

Реформирование психиатрической службы. Опыт США и Европы

(обзор)

Реформы в психиатрии в США и Европе

- предпосылки
- сущность реформ
- проблемы на пути их реализации
- результаты реформ
- планы на будущее

Англия, США, Канада, Германия, Италия; 50-е годы XX века

- Началось антипсихиатрическое движение, были проведены экспертные проверки психиатрической службы, которые сделали достоянием гласности случаи злоупотреблений в психиатрии и пренебрежения правами пациентов
- Это способствовало формированию негативного отношения к стационарному лечению психически больных

ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ

замена длительного пребывания в психиатрической больнице кратковременными, менее изолирующими методами оказания медицинской помощи психически больным людям по месту жительства

Деинституционализация психически больных

- перевод пациентов, живущих в психиатрических больницах, на альтернативные виды помощи по месту жительства
- предотвращение возможных случаев поступления в стационар и направление их в различные альтернативные службы
- развитие специальных служб для оказания помощи группе больных психиатрического профиля

**Стремления к
деинституционализации**

The diagram features a central orange rounded rectangle with the text 'Стремления к деинституционализации'. Two vertical lines extend upwards from the top corners of this rectangle to a larger, empty white rounded rectangle. Two vertical lines extend downwards from the bottom corners of the central rectangle to two separate orange rounded rectangles below. A horizontal purple line passes through the center of the diagram, intersecting the central rectangle and extending to the left and right edges. A horizontal grey bar is positioned to the right of the central rectangle, overlapping the purple line.

Идеалистические

Прагматические

Стремления к деинституционализации

Идеалистические

1. Внебольничная медицинская помощь будет гораздо гуманнее, чем стационарная
2. Она будет более эффективной, чем помощь в больнице

Прагматические

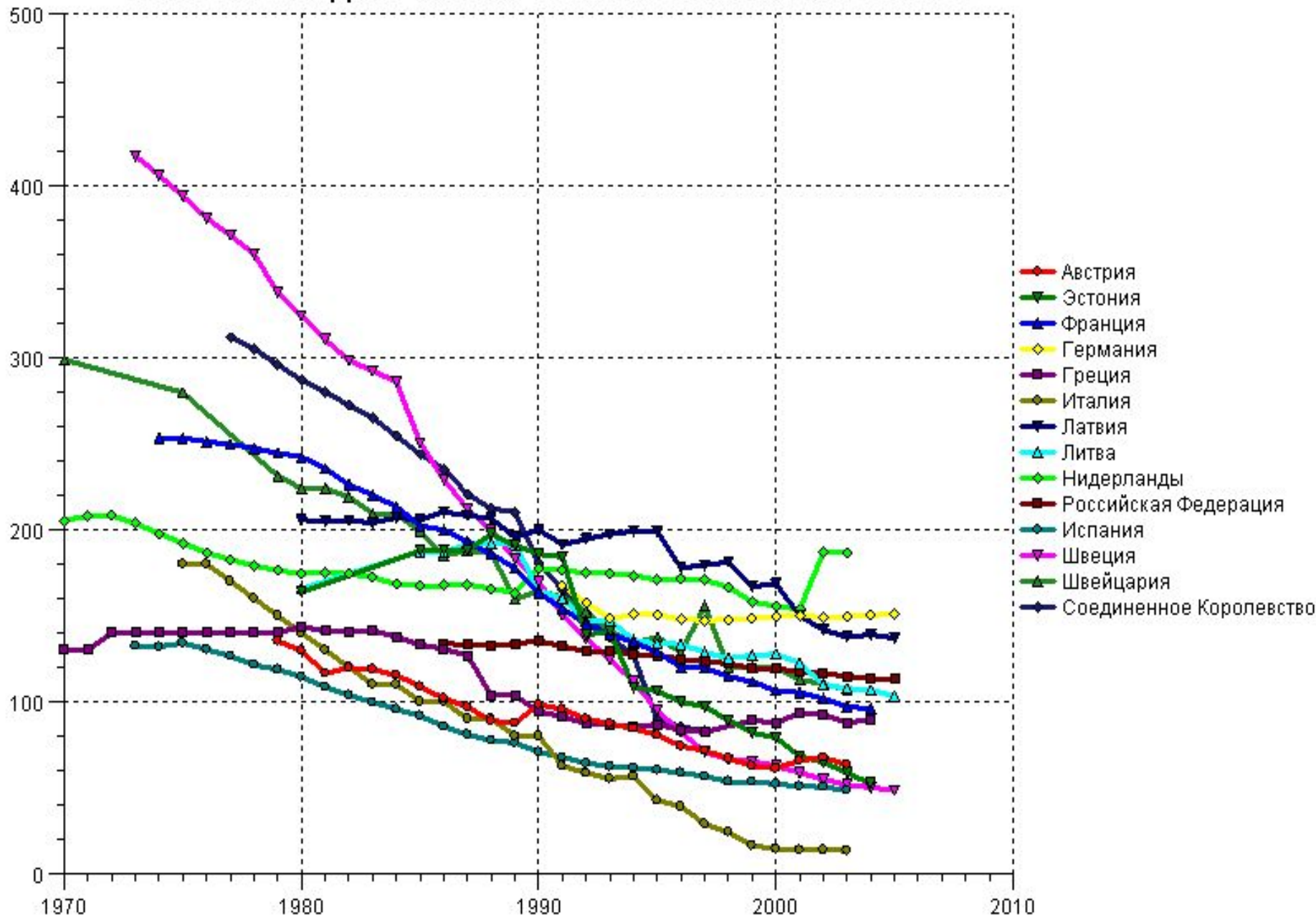
1. Снижение расходов на психиатрическую помощь
2. Эффективность затрат на внебольничную помощь будет выше, чем эффективность затрат на стационарную помощь

