое за ваше участие. Всего доброго.

Статьи из журнала «Московская медицина»

ГЕОРГИЙ КОСТЮК: УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ-ПСИХИАТР СЕГОДНЯ СТАНОВИТСЯ КЛЮЧЕВЫМ ЗВЕНОМ ВСЕЙ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ*

Проблемам психического здоровья и организации помощи пациентам с психическими заболеваниями уделяется особое внимание во всем мире. Ключевые тенденции при выборе путей решения стоящих проблем: деинституализация оказания помощи и интеграция пациента в социум всеми возможными способами. В русле этих тенденций ведется работа и в Москве.

Общее дело

– Напомню, что в 2005 г. в Евросоюзе была принята Европейская декларация по охране психического здоровья, а к 2013 г. был принят европейский план действий по охране психического здоровья. Даже по названию видно, что он касается не только служб медицинского профиля – это всеобъемлющий план, который направлен на создание условий для поддержания психического здоровья людей. В нем, в частности, подчеркивается, что благоприятные для психического здоровья условия должны поддерживаться вокруг человека на протяжении всей его жизни, и специализированная помощь должна быть доступна всем нуждающимся без ограничения и в любое время. То есть мы говорим о ведении пациента в случае необходимости от подросткового возраста до глубокой старости. Уделяется в плане и место такому важному направлению работы, как дестигматизация проблематики оказания помощи психиатрическим пациентам. В обществе, и это не только наша проблема, психиатрический пациент воспринимается не всегда корректно, а зачастую образ его, как и врача-психиатра, негативен. Преобладающее отношение к нашему пациенту как к источнику опасности, агрессии, в лучшем случае – как к источнику проблем. Это приводит к тому, что человек с начальными проявлениями психического расстройства не идет к психиатру, откладывает такой визит максимально долго, предпочитая обращаться за помощью в общеклинические медицинские организации. Зачастую первыми, кто сталкивается с проявлениями психических расстройств, становятся участковые врачи, врачи-педиатры. Именно поэтому большое внимание во всем мире уделяется интеграции психиатрической

* *Георгий Костюк,* главный внештатный специалист психиатр Департамента здравоохранения города Москвы, главный врач ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы».

и первичной медико-санитарной помощи, соответствующей подготовке врачей общей практики, участковых врачей.

Хорошо забытое старое

Важнейший аспект организации психиатрической помощи в этом контексте – ее доступность – возможность получить помощь по месту жительства и в наименее стеснительных условиях.

В этой связи важно назвать еще одну мировую тенденцию в развитии системы оказания психиатрической помощи – ее деинституализацию – отказ от больших психиатрических больниц, обслуживающих громадные территории, большие контингенты населения с длительными сроками пребывания в стационаре. Собственно, эта политика стала реализовываться еще во второй половине прошлого века. И сегодня есть страны, где вообще нет психиатрических больниц в классическом понимании этого слова. Это вряд ли пример для всеобщего подражания, но проблема деинституализации сегодня в странах Евросоюза обозначена. Важно понимать, что специализированный психиатрический стационар – место специфическое, где пациенты зачастую все еще встречаются с недостаточно внимательным отношением к себе со стороны персонала. Опять-таки, это не только отечественная проблема. Мы об этом стесняемся говорить вслух, а европейцы даже зафиксировали это в своей декларации и плане действий. Однако именно отечественная психиатрия в свое время стала основоположником организации системы амбулаторной психиатрической помощи. В нашей стране впервые, начиная с 1919 г., были организованы психоневрологические диспансеры – по существу, это психиатрические поликлиники. Это был уникальный опыт – впервые в мире под идейным руководством профессора Петра Борисовича Ганнушкина в Москве был организован диспансер. Москва выступила первопроходцем.

По своей сути проблемы, стоявшие тогда, сходны с теми, которые приходится решать и сегодня. Существующей сети диспансеров недостаточно, и ее надо расширять, внедряя современные методики работы с психиатрическими пациентами, цель которых – максимально возможная интеграция пациента в социум.

В помощь социальным службам

В работе психиатрических стационаров также есть нюансы, на которые надо обратить внимание сегодня. Анализ контингента пациентов, которые находятся в психиатрических больницах, показывает, что значительное их число (от 10 до 15%) составляют люди, которые утратили социальные связи настолько, что уже не способны к самостоятельному проживанию, и которые уже прошли довольно сложный и длительный путь оформления в психоневрологический интернат. Процедура оформления в такой интернат весьма длительная и ресурсоемкая. Этот процесс может занимать до 8–10 месяцев. И все это время пациент, уже не требующий интенсивной лекарственной терапии, вынужден находиться в стенах стационара. Более того, 15% от тех, кто уже оформил перевод в интернат, также пребывают в специализированных медучреждениях, так как в существующих интернатах элементарно нет места.

Благодаря тому, что две загородные психиатрические больницы были реорганизованы в психоневрологические интернаты, из московских психиатрических клиник удалось направить в них порядка 900 пациентов, ожидавших перевода в интернаты. Но на сегодняшний день мы опять имеем порядка 400 пациентов, которые ждут своей очереди или оформления перевода.

Проблема эта характерна для многих регионов, но Москва решила ее кардинально. Сейчас готовится к перепрофилированию в интернат еще один психиатрический стационар. Это ПКБ № 15.

Почему выбор пал на эту больницу? Во-первых, больница находится на южной оконечности города, а территория, которую она обслуживает, – в СВАО. Это создает крайние неудобства и для самой системы – логистические сложности, и для родственников пациентов – им приходится ездить навещать своих близких через весь город.

Во-вторых, в стационаре наблюдается явный избыток коечного фонда. Сегодня эта больница рассчитана на 900 коек. А еще недавно, в 2011 г., там было развернуто 1700 коек, то есть в медучреждении есть достаточный потенциал для комфортного размещения социальных пациентов. При этом к больнице были прикреплены 1 млн 300 тысяч человек, а примерно такое же число прикрепленного населения может обслуживаться меньшим числом коек. Пример тому – ПКБ № 3, где на те же, по сути, 1 миллион 350 тысяч прикрепленного населения выделено 510 коек. Более того, эта больница принимает на себя всех иногородних граждан, приезжающих в

Москву или живущих в столице временно. Они составляют до 40% поступающих в клинику пациентов. И при всем при этом, загрузка ПКБ №3 составляла обычно 80%, то есть порядка 50–60 коек оставались свободными.

Однако помимо перевода уже оформленных пациентов в интернаты, есть и проблема содержания пациентов, которые ждут оформления перевода. Ведение таких пациентов принципиально отличается от ведения тех, которые поступают в стационар в критическом состоянии или состоянии обострения заболевания. Как правило, к моменту, когда принимается решение о таком переводе, пациент уже не нуждается в каком-то уникальном лечении, он просто получает поддерживающую терапию, которую мог бы получать и в амбулаторных условиях. Плюс к этому начинается процесс сбора документов для оформления перевода – это отдельная активность. В связи с этим было принято решение о том, что городу нужна больница, которая бы специализировалась на этой работе. То есть с того момента, когда в отношении пациента принимается комиссионное решение, он переводится в больницу, которая определена в качестве профильной для этой работы. В такой больнице другое штатное расписание, так как пациенты в нее поступают с отработанными терапевтическими схемами. Функционирование такой больницы позволило бы территориальным психиатрическим объединениям, работающим с прикрепленным населением, заниматься профильной терапевтической работой по оказанию экстренной и неотложной помощи в случае, когда требуется госпитализация, и амбулаторным сопровождением пациентов либо на этапе долечивания после стационарного обследования, либо на этапе «перехвата», когда с ухудшением состояния участковый врач-психиатр не справляется.

В Москве будет три таких объединения: ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева, охватывающая психиатрической помощью Центральный, Западный, Юго-Западный, Южный, а также Троицкий и Новомосковский административные округа, объединенные ПКБ № 4 и ПКБ № 3 (Северо-Западный, Северный, Северо-Восточный и Восточный административные округа) и ПБ № 13 (Юго-Восточный и часть Центрального и Восточного административных округов города).

Ключевое звено

Еще раз хотелось бы подчеркнуть ключевой тренд и направление наших усилий – минимизацию стационарного лечения пациента, сокращение времени его пребывания в круглосуточном стационаре закрытого типа. В таких учреждениях пациент должен находиться только в те периоды, когда у него наблюдается острое психическое расстройство и когда он действительно представляет опасность для себя или окружающих в силу своего заболевания. Как только острота купируется, пациент должен как можно быстрее переводиться на другие формы психиатрической помощи. И грамотное ведение пациента в амбулаторном режиме участковым психиатром – ключевой элемент современной системы оказания психиатрической помощи.

Экстренная госпитализация для участкового психиатра – крайне нежелательное событие с точки зрения оценки его профессионализма и качества работы. Такая госпитализация означает, что пациент, находящийся на диспансерном наблюдении, фактически врачом не наблюдается, состояние его не мониторируется, помощь ему своевременно не оказывается, что и приводит к значительному ухудшению состояния и необходимости прибегать к услугам бригад скорой медицинской помощи. Врач должен своевременно реагировать на изменение состояния пациента и предотвращать обострения заболевания. Да, бывают ситуации, когда это сделать трудно, а порой и невозможно. В таком случае врач должен отправлять пациента в дневной стационар, в отделение оказания интенсивной психиатрической помощи. Если и этого недостаточно, пациент должен направляться в психиатрическую больницу. Участковый врач-психиатр сегодня становится ключевым звеном всей системы оказания психиатрической помощи. Он работает с населением на прикрепленной территории и в идеале будет полу чать деньги по «подушевому» принципу и из них оплачивать услуги стационара, дневного стационара, скорой помощи. Сейчас такой принцип («подушевого» финансирования в психиатрии) прорабатывается.

Конечно, это очень повышает требования к такому специалисту. В ситуации, когда он не чувствовал своей ответственности, когда его задача была в том, чтобы для стабильного пациента раз в месяц выписать рецепт на лекарства, и неважно, кто придет получать рецепт, бывало, что участковый психиатр годами мог не видеть своих пациентов. Если же приходит пациент, у которого наметилось хоть какое-то ухудшение состояния, он считал своим долгом выписать направление на госпитализацию и даже не пытался ничего предпринять на своем уровне.

Важно, что была ситуация, когда такое положение дел было всем выгодно. Больнице было выгодно потому, что туда направляли пациентов, что показы-

вало потребность в стационарной койке, ее загруженность. Участковому психиатру это снижало персональную ответственность и уровень затрат личных ресурсов на ведение пациента. Такая ситуация влияла и на квалификацию специалистов, снижала их профессиональный уровень в итоге. Да и в стационаре никто не следил за тем, сколько пациент пребывает на лечении.

Доктор рядом

Наконец важным направлением работы является повышение доступности общей медицинской помощи психиатрическим больным. В уже упомянутом европейском плане действий ставится задача по интеграции психиатрии с общемедицинской сетью, в том числе и в части передачи части функций первичной диагностики врачам общей практики или участковым терапевтам. На территории Москвы примером такого рода интеграции является открытие диспансерного отделения на базе Консультативно-диагностической поликлиники № 121 в Южном Бутово. Этот опыт сейчас всесторонне анализируется с целью получения понимания того, как улучшить обеспеченность наших пациентов общей медицинской помощью. Наши пациенты в значительной степени дискриминированы в этом смысле, но не потому, что их кто-то лишает возможности получить помощь, а прежде всего в силу их собственных ограниченных возможностей. В каком-то смысле система должна идти навстречу таким пациентам. Они не всегда могут сами записаться на прием, не всегда уделяют достаточное внимание своим проблемам со здоровьем, и именно это является причиной того, что в среднем срок жизни больных, страдающих шизофренией, например, на 10–15 лет меньше, чем у людей, не страдающих этим заболеванием. Наша задача – максимально охватить психиатрических пациентов общемедицинской помощью. Это значит, что с пациентами нужно общаться, выявлять их проблемы, помогать им записываться на прием. Отдельное направление работы – маршрутизация таких пациентов в случае, если им требуется профильный специалист.

Одним словом, психиатрический пациент не только не должен выпадать из поля зрения участкового врача поликлиники, но к нему должно быть приковано даже большее внимание. И задача нашей службы – максимально содействовать медицинским работникам городских поликлиник.

На основе мирового опыта

Я не случайно ссылаюсь на европейский опыт и план действий, мы тщательно изучили его и отслеживаем ключевые мировые тенденции в организации помощи людям с психическими заболеваниями. В 2013 г. Департаментом здравоохранения города Москвы было одобрено проведение пилотного проекта, в котором предполагалось максимально реализовать этот положительный и переработанный с учетом наших реалий опыт. Предпосылки реализации этого опыта заложены приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения». Этим приказом был введен в действие Порядок оказания медицинской помощи лицам с психическими расстройствами.

Для нас основным в документе стало расширение линейки амбулаторных служб и внебольничных форм оказания стационарной помощи. Например, появилось отделение интенсивного оказания психиатрической помощи со стационаром на дому. В положении об этом отделении прямо прописано, что его задача – перехват пациента. Это означает, что при значительном ухудшении состояния бригада, состоящая из нескольких специалистов разного профиля – психиатра, психотерапевта, медицинского психолога, специалиста по социальной работе, – работает с пациентом и берет обострение заболевания под свой контроль.

С выходом приказа у нас появилась правовая платформа для внедрения новых стационарзамещающих форм. Департамент здравоохранения города Москвы пошел на финансирование пилотного проекта для того, чтобы понять, насколько все эти новые формы работы и новые структуры могут быть эффективными в условиях такого крупного мегаполиса, как Москва. Крайне важный компонент эффективной реализации всей концепции в рамках тренда на стационар-замещение – льготное лекарственное обеспечение. Невозможно поддерживать внебольничную терапию пациентов без адекватного лекарственного обеспечения. И Департамент здравоохранения города Москвы в 2017 г. существенно нарастил объемы финансирования закупок лекарственных препаратов в рамках программы льготного лекарственного обеспечения для нашей категории пациентов.

Эффект присутствия

В рамках пилотного проекта была реализована и система постгоспитального мониторинга за состоянием пациента, когда после его выписки из стационара все контактные данные передаются в специализированную службу, которая занималась обзвоном в течение первых трех месяцев после выписки. Первый обзвон проводился в течение первых трех – семи дней после выписки, цель – убедиться, что пациент прошел необходимые процедуры или посещает дневной стационар, если ему это необходимо делать. Следующий обзвон – через месяц, потом через три. Помимо получения информации о состоянии пациента, такая система работает как элемент независимой оценки качества. Ну и, конечно же, контакт с пациентом на постгоспитальном этапе – дополнительная терапевтическая интервенция: напоминание пациенту о необходимости соблюдать назначения врача.

Еще одним важнейшим компонентом пилотного проекта стала организация круглосуточной выездной службы психиатрической неотложной помощи. Сначала она работала в полусуточном режиме, затем стала очевидной ее эффективность, и режим стал круглосуточным. В 2016 г., помимо ПКБ № 3, она заработала и в ПКБ № 4, а в 2017 г. появится и в ПКБ № 1.

В партнерстве с пациентом

Хотел бы остановиться еще на одном важном элементе работы с психиатрическим пациентом – психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации. С первых дней нужно проводить работу, направленную на формирование у пациента и, главное, его родственников и близких правильного отношения к заболеванию и терапии. Эффективность программ психообразования доказана путем проведения многочисленных многоцентровых иссле-

дований за рубежом. В такого рода программах могут быть использованы различные методики и подходы, но цель у них одна – осознание пациентом и его родственниками нового статуса. Психиатрический диагноз для пациента и его родственников – травмирующая информация. Идет отторжение, неприятие этой информации, находятся любые объяснения: переутомление, стресс, поссорился, девушка бросила, с парнем рассталась. Зачастую родственникам даже проще принять ситуацию приема психоактивных веществ, наркотиков, чем душевное расстройство. Такая позиция ведет за собой отказ от лечения. А ведь медикаментозная терапия после того, как пациента выписывают из стационара, рассчитана на несколько лет, соблюдать эти назначения нужно точно и в срок. Иначе эффект лечения пропадет. Более того, возможен не просто рецидив, но и утяжеление патологии. При этом пациенты и их близкие, особенно впервые столкнувшись с диагнозом и отторгая его, стремятся как можно быстрее отказаться от медикаментозной терапии.

Чтобы повысить комплаентность, и созданы технологии психообразования. И это – не просто выдать информационную брошюру и забыть, это работа, направленная на выработку у пациентов и их родственников определенных навыков, умений, привычек по отношению к своему состоянию. Внедрить эти методы оказалось очень непросто, тут должны слаженно работать все элементы системы. Формально подойти к реализации методик психообразования нельзя – ничего не получится. Нужна кропотливая, ежедневная работа с пациентами и их родственниками.

Но если такая работа ведется системно, она дает свои плоды. Значение этой работы трудно переоценить. Особенно она важна в случае с первым психотическим эпизодом, это самый восприимчивый для терапии период. В этот период у пациента еще не возникло серьезных необратимых изменений личности, когнитивной сферы. И именно в это период важно заложить правильное понимание своего положения, диагноза и необходимости соблюдения всех рекомендаций врача.

Проектный подход

Последнее, на чем хотелось бы остановиться. Во всех организационных изменениях на современном этапе эффективен проектный метод. Мы заканчиваем инфраструктурно-организационный этап реформы. Прошло объединение диспансеров и больниц, естественным образом произошла синхронизация штатных коек и потребности в них. Этот этап понятен, смоделирован, понятны цели, плановые показатели. Дальнейшая работа будет идти по проектному методу. Нам нужна, например, клиника первого эпизода. Сейчас мы анализируем ситуацию, чтобы понимать, что это будет за институт в рамках существующей системы психиатрической помощи. Нам необходимо поставить барьер на пути накопления инвалидизации, десоциализации пациентов, страдающих шизофренией.

Есть и еще ряд проблем, которые надо решать. Например, лечение пациенток с нарушением пищевого поведения, пожилых пациентов с начальными явлениями когнитивного дефицита. Эту работу также можно выстроить по проектному принципу.

РАЗВИТИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В МОСКВЕ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

ДАВИД МЕЛИК-ГУСЕЙНОВ*

«*Концепция развития психиатрической службы города Москвы*» (далее Концепция) представляет собой документ, содержащий три раздела, которые дополняют друг друга. Разделы представляют:

- предпосылки преобразования психиатрической службы Москвы, анализ мировых и национальных практик в организации психиатрических служб и опыта их реформирования;
- текущее состояние психиатрической службы Москвы и актуальность преобразований в ней;
- уникальное (с точки зрения отсутствия альтернативных проектов) системное описание региональной структурно-функциональной модели организации психиатрической службы, которое может быть использовано при проведении реформ в других регионах, сходных по структуре.

Уникальностью проекта является не только системность и масштабируемость решения, но и детальная проработка ресурсной модели службы, а также формирование плана последовательных мероприятий по ее реализации. Эти отличительные особенности Концепции позволяют использовать ее организаторам здравоохранения как практическое руководство при реализации преобразований в сфере психиатрических служб.

Целью создания Концепции является реализация целевой модели оказания психиатрической помощи в городе Москве к 2020 г., что позволит обеспечить пациентов доступной, эффективной, качественной комплексной психиатрической помощью, соответствующей лучшим мировым практикам и принципам доказательной медицины.

Предпосылки преобразования психиатрической службы Москвы

Охрана психического здоровья выдвинута в число приоритетных задач глобальной мировой повестки дня в Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2001 г. «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда», который был утвержден Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2002 г. В детальном исследовании, посвященном проблемам психического здоровья в мире, обозначены глобальные вызовы, связанные с распространением психических расстройств, обобщен опыт организации служб психического здоровья, обозначены стратегические тренды их развития, ключевые принципы, которым должны соответствовать национальные психиатрические службы.

* *Давид Мелик-Гусейнов*, директор НИИ ОЗММ ДЗМ.

На этом основании государства – члены Европейского региона ВОЗ, в том числе Россия, приняли в 2005 г. на Министерской конференции в Хельсинки Европейскую декларацию и план действий по охране психического здоровья, которые были также подписаны Европейской комиссией и Советом Европы и утверждены Региональным комитетом (EUR/RC55/R2). Тем самым была определена программа действий по искоренению стигматизации и дискриминации и развитию системы психиатрической помощи на уровне местных сообществ.

Присоединившись к Европейскому Плану действий по охране психического здоровья, Российская Федерация подтвердила серьезность намерений реализовать мероприятия, направленные на усиление охраны психического здоровья населения и повышение доступности психиатрической помощи, бороться со стигматизацией, дискриминацией и социальной изоляцией психически больных. В Декларации большое внимание уделено признанию и усилению центральной роли первичной медико-санитарной помощи; предоставлению возможности получения лицами с тяжелыми психическими проблемами эффективного комплексного лечения и ухода; обеспечению гуманного и уважительного отношения к больным, комфортного содержания в стационарах и психоневрологических интернатах; выполнению мер, направленных на прекращение использования негуманных и унижающих достоинство методов лечения; сбору и распространению наилучших примеров передовой практики.

Подписание Россией стратегических международных документов было поддержано Независимой Психиатрической Ассоциацией в Резолюции ее XII съезда в 2007 г.: «Перенесение акцента психиатрической службы на помощь в сообществе, на внестационарные формы помощи, осуществляемые полипрофессиональными бригадами специалистов, сокращение доли стационарной помощи в общем объеме психиатрических услуг, усиление социально-реабилитационной составляющей должно способствовать общему повышению качества и эффективности психиатрической помощи, приближению ее к населению и, таким образом, обеспечению ее большей доступности, улучшению качества жизни людей с психическими расстройствами и в итоге – снижению бремени расходов общества в связи с психическими заболеваниями граждан».

В 2013 г. на 66-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения был принят «Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг.». Комплексный план действий разработан на основе консультаций с государствами-членами, гражданским обществом и международными партнерами. Он придерживается комплексного и многосекторного подхода на основе скоординированных действий со стороны медико-санитарного и социального секторов, уделяя особое внимание укреплению здоровья, профилактике, лечению, реабилитации, уходу и выздоровлению. В основу плана действий заложен принцип, согласно которому «не существует здоровья без психического здоровья». Психическое здоровье является неотъемлемой частью здоровья и благополучия, что отражено в приведенном в Уставе Всемирной организации здравоохранения определении здоровья: «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополу-

чия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». Настоящий план действий был также подготовлен в целях обеспечения взаимодействия с другими соответствующими программами системы Организации Объединенных Наций, межучрежденческих групп Организации Объединенных Наций и межправительственных организаций. План действий имеет глобальный характер и призван служить основой для национальных планов действий.

Кроме того, в 2013 г. на 63-й сессии Европейского регионального комитета Всемирной организации здравоохранения был принят Европейский план действий по охране психического здоровья. В этом документе отмечается, что психические расстройства являются одной из главных проблем общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ, о чем свидетельствует их распространенность и обусловленное ими бремя болезни и инвалидности: каждый год психические заболевания поражают более одной трети населения. Европейский план действий по охране психического здоровья ориентирован на решение семи взаимосвязанных задач (четырех профильных и трех смежных), в нем намечены действенные и комплексные меры по укреплению психического здоровья и повышению уровня психического благополучия населения Европейского региона.

Четыре профильные задачи сформулированы как обеспечение следующих условий:

- все люди, особенно наиболее уязвимые или входящие в группы риска, имеют равные возможности для поддержания психического благополучия на протяжении всей жизни;
- люди с нарушениями психического здоровья являются гражданами, чьи права человека ценятся, соблюдаются и защищаются в полной мере;
- услуги по охране психического здоровья доступны и приемлемы по стоимости и могут быть получены по месту жительства в соответствии с потребностями; люди имеют право на безопасное и эффективное лечение при уважительном к ним отношении.

Три смежные мультидисциплинарные задачи предполагают обеспечение следующих условий:

- системы здравоохранения предоставляют всем нуждающимся высококачественную общемедицинскую и психиатрическую помощь;
- системы охраны психического здоровья работают в четко согласованном партнерстве с другими секторами;
- стратегическое руководство и практические меры по охране психического здоровья базируются на качественной информации и современных знаниях.

Преобразования психиатрических служб в России начались уже около 20 лет назад. Развитие программ внебольничной помощи в различных регионах шло по различным моделям с учетом местных условий, наличия требуемых ресурсов, подготовленности кадров. Ориентация практики оказания

психиатрической помощи происходила с учетом биопсихосоциального подхода к организации психиатрической помощи. Повышение эффективности применения современных фармакотерапевтических средств, улучшение клинического прогноза для многих пациентов позволили существенно расширить возможности их включения в психосоциальные программы, проводимые во внебольничных условиях.

Успешно проведены пилотные проекты в рамках канадско-российской программы в 2003–2007 гг. в психиатрических службах Омской, Тамбовской, Рязанской областей, Ставропольского края, в отдельных психиатрических больницах – Санкт-Петербургской городской психиатрической больнице № 1 им. П.П. Кащенко, Московской городской психиатрической больнице № 10.

Российская психотерапевтическая ассоциация, Санкт-Петербургский НИИ им. В.М. Бехтерева, Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2 исследовали опыт оказания психиатрической помощи, применяемый в «Клинике динамической психиатрии Ментершвайге» в Мюнхене.