Масштабы деинституционализации в США

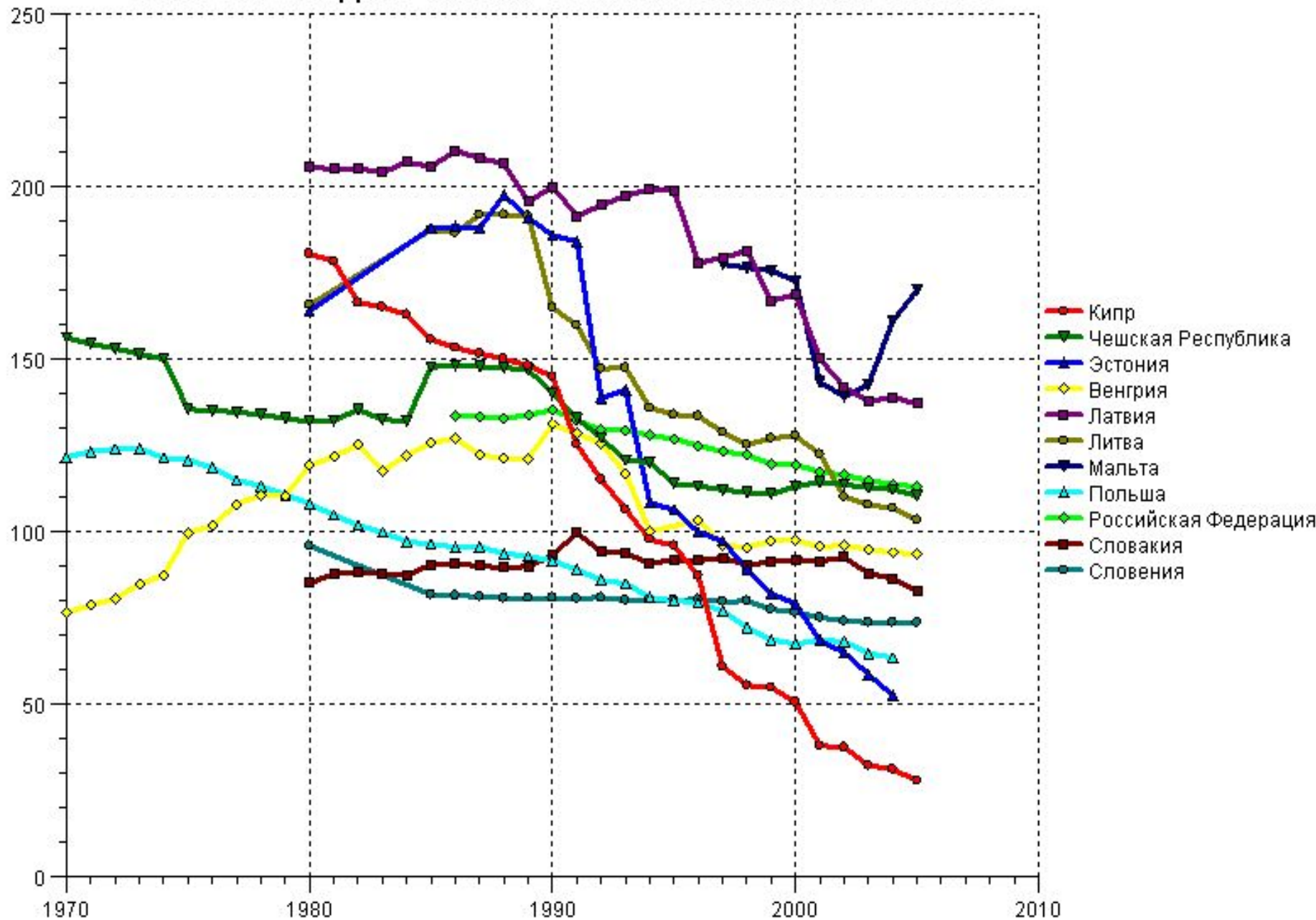
	<i>Численность населения США</i>	<i>Количество пациентов в психиатрических клиниках</i>
1955	165 млн чел.	559 000
1998	275 млн чел.	57 151