Психиатрическими учреждениями Санкт-Петербурга, Архангельска, Мурманска, Калининграда изучался опыт оказания психиатрической помощи в скандинавских странах (Швейцарии, Финляндии, Норвегии). В Екатеринбурге изучался опыт применения британской модели организации психиатрической помощи, нацеленный на внедрение методов психосоциальной реабилитации, групповых методов реабилитационных воздействий и взаимодействия с пациентами, опыт организации «жилья с поддержкой». Российско-французское сотрудничество, направленное на развитие общественно-ориентированных форм оказания психиатрической помощи, осуществлялось в психиатрических учреждениях Санкт-Петербурга (ПБ №1 им. П.П. Кащенко, ПБ №3 им. И.И. Скворцова-Степанова, объединение «Детская психиатрия»). Масштабность перемен в подходах к организации служб психического здоровья в Российской Федерации выразилась в создании Общественного совета по вопросам психического здоровья при главном внештатном специалисте психиатре Минздрава России, под патронатом которого с 2008 г. учрежден Всероссийский конкурс «За подвижничество в области психического здоровья». Конкурс, поддерживаемый высшим руководством отрасли, дал импульс к внедрению современных профилактических и реабилитационных программ во всех субъектах РФ. За время его существования лауреатами конкурса стали десятки психиатрических медицинских организаций, учреждений социальной защиты, общественных волонтерских организаций, оказывающих поддержку психически больным и их семьям и вносящих весомый вклад в психообразование, психопросвещение, психопрофилактику, психосоциальную реабилитацию лиц с психическими расстройствами.

Благодаря формированию единых концептуальных взглядов на принципы организации служб охраны психического здоровья в 2011 г. под эгидой Российского общества психиатров сформировано Всероссийское объединение центров психосоциальной реабилитации, предназначенное для обобщения накопленного опыта и формирования единых подходов к развитию технологий психосоциального лечения и реабилитации. Изменение парадигмы оказания психиатрической помощи привело к уменьшению потребности в стационарных круглосуточных койках. Однако инфраструктура психиатрических служб, осо-

бенности их финансирования, отсутствие необходимых ресурсов не способствовали активному системному развитию стационарзамещающих технологий.

Готовность сообщества профессионалов к дальнейшим преобразованиям отразилась в Резолюции XVI Съезда психиатров России (2015), которой предусматривается дальнейшее совершенствование психиатрической помощи за счет:

- применения системного подхода в организации психиатрической службы, приведения ее структуры в соответствие с «Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»;
- выделения целевых групп пациентов и разработки лечебно-реабилитационных программ для них, ориентированных на приоритетное оказание помощи во внебольничных условиях;
- повышения терапевтической и реабилитационной активности внебольничной (амбулаторной и полустационарной) службы;
- улучшения лекарственного обеспечения амбулаторных служб, в первую очередь, за счет препаратов пролонгированного действия;
- увеличения числа мест в полустационарных и лечебно-производственных подразделениях;
- приведения нагрузки участковых врачей к реальным потребностям для осуществления диагностической, лечебной и реабилитационной деятельности;
- использования целевого планирования для развития психиатрической службы в регионах, рационального перераспределения психиатрических ресурсов;
- проведения клинико-экономического анализа прямых затрат на оказание помощи целевым группам пациентов;
- активной разработки и внедрения эффективных моделей психотерапевтической помощи лицам с психическими заболеваниями с использованием стационарзамещающих форм, амбулаторного лечения и стандартизации психотерапевтической помощи.

Одной из важнейших составляющих реформы является смена парадигмы организации психиатрической помощи. Ключевыми принципами проводимых преобразований должны стать:

- биопсихосоциальный подход и использование полипрофессионального взаимодействия с активным использованием не только биологических, но и психосоциальных методов терапии и реабилитации, психообразования;
- смена патерналистских подходов в триаде «медицинский персонал – пациент – семья» на партнерские отношения, подразумевающие активное привлечение пациентов и их семей к лечебному процессу и разделение ответственности за его конечные результаты между всеми заинтересованными сторонами;

- формирование открытой матрицы психиатрической службы, готовой к взаимодействию с другими ведомствами, государственными и общественными организациями и институтами в интересах пациентов на принципах законности и прозрачности;
- антистигма и борьба с дискриминацией, нацеленные на гуманизацию психиатрической помощи, обеспечение равных прав для лиц с психическими расстройствами, изменение мифов и предрассудков по отношению к ним и по отношению к службам психического здоровья со стороны обывателей;
- усиление психопрофилактической составляющей, направленное на формирование здорового образа жизни и снижение рисков развития психических расстройств среди населения.

Ожидаемыми результатами парадигмальных перемен в области организации психиатрической помощи являются профилактика и раннее выявление психических расстройств, обеспечение их эффективного лечения в наиболее гуманных условиях, снижение бремени инвалидизации, повышение качества жизни лиц с психическими расстройствами благодаря максимально возможной их социальной реинтеграции. Реализация преобразований в большинстве зарубежных стран проходила путем деинституционализации, которая выражалась в сокращении доли психиатрической помощи, оказываемой в закрытых психиатрических больницах, за счет расширения ее внебольничных форм.

В странах Северной Америки и Западной Европы, а также Австралии, Новой Зеландии преобразования психиатрических служб начались еще в 50-х гг. прошлого столетия, что позволяет обобщить объективную информацию, в том числе и об отдаленных результатах проведенных преобразований. Сравнительный анализ исследований, сопоставляющих институциональную и неинституциональную модели психиатрии, демонстрирует, что при сопоставимых клинических результатах перевод большей части психиатрической помощи во внебольничный сектор позволяет получить ряд преимуществ, значительно повышающих качество жизни лиц с психическими расстройствами:

- близость места оказания психиатрической помощи к месту проживания пациента;
- высокий уровень доступности помощи;
- улучшение функционирования пациента в избранном окружении;
- максимально возможное сохранение, восстановление и приобретение навыков, необходимых пациенту для его социальной интеграции;
- возможность поддержки пациента со стороны близких и друзей в процессе лечения;
- минимальные риски злоупотреблений;
- невозможность использования психиатрии для решения социальных проблем и подавления инакомыслия;

- минимальное проявление социальной стигматизации и дискриминации;
- повышение доверия врачу;
- обеспечение общественной безопасности путем применения современных технологий лечения в амбулаторных условиях – недопущения наступления клинических состояний, приводящих к возможности совершения ими действии, наносящих вред окружающим и/или им самим;
- соблюдение гражданских прав пациентов с психическим заболеванием.

Реформирование модели оказания психиатрической помощи – положительный и отрицательный опыт

Опыт проведения реформ в разных странах нашел свое отражение в Своде методических рекомендаций ВОЗ по вопросам политики оказания услуг в области психического здоровья «Политика, планы и программы в области психического здоровья». В других странах в ходе реформирования служб охраны психического здоровья исполнители сталкивались с рядом явлений, приводящих к существенной задержке преобразований и, соответственно, снижению их результативности. Среди них – несогласованность этапов реализации проводимых преобразований, в частности проведение сокращения коечного фонда, опережающего создание соответствующей амбулаторной инфраструктуры. Наблюдалось и сопротивление со стороны участников преобразований – процесс реформирования психиатрических больниц представляет собой классический случай, когда персонал медицинских учреждений, с одной стороны, и пациенты и члены их семей – с другой чувствуют, что могут чего-то лишиться. Одни – льгот, полагающихся за работу в условиях круглосуточного психиатрического стационара, другие – доступной квалифицированной помощи, третьи – возможности изоляции родственника в период обострения психического заболевания. Традиционной проблемой стал дефицит квалифицированных кадров в области психического здоровья, связанный с тем, что многие психиатры, клинические психологи и другие категории специалистов были обучены навыкам работы в психиатрических стационарах в идеологии изоляционной модели, недооценивали роль модели медико-социальной помощи по месту жительства. В ходе организационных изменений требовалось в сжатые сроки осуществить переподготовку специалистов и расширить штаты амбулаторных учреждений. Для организаторов процесса это означало необходимость при планировании реформы учитывать время и средства, требуемые для проведения мероприятий по подготовке и переподготовке кадров.

Имел место и конфликт интересов между первичным звеном и учреждениями, оказывающими стационарную помощь, – перегруженные работой бригады специалистов первичного звена иногда направляли всех людей с психическими расстройствами в психиатрические стационары.

Наконец нередко встречалось и сопротивление со стороны профсоюзов медперсонала психиатрических стационаров. В ряде стран это обстоятельство становилось настоящим камнем преткновения для реформирования психиатрической службы. Дело в том, что при проведении в жизнь идеи организации помощи по месту жительства, сокращения коечного фонда или закрытия

больницы персонал опасается потерять работу или льготы. Однако данная проблема, как правило, исчезает, если людей более подробно информируют о цели, задачах, ходе и планируемых результатах реформ. Очевидно, что процесс смены модели оказания психиатрической помощи во всех странах имел одинаковые риски. Все они были учтены при разработке Концепции организации психиатрической службы г. Москвы.

Анализ существующей модели оказания психиатрической помощи в Москве

Оказание медицинской и ассоциированной с ней помощи лицам с психическими расстройствами в г. Москве осуществляется как специализированными медицинскими организациями и медицинскими организациями общего профиля, имеющими в своем составе психиатрические отделения, так и стационарными организациями социального обслуживания, предназначенными для лиц, страдающих психическими расстройствами *(табл. 1)*.

В исследование вошли учреждения только первой группы, обслуживающие прикрепленное население. Каждое из них представляет так называемое территориальное психиатрическое объединение (ТПО) – комплекс, состоящий из круглосуточного стационара и филиалов – амбулаторных подразделений (психоневрологических диспансеров).

Анализу были подвергнуты данные, описывающие все стороны деятельности указанных организаций, – обеспеченность кадрами, площадями, медицинским оборудованием, объемы оказанной помощи и ее финансирование, а также постатейные затраты по каждому учреждению.

Рабочая группа

Работа над Концепцией проводилась аналитическим отделом НИИ ОЗММ ДЗМ в тесном взаимодействии с представителями профессионального медицинского сообщества в области психиатрии. В состав рабочей группы вошли сотрудники организационно-методического отдела по психиатрии ДЗМ, главный внештатный специалист по психиатрии, главные врачи всех психиатрических медицинских организаций ДЗМ, независимые эксперты.

Для исследования и оценки деятельности психиатрической службы были использованы статистические данные, полученные из различных официальных источников:

- бюро медицинской статистики ДЗМ;
- экспертная система «Рамзес»;
- информационные системы кадрового и бухгалтерского учета медицинских организаций («Парус», «1С»);
- планы финансово-хозяйственной деятельности; локальные МИС медицинских организаций;
- Мосгорстат;

- Росстат;
- отчеты медицинских организаций, представленных по запросу ОМКО по психиатрии.

Данные, полученные в ходе аудита, были подвергнуты системному анализу, на основе которого путем экспертных оценок в ходе стратегической сессии определены ключевые параметры целевой модели психиатрической службы, а также их значения, которые должны быть достигнуты к 2020 г. Исходя из этих параметров, на основе международных стратегических документов, накопленного отечественного опыта организации психиатрических служб и действующих нормативных документов, регулирующих организацию психиатрической помощи и санитарно-эпидемических требований, были разработаны детальная ресурсная модель психиатрической службы Москвы и стратегический план реализации функциональных преобразований в отрасли.

Наиболее значимые результаты аудита ТПО

Первый показатель, который учитывался в ходе анализа, – средняя длительность госпитализации. Этот показатель является интегральным и используется в оценке деятельности учреждений здравоохранения во всех странах. В настоящем исследовании во избежание некорректных сравнений не проводилось сопоставлений с аналогичными показателями других стран или значениями медико-экономических стандартов, принятых в России.

Сравнению подвергались средние значения длительности терапии в различных медицинских организациях в зависимости от нозологической принадлежности. В соответствии с общепринятой практикой пациенты, получающие помощь в ТПО, были объединены в семь нозологических групп: деменции, органические психозы, шизофрения и шизофреноподобные психозы, аффективные психозы, пограничные расстройства, умственная отсталость и зависимости.

Значения показателей средней длительности госпитализации, демонстрируемые каждым из шести ТПО, достигали двукратного размера. Наименьшее значение показателя средней длительности госпитализации в шести из семи групп было у ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского.

Для более тщательной оценки качества оказываемой психиатрической помощи сравнению были подвергнуты показатели количества выездов скорой психиатрической помощи на 100 тысяч прикрепленного населения на территории обслуживания ТПО. Показатель выбран в качестве наиболее объективного, не зависящего от «административного ресурса» оцениваемой медицинской организации.

Анализ значений данного показателя продемонстрировал минимальное значение на территории, обслуживаемой ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского, – 221 вызов. Максимальное значение составило 304 (+38%) у ПКБ № 15.

Одним из социально значимых показателей деятельности психиатрических служб является количество противоправных действий, совершенных лицами с психическими расстройствами. В этой связи для объективизации качества работы психиатрических служб с пациентами, состоящими в группе

диспансерного психиатрического наблюдения, были сопоставлены нормированные на 100 тыс. населения значения.

Таблица 1

Сведения об учреждениях, оказывающих помощь пациентам с психическими расстройствами на начало 2016 года

Тип учреждения	**Перечень и предназначение учреждений**	**Число круглосуточныи коек**	**Число мест в дневных стационарах**
Специализированные психиатрические медицинские организации	ТПО (ПКБ № 1, ПКБ № 3, ПКБ № 4 (сучетом ПНД № 22), ПБ № 13, ПБ № 14, ПКБ № 15)	5,59 тыс. коек	1,65 тыс. мест
	Специализированные психиатрические организации для лечения пограничных психических расстройств (НПЦ психоневрологии им. З.П. Соловьева, ГБУЗ «ПКБ им. Ю.В. Каннабиха ДЗМ»)	0,66 тыс. коек	0,37 тыс. мест
	Специализированные психиатрические организации для лечения психических расстройств у детей и подростков (НПЦ психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой, ДПБ № 11, дневной стационар ПНД № 22)	0,80 тыс. коек	0,14 тыс. мест
	Специализированные психиатрические организации для проведения принудительного лечения (ПБ № 5)	2,01 тыс. коек	0
Медицинские организации общего профиля	Соматопсихиатрические отделения в ГКБ №1, ГКБ № 20, ГКБ № 67, ГКБ им. Боткина, НИИ им.Склифосовского, госпитали инвалидов ВОВ № 1 и № 2	0,29 тыс. коек	0
	Психотуберкулезные отделения в ГКБ им. А.Е.Рабухина	0,20 тыс. коек	0
Всего по медицинским организациям		**9,55 тыс. коек**	**2,16 тыс. мест**
Специализированные организации стационарной социальной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами	Психоневрологические интернаты, Центры семейного воспитания, Геронтологический центр «Милосердие»	11,4 тыс. коек	0
	Пансионат для ветеранов труда № 17	0,21 тыс. коек	0
	Негосударственные социальные стационарные организации, оказывающие помощь, финансируемую ДТСЗН	0,22 тыс. коек	0

Общее количество коек для оказания стационарной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами, – 21,38 тыс. числа лиц, направленных на принудительное лечение по приговору суда после совершения общественно опасных действий.

Значение этого показателя для территории, обслуживаемой ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского, равно 1,67 (на 100 тыс. прикрепленного населения), а у ПКБ № 15 – 2,49. Максимальные значения этого показателя принадлежат ПКБ № 14 и ПКБ № 13 – соответственно 3,26 и 3,70 (на 100 тыс. прикрепленного населения). Анализ деятельности ТПО продемонстрировал, что более высокие показатели результативности деятельности ГБУЗ ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского ассоциированы с интенсивным развитием амбулаторного сектора. В частности, сравнение показателей, описывающих деятельность амбулаторного звена, выявило следующую картину. Количество больных, пролеченных в дневных стационарах (в расчете на 100 тыс. прикрепленного населения), в ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского составляет 275, а в ПКБ № 15 – 127. При этом обеспеченность (на 100 тыс. прикрепленного населения) площадями помещений дневного стационара в ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского составляет 113 м^2, а в ПКБ № 15 – 102 м^2, при этом количество пациенто-мест дневных стационаров составляет 35,7 в ПКБ № 3, а в ПКБ № 15 – лишь 16 (на 100 тыс. прикрепленного населения).

Таким образом, в ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского на сопоставимых с ПКБ № 15 площадях в дневном стационаре находится вдвое больше пациенто-мест, проходят лечение более чем вдвое большее количество пациентов, а количество экстренных госпитализаций – на треть меньше, чем в ПКБ № 15.

При этом финансовая обеспеченность медицинских служб психического здоровья на 100 тыс. населения в ПКБ № 3 составляет 86,1 млн рублей, тогда как в ПКБ № 15 – 98,4 млн рублей в год.

Детальный анализ деятельности ГБУЗ «ПКБ № 3 им В.А. Гиляровского ДЗМ» показал, что еще в 2013 г. по инициативе руководства больницы в учреждении началось развитие стационарзамещающих технологий. Была создана система мониторинга состояния пациентов после выписки, на 40% увеличено количество коек в дневном стационаре, создана служба неотложной психиатрической помощи. Как итог – при уменьшении почти вдвое количества круглосуточных коек длительность лечения сократилась в среднем с 37 до 29 дней, а общее количество госпитализаций – почти на треть.

Таким образом, при сохранившейся численности обслуживаемого населения и среднего количества пациентов гораздо большая их доля стала получать необходимую помощь без госпитализации в условиях полустационарных форм, а сами госпитализации стали менее продолжительными. При этом, несмотря на более экономное использование финансовых ресурсов, качество оказываемой психиатрической помощи не пострадало.

Учитывая полученные результаты, рабочей группой принято решение о признании опыта ГБУЗ «ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского ДЗМ» лучшей московской психиатрической практикой, которая соответствует международным трендам в развитии психиатрических служб и требует масштабирования на службу города.

Данные, полученные в ходе аудита психиатрической службы и выделения лучшей московской практики, легл и в основу целевых значений ключевых показателей предлагаемой модели организации психиатрической помощи города Москвы.

Анализ существующей ресурсной модели психиатрической службы позволил определить ключевые системные несоответствия, которые препятствуют реализации поставленных задач, а также пути их исправления: программа развития инфраструктуры амбулаторного и стационарного звена, предложения по перераспределению кадровых и финансовых ресурсов внутри психиатрической службы, задачи по формированию необходимых компетенций у сотрудников психиатрической службы, матрица ключевых рисков реализации проекта проводимых преобразований.

Описание региональной структурно-функциональной модели организации психиатрической помощи

В связи с разнообразием форм и задач оказания психиатрической помощи в учреждениях различных профилей и ведомственной принадлежности, что соответствует законодательству в данной области (ст. 18 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»), разработка структурно-функциональной модели организации психиатрической службы Москвы была намеренно ограничена специализированными психиатрическими медицинскими организациями, оказывающими помощь прикрепленному населению, согласно территориальному принципу.

Данные учреждения были выбраны в качестве приоритетных для проведения преобразований, так как решают наиболее актуальные на сегодняшний день задачи. Очевидно, что деятельность территориальных психиатрических объединений, затрагивающих интересы подавляющего количества лиц с психическими расстройствами, способна при эффективной организации обеспечить наиболее высокие и качественные результаты как профилактики и раннего выявления заболевания, так и своевременного оказания психиатрической помощи. При этом наибольшая отдача от проведенных преобразований может быть получена при совершенствовании работы с пациентами, имеющими наибольший реабилитационный потенциал. В связи с этим создание модели организации психиатрической службы Москвы было начато именно с разработки новой структуры территориальных психиатрических объединений и не затрагивало медицинские организации, обеспечивающие выполнение особых задач: оказание психиатрической помощи детям и подросткам, проведение стационарного принудительного лечения, оказание соматопсихиатрической помощи, оказание психиатрической помощи больным с пограничными психическими расстройствами. Также в исследование не включались учреждения системы социальной защиты населения, участвующие в оказании психиатрической помощи.

Главными задачами при составлении модели являлись следующие.

- Обеспечение равной доступности для всех жителей столицы к современным формам и технологиям как стационарной, так и внебольничной психиатрической помощи; обеспечение всех районов Москвы полнофункциональным и стандартизированным набором структурных подразделений

психиатрических служб, регламентированных порядками оказания психиатрической помощи (Приказ МЗ РФ от 17.05.2012 № 566н).

- Обеспечение преемственности оказываемой помощи между структурными подразделениями психиатрических служб с целью формирования непрерывного процесса оказания комплексной помощи лицам с психическими расстройствами в соответствии с биопсихосоциальной парадигмой организации психиатрической помощи.

Для расчета модели в качестве эталона были использованы параметры лучших практик, выявленных в ходе аудита психиатрических медицинских организаций столицы и пригодных для масштабирования в рамках всей психиатрической службы.

Сложность задачи заключалась в необходимости расчетов параметров службы для мегаполиса, население которого насчитывает около 12,3 млн человек, что потребовало сегментации психиатрической службы на однотипные (содержащие одинаковый набор структурных подразделений) кластеры.

Исходя из этого, Концепцией описана принципиальная модель кластерно-модульной структуры территориального психиатрического объединения.

В разработанной модели кластер (территориальная единица) обслуживается полнофункциональным набором структурных подразделений, регламентированных порядком оказания психиатрической помощи, которые способны в полной мере обеспечить все потребности населения в оказываемой психиатрической помощи, и находится под единым управлением. Кластер включает в свою структуру полный набор функциональных подразделений:

- диспансерное отделение;
- отделение интенсивного оказания психиатрической помощи;
- дневной стационар;
- медико-реабилитационное отделение;
- психиатрическое отделение неотложной помощи.

Отдельные структурные подразделения, рассчитанные на содружественное функционирование, исходя из своего предназначения сгруппированы в модули для обслуживания конкретных районов столицы с примерно одинаковым числом проживающего населения и размещаются в максимально доступных для населения районах с учетом транспортной инфраструктуры и географии города.

Ключевым отличием кластерно-модульной модели от существующей структуры психиатрической службы Москвы является разнообразие ассортимента стационарзамещающих технологий, способных обеспечить долечивание после курса интенсивной стационарной терапии и «перехват» (своевременное купирование декомпенсаций и обострений в амбулаторных условиях) пациентов в моменты клинических ухудшений. Кроме того, предлагается размещение функциональных модулей с учетом максимальной территориальной доступности для населения, что особенно важно при проектировании психиатрических служб. Согласно предлагаемой модели насе-

ление Москвы прикреплено к 10 кластерам, в состав которых входят психоневрологические диспансеры – функциональные модули.

Согласно разработанной модели, в состав одного кластера входят четыре модуля, которые расположены в различных зданиях, приближенных к зонам обслуживания, и обеспечивают максимальную транспортную доступность. Состав каждого модуля включает диспансерное отделение, обслуживающее 10 участков, дневной стационар на 50 пациенто-мест и отделение интенсивного оказания психиатрической помощи на 30 пациенто-мест. К типовому модулю, рассчитанному на обслуживание 10 участков, прикреплено 300 тыс. населения, что соответствует требованиям порядка оказания психиатрической помощи и обеспечивает прикрепление к каждому участку по 25 тыс. взрослого населения. Один из четырех модулей является головным и обеспечивается дополнительными помещениями

Ключевые показатели целевой модели организации психиатрической помощи города Москвы

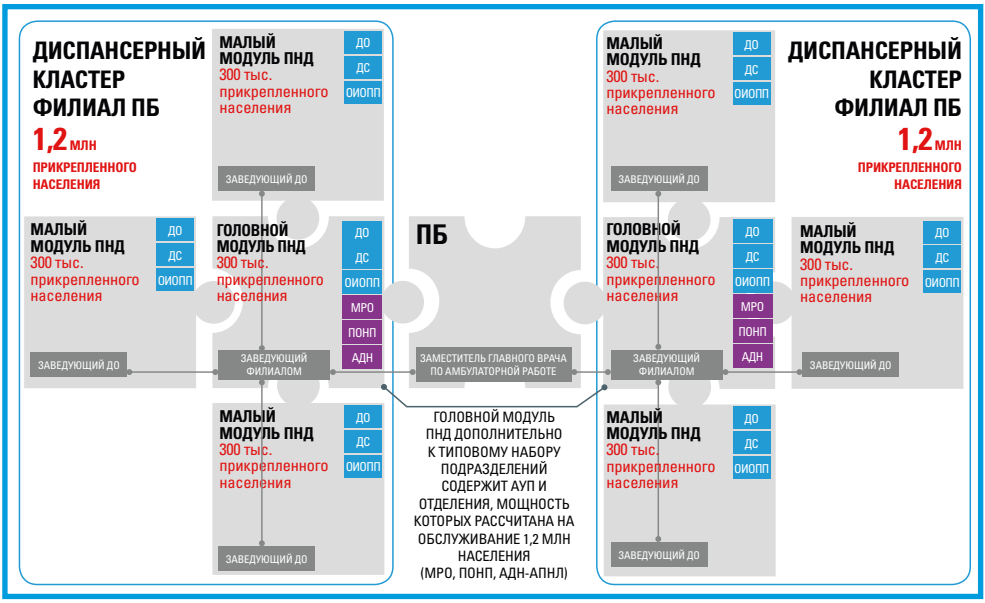
- 240 госпитализаций в круглосуточный стационар в год из расчета на 100 тысяч прикрепленного населения;
- средняя длительность лечения в круглосуточном стационаре – 30 дней;
- средняя длительность лечения в полустационарных условиях от – 45 дней*;
- повторная госпитализация пациентов диспансерной группы в круглосуточный стационар – не более 20%;
- 100% охват пациентов процедурой оценки социального функционирования (функциональный диагноз);
- 100% охват программами психообразования пациентов с впервые установленным диагнозом из группы шизофрении, шизофреноподобных и аффективных расстройств; родственников пациентов с деменцией;
- 100% охват программами реабилитации и психосоциальной помощи пациентов в соответствии с функциональным диагнозом;
- уровень госпитальной летальности не больше 0,7%;
- 0% необеспеченных рецептов на психотропные препараты для отдельных категорий граждан, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение;
- 90% пациентов удовлетворены системой дополнительного лекарственного обеспечения;
- 80% удовлетворенность пациентов и родственников качеством психиатрической помощи при социологическом опросе (дали оценку «хорошо» или «очень хорошо»);
- не менее 80% респондентов случайной выборки жителей Москвы «хорошо» относятся к психиатрической службе города и пациентам с психическими расстройствами.

для размещения подразделений, необходимых для обслуживания населения всего кластера (т.е. рассчитанных на обслуживание 1,2 млн прикрепленного населения): психиатрическое отделение неотложной помощи взрослому населению, кабинеты активного диспансерного наблюдения и амбулаторного принудительного наблюдения и лечения, медико-реабилитационное отделение на 100 пациенто-мест.

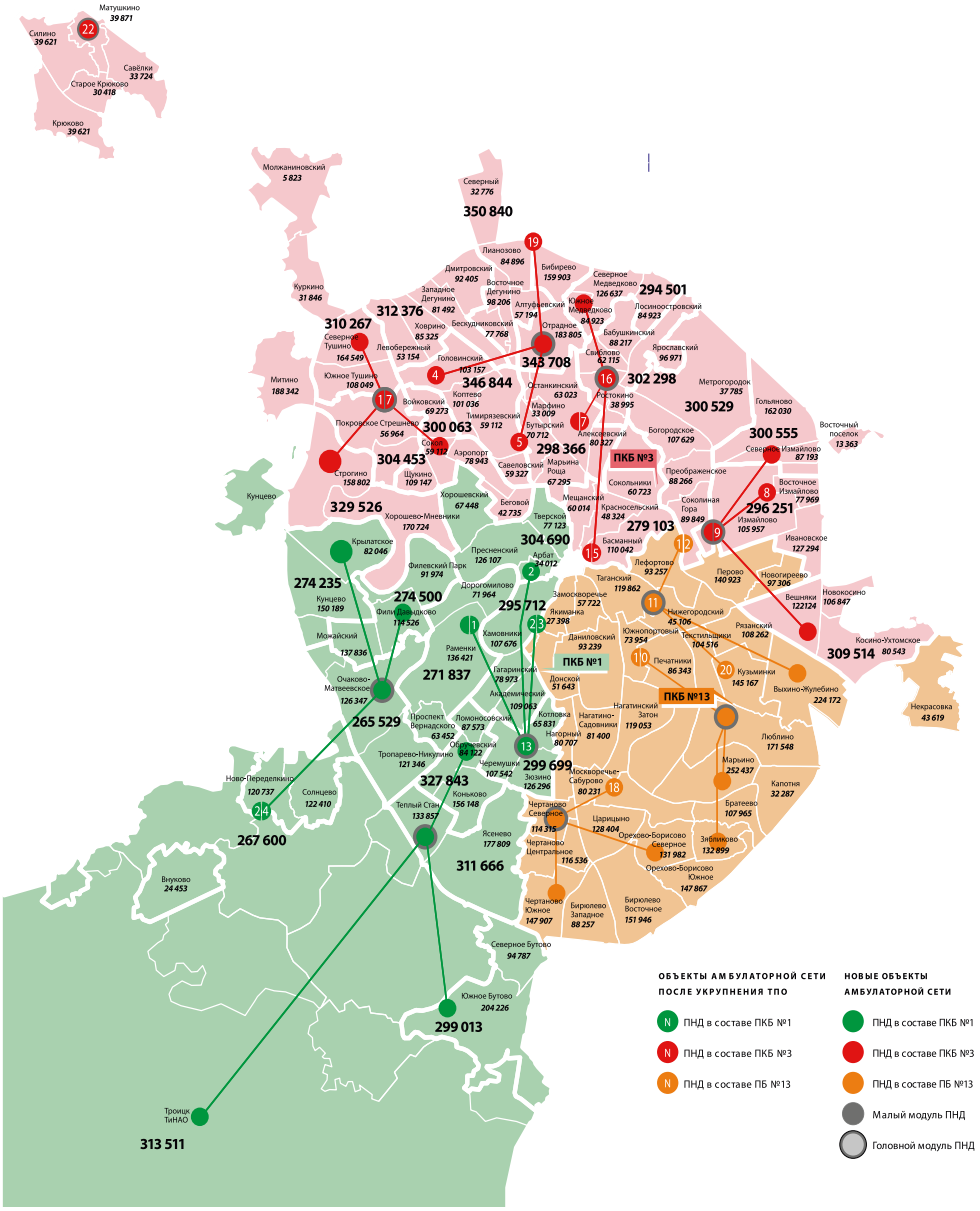
Для оказания стационарной психиатрической помощи прикрепленному населению произведен расчет необходимого количества круглосуточных коек, исходя из параметров целевой модели, сформулированной на страте-

Системные несоответствия в организации психиатрической службы города Москвы, требующие исправления:

- кратные различия клинической результативности в организациях психиатрической службы;
- неравномерная обеспеченность ресурсами психиатрической службы населения города Москвы в различных округах и районах (определяется из расчета на 100 тыс. населения);
- существенное превалирование стационарной помощи над амбулаторной;
- выраженный кадровый дефицит в амбулаторном звене;
- существенный недостаток площадей в учреждениях амбулаторного звена;
- низкая эффективность использования коечного фонда круглосуточного стационара;
- отсутствие единых правил определения объема финансирования.

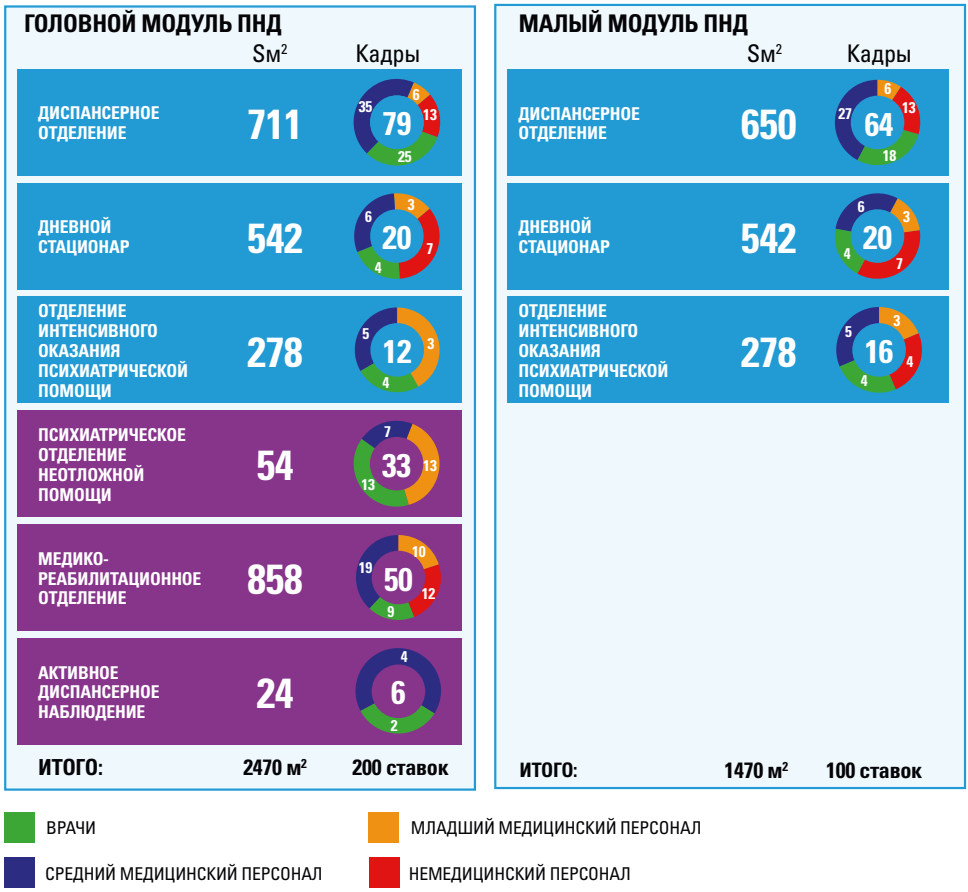


гической сессии руководителями действующих психиатрических больниц. Среди таких параметров – средняя длительность работы койки в году – 340 дней, средняя длительность госпитализации – 30 дней, количество госпитализаций в год на каждые 100 тыс. прикрепленного населения – 240. Требуемое количество круглосуточных психиатрических коек в территориальных психиатрических объединениях составляет 2600 (500 из которых выполняют особые задачи, стоящие перед психиатрической службой: оказание помощи иностранцам, иногородним гражданам, экспертные койки, а также койки для лиц без определенного места жительства).



Итоговое расчетное число круглосуточных психиатрических коек, предназначенных для оказания психиатрической помощи в Москве, в составе всех специализированных психиатрических медицинских организаций (которые включают в себя не только ТПО) – 6570 коек, что составляет 53,28 на 100 тыс. населения и соответствует уровню стран Западной Европы.

Тем не менее следует отметить, что проведение сравнений и сопоставлений по параметрам психиатрического коечного фонда между различными странами является не всегда корректным. Экспертами ВОЗ подчеркиваются различия в данных, предоставляемых национальными министерствами. Ряд регионов не отделяет от «психиатрических» круглосуточные койки резидентных форм проживания (интернатов), а также не выделяют отдельно наркологические службы.



В этой связи важно отметить, что с учетом коечного фонда медицинских организаций общего профиля, предназначенного для оказания медицинской помощи лицам, страдающим психическими заболеваниями, и коечного фонда специализированных организаций стационарной социальной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами, общее число круглосуточных коек, на которых планируется оказание психиатрической помо-

щи в Москве, превышает 19,5 тыс., что составляет более 157 коек на 100 тыс. населения Москвы. Кроме того, лица с психическими расстройствами, обусловленными зависимостью от психоактивных веществ, имеют возможность получения соответствующей помощи в стационарных отделениях Московского НПЦ наркологии. Следующим этапом исследования было распределение 10 полнофункциональных кластеров между территориальными психиатрическими объединениями. В ходе распределения выяснилось, что общее количество требуемого коечного фонда, соответствующего целевой модели психиатрической службы, нерационально размещать во всех существующих шести психиатрических больницах, формирующих территориальные психиатрические объединения.

Кроме того, сегментированный анализ пациентов, получавших психиатрическую помощь в стационарных условиях, показал, что часть из них нуждаются в оказании стационарной помощи по социальным показаниям, а не в связи с необходимостью оказания психиатрической помощи в стационарных условиях. В связи с тем, что оказание всесторонней помощи лицам с психическими расстройствами не ограничивается помощью, предоставляемой в условиях медицинских организаций, значительная часть пациентов, лишенная в силу психического заболевания способности к автономному проживанию и не имеющая в своем окружении лиц, способных осуществлять их социальную поддержку, получают социально-медицинскую помощь в учреждениях системы социальной защиты населения. В этом контексте обеспечение недееспособных лиц с психическими расстройствами новыми современными помещениями является не менее важной государственной задачей, чем организация медицинской помощи для данной категории больных. В связи с тем, что только при соблюдении баланса между этими двумя важнейшими составляющими (медицинской и социальной) можно говорить о всесторонней качественной государственной поддержке инвалидов в связи с психическими расстройствами, в рамках концепции предложено перепрофилирование незагруженной части коечного фонда психиатрических стационаров в ведомство Департамента труда и социальной защиты населения Москвы.

Дополнительным аргументом в пользу такого решения является то, что по результатам проведенного аудита в целом по сети психиатрических медицинских организаций около 10% коечного фонда «заблокировано» пациентами, которые находятся в стационаре «по социальным показаниям». Таким образом, не менее 600 больных не выписываются из психиатрического стационара только в связи с тем, что существующая инфраструктура психоневрологических интернатов не в состоянии покрыть потребность города в этих учреждениях.

Детальный анализ категорий стационированных пациентов показал, что для рационального использования имеющихся ресурсов целесообразным является перепрофилирование части коечного фонда медицинских организаций без передачи в иное ведомство. Эта необходимость продиктована тем, что не менее 10% коечного фонда используется для оказания помощи пациентам, утратившим социальные связи и находящимся на различных этапах реабилитации либо перевода в учреждения ведомства социальной защиты.

В связи с тем, что эти процессы растянуты во времени, и сроки реализации данных задач значительно превышают длительность купирования острых психотических состояний, представляется целесообразным создание на базе медицинских организаций медико-реабилитационных отделений для лиц, утративших социальные связи, предусмотренных порядками оказания психиатрической помощи.

Для оказания психиатрической помощи в стационарных условиях на активных психиатрических койках полнофункциональные диспансерные кластеры были распределены между тремя психиатрическими больницами с формированием новых территориальных психиатрических объединений на базе ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева, объединенной структуры ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина и ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского, а также ПБ № 13.

Для предложенного способа организации территориальных психиатрических объединений была разработана модель штатной структуры для всех типовых подразделений, произведено обоснование потребности в новых помещениях для разворачивания сети амбулаторных подразделений (психоневрологических диспансеров) в соответствии с предлагаемой концепцией.

Очевидно, что формирование современной инфраструктуры амбулаторных и стационарных подразделений психиатрических служб является необходимым, но недостаточным этапом для полного выполнения задач, запланированных в рамках Концепции развития психиатрической службы.

Обеспечение комплексной помощи и поддержки пациентов с психическими расстройствами, совершенствование деятельности службы психического здоровья жителей столицы диктует необходимость нескольких стратегических направлений для развития.

1. Совершенствование организации помощи лицам с психическими расстройствами:

- развитие психолого-психотерапевтической поддержки пациентам общего профиля (в поликлиниках и многопрофильных стационарах);
- совершенствование антикризисной помощи лицам, попавшим в тяжелую психологическую ситуацию;
- модернизация диспансерной психиатрической помощи (с активным использованием всех элементов непрерывного цикла оказания психиатрической помощи – участковая психиатрическая служба, отделения интенсивного оказания психиатрической помощи, дневной стационар, медико-реабилитационное отделение, психиатрический стационар, отделения неотложной психиатрической помощи);
- активное внедрение в деятельность психиатрических служб наиболее эффективных методов и технологий психосоциальной терапии и реабилитации, инклюзии лице психическими расстройствами;
- развитие паллиативной психиатрической помощи пациентам с деменцией;
- формирование дружелюбного дизайна психиатрических служб, повышающих удобство и доступность их использования населением.

2. Совершенствование работы с ближайшим окружением пациентов:

- активное использование психообразовательных школ для родственников;
- вовлечение родственников пациентов в деятельность по совершенствованию качества условий предоставления психиатрической помощи, создание Советов родственников.

3. Совершенствование психопросвещения и психопрофилактики среди широких масс населения:

- развитие работы со СМИ в направлении изменения имиджа психиатрических служб, развенчания мифов и предубеждений в области психиатрии;
- пропаганда здорового образа жизни, направленного на сохранение психического здоровья в учебных заведениях и других представительных аудиториях;
- распространение информации о причинах, прогнозе и необходимой помощи при обнаружении признаков психических расстройств;
- популяризация творчества лиц с инвалидностью в связи с психическими расстройствами.

В этой связи следующим этапом развития службы в рамках разработанной Концепции является создание центра управления компетенциями психиатрической службы для решения ключевых задач.

1. Разработка и внедрение стандартизованных протоколов ведения пациентов, включая правила маршрутизации и обеспечение преемственности во всех ТПО.
2. Внедрение медицинских информационных систем для сбора объективных данных и обеспечения прозрачности и оперативности получения информации для принятия обоснованных управленческих решений.
3. Формирование стандарта сотрудников психиатрической службы Москвы.
4. Создание системы подготовки специалистов с целью развития и совершенствования необходимых профессиональных компетенций.
5. Формирование корпуса специалистов, обладающих необходимыми профессиональными компетенциями: перераспределение сотрудников службы с акцентом на амбулаторные и стационарзамещающие подразделения, рекрутинг.
6. Обеспечение порядка регулярной внутренней оценки качества и безопасности деятельности психиатрических медицинских организаций.

О КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГОРОДА МОСКВЫ

ДАВИД МЕЛИК-ГУСЕЙНОВ*,
ГЕОРГИЙ КОСТЮК**,
РОМАН ЧЕРЕМИН***

В течение 2016 года по поручению Департамента здравоохранения города Москвы рабочей группой НИИ ОЗММ ДЗМ в сотрудничестве с главным внештатным специалистом по психиатрии ДЗМ, организационно-методическим и консультативным отделом по психиатрии ДЗМ проведен многомерный анализ медицинских организаций психиатрической сети города – операционный аудит, анализ ресурсообеспеченности, оценка показателей качества и эффективности деятельности медицинских организаций.

Результаты аудита позволили выявить системные недостатки работы отрасли, которые легли в основу стратегических направлений развития и совершенствования психиатрической службы, которые обсуждались и формулировались в составах рабочих групп с привлечением экспертов научного психиатрического сообщества, руководителей медицинских организаций и практиков московского здравоохранения.

В итоге работы была сформулирована Концепция развития психиатрической службы города Москвы (далее – Концепция). В ее основу легли успешные зарубежные и отечественные практики, международные требования и рекомендации в области организации служб психического здоровья, действующие нормативно-правовые акты, регулирующие медицинскую деятельность в области психиатрии, применялись методы построения функциональной и организационной модели службы, модели кадровых ресурсов, модели инфраструктуры службы, учитывающей проблемы доступности психической помощи на всей территории Москвы, расчет финансовых ресурсов, необходимых для реализации моделируемых решений. В связи с многочисленными вопросами и замечаниями, возникающими в процессе проводимых преобразований, и с целью максимально объективного и всестороннего освещения перспектив развития отрасли данной публикацией представляются экспертные комментарии в отношении наиболее остро обсуждаемых проблем совершенствования службы.

ВОПРОС-ОТВЕТ

Системные недостатки существующей модели организации психиатрической службы города Москвы. Почему сохранение status quo невозможно?

Результатами анализа продемонстрированы особенности существующей модели организации психиатрической службы, подлежащие исправлению.

* *Давид Мелик-Гусейнов,* директор ГБУ НИИ ОЗММ ДЗМ.

** *Георгий Костюк,* главный внештатный специалист психиатр ДЗМ.

*** *Роман Черемин*, руководитель ОМКО по психиатрии.

1. Неравномерность распределения ресурсов между психиатрическими медицинскими организациями различных округов Москвы. При перерасчете на 100 тыс. прикрепленного населения медицинские организации, обслуживающие различные районы города, имеют значительно отличающиеся показатели обеспеченности стационарным коечным фондом, числом мест в дневных стационарах, площадями для размещения амбулаторных подразделений, кадровыми и финансовыми ресурсами.

2. Общее преобладание стационарной психиатрической помощи по сравнению с ее амбулаторными формами, выраженное в объемах финансирования и оснащения кадровыми ресурсами.

3. Дефицит специалистов службы, наиболее существенно выраженный в ее амбулаторном звене. Помимо неукомплектованности участковых служб, не хватает специалистов, позволяющих осуществлять мультидисциплинарный подход в оказании психиатрической помощи, – психотерапевтов, клинических психологов, социальных работников и специалистов по социальной работе.

4. Общий недостаток площадей для разворачивания психиатрических амбулаторных служб и, как следствие, отсутствие в ряде медицинских организаций амбулаторных структурных подразделений, предусмотренных Порядком оказания медицинской помощи лицам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, утвержденным Приказом Минздрава РФ № 566н от 17.05.2012 (далее – порядок). Так, в ряде медицинских организаций отсутствуют медико-реабилитационные отделения, отделения интенсивного оказания психиатрической помощи. Иногда при заявленном наличии данных подразделений объем и насыщенность их деятельности не отвечают потребностям пациентов и не соответствуют возможностям, открывающимся при применении современных психосоциальных технологий. Деятельность диспансерных отделений, дневных стационаров имеет системные недостатки, свидетельствующие об отсутствии должного внимания к организации порядка их функционирования, и усугубляется дефицитом кадровых ресурсов.

5. Неэффективность использования стационарного коечного фонда, проявляющаяся в простое коек психиатрических медицинских организаций, составляющем в 2015 г. от 5 до 75%. Таким образом, в масштабах всей психиатрической службы Москвы повышается актуальность обеспечения эффективности использования объектов инфраструктуры, компактности и технологичности психиатрической помощи в условиях круглосуточных стационаров.

6. Нарушения Закона РФ от 02.07.1992 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в части соблюдения прав лиц с психическими расстройствами. Согласно ст. 5, «Все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на: психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства; пребывание в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационар-

ных условиях, только в течение срока, необходимого для оказания психиатрической помощи в таких условиях».

- Сроки стационарного лечения в ряде учреждений значительно (в 1,5–2 раза) превышают значения, установленные стандартами оказания специализированной психиатрической помощи для соответствующих нозологических групп расстройств, утвержденные Приказами Минздрава РФ.
- Около 10% стационированных пациентов продолжают получать стационарную психиатрическую помощь, несмотря на ликвидацию оснований для стационарного лечения и возможность выписки из больницы для продолжения лечения в амбулаторном секторе.
- Около 10% стационированных пациентов де-юре и/или де-факто являются недееспособными и не имеют поддержки со стороны лиц ближайшего окружения. Несмотря на отсутствие показаний к активному стационарному лечению, они продолжают находиться в психиатрическом стационаре, хотя должны быть переведены в стационарные учреждения социальной защиты населения.

Существующее положение дел создает предпосылки для злоупотреблений со стороны сотрудников служб психиатрической сети и ущемлений прав пациентов, в частности в отношении недееспособных лиц, способствует возникновению претензий в адрес психиатрических служб в отношении нарушений действующего законодательства со стороны пациентов, родственников, общественных организаций, органов надзора. В то же время международными документами в области организации служб психического здоровья обозначены основные принципы построения данного сектора здравоохранения. Среди многочисленных требований и рекомендаций самыми актуальными в свете рассматриваемой темы являются:

- замена существующих практик использования преимущественно закрытых психиатрических специализированных больниц на максимально открытую матрицу организации психиатрической помощи – развитие психиатрической помощи в первичном медико-санитарном звене, интеграция психиатрических служб в общесоматическую сеть;
- распространение лучшей практики, опирающейся на принципы доказательной медицины;
- обеспечение преемственности оказания помощи между стационарным и амбулаторным звеном психиатрической службы, а также учреждениями социальной защиты, расширение и повышение эффективности межведомственных взаимодействий психиатрических служб с другими социальными и государственными институтами;
- соблюдение прав лице психическими расстройствами и расстройствами поведения и борьба со стигмой как с социальным фактором дискриминации этой категории граждан.

Таким образом, сохранение прежней модели психиатрической службы города Москвы:

1) не соответствует международным требованиям к организации национальных психиатрических служб;
2) противоречит действующему законодательству в области норм и требований к организации психиатрической помощи;
3) препятствует использованию имеющегося потенциала психиатрической службы Москвы для повышения качества оказываемой психиатрической помощи;
4) препятствует прозрачности и легитимности при организации психиатрической помощи.

В чем заключается основной смысл Концепции развития психиатрической службы города Москвы?

Современная концепция организации служб психического здоровья, согласно законодательству РФ и международным соглашениям в данной области, предполагает оказание психиатрической помощи пациентам преимущественно во внестационарных условиях, максимально приближенно к сообществу, в наименее стесненных условиях, оказывающих наименее психотравмирующее воздействие на пациента. Особенно актуальным этот фактор является применительно к реабилитационным мероприятиям в психиатрии, которые направлены на интеграцию пациентов в сообщество и, что особенно важно, на изменение мнения населения о душевнобольных. Исходя из этого, реабилитационные мероприятия должны организовываться не в условиях изоляции пациентов в закрытом психиатрическом стационаре, а в условиях амбулаторных служб, максимально приближенных к местам проживания пациентов.

В соответствии с таким подходом Концепцией развития психиатрической службы Москвы предусмотрено существенное увеличение амбулаторной сети психоневрологических диспансеров, обеспечивающей доступность и полноту форм оказания психиатрической помощи, приближенно к местам проживания пациентов. При этом амбулаторные подразделения всех психиатрических больниц города не только будут сохранены, но и расширены за счет дополнительных помещений, выделяемых городом. На сегодняшний день в рамках этой работы психиатрической службе города уже выделены помещения: в ГП № 121 на ул. Академика Семенова, д. 13, корп. 1; в Вишняковском проезде, д. 12а. В рамках реализуемой программы психиатрической службе Москвы будет выделено дополнительно около 30 помещений для разворачивания амбулаторных подразделений, с учетом обеспечения максимальной транспортной доступности данного вида помощи. Перераспределение ресурсов внутри отрасли, сопровождающееся расширением амбулаторных подразделений, безусловно связано с оптимизацией стационарного звена психиатрической помощи и повышением контроля за эффективностью и рациональностью использования всех внутренних ресурсов.

Есть мнение, что развитие амбулаторных служб обходится дороже стационарной психиатрической помощи. Имеются ли у Департамента здравоохранения города Москвы достаточные ресурсы для реализации Концепции?

Разработке Концепции предшествовал аудит психиатрической службы. Изучались параметры деятельности амбулаторных подразделений и психиатрических стационаров. Подвергались сравнению клиническая результативность и эффективность использования ресурсов. Изучался опыт внедрения современных форм оказания психиатрической помощи по результатам пилотного проекта, реализованного в ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского, в рамках которого дифференцирование форм оказания психиатрической помощи в условиях дневного стационара, выделение медико-реабилитационных отделений, отделений интенсивного оказания психиатрической помощи сопровождалось разворачиванием выездных бригад психиатрического отделения неотложной помощи.

При построении финансовой модели организации психиатрической службы города Москвы было показано, что финансовые ресурсы, выделяемые на деятельность службы, при их рациональном распределении позволяют реализовать Концепцию без увеличения затрат на обеспечение деятельности отрасли.

Будут ли закрыты психиатрические больницы в ходе проводимых преобразований?

Концепцией развития психиатрической помощи Москвы не предусмотрено закрытие психиатрических больниц. Однако часть стационарных подразделений медицинских организаций подлежит перепрофилированию под нужды психически больных города Москвы.

Чем обусловлено перепрофилирование психиатрических медицинских организаций, передача их в систему Департамента социальной защиты населения? Сколько больниц, согласно плану преобразований, предполагается передать в систему социальной защиты?

Одним из наиболее драматичных аргументов, звучащих в адрес проводимых преобразований, является обвинение в «закрытии больниц». Оставляя без внимания безосновательные и провокационные обвинения в «распродаже» недвижимого имущества и земель, находящихся в оперативном управлении Департамента здравоохранения города Москвы, необходимо подчеркнуть, что Концепцией предполагается передача части ГБУЗ «ПКБ № 15 ДЗМ», а именно – его стационарного корпуса, в ведение Департамента труда и социальной защиты населения для обустройства на его базе психоневрологического интерната для проживания и обслуживания недееспособных лиц с хроническими психическими расстройствами. Согласно требованиям к размещению лиц с психическими расстройствами в учреждениях социальной защиты населения, на базе стационарного корпуса ПКБ № 15 может быть размещено не менее 800 граждан.

При рассмотрении предпосылок к данной части Концепции необходимо учитывать, что оказание всесторонней помощи лицам с психическими расстройствами не ограничивается помощью, которая оказывается в условиях медицин-

ских организаций. Значительная часть пациентов, лишенная в силу психического заболевания способности к автономному проживанию и не имеющая в своем окружении лиц, способных осуществлять их социальную поддержку, получает социально-медицинскую помощь в учреждениях системы социальной защиты населения. При этом важно отметить, что в сентябре 2013 г. после серии несчастных случаев в психоневрологических учреждениях системы социальной защиты населения Председателем Правительства РФ Д.А. Медведевым руководителям субъектов РФ дано задание по пересмотру политики финансирования и модернизации социальных объектов. В этом контексте обеспечение недееспособных лиц с психическими расстройствами новыми современными помещениями является не менее важной государственной задачей, чем организация медицинской помощи для данной категории больных. Только при соблюдении баланса между этими двумя важнейшими составляющими (медицинской и социальной) можно говорить о всесторонней качественной государственной поддержке инвалидов в связи с психическими расстройствами.

Как было упомянуто выше, часть коечного фонда стационаров не загружена. Так, по данным Бюро медицинской статистики за 9 месяцев 2016 г., 24% коечного фонда ПКБ № 15 не использовалось. В то же время в целом по сети психиатрических медицинских организаций около 10% пациентов не выписываются в связи с неразвитой инфраструктурой амбулаторных служб. Еще около 10% коечного фонда «заблокировано» пациентами, которые находятся в стационаре «по социальным показаниям». Таким образом, не менее 600 больных не выписываются из психиатрического стационара только в связи с тем, что существующая инфраструктура психоневрологических интернатов не в состоянии покрыть потребность города в этих учреждениях.

В то же время важно отметить, что амбулаторные службы, входящие в состав ПКБ № 15, передаваемой в систему социальной защиты, нетолько не закрываются, но планируются к дальнейшему развитию и расширению. Благодаря таким преобразованиям должны быть обеспечены необходимой помощью как пациенты с хроническими заболеваниями, не подлежащие выписке под наблюдение амбулаторных служб и нуждающиеся в переводе в учреждения социальной защиты, так и пациенты, которые ожидают очереди на выделение путевки в психоневрологический интернат, находясь дома под опекой родственников.

Территории, которые ранее обслуживались психоневрологическими диспансерами, входящие в состав ПКБ № 15, продолжат получать амбулаторную помощь в тех же диспансерах, которые в соответствии с Концепцией развития планируется расширить и оснастить современными медицинскими и психосоциальными технологиями.

Планируется ли объединение ПКБ № 3 и ПКБ № 4 и с чем это связано?

Да, для распространения лучших клинических практик, которые, согласно анализу психиатрической помощи, реализованы на базе ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского, планируется объединение ПКБ № 3 и ПКБ № 4. Одновременно с распространением лучших медицинских практик это приведет к сокращению административно-управленческого персонала и повышению эффектив-

ности деятельности учреждений. Отмеченные выше тенденции по расширению амбулаторной сети также касаются и вновь создаваемого объединения. Необходимо добавить, что ПКБ № 3 и ПКБ № 4 находятся в непосредственной «шаговой» близости. В историческом контексте ПКБ № 4 являлась частью ПКБ № 3, куда переводились выздоравливающие пациенты.

Где будут лечиться больные, которые ранее госпитализировались в ПКБ № 15?

После перепрофилирования ПКБ № 15 пациенты, нуждающиеся в оказании психиатрической помощи в условиях круглосуточного стационара, будут направляться для этого в ПКБ № 3 и ПКБ № 4. В данных медицинских организациях в настоящий момент для приема новых пациентов уже отремонтированы отделения, в которых имеются 2–4-местные палаты с отдельными санузлами, системами видеонаблюдения, оснащенные новой мебелью, телевизорами и прочим.

Сколько сотрудников психиатрических служб потеряют рабочие места в результате проводимых преобразований?

Концепцией не предусмотрено сокращение рабочих мест специалистов психиатрических служб. Напротив, развитие службы, особенно в амбулаторном секторе, предполагает увеличение штатной численности врачебного персонала, среднего медицинского персонала, специалистов немедицинских специальностей, оказывающих помощь пациентам в Москве. Для развития амбулаторного сектора психиатрической службе дополнительно потребуются не менее 370 врачей, 150 медицинских сестер, 400 немедицинских специалистов – клинических психологов, специалистов по социальной работе. Учитывая существующий дефицит кадров, опыт, знания и навыки сотрудников, владеющих современными приемами комплексной терапии психических расстройств с использованием мультидисциплинарного взаимодействия будут высоко востребованы динамично развивающейся психиатрической службой города. Высококвалифицированным специалистам будет представлен выбор для реализации своих профессиональных компетенций как в условиях создающегося учреждения социальной защиты, так и в условиях стационаров либо амбулаторных подразделений психиатрических больниц города.

Кроме того, согласно Концепции, начиная с 2017 г. планируется проведение программ повышения квалификации, дополнительного последипломного образования и обучения для работы в условиях стационарзамещения и мультидисциплинарного взаимодействия.

Приведет ли сокращение коечного фонда психиатрических больниц к росту преступлений со стороны психически больных? Повысится ли число опасных пациентов на улицах города?

Пациенты, совершившие общественно опасные действия и признанные судом невменяемыми, получают психиатрическую помощь в виде принудительного лечения по решению суда в специализированной психиатрической больнице № 5, коечный фонд которой в соответствии с Концепцией

не подлежит изменению. Согласно Концепции развития психиатрической службы Москвы и в соответствии с действующим законодательством, лица, представляющие опасность для себя и окружающих в связи с обострением психических расстройств, пациенты, находящиеся в состоянии беспомощности, а также больные, состояние которых может ухудшиться, что нанесет им существенный вред при неоказании стационарной помощи, подлежат недобровольной госпитализации в психиатрические стационары. Число таких пациентов, поданным за 2015 г., составляет не более 25% от стационированных в психиатрические медицинские организации. Доступность стационарной помощи для данной группы пациентов не изменится.

Какова судьба учебных кафедр, базирующихся в преобразуемых учреждениях?

Концепция развития психиатрической помощи не касается вопросов размещения учебных кафедр на базе медицинских организаций и плана их развития. Проводимые преобразования не препятствуют продолжению взаимодействия психиатрических служб с ведущими кафедрами учебных заведений.

ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ ПСИХИАТРИИ

РОМАН ЧЕРЕМИН*

В последние годы при оказании помощи лицам с психическими расстройствами все больше внимания уделяется комплексному биопсихосоциальному подходу. Корни этого направления уходят в историю психиатрии, но следует признать, что в отечественной психиатрии на протяжении многих лет преобладал медикаментозный подход к лечению.

– В свое время у нас в стране были богатые традиции трудовой реабилитации: советская психиатрия славилась тем, что лица с психическими расстройствами направлялись в лечебно-трудовые мастерские, где могли применить свои остаточные способности к труду, но эта практика имела массу недостатков. В частности, так называемый патерналистский подход, когда у пациентов не спрашивали, чем они хотели бы заниматься, выбор формы трудовой занятости был достаточно скуден: в картонажных мастерских клеили коробки, в швейном и столярном цехах выполняли простейшие заказы.

Начиная с 2000-х гг. реабилитационное направление получило новый виток развития в российской психиатрии. Мне как психиатру удалось поучаствовать в глобальном проекте «Общественная реабилитация психиатрии», инициированном Научно-исследовательским институтом психиатрии Минздрава РФ. К участию в международном российско-канадском проекте привлекли психиатрические учреждения Москвы и регионов – Омска, Твери, Нижнего Новгорода, Рязани. Суть проекта заключалась в том, что на территорию России приезжали психиатры, социальные работники из Канады и делились опытом организации помощи с опорой на сообщество, социальные структуры в их стране. Это обучение носило неформальный практический характер: коллеги рассказывали, какие формы социального воздействия и психосоциальной терапии применяются у них, обучали этому наших специалистов.

На базе Московской психиатрической больницы № 10 была создана площадка для реализации модели, суть которой сводится к нескольким стратегическим направлениям.

Прежде всего речь идет о формировании терапевтической среды, когда все время пребывания пациента на территории учреждения организовано таким образом, чтобы способствовать выявлению и реализации его реабилитационного потенциала. Второй важный аспект – формирование партнерских отношений с пациентом, когда больной рассматривается не только

---

* *Роман Черемин,* заведующий организационно-методическим отделом по психиатрии и суицидологии Департамента здравоохранения города Москвы.

как объект для лечебных воздействий, а как компаньон в борьбе с тяжелой болезнью. Причем настройка партнерских отношений касается не только взаимоотношений медицинского персонала и пациента, но и членов его семьи, которые становятся участниками лечебно-реабилитационного процесса. В этой связи родственники пациентов начали активнее привлекаться к лечению: на территории больницы появился Клуб родственников, собиравшийся с определенной периодичностью для обсуждения насущных вопросов организации лечения и развития лечебного учреждения. Администрация больницы фиксировала предложения родственников относительно того, что, с их точки зрения, было бы полезно и важно изменить в устройстве больницы, подходах.

Третья составляющая подхода – обогащение немедикаментозных способов воздействия на пациента. Благодаря участию в этом проекте в арсенале специалистов появились методы психосоциальной терапии: психообразование, тренинги бытовых, социальных, коммуникативных навыков, навыков автономного проживания. Перечень этих тренингов велик, каждый из них является целенаправленным методом воздействия на пациента в зависимости от того, в какой сфере психики у него имеется дефект. Если пациент не может самостоятельно справляться с домашним хозяйством, то направляется на тренинг бытовых навыков, где его обучают планировать бюджет, посещать магазин, готовить пищу, ухаживать за бельем. Если у пациента проблемы с межличностным взаимодействием, а часто пациент попадает в больницу не столько из-за обострения заболевания, сколько из-за невозможности ужиться в коллективе, его направляют на тренинги коммуникативных навыков. Там обыгрываются бытовые ситуации: поведение в магазине, сберкассе или транспорте, объясняется, как он может поступить в тех или иных случаях и какие реакции может получить от окружающих его людей.

Важная веха развития отечественной психиатрии – появление психообразовательных занятий, направленных на разъяснение пациенту смысла происходящих с ним перемен при возникновении болезни, а также того, когда нужно обратиться к врачу, как жить с психотропными препаратами, как понять, действуют ли они или вызывают побочный эффект, и что в этом случае делать.

Проект «Общественная реабилитация психиатрии» длился около семи лет, в ходе его реализации сформирована комплексная модель оказания психиатрической помощи на базе Московской психиатрической больницы № 10. Данная модель постепенно заработала авторитет у московских профессионалов в области психиатрии. Этот опыт неоднократно отмечался на съездах Российского общества психиатров, номинировался в конкурсе «За подвижничество в области душевного здоровья» и, таким образом обратив на себя внимание, начал в той или иной степени внедряться на других площадках.

Говоря о развитии психиатрической службы Москвы, я считаю, что апробированные и доказавшие свою эффективность подходы на базе конкретного учреждения должны присутствовать во всех психиатрических учреждениях города, а биопсихосоциальный подход должен стать золотым стандартом для московской психиатрической службы.

Не последнюю роль в этой работе играет полипрофессиональное взаимодействие. Это значит, что помощь пациенту должна оказываться не только врачом-психиатром, а командой специалистов, куда входят психотерапевт, психолог, специалист по социальной работе – только во взаимодействии могут быть реализованы комплексные подходы к оказанию психиатрической помощи.

Также нужно не забывать об отношении в обществе к психиатрическим пациентам. Их образ, а вместе с ним и образ психиатрической больницы, врача-психиатра окружены не очень хорошей аурой в обществе, и одна из важнейших задач в рамках развития реабилитационных программ – показать населению, что эти образы не столь пугающие, как принято считать. Например, опыт занятости наших пациентов в арт-студиях дает результаты, и, надеемся, когда люди увидят их поделки или картины, они постепенно изменят отношение к таким пациентам.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СЛУЖБЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

СТАНИСЛАВ СТАРОДУБЦЕВ*

Одним из основных направлений модернизации психиатрической службы является перенос акцента оказания помощи со стационарных во внебольничные условия, в среду естественного социального окружения с возможно большим ее приближением к месту проживания пациента. Данный подход является наиболее оправданным как с клинической, так и с социальной точек зрения и, кроме того, имеет определенные экономические преимущества. Перед клиницистами и организаторами здравоохранения встает задача поиска максимально эффективных и отвечающих современным тенденциям стационарзамещающих форм помощи в отношении пациентов, прежде всего страдающих расстройствами шизофренического спектра.

– К наиболее проблемным в социальном отношении следует отнести одиноких, утративших социальные связи пациентов с узкой социальной сетью, проблемами в семейных отношениях, пациентов с нарушением трудовой адаптации и инвалидов, с частыми и длительными госпитализациями, с коморбидной наркологической патологией и ряд других категорий. В частности, пациенты, находящиеся в больницах свыше 1 года, «блокируют» более 20% коечного фонда психиатрических стационаров, потребляя непропорционально большую часть ресурсов психиатрической службы. Помимо проблем неэффективности использования коечного фонда, связанных с наличием значительного числа больных, длительное время находящихся в стационарах, существует не менее важная проблема, обусловленная влиянием длительной госпитализации на течение и прогноз заболевания.

Указанные факторы связаны со снижением уровня функциональных исходов и зачастую являются препятствием для социального восстановления пациентов. В связи с этим все более очевидными становятся необходимость активизации внебольничных интервенций на всех этапах оказания психиатрической помощи и поиски новых организационных форм для их осуществления.

Возможно, более раннее терапевтическое вмешательство влияет на нейробиологические механизмы развития заболевания и, кроме того, положительно сказывается на социальном функционировании пациентов. Данная точка зрения основывается на представлении о возможности превентивных

* *Станислав Стародубцев,* врач-психиатр, организационно-методический и консультативный отдел по психиатрии ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы.

или, по крайней мере, сдерживающих мероприятий в отношении развития шизофрении. Раннее выявление и активное вмешательство эффективно в отношении превентивных мероприятий при шизофрении: первичных (предупреждение новых случаев заболевания, то есть снижение заболеваемости), вторичных (отдаление начала заболевания или снижение его распространенности за счет уменьшения числа повторных обострений) и третичных (снижение болезненности за счет укорочения периодов присутствия активной симптоматики и/или замедления прогрессирования тяжести заболевания).

Шизофрения и деменция – главные точки роста большой психиатрии

Шизофрения – самое дорогое из всех психических расстройств.

В США лечение и содержание больных обходится в $7 млрд ежегодно, что составляет 2% валового национального продукта. Хотя открытие нейролептиков в 50-е гг. XX в. значительно облегчило процесс лечения шизофрении, проблема социальной адаптации и реабилитации этих пациентов по-прежнему стоит крайне остро. На сегодняшний день не вызывает сомнений, что наиболее эффективным подходом к реабилитации является комплексная психофармакологическая и психосоциальная помощь.

По мнению ряда авторов, улучшения в социальном функционировании не могут происходить исключительно вследствие достижения контроля над психотической симптоматикой, так как психотические симптомы не имеют тесной связи с уровнем функциональной адаптации, что подтверждается результатами исследований, проводимых у больных шизофренией, проживающих в «жилье с поддержкой». Однако терапевтическое воздействие, направленное на ключевые детерминанты дефицита социального функционирования, приводит к улучшениям в этой сфере.

Потребности пациентов с *болезнью Альцгеймера,* сосудистыми деменциями сложны, и их характер меняется с развитием заболевания. Лечение, принятое сегодня, предполагает дополнение курса лекарственной терапии нелекарственными методами, которые призваны смягчать симптоматику (депрессии, ажитацию, расстройства сна, агрессивное поведение), а также улучшать когнитивные функции.

Развитие когнитивных функций пациентов с диагнозом «деменция» способствует потенцированию действия современных лекарственных средств, тем самым активируя механизмы познания, мнестический компонент, при сочетании с тренингами модуля независимого проживания направленные на поддержание элементарных повседневных навыков пациента и поддержку родных-опекунов (их обучение уходу за больным). Возвращают, хотя бы частично, данных пациентов в общество.

В последние годы во многом меняются взгляды психиатров на возможности психологической коррекции (когнитивного тренинга), суть которой состоит в постоянном обучении даже самых тяжелых дементных пациентов необходимым правилам поведения, создании вокруг конкретного пациента такой обстановки, которая бы постоянно оживляла угасающие у него остатки интеллектуальной деятельности. В данном случае пациенты уподобляются детям, которых нужно постоянно учить самым элементарным навыкам.

Программа тренировки памяти, внимания, мышления и восприятия включает повышение мотивации пациента к запоминанию и воспроизведению, обучение эффективным стратегиям запоминания, развитие способности длительно поддерживать надлежащий уровень внимания, активное включение эмоциональной поддержки и воображения. Также программа состоит из большого числа различных упражнений, направленных на развитие пространственного и предметного гнозиса, вербального и пространственного мышления, мелкой моторики и т.д.

Новая парадигма

В настоящее время можно говорить о парадигмальном сдвиге понимания развития шизофрении и, соответственно, методах ее лечения. Современные данные нейрофизиологических исследований подтверждают все большее влияние психологических и социальных факторов на развитие болезни. Известная всем «диатез-стресс-модель» шизофрении, освещающая роль наряду с наследственными социальных факторов в генезе заболевания, была в дальнейшем дополнена концепцией «уязвимость к стрессу-копингкомпетентность», в которой подчеркивается, что недостаточность у больных в вопросах социального взаимодействия и копинга (механизмов совладания) социальной компетенции, в свою очередь, ведет к стрессам и манифестации болезни. С этих позиций делается попытка разработать «интерактивную модель развития» шизофренического психоза, более полно учитывающую уже в процессе течения болезни взаимодействие индивида с окружающей средой и развитие самого индивида. Исследования зеркальных нейронов, отвечающих за подражание и имитационное научение, понимание эмоций других (актерское мастерство, сопереживание), понимание смысла действий и намерений других (theory of mind), а также речи показывают значительное нарушение у пациентов с шизофренией и аутизмом как данных социальных функций, так и деятельности самой нейронной архитектуры.

Нарушение нейропластичности головного мозга в результате замедления установления новых и формирования патологических связей, а также нарушение миелинизации аксонов и декомпенсация нейронов, спровоцированная прунингом (сокращением числа синапсов или нейронов для повышения эффективности нейросети, удаления избыточных связей), являются основой для формирования так называемого нейрокогнитивного дефицита.

В итоге сегодня наряду с продуктивной и негативной симптоматикой при шизофрении стали выделять третью группу симптомов – нейрокогнитивный дефицит. Когнитивный дефицит присутствует не только у нелеченных пациентов с первым эпизодом шизофрении, но и в преморбидном периоде (иногда в раннем школьном возрасте), и в продроме заболевания до нейролептической терапии. Когнитивный дефицит – стабильная величина, обусловленная врожденной неполноценностью мозга.

Наиболее частые проявления нейрокогнитивного дефицита: дефицит устойчивости и избирательности внимания, трудности в вербальной и пространственной памяти, в слуховом и зрительном гнозисе, недостаточность контроля за деятельностью и ее организацией.

Больные шизофренией отличаются своей неспособностью к требованиям каждодневной действительности, к обыденным тривиальным ситуациям, т.е. для них характерно ухудшение избирательности, расширение круга привлекаемой из памяти информации и сглаживание ее предпочтительности, ее актуализации. В коммуникативном плане для данных пациентов характерны следующие нарушения социальной когниции: нарушение социального восприятия (социального контекста коммуникации) ввиду сложности распознаваний эмоций другого человека и адекватного выражения собственных эмоций, повышенный порогтревоги к эмоционально значимым стимулам и, как следствие, – быстрая дезорганизация деятельности.

С совершенной очевидностью предстает необходимость применения когнитивных и психосоциальных методов воздействия на данные функции, на которые невозможно повлиять биологическими методами лечения (психофармакотерапия, электросудорожная терапия). Забегая вперед, нужно сказать, что психосоциальные методы воздействия не только улучшают социальное функционирование пациента, что снижает и даже предотвращает его инвалидизацию, но и «натренировывают» психобиологическую уязвимость к стрессовым факторам, тем самым предотвращают обострения (по сути, оказывают патогенетическую терапию психозов).

Психосоциальная терапия и реабилитация в современной психиатрии

Психосоциальная реабилитация – не просто метод, а всеобъемлющий процесс организации помощи лицам с психическими расстройствами на государственном уровне (Доклад ВОЗ, 2001).

Психосоциальная реабилитация

Психосоциальная реабилитация – это восстановление или формирование недостаточных или утраченных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности, навыков, знаний, умений взаимодействовать, решать проблемы, использовать стратегии совладания, которые обеспечивают интеграцию пациента в общество (Гурович И.Я. и соавт.).

Методики психосоциальной реабилитации решают задачу улучшения социального функционирования в избранном социальном окружении при условии минимального вмешательства профессионалов.

Это системный взгляд на оказание помощи душевнобольным, основанный на таких ценностях, как:

- равноправие инвалидов и остальных граждан государства;
- партнерские отношения с пациентом;
- изменение структуры психиатрической службы на принципах деинституализации и развития внебольничных форм помощи;
- широкая кооперация медицинских, социальных, юридических, общественных структур в решении проблем душевнобольных (Гурович И.Я. с соавт., 2004).

Принципы психосоциальной реабилитации:

- раннее начало реабилитационной работы (на любом этапе вне обострения психотической симптоматики, чем раньше, тем благоприятнее прогноз, комплексность воздействий, возможно использование различных видов психосоциальных воздействий);
- необходимость формулирования четкой цели каждого вмешательства и временного отрезка, в течение которого планируется достигнуть этой цели;
- выбор формы вмешательства должен производиться, исходя из реальной потребности конкретного больного (в зависимости от специфического сочетания тех или иных компонентов социального дефицита, на принципах партнерства);
- постепенное усложнение и углубление психосоциальных воздействий, приближающих пациента к обычным жизненным требованиям;
- непрерывность (необходимость неоднократных повторных поддерживающих психосоциальных воздействий).

Этапы психосоциальной реабилитации

1. Этап психосоциального лечения (активное применение различных видов психосоциальных воздействий).
2. Этап практического освоения приближенных к прежним или новых для пациента социальных ролей.
3. Этап закрепления и поддержки достигнутого уровня социального восстановления.

Существует в рамках шизофренического процесса некая траектория («трек») движения пациента от одного, достаточно высокого, уровня социальной адаптации (наличия когнитивных, эмоциональных и социальных ресурсов) к низкому, вплоть до полного их отсутствия. Похожий «трек» есть у пациентов с различными видами деменции.

Это движение, в зависимости от многих факторов (типа течения болезни, совокупности эндофенотипических факторов, личной истории пациента во взаимодействии с микро- и макросоциальным окружением), может идти с разной скоростью и разным началом и окончанием процесса.

Задача психосоциальной терапии и реабилитации – активно, в самом начале этого «трека», включить пациента в реабилитационный процесс, тем самым замедлить н исходящее движение социального дрейфа и десоциализацию и, где это возможно, запустить «обратный» процесс ресоциализации.

Выбор того или иного метода определяется двумя группами факторов.

Во-первых, ключевой причиной (или группой причин) социальной дезадаптации и обострения психического заболевания. Эти «мишени» определяют причину госпитализации пациента, и именно на них идет активное психосоциальное воздействие.

Во-вторых, уровнем реабилитационного потенциала (наличием ресурсов пациента, «сохранностью» имеющихся функций, которые позволяют ему быть тройным к тем или иным методам психосоциальных вмешательств).

При психосоциальной терапии акцент делается на первой группе факторов – идет воздействие на «мишени» терапии, стоит задача редукции выявленных симптомов. Цель – недопущение «скатывания» пациента в группу часто и длительно госпитализированных, с последующим госпитализмом (выученной беспомощностью) и самостигматизацией.

При психосоциальной реабилитации происходит управление имеющимися внешними и внутренними ресурсами пациента для повышения его уровня социального функционирования в конкретной выбранной пациентом и врачом среде. Цель – развитие и закрепление необходимых навыков (через прямое обучение, если навыков нет, или через программирование навыков, если они неэффективны) и развитие внешних ресурсов (через координацию ресурсов, т.е. связывание пациента с существующими возможностями окружения или через модификацию ресурсов, т.е. изменение существующих возможностей для повышения уровня поддержки).

При этом нужно понимать, что, несмотря на различие в акцентах работы, это единый процесс (психосоциальная терапия и реабилитация), поэтому«...следует остерегаться проводить незыблемые границы и рыть виртуальные траншеи на поле, на котором происходят сложные и взаимосвязанные процессы... Известно, что изменения, вызванные лечением, совпадают по времени с развитием защитных и компенсаторных механизмов» (Гурович И.Я., 2004). Прежде чем говорить о конкретных методиках психосоциальных вмешательств, необходимо подчеркнуть, что существуют различные формы организации реабилитационного процесса. В отличие от разных методов психосоциального воздействия, отвечающих на вопрос «ЧТО?», данные формы отвечают на вопрос «КАК?»: как нужно организовывать в единую систему психосоциальные модули, как собирать данный конструктор «Лего», чтобы получить результат.

Речь в данном случае идет о выработке и реализации высокоструктурированного интерактивного образовательного подхода к психосоциальной терапии психических расстройств. Такой подход – один из важнейших элементов психосоциального лечения психически больных, компонент многосторонней программы их реабилитации. Он направлен на формирование и повышение устойчивости к стрессовым воздействиям, которые вызваны требованиями общества: от простых и сложных коммуникаций (внутрисемейных, межличностных, внутригрупповых) до конкретных инструментальных навыков, обеспечивающих социальную адаптацию (взаимодействие с различными организациями, распределение домашнего бюджета, ведение домашнего хозяйства, покупки, проведение свободного времени и т.п.).

Формы организации реабилитационного процесса

В сообществе:

- бригады интенсивного лечения в сообществе (assertive community treatment);
- ведение случая (case management);
- групповые дома (club house), клубные дома;
- терапевтические сообщества (therapeutic community);
- поддерживаемое жилье;
- поддерживаемое трудоустройство;
  лечебно-производственные предприятия.

В стационаре:

- групповые и индивидуальные формы психосоциального лечения в стационаре;
- трудовые процессы в психиатрических стационарах;
- терапия занятостью;
- психотерапевтическая среда (терапевтическое сообщество, милиотерапия).

Внутри каждой из форм могут присутствовать конкретные методики психосоциального воздействия: психообразование, тренинги социальных навыков (от самых сложных коммуникативных и когнитивных до тренингов элементарного самообслуживания), семейная терапия, когнитивная ремедитация

Тренинги когнитивных и социальных навыков

Основной проблемой больных шизофренией является недостаточность получения и обработки информации и формирования адекватного ответа на внешние стимулы, а тренинг должен быть направлен на возможность выработки альтернативных форм поведения и их оценки до непосредственной реакции на события.

Методики тренинга основываются на принципе постепенного расширения и углубления получаемых навыков: конечная цель дробится на небольшие элементы, из которых складывается окончательный поведенческий ответ, и обучение происходит путем постепенного их освоения. Учебный материал преподносится медленно и небольшими «порциями». Несмотря на отличия представленных ниже тренингов и программ, существует общая и единая структура их проведения, учитывающая правила групповой динамики, и достаточно стандартный набор внутригрупповых коммуникативных приемов.

1. Принципы формирования группы (однородность симптоматики, сопоставимость по длительности заболеваний и когнитивным возможностям, неоднородность по полу, возрасту, образованию).

2. Предварительное интервью перед включением в группу (изучение у пациентов: внутренней картины болезни и лечения, способы совладания с проявлениями болезни, прогноз на будущее).

3. Принципы ведения группы (стимулирование активной дискуссии, опора на субъективный опыт участников, переформулирование высказываний участников с предложением нескольких стратегий решения проблем, принципы «мотивирующей беседы», ориентирование на «Я-высказывания», пресечение критических оценочных высказываний и обобщений проблем, техники повышения Я-эффективности, приемы и навыки реалистического целеполагания, мотивирование участников на обогащение опыта после завершения группы, принципы «error less learning» – обучение, исключающее ошибки).

4. Структура сессии.

4.1. Вводная часть (обсуждение домашнего задания, формулирование темы задания и потребностей участников в рамках этой темы).

4.2. Основная часть сессии (обсуждение темы занятия и/или непосредственная тренировка навыка и резюме дискуссии, сделанное ведущим).

4.3. Заключение («обратная связь» от участников и домашнее задание).

5. Правила группы (конфиденциальность, право высказывать точку зрения и задавать вопросы, право сказать «нет» и быть выслушанным, право на безоценочное принятие).

Важно учесть, что все современные программы, модули для обеспечения последовательного и полноценного охвата всех тренируемых функций имеют три составляющих. Это обязательно когнитивная составляющая, то есть работа с когнитивными функциями (конкретные тренинги внимания, рабочей памяти, ассоциирования, мнемотехшки). Обязательная коммуникативная составляющая как необходимая для продуктивного взаимодействия с юдьми: социальная перцепция, социальное проблемно-решающее поведение, копинг-стратегии, вербальная и «вербальная коммуникация. И обязательно социальная составляющая, что по сути является тренировкой в поле решений конкретных задач, конкретных проблем, которые обычно возникают у пациента и приводят к дистрессовой реакции, провоцирующей обострение (ролевые тренинги, отработка проблемных кейсов). Особенностью нового подхода в психосоциальной работе является включение клиентов в различные виды деятельности, организуемые при помощи технологий и методов социальной работы, социальной педагогики, психологии. Для длительно болеющих эффективны тренинги повышения социально-бытовых компетенций. Помощь больным с длительными госпитализациями (госпитализации свыше одного года, постоянные повторные госпитализации, «феномен больничного проживания», большой стаж, тяжелое течение, резистентность к терапии, конфликты в семьях, госпитализм, низкий уровень социально-бытового функционирования) осуществляется в рамках модуля независимого проживания (разработано в НИИ Психиатрии).

Современные методы психосоциальных вмешательств, ориентированных на социальные и когнитивные функции (уровень доказательности D):

- когнитивная ремедиация (Cognitive remediation);
- интегративная психологическая терапия (Integrated psychological therapy);
- когнитивная улучшающая терапия (Cognitive enhancement therapy);
- социальная когнитивная улучшающая терапия (Social Cognition enhancement training);
- когнитивно-бихевиоральная терапия (Cognitive-behavioral therapy);
- личностно-ориентированная терапия шизофрении (Personal therapy for schizophrenia);
- функциональная когнитивная терапия (Functional cognitive-behavioral therapy);
- тренинг распознания эмоций (Training of affect recognition);
- когнитивно-бихевиоральный тренинг социальных навыков (Cognitive-behavioral social skills training); тренинг социального познавания и межличностного взаимодействия (Social cognition and interaction training);
- метакогнитивный тренинг (Metacognitive training);
- тренинг когнитивных и социальных навыков;
- «комплаенс-терапия»;
- функциональная тренировка поведения;
- групповая психосоциальная терапия подростков/детей/семейная;
- мультисемейные группы.

Модуль независимого проживания, включающий тренинги навыков самостоятельной жизни:

- тренинг гигиенических навыков;
- тренинг навыков самообслуживания;
- тренинг ведения домашнего хозяйства, приготовления пищи; тренинг решения бытовых проблем;
- тренинг рационального распределения бюджета.

Пациентов обучают первичным социально-бытовым инструментальным навыкам – это является необходимым условием для возвращения пациентов в общество.

Примеры тренингов независимого проживания

Тренинг бытовых навыков

Цель *– развитие у больных навыков социально-бытового функционирования (навыков самостоятельной жизни), преодоление «феномена больничного проживания»; групповое взаимодействие.*

1. На тренинг бытовых навыков направляются больные шизофренией с упорядоченным поведением без актуальной психопродукции и выраженных интеллектуально-мнестических нарушений.
2. Тренинг бытовых навыков проводится каждый рабочий день.
3. Каждое занятие длится 45 минут, всего 20 занятий по следующим темам.

- Знакомство.
- Личная гигиена: уход за кожей рук и ног.
- Личная гигиена: уход за телом.
- Личная гигиена: уход за лицом, уход за ушами.
- Личная гигиена: уход за волосами.
- Личная гигиена: уход за зубами и полостью рта.
- Гигиена зрения, гигиена дыхания.
- Режим дня: сон, гигиена сна.
- Режим дня: утренняя зарядка.
- Гигиена питания, составление меню.
- Хранение продуктов.
- Правильная эксплуатация электроприборов, домашняя утварь и ТБ при ее эксплуатации.
- Уборка в доме.
- Распределение бюджета, бережливость и экономия, оплата коммунальных услуг.
- Анализ цен на товары, как делать покупки.
- Технология приготовления различных блюд.
- Правила поведения дома и в общественных местах, во время спора.
- Правила общения по телефону.
- Правила приема писем.
- Как делать подарки.

Тренинг проводит медицинская сестра отделения.

Тренинг навыков самообслуживания

Цель *– развитие у больных навыков личной гигиены и навыков ухода за одеждой (элементарных навыков самообслуживания).*

1. На тренинг навыков самообслуживания направляются больные с *выраженным* дефектом и социально-бытовой несостоятельностью любой нозологии (шизофрения, деменция...) с упорядоченным поведением безактуальной психопродукции и с разной степенью интеллектуально-мнестических нарушений.
2. Тренинг навыков самообслуживания проводится каждый рабочий день в соответствии с утвержденным графиком.
3. Каждое занятие длится 45 минут, всего 10 занятий по следующим темам.

- Уход за обувью.
- Как пришить пуговицу.
- Как подшить подол.
- Как зашить дырку.
- Как вдеть резинку.
- Чистка одежды.
- Стирка.
- Глажение.
- Уход за руками и лицом.
- Уход за ногами.

Тренинг проводит инструктор по трудовой терапии.

Психотерапия средой

Терапевтическая среда – это многогранное понятие, включающее в себя, прежде всего, окружение пациента, позволяющее ему раскрыть сохранные личностные ресурсы, которые могут послужить опорой для выздоровления. Окружение начинается с интерьеров и оснащения отделений, палат, элементов бытового комфорта и заканчивается отношениями, в которые пациент ежедневно включается, находясь в больнице. В связи с важностью данного элемента в создании условий для выздоровления и реабилитации основной идеологический стержень работы с пациентами – формирование терапевтической среды.

Психотерапия средой рассматривается как форма психотерапевтической помощи в условиях искусственно контролируемой социальной среды. Включает в себя интеграцию разных видов психотерапевтической помощи и организацию «терапевтического пространства». По своей сути терапевтическая среда – это своеобразная «социальная лаборатория», которая позволяет пациентам в полевых условиях (с одной стороны, достаточно безопасных, чтобы не провоцировать дистрессовую реакцию, с другой – достаточно конкурентных, предотвращающих «тепличные» условия», приводящих к выученной беспомощности) отрабатывать необходимые им навыки.

Необходимость терапевтической среды в психиатрических учреждениях определяется тем, что:

- пациенты склонны не только к манипулятивным формам поведения, но и способны создать «антитерапевтический социум»;
- при работе с психическими расстройствами (шизофрения) применение отдельных психотерапевтических техник приводит к ухудшению социальной адаптации и срыву медикаментозной ремиссии (схизис отношений к пациенту); при длительном лечении в стационаре возникают эффекты госпитализма;
- при лечении в стационаре ухудшается социальная адаптация;
- факт госпитализации означает, что пациент создает неадаптивный социум.

Важным элементом соблюдения принципов терапевтической среды и пациент-центрированных отношений является *участие пациентов при принятии решений*.

Базовые принципы психотерапевтического сообщества:

- коммунализм (совместная деятельность и/или проживание, «вместе, а не вместо»);
- осознание своих границ через общение с другими (понимание себя как основа терапии);
- честное, открытое общение между всеми членами терапевтического сообщества;
- конфронтация реальностью (пациент получает «честную» обратную связь на свое вызванное болезнью неадекватное поведение в безопасных для него условиях);
- лечение как процесс научения (пониманию себя, совладанию с сильными эмоциями, социальным инструментальным навыкам).

Факторы, обеспечивающие эффективность психотерапевтического сообщества:

- демократическая выработка решений и распределение ответственности; ясность терапевтических программ, ролей и лидерства;
- высокий уровень взаимодействия между персоналом и пациентами;
- позитивное ожидание персонала;
- практическая проблемная ориентация лечебного коллектива.

Это может быть реализовано в следующих формах:

- сбор и учет мнений и пожеланий на собраниях и Советах;
- проведение среди больных анкетирования по различным вопросам;
- пациенты привлекаются при проведении деловых игр с персоналом;

- еженедельно проводится сбор и анализ обращений к главному врачу, которые пациенты опускают в ящики, размещенные в свободном доступе внутри каждого отделения;
- пациенты участвуют в формировании выпусков внутрибольничной газеты «Больничный лист»;
- пациентами осуществляется подбор материалов арт-студии для создания ежегодного календаря.

При непосредственном участии пациентов принимаются решения по возможным изменениям в больничном меню (при соблюдении принципов диетического питания). На основании запросов больных формируются кинотека и ассортимент книг в библиотеке. Пациенты вносят предложения по благоустройству территории, оснащению больницы средствами малой механизации для облегчения работ, организации тренингов и досуговых мероприятий, режиму отделений и многому другому.

Организация партнерских межличностных отношений в рамках создания терапевтической среды

Дух партнерства противопоставляется нами традиционно использующимся в психиатрии принципам патерналистских отношений. Больничные мероприятия, развивающие принципы партнерства, призваны дать пациентам возможность поверить в собственную значимость, ощутить атмосферу взаимного доверия и поддержки для борьбы с болезнью.

В рамках данного направления ежедневно в каждом отделении под патронажем медицинской сестры проводятся собрания, на которых актив отделения информируется о запланированных на день и ближайшее будущее мероприятиях, обсуждается степень и форма участия в них, формулируются предложения пациентов по организации мероприятий.

В таком же режиме проходят собрания больных и персонала отделения, на которых обсуждаются наиболее злободневные проблемы быта в отделении, разбираются актуальные проблемы межличностных отношений, конфликтов, требующие разрешения при общем обсуждении. Из актива больных сформирован Совет больных, который готовит и формулирует предложения больничному Совету по реабилитации. Совет по реабилитации проходит при непосредственном участии администрации больницы (главный врач, его заместители, руководители отделений) и представителей Совета больных. На Совете администрация больницы отчитывается о мероприятиях, запланированных на предыдущем заседании, получает обратную связь от пациентов, обсуждая дальнейшие пути оптимизации быта в больнице.

Организация пространства в рамках формирования терапевтической среды

- Оснащение отделений мебелью и техникой.
- Советом медицинских сестер регулярно осуществляется контроль за неограниченной доступностью для пациентов туалетной бумаги, жидкого мыла в умывальных комнатах, салфеток и солонок при приеме пищи, внешним видом пациентов, который должен соответствовать общепринятым социальным нормам, и прочим.
- Прием пищи организован посменно, для того чтобы не создавать тесноты и неудобства. Пациенты самостоятельно получают питание, пользуясь подносами.
- Для пациентов регулярно проводятся:
  – кинопросмотры;
  – вечера караоке;
  – шахматно-шашечные, теннисные турниры;
  – празднования общих праздников (Новый год, Рождество, 8 Марта, 23 Февраля, Пасха и прочие);
  – дружеские визиты в другие психиатрические больницы города Москвы, концерты с участием приглашенных творческих коллективов и силами самих пациентов, поездки на художественные выставки, в музеи, парки, монастыри, театры.
- Функционирование библиотеки. Периодически в отделениях проводятся тематические чтения, пациенты имеют возможность свободно посещать библиотеку для выбора книг по желанию.
- Разнообразие досуга пациентов обеспечивается возможностью посещения:
  – арт-студии с целью свободного творчества;
  – спортзала (теннисный стол, велотренажер, беговая дорожка, прочий спортивный инвентарь);
  – спортивной площадки на территории больницы, оснащенной волейбольной сеткой и баскетбольными кольцами;
  – компьютерного класса, организованного при спонсорской поддержке клуба родственников.
- Неотъемлемым элементом повседневного быта является активирующая эрготерапия. По возможности виды занятости подбираются в зависимости от склонностей, интересов и способностей пациента. В связи с тем, что большая часть больных имеют длительный стаж заболевания и давно утратили трудоспособность, в процессе трудотерапии ставятся несложные задачи (уборка и благоустройство помещений и территории больницы).

При этом главной целью является не столько выполнение самого задания, сколько формирование чувства ответственности за порученное дело, доведение до конца начатого. Это позволяет закрепить у пациента представление о своей потенциальной состоятельности и способности к автономному существованию, уверенности в своих силах.

ПРИМЕРЫ

Форма психосоциальной реабилитации: «Жилье под защитой»

Цель – возвращение больных шизофренией к активной жизни в обществе, формирование у них положительных социальных установок, активизация собственных возможностей, создание «терапевтического сообщества» самопомощи, моделирование социально-положительных форм поведения. Стрессовые факторы обычной окружающей среды могут провоцировать рецидивы заболеваний, в то время как поддерживающая структурированная среда, напротив, оказывает положительное воздействие на течение заболевания. При этом надо понимать, что жилье само по себе не может представлять программу, оно инструмент, который будет помогать организовать или ускорить реализацию какого-либо проекта (например, проекта по социальной реабилитации и социальной адаптации инвалидов вследствие психических расстройств трудоспособного возраста). Стабильность бытоустройства, подкрепляемая лечением и поддержкой, повышает качество жизни жильцов и возможности интеграции в жизнь общества.

Форма психосоциальной реабилитации: «Поддерживаемое трудоустройство»

Проблемы трудоустройства душевнобольных на протяжении всего существования психиатрической специальности волнуют и ученых, и практиков. Этот вопрос в разные периоды рассматривался с различных позиций и решался по-разному. Неизменным остается лишь то, что и в настоящее время трудоустройству лиц с психическими расстройствами уделяется особое внимание.

Форма помощи	Уровень интенсивности контроля и помощи	Пример
Поддерживающее жилье	Высокий	Сателлитное общежитие Психоневрологический интернат
	Средний	Пансионаты Групповые дома
Поддерживаемое жилье	Низкий	От отдельных квартир до меблированных комнат для постоянного проживания

Не секрет, что способность трудиться, самостоятельно зарабатывать деньги воспринимается социумом как обязательный критерий полноценного, автономно функционирующего человека. Работа не только является источником дохода, но и определяет социальный статус в обществе. Что касается лиц с психическими заболеваниями, значимая для личности и полезная для общества трудовая активность способна улучшить самооценку пациента, его качество жизни, препятствовать обострениям болезни и уменьшить риск повторных госпитализаций, обогатить социальные связи пациента и облегчить бремя болезни на его семью. Доказано, что в трудовом процессе отчасти компенсируется и, казалось бы, стойкий дефект личности (Поташева А.П., 2007; Herman D. et. al., 2000;Yazdani M. et al., 2005). В связи с этим помощь в трудоустройстве – одна из важнейших задач психиатрической службы в рамках психосоциальной терапии и реабилитации.

Поддерживающее жилье (высокий уровень наблюдения)

- Ориентировано на лечение. Пациенты не являются арендаторами жилья, не платят за него. Предоставляет стабилизированным психически пациентам, нуждающимся в восстановлении родственных и дружеских связей, освоении навыков самообслуживания после длительной госпитализации, кров и стол, программу социальной реабилитации до того, как подходящее жилье будет найдено или семейные отношения будут налажены (при необходимости временной изоляции больного из неблагоприятной социальной среды).
- Для пожилых беспомощных больных и инвалидов с сопутствующей тяжелой медицинской патологией.
- Сателлитное общежитие.
- Психоневрологический интернат.

Поддерживающее жилье (средний уровень наблюдения)

- Персонал работает круглосуточно, контролируется лечение, расходы. Программы часто развернуты в жилых районах. Предъявляя невысокие требования к пациентам, предоставляют медицинскую помощь постоянного или сменного персонала, возможность общения в близком к домашнему окружении. Возможно совместное проживание семей.
- Форма жилья предпочтительна для внебольничного контингента тяжелобольных, опекаемых родителями.
- Пансионаты, групповые дома.

Поддерживаемое жилье

- Собственное или доступное для съема постоянное жилье.
- Жилищная программа не связана напрямую с медицинскими и социальными службами, но ориентирована на общество.
- Психиатрическая помощь предоставляется добровольно, но кризисные службы доступны в любой момент.
- Право выбора помощи и лечения: план помощи индивидуализирован, в его разработке и развитии участвует сам клиент. Поддержка неопределенно длительна и гибка в зависимости от изменяющихся потребностей человека с психическими проблемами.
- Нет постоянного контроля персоналом. Сотрудники структурируют время, организуют мероприятия, но пользователь вправе сделать свой выбор.
- Визитеры могут оставаться на ночь. Контроль расходов и лечения подразумевается, но необязателен. Персонал (ведущий случая) еженедельно контролирует жильцов (оплата коммунальных услуг) и осуществляет руководство (планирование покупок), организует совместные собрания для решения конфликтных ситуаций.

Основные элементы программы

1. Индивидуальное планирование. Индивидуальный поиск работы для каждого участника программы осуществляется на основании оценки навыков, способностей, талантов, интересов и желаний пациента.
2. Естественная интеграция. Люди с психическими проблемами трудятся рядом с людьми без психических нарушений и в тех же условиях, что и остальные работники.
3. Обучение и инструктирование непосредственно на рабочем месте. Обучение производится выделенным работником и/или куратором данного пациента.
4. Помощь в адаптации. В течение неограниченного времени куратором проекта (обученным членом общества) и/ или наставником предприятия осуществляется поддержка на рабочем месте.
5. Корректировка функциональных обязанностей при изменении условий труда.
6. Обучение социальным навыкам. Для успешного закрепления на рабочем месте проводится обучение ориентировке в городе и пользованию общественным транспортом при поездке на работу и домой, отрабатываются навыки общения, распределения бюджета, планирования покупок, структуризации дня и т.п.
7. Помощь в решении текущих проблем (в семье, с работодателем, с социальными службами).
8. Управление лечением (упрочение союза с врачом и его близкими; контроль посещений психоневрологического диспансера, обучение пациента и его родных регулярному приему лекарств, выявлению ранних симптомов рецидива, разработка совместно с пациентом и близкими кризисного плана действий на случай обострения; контроль физического состояния с привитием здорового образа жизни, формирование навыков своевременного посещения врачей общего профиля, зубного врача и т.п.).
9. Работа с родственниками пациента (объяснение их роли в лечении, обучение навыкам самопомощи во избежание дистресса и чрезмерно выражаемых эмоций как триггеров рецидива больного; создание в семье атмосферы надежды и информированного оптимизма как непременных условий социального выздоровления пациента).
10. Защита прав пациента и его близких.

Принципы поддерживаемого трудоустройства:

- получение работы на открытом рынке труда без предварительной профессиональной подготовки (на рабочем месте);
- подбор работы с обращением внимания на предпочтения пациента;
- совмещение трудоустройства, поддерживающей лекарственной и психосоциальной терапии (целевое психообразование);
- долговременность (неограниченная психосоциальная поддержка).

За последние 20 лет прирост инвалидов с психическими расстройствами составил 65%. Происходит накопление инвалидов работоспособного возраста, во многом в связи с тем, что в новых экономических условиях больной не находит места (теряетего) на открытом рынке труда. Поданным 2007 г. (Гурович И.Я. и соавт.), в России молодых инвалидов не менее 600 тысяч, или почти 0,5% населения страны. Доля инвалидов работоспособного возраста при таких хронических психических расстройствах, как шизофрения, расстройства в сфере настроения, превышает 60%. Только в Москве живут почти 20 тысяч таких больных. Уровень длительно безработных (в большинстве своем отказавшихся от инвалидности) среди людей, страдающих шизофренией, превышает на порядок аналогичные показатели среди здорового населения. Две трети семей инвалидов живут за чертой бедности. Однако более 70% молодых инвалидов, имеющих психические расстройства, успели получить, как и их здоровые сверстники, среднее и специальное образование. Согласно опросу членов 000И «Новые возможности», более 60% хотели бы трудиться. Стоит отметить, что вынужденное безделье пациента, выписанного домой, увеличивает риск обострений заболевания и усугубляет стресс близких, которые находятся рядом с ним. Чрезмерное покровительство большинства медицинских профессионалов, «парниковый эффект» избыточной внутрисемейной опеки приводят к «выученной беспомощности» (социальной бездеятельности и отгороженности, покорности судьбе), имитирующей «тяжелый дефект психики».

К сожалению, ряд форм трудоустройства, которые широко использовались ранее и продолжают существовать до сих пор, не решают описанных проблем и, напротив, способствуют углублению «внебольничного госпитализма». Примером могут служить спеццеха в лечебно-трудовых мастерских, где личность, измененная хронической болезнью, дополнительно искажается в среде заниженных требований. Более того, спецпредприятия нередко способствуют дополнительной стигматизации работников, представляя гетто душевнобольных.

Как правило, в России такие формы «защищенного» трудоустройства не выдерживают конкуренции с обычными предприятиями. Половина из них за последние 10 лет закрыта, остальные задавлены налогами и нерентабельны. Доля инвалидов, занятых таким машинообразным, малоквалифицированным трудом, неуклонно сокращаясь, за последние 10 лет достигла 0,3% (!).

Нельзя отрицать, что работа в особых условиях – достижение для наиболее тяжелых пациентов и их семей. Однако отсутствие альтернативы изо-

лированным мастерским для молодых инвалидов является драматической проблемой, которая навсегда закрывает перед ними путь возврата в социум. Наглядно подтверждает это положение дел метафора, сравнивающая пациента с плясуном на канате в свинцовых сапогах. Потребуешь больше, чем он может сделать, – толкнешь в бездну психоза, попросишь меньше – он слягжет в безделье (Любов Е.Б.).

Зарубежный опыт, также как и опыт в России, демонстрирует снижение востребованности лечебных мастерских. Они закрываются в связи с доказанно невысоким реабилитационным потенциалом. Ни один из типовых подходов трудоустройства душевнобольных (спеццеха, мастерские, консультирование по вопросам профессиональной реабилитации, рабочие клубы, центры реабилитации) не оказывает стойкого влияния на восстановление трудоспособности.

В то же время существуют комплексные программы, которые позволяют психически больному человеку подготовиться к трудоустройству и попытаться вернуться к обычной жизни. Эти программы включают ряд последовательных мероприятий, которые обеспечивают решение актуальных в отношении каждого конкретного больного задач:

- оценка трудовых навыков и умений;
- поиск предпосылок к осуществлению трудовой деятельности;
- тренинг трудовых навыков;
- поиск работы на открытом рынке труда и адаптация на рабочем месте.

Оценка трудовых навыков и умений предполагает изучение уровня профподготовки, полученной пациентом до развития заболевания, и анализ имеющихся в настоящее время возможностей. Учитываются как субъективные суждения пациентов, так и объективные данные: сведения, сообщенные родственниками, полученные с места работы и из других источников. При оценке играет роль сохранность сопутствующих качеств, косвенно влияющих на трудоспособность: приход вовремя на работу, гигиена и опрятность, способность структурирования времени во время работы, способность к выполнению инструкций, к последовательности выполнения заданий, способность переключаться во время перерывов, навыки взаимодействия с коллегами и руководством, следование заведенным правилам и прочее. Эти навыки, называемые предпосылками трудовой деятельности, чрезвычайно важны. Иногда необходимым предшествующим трудоустройству этапом является тренинг трудовых навыков. Он может осуществляться либо в медицинской организации (участие в трудовых процессах), либо путем направления на специальные курсы или непосредственно на рабочем месте. Выбор вариантов тренинга зависит от состояния больного, его подготовленности, необходимости получения новых знаний и т.д.

В современных условиях самым оптимальным и желательным вариантом трудоустройства инвалидов является так называемая модель поддерживаемого трудоустройства. Эффективность данной модели подтверждена рядом исследований.

Составные элементы и принципы программы поддерживаемого трудоустройства

Модель предполагает устройство пациентов с нереализованным реабилитационным потенциалом и мотивацией к труду на обычные предприятия, вовлечение в мир психически здоровых людей.

Форма психосоциальной реабилитации: «Клубный дом»

Среди программ психосоциальной реабилитации выделяется своей самобытностью и гармоничностью модель, которая называется «Клубный дом». Эта программа дает поддержку и возможность развития для людей с такими психическими расстройствами, как шизофрения, биполярное аффективное расстройство, клинические формы депрессии. Основная цель данной модели – самостоятельное и продуктивное существование участников программы. Основной подход – создание психотерапевтического сообщества путем осмысленной совместной деятельности, на основе которой возникают осмысленные взаимоотношения. Программа «Клубный дом» направлена на укрепление и активизацию здоровых и более сохранных сторон психики участника, сильных сторон его личности (т.е. участники программы – не «пациенты», не «потребители психиатрических услуг», не «клиенты», а ее равноправные члены), чем принципиально отличается от медицинской психиатрической модели, где делается акцент на выявлении патологии, работе с проблемой больного. При этом медицинская модель вовсе не отрицается (все члены «клубного дома» также получают постоянное лечение и наблюдение), а дополняется и обогащается.

Международным центром развития клубных домов (КД) разработаны стандарты, по которым работают все без исключения организации, имеющие право так называться, будь то в Канаде, Китае, Нигерии или России. Существует четкая система получения международного сертификата качества. Выделяются следующие компоненты программы:

- программа так называемого упорядоченного рабочего дня;
- программа трудоустройства;
- образовательная программа;
- досуговая программа;
- жилищная программа;
- ведение случая (социальное сопровождение члена КД).

Участие в программе добровольное (пациенты не обязаны приходить в нее каждый день в определенные часы. Наоборот, каждый член КД сам выбирает способ и степень своего участия в программе. Не существует никаких договоров, расписаний или правил, которые принуждали бы членов КД участвовать в его программе) и носит пожизненный характер (т.е. каждый член КД может вернуться в программу после его отсутствия любой продолжительности).

Деятельность клуба:

- носит развивающий характер;
- разнообразна;
- упорядочена и структурирована;
- осмысленна и понятна участнику программы, который ее выполняет.

«Мы не одиноки»

В 1948 г. небольшая группа людей, которые были недавно выписаны из психиатрической больницы штата Нью-Йорк, объединились, чтобы создать группу, ставшую известной как «We are not alone» (WANA) – «Мы не одиноки». Начав как группа самопомощи, WANA позже развилась в очень успешное и инновационное сообщество с программой, заключавшейся в том, чтобы помочь людям с психическими заболеваниями восстановить утраченные жизненные навыки и стремления, которые они потеряли за время болезни. С помощью добровольцев WANA приобрела отдельное здание и в начале 1950-го г. была официально открыта организация «Fountain House». Это и был первый клубный дом. Его программа стала шаблоном для модели психосоциальной реабилитации «клубный дом», которая в настоящее время принята в 28 странах по всему миру и является на сегодняшний день одним из самых эффективных доказанных методов оказания помощи душевнобольным.

Вся деятельность в КД направлена на поддержание его функционирования, она возникает исключительно в самом КД в связи с его деятельностью. Не проводится никакая работа для посторонних лиц и организаций.

Работа, выполняемая членами в КД, не оплачивается. Ее задача – помочь членам программы восстановить чувство собственной значимости, уверенность в своих силах, способность ставить определенные цели и достигать их. Сотрудники и члены программы взаимодействуют друг с другом как коллеги и партнеры по совместной деятельности, а не как «пациенты» и «специалисты» или «клиенты» и «провайдеры услуг». Сотрудники и члены имеют равные права и обязанности и несут совместную ответственность за работу КД. Взаимоотношение участников имеет определяющее значение и является главным критерием сертификации. Эти особые взаимоотношения нельзя подделать. Они возникают, когда члены клуба начинают понимать, что они действительно нужны, и начинают воспринимать клуб как свой.

КД не создает ни в КД, ни при нем, ни надомным способом никаких рабочих мест. Но он дает возможность вернуться к оплачиваемой занятости через систему так называемых Промежуточных рабочих мест (ПРМ), Рабочих мест с поддержкой и Независимых рабочих мест (НРМ).

Промежуточные рабочие места – рабочие места, получаемые не индивидуальным членом КД, а КД как реабилитационной программой и используемые в реабилитационных целях.

Они имеют следующие особенности:

- ПРМ находится непосредственно в организации работодателя;
- работа члена КД оплачивается непосредственно самим работодателем по обычным расценкам;
- ПРМ – это работа на неполный рабочий день, обычно от 15 до 20 часов в неделю;
- работа члена КД на одном ПРМ ограничена 6–9 месяцами;
- должностные обязанности не должны требовать специальной подготовки с тем, чтобы любой член КД мог выйти на работу на таком ПРМ;
- КД, а не работодатель, выбирает, кто будет работать на данном ПРМ;
- обучение работе на ПРМ проводит сотрудник КД, а не представитель работодателя;
- КД гарантирует замену одного члена КД на другого, если по каким-то причинам работодатель считает это целесообразным;
- в случае невыхода члена КД на работу КД гарантирует его подмену либо другим членом КД, знающим эту работу, либо сотрудником программы.

Независимые рабочие места

Это рабочие места, найденные самим участником программы или с помощью Клубного Дома на свободном рынке труда. Они не ограничены по времени работы. Клубный Дом оказывает минимальную поддержку работающим на НРМ, главным образом, социальное сопровождение и досуг.

Члены Русского Дома работали в компании Nestle и МГУ, некоторые уже имеют постоянную работу.

Образовательная программа

Когда Клубный Дом развивает свои собственные образовательные программы в рамках упорядоченного рабочего дня, сами члены КД в существенной степени участвуют в преподавании и обучении других членов КД в рамкахтакой программы. В Русском Доме проводятся курсы изучения английского языка и компьютерные классы.

Члены Клубного Дома участвуют во всех решениях относительно программы, принимаемых на всех уровнях. Они также принимают участие в выработке стратегии и направлений дальнейшего развития программы. Это касается и проведения досуга. Организованы поездки в города России и Европы. Участники программы не оставляют друг друга в беде и оказывают посильную финансовую, юридическую, бытовую помощь, решают возникающие конфликтные ситуации.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

ОЛЬГА КАРПЕНКО*

Задачами современного подхода к лечению психических расстройств является не только купирование симптомов заболевания, но и мероприятия, направленные на максимально возможное личностное и социальное восстановление пациентов (концепция «recovery»).

При активном участии пациента

– Одно из определений «recovery» как цели лечения сформулировано Anthony W.: «Это способ жить удовлетворяющей, полной надежды и приносящей пользу другим жизнью, даже при наличии ограничений, вызванных болезнью; этот способ жить включает также разработку нового смысла и цели в жизни человека по мере того, как он перерастает катастрофическое влияние психической болезни» (цит. по Гуровичу И.Я. и соавт., 2008). В данной парадигме психиатрической помощи сам пациент и его окружение становятся активными участниками лечебного процесса, совместно со специалистами участвуют в выработке конечных целей лечения и путей их достижения.

В настоящее время разрабатываются и исследуются различные модели оказания комплексной лекарственной и психосоциальной помощи пациентам с расстройствами шизофренического спектра. Наиболее перспективным представляется подход, основанный на работе команды специалистов («скоординированная специализированная помощь»), в ходе которого, наряду с подбором лекарственной терапии, оказывается индивидуальная психотерапия, направленная на обучение совладанию с болезненной симптоматикой и выработку оптимальных поведенческих стратегий, проводится работа с ближайшим окружением пациента, направленная на создание адекватных представлений о болезни и обучение методам поддержки и коммуникации с заболевшим членом семьи, а также поддержка пациентов в трудоустройстве и учебе. Все мероприятия проводятся при активном участии пациента в принятии решений. Было доказано, что для пациентов с первым психотическим эпизодом такая индивидуализированная, специализированная, направленная

* *Ольга Карпенко*, заведующая оргметодотделом ГБУЗ «ПКБ № 3 ДЗМ».

на восстановление помощь оправдывает более высокие расходы на ее оказание.

Формирование представлений

Одним из первых и основных мероприятий по реабилитации при психозах является психообразование пациентов. Эффективность применения психообразовательных технологий при расстройствах шизофренического спектра относится к уровню убедительности рекомендаций А (эффективность доказана в ходе рандомизированных контролируемых исследований). Целью психообразования является формирование у пациентов и их родственников представлений о психическом заболевании, его проявлениях и возможностях лечения. Формирование адекватной внутренней картины болезни делает возможным дальнейший процесс реабилитации и позволяет пациенту становиться полноценным участником лечения.

Модуль из пяти занятий по следующим темам:

- «Психическое заболевание. Причины. Механизмы. Развитие»;
- «Распознавание ранних признаков обострения болезни»;
- «Лекарственная терапия»;
- «Способы совладания с болезненной симптоматикой»;
- «Преемственность (этапы) психиатрической помощи».

Важно как можно раньше интегрировать реабилитационные мероприятия в процесс лечения. На опыте организации психосоциальной работы на базе ГБУЗ «ПКБ №3 ДЗМ» была показана эффективность присоединения психообразовательных мероприятий на этапе стационарного лечения, сразу после купирования наиболее острых проявлений психоза. Занятия проводятся в открытых группах для пациентов, соответствующих критериям первого психотического эпизода (длительность заболевания – не более 5 лет, не более 3 психотических приступов в анамнезе). Пациенты включаются в занятия, как правило, на второй неделе госпитализации, количество участников в группе 7–13 человек, группы смешанные. Занятия проводятся в интерактивной форме парой специалистов – психотерапевт и клинический психолог – три раза в неделю, таким образом, полный цикл тем охватывается за 1,5 недели.

В результате занятий и по мере купирования симптоматики под воздействием медикаментозного лечения пациенты начинают более осознанно подходить к процессу своего лечения, становятся полноценными активными участниками лечебного процесса. Интерактивность занятий и адресация к потребностям пациентов делает эти мероприятия популярными среди пациентов, провоцирует формирование общей реабилитационной среды внутри больницы.

Не менее важным аспектом психообразовательных мероприятий является включение в процесс реабилитации членов семьи. Родственники пациентов с первым психотическим эпизодом приглашаются на психообразовательные занятия, которые проводятся раз в неделю.

Опыторганизации психореабилитационных мероприятий на базе ГБУЗ «ПКБ № 3 ДЗМ» доказывает возможность включения психотерапевтических мероприятий на раннем этапе лечения в условиях скоропомощного психиатрического стационара и эффективность данных мероприятий в повышении осознанности пациентов в отношении своего заболевания и возможностей лечения.

Основные цели занятий:

- информирование пациентов о психическом заболевании;
- формирование общего представления о целях и возможностях лечения психических расстройств;
- обучение основам самонаблюдения за своим состоянием;
- уменьшение эмоционального напряжения в связи с госпитализацией;
- формирование комплаенса, доверия к лечащему персоналу и системе психиатрической помощи в целом;
- оказание психосоциальной поддержки;
- знакомство с групповыми формами работы для продолжения данного вида психотерапии на амбулаторном этапе.

Темы занятий с родственниками:

- «Что такое психиатрический диагноз? Симптомы психических расстройств. Шизофрения: проявления заболевания, возможности лечения, последствия заболевания».
- «Современные подходы к лечению психических расстройств. Возможности лекарственной терапии».
- «Этапы лечения психического расстройства: стационар, дневной стационар, диспансерные службы. Как правильно организовать врачебное наблюдение за пациентом?».
- «Юридические аспекты. Социальные вопросы».
- «Жизнь семьи в условиях психической болезни. Как правильно общаться с заболевшим родственником?».

КОГДА НЕ ТРЕБУЕТСЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

ДМИТРИЙ САВЕЛЬЕВ*

– Лечение психических заболеваний зачастую занимает длительное время. Но пациент не должен постоянно находиться в стационаре, так как может произойти социальная дезадаптация – утрата способности приспосабливаться к окружающей среде, утрата связи с обществом. Современные методы терапии позволяют оставлять человека в стационаре только на самый необходимый период времени – в остром состоянии, все остальное время пациент не должен отрываться от социума, работы, семьи, друзей.

На сегодняшний день в рамках реформирования психиатрической помощи в г. Москве активно развивается сеть стационарзамещающих форм оказания помощи пациентам, страдающим психическими расстройствами. Помимо диспансерного наблюдения, больным предлагается лечение в дневном стационаре, пациенты, нуждающиеся в активном наблюдении, в том числе и на дому, могут обслуживаться врачами-психиатрами отделения интенсивного оказания психиатрической помощи.

Значительная роль в этой работе отводится оказанию выездной неотложной психиатрической помощи. Речь идет о тех ситуациях, когда отмечается ухудшение состояния наших пациентов, но выраженность изменений не достигает степени, требующей экстренного реагирования и вызова бригады скорой помощи. В большинстве случаев речь не идет о драматических изменениях в состоянии, госпитализации можно избежать, и выезд бригады скорой помощи не нужен. К примеру, у человека возникает беспричинное беспокойство, страхи, повышенная тревожность, депрессия или паника. У пожилых людей часто появляется спутанность сознания в вечерние часы. Именно в этих ситуациях необходимо участие врачей психиатрического отделения неотложной помощи.

У пациентов, страдающих хроническими формами психических расстройств, также имеются «предвестники» обострений, чаще всего обострение начинается с тревоги, страхов, бессонницы, беспричинного беспокойства, чувства враждебности окружающего мира. Своевременное вмешательство врачей-психиатров, оказание такому пациенту неотложной помощи также помогут избежать госпитализации в стационар. Бригада неотложной помощи, состоящая из врача-психиатра, санитара и водителя, оснащена необходимым медицинским оборудованием и укладкой, включающей в себя широкий спектр современных психотропных препаратов. Прибытие бригады на вызов происходит максимум в течение двух часов. Врачи общаются с паци-

---

* *Дмитрий Савельев*, и.о. главного врача Психиатрической клинической больницы №3 им. В.А. Гиляровского.

ентом, выписывают лекарство и дают рекомендации, а затем передают информацию об изменении его состояния участковым психиатрам. Также бригада при необходимости выезжает к пациенту и на следующий день после первого вызова и отслеживает выполнение рекомендаций, которые давали при первом визите.

Состояния, при которых нужна неотложная психиатрическая помощь:

- если человек дезориентирован, не узнает родственников, проявляет агрессию к ним, говорит о несуществующей в реальности угрозе, видит несуществующих людей, предметы, разговаривает с ними, не спит по ночам, утратил элементарные бытовые навыки, отказывается от пищи;
- если человек испытывает выраженную тревогу, страх, панику, которые сопровождаются учащенным сердцебиением, чувством нехватки воздуха, повышением артериального давления, страхом смерти и т.д.;
- если человек длительное время находится в угнетенном состоянии, замкнут, погружен в себя либо, наоборот, находится в приподнятом настроении, сексуально расторможен, легко обходится без сна и пищи;
- если известно, что человек страдает хроническим психическим расстройством и у него начинается обострение заболевания, которое может проявляться отказом от посещения врача и приема лекарств, нарастанием беспричинной тревоги, беспокойства, агрессией, галлюцинациями, бредовыми высказываниями, неадекватным поведением;
- если человек принимает антипсихотические препараты и у него появилась неусидчивость, скованность, беспокойство, судороги мышц.

Если состояние больного требует госпитализации в стационар, бригада неотложной психиатрической помощи может осуществить ее самостоятельно с оформлением всех необходимых документов и транспортировкой больного в больницу.

Если же вызов экстренный, когда состояние пациента может повлечь опасность для него самого или окружающих, то по таким случаям работают психиатрические бригады Станции скорой и неотложной медицинской помощи имени А.С. Пучкова.

Первое психиатрическое отделение неотложной помощи в Москве было открыто в 2013 г. на базе ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского, вначале бригады работали только в дневное время. Однако в дальнейшем, учитывая высокую востребованность у населения данного вида помощи, отделение перешло на круглосуточный режим работы.

Работа выездной службы психиатрического отделения неотложной помощи на 20% снизила показатель госпитализации в круглосуточный стационар в центре и на востоке столицы, то есть в зоне своей ответственности. Также существенно сократилось число выездов психиатрических бригад станции скорой помощи.

Эти позитивные изменения были проанализированы, и встал вопрос о расширении деятельности службы неотложной психиатрической помощи на весь город с 2017 г. Сейчас на неотложных вызовах в Восточном и Центральном районах столицы в круглосуточном режиме работают три бригады ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского, с декабря 2016 г. к ним добавились еще три бригады в ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина для работы в Северном и Северо-Западном административных округах. В ближайшее время такая служба заработает при ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева, а затем и по всей Москве.

На сегодняшний день вызвать бригаду психиатрического отделения неотложной помощи жители Москвы могут по телефонам: 8 (499) 268-79-52 и 8 (499) 268–07–65 ПКБ № 3 (ВАО, ЦАО), 8 (495) 963-10-77 и 8 (495) 963-02-55 ПКБ № 4 (САО, СЗАО, СВАО).

ЮЛИЯ БЕРСЕНЕВА*: РИСК ПЕРВИЧНЫХ И ПОВТОРНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЙ СРЕДИ ЛЮДЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ СНИЖАЕТСЯ

В последнее время в средствах массовой информации часто поднимается тема психиатрии. В погоне за сенсацией журналисты не гнушаются убеждать читателей в том, что число психически ненормальных людей растет, и от них можно ожидать всего, чего угодно, в том числе совершения общественноопасных деяний. Заместитель главного врача по судебно-психиатрической экспертизе Психиатрической клинической больницы № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы Юлия БЕРСЕНЕВА уверена, что такие заявления не имеют ничего общего с реальной ситуацией.

– Юлия Александровна, есть ли статистика количества опасных деяний, совершаемых психически нездоровыми лицами?

– Прежде всего, считаю необходимым отметить, что суждение о том, что психически больные представляют особую опасность и более склонны к совершению противоправного деяния в сравнении с остальными гражданами, однозначно является ошибочным. За последние десятилетия проведено большое количество исследований, посвященных этому вопросу, как в нашей стране, так и за рубежом. Ученые доказали, что сами по себе клинические проявления болезни не являются единственным и важнейшим фактором, определяющим повышение риска совершения общественно опасного действия (ООД). Психически больного пациента к совершению ООД приводит ряд факторов. Это и употребление психоактивных веществ (алкоголь, наркотические вещества), уровень социальной адаптации (наличие своего жилья, работы, семьи), особенности окружения. Если говорить о цифрах, то по данным статистики, за последние десятилетия значимых изменений нет ,и эти данные стабильны. Из числа лиц, совершивших правонарушения, лишь 1% составляют больные с психическими нарушениями, достигающими степени невменяемости.

Данные цифры наглядно показывают, что психиатрическая служба, помимо оказания различных видов лечебно-реабилитационной помощи, выполняет важную функцию защиты населения отООД лиц с психическими расстройствами.

---

* *Юлия Берсенева,* заместитель главного врача по судебно-психиатрической экспертизе Психиатрической клинической больницы № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы.

На сегодняшний день порядок предупреждения опасных действий лице психическими расстройствами можно разделить на меры первичной и вторичной профилактики. Первичная, основополагающая профилактика заключается в раннем выявлении, квалифицированном оказании специализированной помощи, в том числе своевременной госпитализации и лечении лиц с психическими расстройствами. Центр тяжести такой работы ложится прежде всего на внебольничные амбулаторные подразделения общепсихиатрической службы – это психоневрологические диспансеры. Вторичная профилактика, т.е. предупреждение повторных ООД больными с социально опасным поведением, осуществляется путем исполнения принудительных мер медицинского характера, а также реализации комплекса специфических медицинских мероприятий, направленных на предупреждение повторного ООД как стационарными, так и внебольничными подразделениями психиатрической службы.

Мы видим, что роль амбулаторной службы велика. Длительное пребывание больного в психиатрическом стационаре приводит к его десоциализации, находясь годами в специальном учреждении, после выписки ему сложно вернуться к нормальному функционированию, утрачиваются элементарные навыки социального и бытового поведения, что значительно повышает риск повторных ООД.

Когда мы говорим о профилактике общественно опасных деяний людей с психическими расстройствами, имеет значение не столько факт получения лекарственной терапии, сколько уровень их социального функционирования. Если люди с психическими расстройствами интегрированы в общество, умеютжить и функционировать в текущих условиях, риск совершения ими общественно опасных деяний снижается. В то же время длительное нахождение в стационаре сказывается негативно на их способности к относительно полноценному социальному функционированию, ведь мир меняется стремительно.

Поэтому в судебной психиатрии, как и в общей, акцент сейчас сделан на амбулаторное звено психиатрической помощи. Больной, который живет в социуме полноценно, и его социальные вопросы решены, как правило, не находится в группе риска. Если он трудоустроен, имеет силы и возможности себя обслуживать, сохраняет социальные связи, риск совершения общественно опасных деяний значительно снижается.

– А в каком случае дело доходит до принудительного лечения?

– Принудительное лечение назначается судом лицам, которые совершили какие-либо общественно опасные деяния в состоянии невменяемости. Существует несколько видов принудительного лечения, одно из них – амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра по месту жительства. Как правило, это завершающий этап принудительных мер медицинского характера после стационарного лечения.

Сегодня усилия направлены на развитие амбулаторной сети, в том числе создание полипрофессиональных бригад, которые будут курировать таких пациентов, в том числе решать их социальные проблемы.

– Получается, за психически нездоровым пациентом следит не только участковый психиатр?

– Действительно, наиболее эффективен так называемый бригадный метод работы, когда пациент окружен вниманием сразу нескольких специалистов: участкового психиатра, социального работника и психолога. Комплексный подход, предусматривающий полипрофессиональное взаимодействие, позволяет максимально решить проблемы адаптации пациента в обществе после прекращения его стационарного лечения. Отдельно нужно сказать, что когда пациент находится на принудительном лечении, он под постоянным наблюдением психиатра, который оценивает его психическое состояние, в том числе степень общественной опасности. Если состояние пациента меняется в сторону ухудшения, именно эта служба принимает решение о его переводе на стационарное принудительное лечение.

– Какие сейчас применяются методы оценки общественной опасности?

– Прогностический аспект совершения общественно опасных действий лицами, страдающими психическими расстройствами, относится к наиболее актуальным проблемам психиатрии с учетом его социального значения, поэтому разработкой такового занимаются специалисты многих государств. В нашей стране для прогноза риска опасного поведения традиционно используется комплексный подход – это анализ клинических характеристик, социальных условий жизни больного, психопатологического механизма ранее совершенного ООД, а также тяжесть и вероятность прогнозируемого опасного действия.

– Какие проблемы, на ваш взгляд, мешают развитию психиатрии?

– Основная проблема – кадровый вопрос. Работа психиатра сложная, сопряженная с определенным риском и степенью опасности, требует большой отдачи. На психиатра возложена большая социальная ответственность, он должен знать и уметь прогнозировать возможные последствия течения того или иного заболевания, тем самым предупреждая опасные действия лиц с психическими расстройствами. В последнее время утрачен престиж работы врача, молодые специалисты неохотно выбирают этот сложный путь, это проблема, над которой нужно работать.

ПОСТГОСПИТАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ В ТЕРРИТОРИАЛЬНОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ ОБЪЕДИНЕНИИ ГБУЗ «ПКБ № 3 ДЗМ»

ДМИТРИЙ САВЕЛЬЕВ*,
ЛАРИСА КУЗНЕЦОВА**,
МАРИНА ПАК***

Медицинская служба «Городское отделение «Телефон доверия» создана 35 лет назад и все эти годы оказывает медико-психологическую помощь населению города Москвы. Основная цель работы – формирование психологической культуры и укрепление психического здоровья населения, создание атмосферы психологической защищенности, снижение психологического дискомфорта, уровня агрессии, включая аутоагрессию и суицидальные намерения, выработка позитивных реальных планов на будущее. Основными задачами отделения «Телефон доверия» является оказание консультативной медико-психологической помощи лицам при острых кризисных состояниях с целью предотвращения у них суицидальных и иных опасных действий.

С начала реорганизации психиатрических учреждений Департамента здравоохранения г. Москвы (сентябрь 2012 г.) и присоединения психоневрологических диспансеров (ранее самостоятельных юридических организаций) к городским психиатрическим больницам на правах филиалов и формирования территориальных объединений появились реальные условия для рационального взаимодействия, преемственности в ведении пациентов между стационаром и амбулаторной службой, что позволило улучшить качество оказания психиатрической помощи в ГБУЗ «ПКБ № 3 ДЗМ».

Введение единой медицинской информационной системы в больнице позволило врачам стационара и врачам амбулаторной службы своевременно получать всю необходимую информацию о пациенте для решения медицинских вопросов.По минованию медицинских показаний для прохождения лечения в условиях круглосуточного стационара лечащий врач по согласованию с врачами-психиатрами амбулаторной службы и в соответствии с медицинскими и социальными показаниями направляет пациента для формирования стойкой ремиссии и закрепления полученных результатов лечения в круглосуточном стационаре в стационары с дневным пребыванием в филиалах: дневной стационар (ДС), отделение интенсивного оказания психиатрической помощи (ОИОПП), медико-реабилитационное отделение (МРО) или

* *Дмитрий Савельев*, и.о. главного врача ГБУЗ «ПКБ № 3 ДЗМ».

** *Лариса Кузнецова*, руководитель городского отделения медицинской службы «Телефон доверия».

*** *Марина Пак*, заместитель главного врача по медицинской части филиала № 3 ГБУЗ «ПКБ №3 ДЗМ».

переводит на амбулаторное лечение – под наблюдение участкового психиатра. С целью дальнейшего развития работы по данному направлению, обеспечения контроля за качеством лечебных, организационных и реабилитационных процессов возникла необходимость введения постгоспитального мониторинга в ГБУЗ «ПКБ № 3 ДЗМ».

Руководителем учреждения было принято решение о расширении функций отделения «Телефон доверия». Был разработан и утвержден локальный нормативный документ – Положение «О порядке проведения опроса пациентов (родственников пациентов), выписанных из стационара ГБУЗ ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского», разработана «Карта опроса пациента, выписанного из ГБУЗ «ПКБ № 3 ДЗМ», содержащая в том числе вопросы, касающиеся маршрутизации пациента после выписки из круглосуточного стационара.

Перед началом введения постгоспитального мониторинга был проведен обучающий инструктаж сотрудников, участвующих в опросе пациентов, после которого врачи-психиатры отделения «Телефон доверия» и клинические психологи, имеющие большой опыт работы с лицами, страдающими психическими расстройствами, были допущены к проведению опросов. Процедура «Опрос пациентов, выписанных из ГБУЗ «ПКБ № 3 ДЗМ» осуществляется в строгом соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от 02.07.1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Законом города Москвы от 17.03.2010 № 7 «Об охране здоровья граждан в городе Москве», Положением об отделении «Телефон доверия», а также иными нормативными правовыми актами. Целью проведения опроса является получение обратной связи от пациентов, выписанных из стационара, или от их родственников для дальнейшего совершенствования организации и качества оказания психиатрической помощи, обеспечения доступности и преемственности на всех ее этапах, осуществления контроля администрацией ГБУЗ «ПКБ № 3 ДЗМ» за качеством лечебных, организационных и реабилитационных мероприятий.

Опрос пациентов или их родственников проводится в соответствии с реестром прикрепленного населения муниципальных округов для медицинского обслуживания к ГБУЗ «ПКБ №3 ДЗМ», утвержденным приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 17.04.2013 г. №365 «О совершенствовании оказания психиатрической помощи населению». Опросу подлежат все пациенты, выписанные из ГБУЗ «ПКБ №3 ДЗМ», нуждающиеся в дальнейшем лечении и/или наблюдении у врача-психиатра, кроме пациентов наркологического профиля.

По регламенту опрос пациентов проводится в три этапа: после выписки из круглосуточного стационара в течение первой недели, через месяц и спустя 3 месяца после выписки. Опрос включает определение своевременности посещения пациентом участкового врача-психиатра либо врачей стационаров с дневным пребыванием, соблюдение назначенной поддерживающей терапии, а в случаях отказа от продолжения лечения в амбулаторных условиях – выяснение причины отказа. Опыт работы по проведению постгоспитального мониторинга в нашей больнице показал, что причинами отказа

пациента, кроме некомплаентности к лечению, могут быть отсутствие взаимопонимания или недоверие к участковому врачу-психиатру, невозможность пациента самому посетить участкового врача-психиатра ПНД в силу психического или соматического заболевания и другие причины. По результатам мониторирования маршрутизации пациента в пределах территориального объединения в случае выявления проблем с дальнейшим лечением сведения незамедлительно передаются специалистами отделения «Телефон доверия» заведующему отделением, который оперативно доводит данную информацию до участкового врача-психиатра с целью решения вопросов по дальнейшему оказанию медицинской помощи пациенту. Контроль над работой сотрудников отделения и качеством проводимых опросов, взаимодействия амбулаторной и стационарной службы по данному направлению возложен на заведующего отделением «Телефон доверия». Анализ полученных сведений по обратной связи проводится еженедельно, отчеты предоставляются руководству больницы, информация о результатах опроса доводится до всех врачей-психиатров на еженедельной внутрибольничной конференции. Заместители главного врача по медицинской части осуществляют контроль за исполнением врачами-психиатрами вверенных филиалов лечебных, организационных, реабилитационных мероприятий, заявленных при проведении Процедуры опроса пациентов, выписанных из стационара. Специалисты отделения «Телефон доверия» – врачи-психиатры и медицинские психологи выстраивают доверительный диалог с пациентами и их родственниками, что дает возможность ориентироваться на потребности пациентов, получать сведения о качестве оказанных медицинских услуг в нашем медицинском учреждении. При постгоспитальном мониторинге беседы специалистов отделения «Телефон доверия» носят психотерапевтическую направленность с элементами психотерапевтической интервенции с целью убеждения пациента в необходимости продолжения лечения и наблюдения у врача-психиатра с целью уменьшения рисков ухудшения состояния пациентов и повторной госпитализации в круглосуточный стационар. Руководителем учреждения внимательно анализируются предложения, пожелания пациентов об улучшении оказания медицинской помощи. По результатам анализа проводится соответствующая работа, принимаются меры и организационного порядка. Например, учитывая пожелания пациентов и их родственников, установлен кофейный автомат, кулеры для воды, отремонтирован и функционирует туалет на территории больницы, установлены скамейки возле пропускного пункта, где посетители могут посидеть в ожидании времени посещений, и т.п. Опрос пациентов и их родственников проводится с их согласия, и если вначале это вызывало настороженность и вопросы с их стороны, то в дальнейшем, с развитием работы в данном направлении, возникли – понимание, доверие и благодарность к работе самой службы и учреждению.

За неполных два года проведения постгоспитального мониторинга (с марта 2015 г. по 31.12.2016 г.) в ГБУЗ «ПКБ № 3 ДЗМ» в опросе участвовали: в 2015 г. – 2255 чел. (64%), в 2016 г. – 2734 чел. (85%) от числа пролеченных пациентов в круглосуточном стационаре, проживающих в зоне обслуживания ГБУЗ «ПКБ № 3 ДЗМ».

Внедрение в практику постгоспитального мониторинга позволило улучшить рациональное взаимодействие, преемственность в работе стационарной и амбулаторной службы, что привело к снижению повторных госпитализаций находящихся под наблюдением амбулаторной службы пациентов в три раза (с 607 в 2015 г. до 199 в 2016 г.) и, как следствие, улучшению социального функционирования пациентов. При введении постгоспитального мониторинга многие сложности и проблемы при оказании психиатрической помощи пациенту были своевременно разрешены. Уменьшилось количество жалоб и обращений граждан на качество оказания медицинской помощи в учреждении. Анализируя опыт работы по постгоспитальному мониторингу, можно уверенно сказать о целесообразности и необходимости продолжения данной работы и сделать вывод о ее медицинской и социальной эффективности, а также о существовании преемственности и взаимодействия между врачами стационарного и амбулаторного звена, способствующих повышению качества оказания медицинской помощи пациентам в ГБУЗ «ПКБ № 3 ДЗМ».

ИНТЕГРАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРНОГО МОДУЛЯ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКУЮ АМБУЛАТОРНУЮ СЛУЖБУ

ЛАРИСА БУРЫГИНА*

– В Европейской декларации по охране психического здоровья, принятой в 2005 году, среди приоритетных задач – способствование более широкому осознанию важности психического благополучия; борьба со стигматизацией; разработка и внедрение комплексных интегрированных систем охраны психического здоровья, профилактика, лечение и реабилитация, уход и восстановление здоровья.

Основные задачи современной системы психиатрической помощи должны быть сопоставимы с рекомендациями ВОЗ. Приведем лишь некоторые.

1. Оказание психиатрической помощи в рамках учреждений общемедицинского профиля должно стать важным направлением, которое обеспечивает большую доступность этой помощи, ее комплексный характер, с наименьшим стигматизирующим влиянием.

2. Психиатрическое просвещение населения должно стать важной составляющей нашего взаимодействия.

3. Лечение больных в амбулаторных условиях, в обществе по сравнению со стационарным, имеет несомненные преимущества и потому в психиатрической практике должно стать основным. Это лечение должно включать не только применение медикаментозных препаратов, но и социореабилитационные мероприятия.

Психические нарушения – одна из наиболее распространенных среди пациентов общесоматической сети форм патологии (60% контингента территориальной поликлиники) чаще всего страдают сосудистыми поражениями ЦНС, аффективными нарушениями, тревожно-фобическими, истерическими и другими невротическими расстройствами при незначительной частоте случаев эндогенных психических заболеваний. Данная категория пациентов нуждается в своевременной психиатрической помощи в различных ее формах: психологической, психотерапевтической, психофармакологической (назначение антидепрессантов, транквилизаторов, малых нейролептиков) и т.д. Полноценная, включающая своевременную диагностику и адекватную

* *Лариса Бурыгина,* заместитель главного врача по амбула торно-поликлинической работе Психиатрической клинической больницы № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы.

терапию (исключающая вероятность передозировок при взаимодействии с соматотропными препаратами), специализированная помощь контингенту больных общесоматической сети с психическими нарушениями, обеспечивающая восстановление работоспособности и социально-бытовую реабилитацию, наиболее эффективно будет осуществлена в условиях интеграции, в соответствии с разработанными формами помощи психиатрической служ-

Статистические данные по населению района Бутово:

Южное Бутово:
Под диспансерным наблюдением состоят – 1746.
Обращаются за консультативной помощью – 913.
Северное Бутово:
Под диспансерным наблюдением состоят – 367.
Обращаются за консультативной помощью – 288.

Всего: Д-1810 К-1201.

бы. Департамент здравоохранения города Москвы, понимая необходимость децентрализации психиатрической помощи в огромном мегаполисе, планирует создание в 2017 г. на базе ГБУЗ «КДЦ121ДЗМ» филиала № 6 для населения районов Северное и Южное Бутово (которое составляет более 300 тысяч) в качестве пилотного проекта «диспансерный модуль» со стационарзамещающими службами: это будет отделение филиала ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы» «Психоневрологический диспансер № 13» с диспансерным участковым отделением, дневным стационаром, отделением интенсивного оказания психиатрической помощи, медико-реабилитационным отделением, что приблизит население не только к психологической, психотерапевтической, психиатрической службе с полипрофессиональными бригадными формами работы с пациентом, но и обеспечит своевременной соматической помощью.

Основные задачи объединения на 2017–2018 гг.

1. Оказание разных видов медицинской помощи для наиболее полного удовлетворения потребностей всех нуждающихся в ней.

Оказанием медицинской помощи, в бригадной форме, совместно с психиатрами, займутся врачи-терапевты и другие узкие специалисты. Интеграция с общесоматической амбулаторной службой позволит значительно увеличить объем диагностической, соматической и консультативной помощи психически больным, которую они недополучают в психиатрических учреждениях. По рекомендациям участковых психиатров пациенты будут направляться на необходимые обследования, на консультации кспециалистам узкого профиля. Участковые медсестры и соцработники диспансерного отделения помогут осуществить запись в ЕМИАС и своевременно напомнить больному о посещении. Находясь на лечении в дневном стационаре, пациентам будет оказана необходимая плановая консультация узких специалистов, проведены лабораторные, инструментальные и т.д. обследования.

А) Создать оптимальные условия для выявления и лечения психических заболеваний в условиях амбулаторного модуля. Благодаря функционированию модели «интегрированной медицины», обеспечивающей взаимодействие и преемственность между психиатрической и общесоматической службами, создаются наиболее благоприятные условия для выявления и лечения психических расстройств.

Психические расстройства невротического, пограничного и субпсихотического уровня предполагают два варианта проведения лечебно-организационных мероприятий:

- направление врачом-интернистом поликлиники в диспансерное отделение к психологу, психотерапевту, в психиатрический кабинет для дальнейшего обследования (лечения) у психиатра или психотерапевта; с предварительным лабораторным, нейрофизиологическим, инструментальным и др. параклиническими обследованиями;
- осуществление врачом-интернистом лечебных мероприятий самостоятельно (при расстройствах невротического уровня, агрипнии, субклинических депрессивных состояниях и др.) при систематических консультациях психиатра.

Б) Профилактическая работа.

Совместная разработка и внедрение информационных программ в виде стендов, брошюр и т.д. для населения, к примеру: «расстройство пищевого поведения», «модный образ студентов – здоровый образ жизни!», «здоровая семья!», «депрессии разного возраста», «служба психиатрического обследования» ит.д. Данная форма помощи ориентирована не только на выявление, диагностику, лечение и реабилитацию традиционных контингентов психически больных, но и отвечает широкому кругу задач охраны психического здоровья. Информационная навигационная система, размещенная в поликлинике и в психиатрическом модуле, поможет сориентироваться населению в различных ситуациях: оказание экстренной помощи при кризисном и суицидальном поведении; неоценимую помощь оказали бы открытие «телефона доверия»; медико-психологическая и психотерапевтическая помощь при различных состояниях.

2. Психообразовательные программы для медицинского персонала общесоматического профиля, обеспечивающие высокий уровень комплексной медицинской помощи пациентам.

3. Ангистигматизационная работа.

Стигматизация психически больных является сложной проблемой, и ее решение должно быть комплексным. Мы на своем уровне попытаемся активизировать деятельность по изменению общественного сознания узкой направленности, хотя бы на уровне района, поликлиники, властных структур района, СМИ, с затрагиванием эмоционального уровня, механизмов эмпатии, для повышения общего уровня толерантности общества к психически больным, к психиатрии и к проблеме психического здоровья населения.

АНДРЕЙ ТЯЖЕЛЬНИКОВ*: НОВЫЙ ФОРМАТ ПОЗВОЛИТ ВОЗВРАЩАТЬ ПАЦИЕНТОВ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ В ОБЩЕСТВО

В конце января в районе Южное Бутово на базе консультативно-диагностической поликлиники №121 открылось отделение психоневрологического диспансера №13, а вместе с ним – дневной стационар на 50 мест. Теперь качественную психиатрическую помощь рядом с домом в случае необходимости может получить любой из трехсот тысяч пациентов, приписанных к КДП №121. О значимости этого события и нюансах совместной работы поликлиники и филиала рассказывает главный врач КДП № 121, главный внештатный специалист по первичной медико-санитарной помощи Департамента здравоохранения Москвы Андрей Тяжельников.

– Андрей Александрович, кому принадлежит инициатива создания такого отделения, и почему площадкой выбрали именно городскую поликлинику № 121 в Южном Бутово?

– Это была инициатива главного внештатного специалиста психиатра столичного Департамента здравоохранения Георгия Петровича Костюка. Район Южное Бутово был выбран не случайно. Дело в том, что на карте психоневрологической помощи Москвы много белых пятен – удаленность профильных диспансеров от мест проживания людей достаточно высока. Порой пациенту, чтобы проконсультироваться с врачом или пройти освидетельствование для получения справки, приходилось ехать за двадцать километров от дома.

В результате анализа сложившейся ситуации было принято решение о повышении доступности амбулаторной психиатрической помощи столицы за счет организации соответствующих филиалов в амбулаторно-поликлинических отделениях. На самом деле это очень актуальный вопрос. Люди, страдающие психическими расстройствами, порой нуждаются в лечении также и соматических заболеваний, а обычным пациентам, посещающим поликлиники, зачастую необходима помощь психологов, психотерапевтов, а иногда и психиатров.

Кстати, за время работы в новом формате мы успели проанализировать состав населения, прикрепленного к психоневрологическому диспансеру.

* *Андрей Тяжельников*, главный внештатный специалист по первичной медико-санитарной помощи Департамента здравоохранения Москвы.

Выяснилось, что большинство посещают нашу поликлинику и получают здесь общесоматическую помощь. А та часть пациентов, которые обычно не приходят в поликлинику, находятся в зоне риска с точки зрения развития у них соматических заболеваний. Да, они наблюдаются у психотерапевта или психиатра, однако мониторинг общего состояния их здоровья не ведется. И это, конечно, плохо. Благодаря новому формату работы они смогут получать всю помощь в одном учреждении.

– Пришлось ли вам столкнуться с какими-либо сложностями при открытии данного отделения?

– Признаться, да. Одной из ключевых сложностей можно назвать такое явление, как стигматизация – настороженное, если не сказать предвзятое отношение не только других пациентов, но и медицинского персонала к психиатрическим больным или пациентам, страдающим психическими заболеваниями. Существует, например, стереотип, что таким пациентам нужны отдельный вход и отдельный лифт. При этом очевидно: качественно оказанная психиатрическая помощь предполагает, что пациент с психическим расстройством становится нормальным и достаточно стабильным человеком, к которому следует относиться спокойно, без боязни неприятных сюрпризов с его стороны. Более того – получение помощи в условиях подобного поликлинического учреждения погружает людей с психическими заболеваниями в общество, улучшает течение их заболевания и дает возможность относиться к ним самим более толерантно. Так что, если говорить о сложностях, самая главная – не в технической интеграции психоневрологической помощи в общеполиклиническую деятельность, а в преодолении стереотипа относительно «особенных» пациентов.

– Вам удалось разрушить этот стереотип?

– Полагаю, мы на правильном пути. На базе нашего учреждения проводится серьезная информационная работа. Так, 7 апреля, во Всемирный день здоровья, посвященный в этом году проблемам депрессии, для пациентов на территории поликлиники были организованы лекции, посвященные данной теме. Мы информировали всех посетителей о возможностях непосредственно этого отделения, перспективах, которые оно открывает для населения.

– Андрей Александрович, а что дает поликлинике, врачам открытие этого филиала?

– Если у пациента какое-либо заболевание развивается не по понятным физиологическим причинам и у доктора есть предположения относительно возможных психологических нарушений, он, понимая, что в непосредственной близости от его рабочего места есть квалифицированная помощь психотерапевта, психолога, может обратиться к коллегам за содействием. Кроме того, не секрет, что само направление в психоневрологический диспансер вызывает у многих людей стрессовое состояние. Здесь же врач может рекомендовать им посетить отделение, которое находится на другом этаже поли-

клиники. С появлением филиала наши сотрудники приобрели методологическую поддержку, что позволяет им лучше ориентироваться в проблемах, связанных с психическими расстройствами. Мы регулярно проводим информационные мероприятия для терапевтов и врачей-специалистов, чтобы они понимали, на какую помощь для своих пациентов теперь могут рассчитывать.

— Нужно ли масштабировать этот проект, открывать подобные отделения в других поликлиниках?

— Уверен, многие учреждения и территории заинтересованы в том, чтобы у них появилось такое отделение не только в связи с их большой удаленностью, но и действительно высокой востребованностью такого вида помощи. Полагаю, что в будущем подобные отделения могут открыться во многих поликлинических учреждениях Москвы.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ С МЯГКИМ КОГНИТИВНЫМ СНИЖЕНИЕМ

ВИКТОР САВИЛОВ*

– С января 2016 года в Москве открылся и работает медико-реабилитационный центр «Клиника памяти», куда обращаются пожилые люди с легкими когнитивными (интеллектуальными) нарушениями. Появление такого центра – своего рода уникальный проект, так как пожилым людям с мягким когнитивным расстройством ранее не предлагались программные медико-реабилитационные мероприятия. Идея создания центра принадлежит Георгию Петровичу Костюку (главный врач ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева», д.м.н., профессор, главный внештатный специалист психиатр ДЗМ). Георгий Петрович непосредственно курировал формирование программы для медико-реабилитационного центра. Известно, что срок продолжительности жизни россиян выходит на европейские стандарты. С увеличением возраста соответственно увеличивается и количество людей с когнитивными нарушениями. Традиционно существовала одна модель поведения пожилого человека с мягким когнитивным снижением – это обращение в поликлинику.

Теперь появилась возможность получить специализированные рекомендации психолога и психотерапевта в рамках программы когнитивной реабилитации и вернуть ощущение уверенности в своих действиях при сниженных интеллектуальных функциях. У пожилого человека когнитивные нарушения могут развиться как вследствие соматической патологии (сосудистые, кардиологические заболевания, последствия черепно-мозговых травм и т.д.), так и в связи с начинающейся болезнью Альцгеймера или другими формами деменций. Фактически для этих людей и была разработана программа когнитивной реабилитации.

При работе над программой когнитивной реабилитации мы не изобретали велосипед. В основу были положены труды известных отечественных и зарубежных специалистов в области медицины, психологии, нейропсихологии, психотерапии, адаптивной физкультуры. Конечно, привнесли и свои наработки. В итоге, опираясь на традиционные принципы реабилитации при различных патологиях головного мозга, мы сформировали программу восстановления высших психических функций. Программа реабилитации рассчитана на четыре недели. Это, по нашему мнению, оптимальная продолжительность.

В начале курс пребывания в программе был восемь недель, затем шесть недель, в итоге было решено, что результата можно добиться за месяц. Паци-

* *Виктор Савилов,* заведующий медико-реабилитационным центром «Клиника памяти».

енты за это время не успевают устать. Сейчас механизм работы программы отлажен, имеется лист ожидания, но у нас нет цели большой очереди, долгое ожидание может негативно сказаться на мотивации к участию в программе когнитивной реабилитации.

Сегодня большинство пациентов клиники – это жители ЦАО, ВАО, ЮВАО, но есть и те, кто готов каждый день приезжать в клинику из отдаленных районов города и даже области. Работа ведется в небольших группах по 6–7 человек. В целом клиника рассчитана на пребывание 40–50 человек в формате дневного стационара. Принцип работы – тот же, что и в отделении дневного пребывания. Работу младшего и среднего медперсонала курирует старшая медсестра. Пациентов клиники ведут врачи-психиатры. При необходимости пациентов консультируют терапевт и невролог. А реабилитационную работу осуществляют психологи, нейропсихологи, психотерапевты. Также в реабилитационной программе участвуют специалист по социальной работе, социальный работник и специалист по адаптивной физической культуре.

Прежде чем попасть в программу, каждый из ее потенциальных участников проходит специализированное обследование у врача и психолога. Пациентам, которым необходимо качественно другое лечение, предлагаем обратиться в профильные учреждения – с ними нужно работать в других условиях.

Самая сложная – первая неделя пребывания пациентов в клинике. Попадая в центр, они относятся к происходящему настороженно и даже скептически, но вскоре, увидев результат от занятий, начинают посещать «Клинику памяти» с заметным энтузиазмом.

Пациенты приходят в «Клинику памяти» с различными проблемами, накопленными в процессе жизни. Одна из значимых проблем – это сложившиеся стереотипы поведения и представления о себе, стремление активно руководить жизнью семьи, что оборачивается необоснованными претензиями к детям, внукам, а это приводит к конфликтам. Семья, не готовая к такому напору, отстраняется от пожилого человека, неосознанно делегируя функцию общения и его эмоциональной поддержки из семьи куда-то вовне, обычно к врачу. Другая проблема – в поисках поддержки, эмоционального сочувствия одинокие пенсионеры нередко становятся жертвами мошенников. Отсюда необратимые последствия: например переписанная на другого человека квартира, приобретенные за баснословную сумму «чудо-таблетки» или кредитный договор с банком на приобретение аппарата для очистки воды.

При этом складывается парадоксальная ситуация: с возрастными изменениями когнитивных функций не готова заниматься как терапевтическая служба, так и психиатрическая (к психиатрам обращаются, уже когда дементный процесс значительно утяжеляется). В итоге получается, что с возрастными изменениями памяти, внимания, характера приходится справляться родным. Многие приходят к нам с иждивенческой позицией, но интересно наше наблюдение – участие в программе, групповая динамика в процессе ежедневных занятий зачастую изменяет их настрой. Пациенты, попадая в клинику, часто удивляются тому, какая здесь благожелательная среда, несмотря на некоторую строгость, присутствующую на занятиях, – мы ведь фактически заставляем их работать над собой, но при этом они чувствуют нашу

заботу и внимание. Задача специалистов «Клиники памяти» – разобраться в проблеме пациента и постараться восстановить утраченный ресурс. Участники нашей программы стараются качественно выполнять домашние задания: «Сын и внуки не смогли с заданием справиться, а я смогла». Тщательно выверенные занятия, составляющие нашу программу, способствуют переживанию гордости и формированию уверенности в собственных действиях.

В течение четырех недель мы проводим занятия с повышающим коэффициентом сложности, что позволяет нашим подопечным подойти к итоговому занятию хорошо подготовленными. Нейропсихологическая коррекция мышления, памяти, внимания помогает пациентам адекватнее относиться к своему возрасту и возможностям, они начинают получать удовольствие от своего возраста, понимать, что они – не обуза для детей и внуков, а их поддержка.

В программу мы включили цикл занятий когнитивной психодрамы. На примере литературных, художественных, музыкальных произведений у пациентов формируются новые стратегии их поведения, происходит переосмысление своей роли, меняется взгляд на происходящие события.

К примеру, анализируя «Сказку о золотой рыбке», мы уделяем внимание роли старухи: почему она так третирует «бедного старика». Каждый раз, говоря ему: «Посмотри, какая я...» и не услышав в ответ восхищения, она опять куда-то его гонит, словно убеждая себя в собственной значимости – «я могу, я хочу». Разбирая роль и «жертвенное поведение старика», анализируем вместе с пациентами смысл его действий, их направленность и результат. Некоторые после этого признаются, что в повседневной жизни стараются не срываться на детей, а вот их супругу или супруге достается. Опосредованно, через анализ известных сюжетов, у наших участников формируется умение объективно воспринимать различные жизненные ситуации и собственные действия. Как показала практика работы нашего центра, пациенты с мягким когнитивным снижением завершают курс медико-психологической реабилитации вдохновленными, получившими импульс для дальнейшего саморазвития, готовыми нести ответственность за поддержание собственного здоровья.

Уверен, что если будут созданы необходимые условия, целесообразно открывать аналогичные центры в других районах Москвы. Но это непростая задача. Одной из главных проблем считаю формирование команды специалистов, готовых профессионально и с энтузиазмом работать с нашими замечательными пожилыми москвичами.

ЕФРЕМОВА ДИЛЯРА*

– Структуру программы когнитивной реабилитации составляют взаимодополняющие блоки, направленные на восстановление всех сфер личности (интеллектуальной, эмоциональной, поведенческой) в целом. Основной, занимающий более половины объема – блок активизации корковых функций, – это комплек-

* *Ефремова Диляра,* клинический психолог, к.пс.н.

сы занятий нейрокогнитивной реабилитации, восстановления высших психических функций, тренировки модальностей запоминания и воспроизведения информации. Блок, структурирующий иерархию мотивов и ценностей личности, – это тренинги социальных и коммуникативных навыков, ресурсоориентированная психотерапия и арт-терапия. Блок формирования навыков саморегуляции и поддержания оптимального тонуса коры – задачи этой составляющей реабилитационной программы реализуются с помощью телесно-ориентированной психотерапии, психообразования пациентов, терапии творческим самовыражением, адаптивной физкультурой.

Темы занятий, входящих в основной блок реабилитационной программы, отражают принципы взаимодействия функциональных структур головного мозга и выстроены таким образом, что все уровни и локальные системы получают соответствующее стимулирующее воздействие.

Пациенты выполняют упражнения, которые воздействуют на базовые виды гнозиса и праксиса. Особое внимание уделяется тренировке речевых, транскортикальных функций, пространственным отношениям, навыкам контроля поведения участников. Активизируются все виды мышления – от наглядно-действенного до абстрактно-логического. В перерывах между занятиями предусмотрены специальные разминки, способствующие расширению объема, концентрации и переключению внимания.

Эти работы – итог занятия по восстановлению пространственных и квазипространственных отношений.

Необходимой составляющей реабилитационного процесса, по моему мнению, является повышение стрессоустойчивости и расширение репертуара стратегий совпадающего поведения личности. Эту задачу с успехом решают наши психологи и специалисты по социальной работе на занятиях по формированию социальных и коммуникативных навыков. Во многом благодаря их усилиям участники нашей программы закрепляют новые формы поведения и общения, соответствующие возрасту и ситуации, расстаются с иждивенческими, регрессивными, «детскими» формами, обретают достоинство и уважение к себе и окружающим.

У нас серьезно поставлена психотерапевтическая работа с тревогой, страхами. Всем известно, что повышенный уровень тревоги снижает эффек-

тивность интеллектуального функционирования. Снижение тревоги прямо взаимосвязано с повышением объема внимания и памяти. Мы стремимся к тому, чтобы пациенты научились в своей повседневной жизни распознавать первые симптомы бессонницы, своих хронических заболеваний, панических атак и противостоять им. Справедливость закона Джеймса-Ланге, подтвержденная Л.С. Выготским, о том, что каждая эмоциональная реакция находит свое мышечное (телесное) отражение, хорошо прослеживается на наших занятиях. Радость, удовлетворение, гордость имеют объективную основу в виде выполненных заданий. Эти базовые чувства, поддерживая психический уровень функционирования личности, повышают ее соматическую устойчивость. Посещаемость нашего отделения составляет 90%, отмечается отсутствие жалоб на обострение хронических заболеваний. Пациенты сообщают о забытом и вновь осознанном ощущении «спокойной бодрости», «хорошем настроении».

ПАЦИЕНТО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХИАТРИЯ

АРКАДИЙ ШМИЛОВИЧ*

– Говорить о реабилитации как о некоей совокупности методик не совсем правильно. Реабилитация сегодня – это подход к организации психиатрической помощи, та идеология, на которой психиатрическая помощь должна строиться и строится. Это важно понимать потому, что организация помощи психиатрическим пациентам – проблема межсекторальная. И главная задача – социальная интеграция пациентов.

Объективная реальность

Распространенность психических расстройств сегодня чрезвычайно высока. По статистике ВОЗ, каждый десятый гражданин планеты страдает серьезным психическим расстройством, и еще каждый десятый – пограничными расстройствами. При такой ситуации и распространенности заболеваний чрезвычайно важную роль играет психопросвещение в обществе. Именно это ключевая область приложения усилий как во всем мире, так и в Москве.

Второе важное обстоятельство – из числа всех наблюдаемых в системе здравоохранения пациентов в любой момент только 5% находятся на стационарном лечении, 95% живут в социуме. Это говорит о том, что основной упор в современной психиатрии делается на внебольничные методы оказания помощи пациентам. Много говорится сегодня о сокращении коечного фонда специализированных стационаров и в этой связи – о сокращении объемов психиатрической помощи. Это принципиально неверная причинно-следственная связь. Объем помощи не сокращается, она трансформируется во внебольничные формы ведения пациента. И это не искусственно выбранное направление, а общемировой тренд, обусловленный объективным положением дел в психиатрии и развитием этого направления медицины.

Да, исторически психиатрия развивалась через создание специализированных больниц. Было такое время, когда вообще не существовало внебольничной службы, во всем мире работали громадные психиатрические стационары по 5000–10 000 коек, и в России, и в Англии, и в других странах Европы и в США. Но именно в России впервые в мире в 20-е годы прошлого столетия был сделан шаг к созданию сети амбулаторных психиатрических учреждений – появились психоневрологические диспансеры, первые дневные стационары, первые ночные полустационары. Появились не только лечебно-трудовые мастерские, но и лечебно-трудовые профилактории, где люди

* *Аркадий Шмилович,* заместитель главного врача по медицинской части ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы.

могли и работать, и отдыхать. Это была революция. Появилась возможность выявлять психические расстройства на самых ранних стадиях. На современном же этапе развития лекарственной терапии есть и возможность не только своевременно выявить психическое расстройство, но и эффективно купировать его. Чаще всего достаточно от нескольких дней до двух – четырех недель лечения, чтобы то психическое расстройство, которое не позволяет пациенту находиться в обществе, было купировано. Сейчас нет таких расстройств, которые приводили бы к тому, чтобы пациенты проводили всю свою жизнь или значительную часть ее в психиатрических больницах.

Но надо понимать, что серьезные психические расстройства, даже если удалось купировать их острую стадию, приводят к социальной дезадаптации пациента. Он не всегда может после стационарного лечения вернуться к полноценной самостоятельной жизни. Отсюда высок процент инвалидизации людей с психическими расстройствами. Сегодня в Москве около 60 тысяч инвалидов вследствие психических заболеваний, но мы знаем, что еще столько же являются инвалидами по существу, хотя не имеют соответствующего заключения. Ведь медико-социальная экспертиза проводится только в том случае, если человек пишет соответствующее заявление, а многие наши пациенты отказываются проходить освидетельствование для определения группы инвалидности по самым разным причинам. Некоторые не понимают, что они больны настолько, что нуждаются в инвалидизации, некоторые надеются все-таки как-то устроиться в жизни и боятся, что группа инвалидности сможет стать для этого препятствием. Поэтому число нетрудоспособных пациентов – тех, кто нуждается в социальной адаптации, сегодня достаточно высоко – порядка 120 тысяч человек в Москве и около 3 млн в России. Это примерно в два раза больше, нежели инвалидов по другим нозологиям. Более того, у многих пациентов возникает синдром вращающихся дверей, когда из-за дезадаптации они все чаще и чаще возвращаются в стационар, чем еще больше усугубляется их состояние.

Учитывая эти обстоятельства, сегодня фактически идет речь о смене идеологии психиатрической помощи.

Не лекарством единым

Это тем более актуально, что, к большому сожалению, с определенного времени, когда в клинической практике появились первые психотропные препараты, подходы к лечению стали односторонне биологические. И когда мы видели действие современных препаратов, а в то время возможности лечения заболевания изменились принципиально, социальная составляющая лечения и восстановления пациента ушла на второй план. К счастью, в последние годы это положение стало меняться. Сегодня ведется работа над разработкой комплексных реабилитационных программ, которые содержат в себе все компоненты воздействия на стоящие перед пациентом проблемы. А перед нашими пациентами, особенно если речь идет об инвалидах, стоят проблемы во всех сферах жизнедеятельности – в образовательной, профессиональной, семейной и досуговой сферах. Односторонность применения лекарственной терапии подобна ситуации, когда перед пациентом открыта

только одна дверь – в специализированный стационар. Закрыты двери в образование, в профессию, в семью, в возможность творческой реализации. Это неправильно. Поэтому реабилитационная технология предполагает, что для каждого нашего пациента должны быть открыты все возможности. И в такого рода программах нет первостепенных или второстепенных элементов, все проблемы пациента равнозначно важны. Другое дело, что на разных этапах реабилитации те или иные воздействия могут занимать больший удельный вес. Поступил человек в стационар в остром психотическом состоянии, – конечно, больший удельный вес занимают биологические методы лечения, состояние его быстро улучшается, и биологические методы начинают дополняться другими методами восстановления утраченных пациентом функций.

Именно в этом направлении сегодня начинает развиваться столичная психиатрия. В системе оказания помощи психиатрическим пациентам акцент смещается на внебольничные формы его ведения. Увеличивается количество психологов, специалистов по социальной работе, специалистов по арт-терапии. Этот процесс нужно множить дальше. Сегодня как раз ключевая задача состоит в том, чтобы помощь в стационаре была подхвачена внебольничными реабилитационно-ориентированными структурами службы.

В режиме диалога

Не последнюю роль в реализации такого подхода играет так называемая общественная психиатрия. Во всем мире развивается общественное движение в психиатрии самых различных направлений деятельности. У нас, например, работает региональная общественная организация профессионалов «Клуб психиатров». Активны общественные организации, объединяющие пациентов и их семьи. Такими являются, например, общественные организации «Мы вместе» и «Семья и психическое здоровье». Их деятельность направлена на дополнение психиатрической помощи общественными инициативами. Это очень важно, потому что реабилитационный процесс максимально эффективен тогда, когда сам пациент, члены его семьи являются равноценными партнерами в нем.

Правильно найти свою нишу таким организациям непросто, и не всегда это происходит. С другой стороны, и профессиональное сообщество психиатров зачастую недооценивает возможности общественных организаций. Поэтому крайне важно активно взаимодействовать профессиональному медицинскому и пациентскому сообществам для поиска возможных точек соприкосновения и приложения совместных усилий. Именно это сейчас начинает происходить в Москве. Идет процесс взаимодополнения. Общественные организации выступают инициаторами многих важных в реабилитационном плане проектов, которые позволяют продемонстрировать возможности душевнобольных в различных областях жизни. А это очень важно, так как профессионалы часто недооценивают эти возможности и с удивлением открывают новое для себя. Особенно те специалисты, которые работают в стационарах с пациентами, находящимися в острой стадии заболевания.

Важно и то, что такого рода инициативы меняют отношение в обществе к психиатрической проблематике и самим пациентам. Здесь помощь обще-

ственных организаций неоценима, так как они имеют больше возможностей для реализации нестандартных форматов работы.

Например, «Клуб психиатров» уже 11 лет выпускает газету «Психиатрия – нить Ариадны», которая ежемесячно издается тиражом более 20 тысяч экземпляров. Газета доставляется адресно во все психиатрические организации Москвы и распространяется в 20 регионах России, а также периодическим дайджестом на английском языке отправляется в те страны, с которыми мы сотрудничаем в наших социальных проектах. Это площадка, на которой могут и встречаются и профессионалы, и пациенты, и члены их семей, и те люди, которые хотят сотрудничать в сфере психического здоровья. Мы сотрудничаем с рядом благотворительных фондов и общественных организаций, не относящихся к психиатрии, но которые также хотят быть полезными в общем деле. Примечательно, что в подготовке материалов в газету участвуют и сами пациенты. Целый ряд рубрик создается ими. Она стала для многих пациентов и семей настольным средством массовой информации, где можно ознакомиться с передовым отечественным и зарубежным реабилитационным опытом.

Такого рода просветительская работа необходима, так как мифов в отношении психиатрии и наших пациентов в общественном сознании превеликое множество.

Около десяти лет назад Научный центр психического здоровья Российской академии наук провел исследование того, что пишут в СМИ о психиатрии и какой образ психиатрического пациента складывается в общественном сознании на основе публикаций. Выяснилось, что в 80% случаев душевнобольной представлен как насильник, в 60% случаев – как человек с непредсказуемым поведением, в 40% случаев – как какой-то чудак. 10% СМИ, когда речь шла о психиатрии, высказывали «гениальную» мысль о том, что душевнобольных нужно изолировать. Это при том, что, как я уже сказал, 95% этих пациентов живут в социуме. То есть налицо отсутствие реального понимания ситуации. Мы по мере сил стараемся это положение дел менять.

Есть и другие интересные инициативы и проекты.

В Интернете работает радио «Зазеркалье», где уже более двух лет в прямом эфире каждую субботу с 15 до 16 часов идет передача, в которой участвуют исключительно душевнобольные. Это очень интересные и образованные люди, они обсуждают актуальные темы, и не только касающиеся психиатрии и имеющейся у них патологии: это и искусство, и отношения, и путешествия. Этот формат работает не только у нас в стране. Похожее радио действует в Испании, именно этот проект и стал прообразом нашего «Зазеркалья». Началось все в Аргентине, а потом распространилось в Европе. На прошлом нашем Четвертом фестивале творчества людей с особенностями психического развития «Нить Ариадны» присутствовали представители радиостанций из 14 стран.

Этот фестиваль разработан РОО «Клуб психиатров» и проходит в формате бьеннале под патронатом департаментов здравоохранения и социальной защиты населения города Москвы. В фестивале принимают участие все психиатрические учреждения города Москвы и многих регионов России. В про-

шлом году он прошел уже в четвертый раз и охватил своей программой около 7000 участников. Программа предусматривает не только творческие номинации, но и мероприятия для профессионалов, в частности научно-практическую конференцию «Арт-терапия в психиатрической практике», психогигиенический форум студентов московских вузов, круглый стол в Совете Федерации РФ.

Очень интересен и еще один проект, который мы переносим на нашу почву. Речь об Абилимпиксе – международном проекте в формате чемпионатов по профессиональному мастерству среди людей с инвалидностью. В этом году у нас пройдут уже 3-й Московский и Национальный чемпионаты. Задействованы более 60 регионов России, в том числе и Москва. Введены 64 профессиональные компетенции. Чемпионат демонстрирует уникальные профессиональные возможности людей с инвалидностью. Их часто называют неправильно «люди с ограниченными возможностями», забывая слово «здоровье». Но подобного рода фестивали и инициативы показывают, что это люди как раз с неограниченными возможностями в целом ряде областей. Именно поэтому ключевая задача психиатрической службы – максимально полно восстановить реабилитационную инфраструктуру психиатрических подразделений.

По другим критериям

Сегодня в Москве меняются подходы к определению эффективности работы не только психиатрических учреждений, но и каждого, кто работает в психиатрии. Это очень важный момент: если критерии эффективности психиатрической помощи будут правильно сформированы, а в их основу будет заложена реабилитационная идеология с конечной целью улучшения реального качества жизни и социальной интеграции людей с психическими расстройствами, то само существо психиатрической помощи изменится. Вектор реорганизации психиатрической службы направлен в эту сторону. Отдельное направление деятельности – изменение подходов работы психоневрологических интернатов. В этом направлении также делается немало сегодня. Есть и важные законодательные изменения. В России в полном объеме ратифицирована конвенция ООН по правам инвалидов и законодательно решен один из моментов этой конвенции – введена норма ограниченной дееспособности, когда суд точечно ограничивает дееспособность человека в каком-то вопросе. Это принципиальный момент для определения социального статуса многих психиатрических пациентов. И главное – в основу развития психиатрической помощи закладываются реабилитационные принципы, что как итог работает на максимально возможную интеграцию психиатрических пациентов в социум.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ 3

К восстановлению без изоляции и стигматизации 4
Костюк Г.П.

Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных в современных условиях 13
Шмуклер А.Б.

Материалы конференции «Региональный опыт модернизации психиатрических служб» 5 июня 2017 г. 19

ОТКРЫТИЕ КОНФЕРЕНЦИИ 20

Приветствие профессора Кекелидзе З.И. 20

Приветствие профессора Незнанова Н.Г. 22

Приветствие доцента Мелик-Гусейнова Д.В. 24

ИНФОРМАЦИОННОЕ СООБЩЕНИЕ 27

Оценка успехов региональных психиатрических служб при проведении всероссийского конкурса «За подвижничество в области душевного здоровья имени акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой» как стимул их дальнейшего развития 28
Ястребов В.С., Данилова С.В.

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ 31

Состояние и основные тренды развития психиатрической службы Российской Федерации 32
Кекелидзе З.И., Букреева Н.Д.

Актуальные вопросы оказания психиатрической помощи в Краснодарском крае 41
Бойко Е.О.

Опыт стандартизации реабилитационных программ в Ставропольском крае 44
Боев О.И.

Опыт реабилитационной работы в Тамбовской психиатрической больнице с пациентами, получающими длительное лечение 53
Гажа А.К.

Организация психиатрической помощи в Свердловской области 63
Сердюк О.В.

Система оказания специализированной психиатрической помощи населению Кемеровской области 73
Сорокина В.А.

Комплексное развитие психиатрической помощи населению Новосибирской области в условиях модернизации системы здравоохранения 85
Зинина А.И.

Реорганизация психиатрической службы Республики Башкортостан: от истоков до модернизации 97
Валинуров Р.Г.

Психиатрическая помощь в Москве: состояние и перспективы совершенствования 114
Костюк Г.П.

Секционные заседания 127

ВОПРОСЫ ОПЕРАЦИОННОГО УПРАВЛЕНИЯ В ПСИХИАТРИИ 127

Психиатрическая служба города Москвы: от аудита к управленческим решениям 128
Мелик-Гусейнов Д.В.

Современные технологии в управлении медицинской организацией 146
Черемин Р.А., Меркель В.А., Стародубцев С.В.

Рациональный выбор фармакотерапии в повседневной психиатрической практике: фармакоэпидемиологические и фармакоэкономические обоснования 159
Любов Е.Б.

ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ 170

Опыт применения пролонгированных антипсихотиков в амбулаторных условиях 171
Дутов В.Б.

Поддержание психического, физического и социального благополучия – основная цель пациент-ориентированных программ в психиатрии 185
Шмуклер А.Б.

Вопросы профилактики заболеваемости и восстановления психического благополучия 194

Профессиональная реабилитация психически больных 198
Шмилович А.Л.

ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СЛУЖБ 206

Проблемы финансирования субъектами Российской Федерации оказания психиатрической помощи 207
Букреева Н.Д.

Терапия депрессивных расстройств в парадигме интеграции психиатрической и общемедицинской служб 223
Усов Г.М.

Статьи из журнала «Московская медицина» 235

Участковый врач-психиатр сегодня становится ключевым звеном всей системы оказания психиатрической помощи 236
Костюк Г.П.

Развитие психиатрической службы в Москве – новые возможности 243
Мелик-Гусейнов Д.В.

О концепции развития психиатрической службы города Москвы 263
Мелик-Гусейнов Д.В., Костюк Г.П., Черемин Р.А.

Золотой стандарт психиатрии 271
Черемин Р.А.

Современные подходы к организации работы службы психиатрической помощи 274
Стародубцев С.В.

Психосоциальная терапия пациентов с расстройствами шизофренического спектра 296
Карпенко О.А.

Когда не требуется госпитализация 299
Савельев Д.В.

Риск первичных и повторных правонарушений среди людей с психическими расстройствами снижается 302
Берсенева Ю.А.

Постгоспитальный мониторинг в территориальном психиатрическом объединении ГБУЗ «ПКБ № 3 ДЗМ» 305
Савельев Д.В., Кузнецова Л.Л., Пак М.В.

Интеграция психиатрического диспансерного модуля в общемедицинскую амбулаторную службу 309
Бурыгина Л.А.

Новый формат позволит возвращать пациентов с особенностями психического состояния в общество 312
Тяжельников А.А.

Медико-психологическая реабилитация для пожилых людей с мягким когнитивным снижением 315
Савилов В.Б., Ефремова Д.Н.

Пациенто-ориентированная психиатрия 320
Шмилович А.Л.

Научно-практическая конференция

Региональный опыт модернизации психиатрических служб

5 июня 2017 года, Москва

Сборник материалов

Под редакцией профессора Г.П. Костюка
Редактор-составитель О.А. Карпенко

Оригинал-макет подготовлен в издательстве «КДУ»

Подписано в печать 04.09.2017.
Формат 70x100/16. Гарнитура «Newton». Печать цифровая. Тираж 200 экз. Заказ № Т-1781.

ООО «КДУ»: тел.: (495) 638-57-34, www.kdu.ru

ФОТОАЛЬБОМ

Открытие конференции. В президиуме (слева направо): профессор Букреева Н.Д., профессор Казаковцев Б.А., профессор Костюк Г.П., доцент Мелик-Гусейнов Д.В., профессор Кекелидзе З.И., профессор Незнанов Н.Г., профессор Ястребов В.С.

Участники пленарного заседания: главный психиатр Новосибирской области к.м.н. Зинина А.И., главный психиатр Свердловской области Сердюк О.В., главный психиатр Кемеровской области к.м.н. Сорокина В.А., главный психиатр Республики Башкортостан профессор Валинуров Р.Г.

Выступление профессора Кекелидзе З.И. на открытии конференции

Выступление профессора Незнанова Н.Г. на открытии конференции

Директор НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ Мелик-Гусейнов Д.В. произносит приветственное слово на открытии конференции

Профессор Ястребов В.С. выступает на открытии конференции

Участники пленарного заседания:
к.п.н. Гажа А.К., д.м.н. Бойко Е.О., профессор Букреева Н.Д.

Профессор Костюк Г.П. модерирует пленарное заседание

Выступление главного психиатра Ставропольского края к.м.н. Боева О.И.

Выступление главного психиатра Краснодарского края д.м.н. Бойко Е.О.

Профессор Казаковцев Б.А. комментирует выступления

Профессора Незнанов Н.Г. и Ястребов В.С.

Сотрудники информационного отдела НИИ организации здравоохранения
и медицинского менеджмента, в центре Юрченко И.Э.

Председатель Конкурсной комиссии Общественного Совета
по вопросам психического здоровья к.м.н. Данилова С.В.

Директор Московского НИИ психиатрии профессор Краснов В.Н. и директор Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева профессор Незнанов Н.Г.

Обсуждение необходимости внесения изменений в Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах

Выступление главного психиатра Республики Башкортостан профессора Валинурова Р.Г.

Профессора Казаковцев Б.А., Костюк Г.П., Хритинин Д.Ф., Краснов В.Н.

Профессор Ястребов В.С.

Профессора Казаковцев Б.А. и Костюк Г.П.

Слева направо: Юрченко И.Э., Казаковцев Б.А., Меркель В.А., Костюк Г.П., Бойко Е.О., Незнанов Н.Г., Ястребов В.С., Боев О.И.

Член-корр. РАН, профессор кафедры «Психиатрия и наркология» ПМГМУ им. И.М. Сеченова Хритинин Д.Ф.

Данилова С.В. и Сорокина В.А.

Заведующий МРО ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ» к.м.н. Шмилович А.Л.
и заведующий отделом эвакуации ГБУЗ «ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского ДЗМ»
заслуженный врач России Рубашов М.С.

Главный психиатр Тамбовской области к.п.н. Гажа А.К. и профессор Ястребов В.С.

Данилова С.В. и Зинина А.И.

Главный врач ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» Минздрава Краснодарского края Бойко Е.О. и заместитель главного врача по амбулаторно-поликлиническому разделу работы Мкртчян Г.Х.

Участники конференции в перерыве

научно-практическая конференция
Региональный опыт
модернизации психиатрических служб
Сертификат участника

МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА
ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ
1 от первого лица
2 КОНЦЕПЦИЯ
3 ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ
4 ОСОБЫЙ ВЗГЛЯД
5 КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Заведующие филиалами ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ» ПНД № 7
к.м.н. Белова М.А. и ПНД № 16 Зязин Ю.И.

Костюк Г.П. и Мелик-Гусейнов Д.В. на круглом столе
по вопросам операционного управления в психиатрии

Меркель В.А. и Боев О.И.

Д.м.н. Андрющенко А.В.

Д.п.н., профессор, заведующая лабораторией клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии Холмогорова А.Б.

Д.м.н., профессор, руководитель отдела психотерапии и консультативной психиатрии Московского НИИ психиатрии Бобров А.Е.

Казаковцев Б.А., Букреева Н.Д., Сердюк О.В. на круглом столе
«Вопросы развития психиатрических служб»

Главный психиатр Ленинградской области Лупинов И.В.

Участники круглого стола

К.м.н. Шмилович А.Л., профессор Шмуклер А.Б., к.м.н. Дутов В.Б. на круглом столе
по вопросам профилактики заболеваемости и восстановления психического благополучия

Д.м.н., заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова Шмилович А.А.

Дутов В.Б. обменивается контактами с коллегами