Количество коек сократилось с 339 на 100 тыс. населения до 21 на 100 тыс. населения

Число коек для психических больных/100000



Число коек для психических больных/100000



Деинституционализация психически больных

- перевод пациентов, живущих в психиатрических больницах, на альтернативные виды помощи по месту жительства
- предотвращение возможных случаев поступления в стационар и направление их в различные альтернативные службы
- развитие специальных служб для оказания помощи группе больных психиатрического профиля

Проблемы деинституционализации в США вследствие радикальных реформ

- Новое поколение лиц с тяжелыми психическими заболеваниями
- Бездомные психически больные
- Увеличение числа психически больных в тюрьмах

Новое поколение лиц с психическими заболеваниями

- Отрицание своего заболевания и необходимости лечиться
- Отказ от приема психотропных лекарственных препаратов
- Бунт против ярлыка «психиатрический пациент»
- Склонность к употреблению психоактивных веществ

Бездомные психически больные

- уязвимость относительно выселения их из квартир
- неспособность справиться с трудными или даже с обычными ситуациями, возникающими между квартиросъемщиком и собственником жилья
- уход из семьи или пансиона, желание иметь больше свободы, доступа к алкоголю, наркотикам

Увеличение числа психически больных в тюрьмах

- перемещение психически больных, нуждающихся в лечении, в систему уголовного судопроизводства, а не направление их в систему психиатрической помощи
- трудности, с которыми сталкиваются освобождающиеся из системы уголовного судопроизводства психически больные
- уменьшение доступности психиатрической помощи (система уголовного судопроизводства заняла место психиатрических больниц и стала системой, которая не может сказать “нет”)

«К 1960-м годам лечение психических заболеваний стало проводиться преимущественно амбулаторно. Превалировало наивное допущение об увеличении податливости лечению больных в менее ограничивающей среде амбулаторий. К 1990-м годам большинство государственных психиатрических больниц было или закрыто, или ограничено в своих возможностях. Многие доказывали, что стационарная помощь была чересчур дорогостоящей. Это изменение в практике психиатрического здравоохранения породило увеличение бездомного населения. Сейчас психически больные люди скитаются по улицам, спят на кладбищах, моются в общественных местах и проводят свои дни в общественных библиотеках или в общественных парках, в зависимости от погоды. Многие слишком больны, чтобы сделать ответственный выбор в отношении лечения. У многих нет необходимых средств, чтобы обратиться за благотворительностью или психиатрической помощью. Многие заканчивают свою жизнь в приютах, которые могут предложить лишь временное убежище, или в тюрьмах, часто предоставляющих постоянное жилье».

D. Nemet, USA, 2003

Результаты реформы

- В районах, где были одновременно внедрены в жизнь все ее три компонента, лица, страдающие психическим заболеванием, чаще всего получали пользу
- Многие больные выражали удовлетворенность условиями своей жизни в противоположность условиям внутри психиатрических больниц
- Фактически некоторые пациенты, несмотря на болезнь, в какой-то степени ощутили «нормализацию» своей повседневной деятельности

Анализ закрытия двух психиатрических больниц Великобритании



Анализ закрытия двух психиатрических больниц Великобритании (данные через год)



Результаты исследования TAPS

(+) улучшение, (-) ухудшение, (=) без изменений

	Через год	Через 5 лет
Бред и галлюцинации	=	=
Негативные симптомы	+	+
Тревога	-	=
Социальное поведение	+	=/+
Бытовые навыки	+	+
Соблюдение графика приема лекарственных препаратов	+	+
Ограничение степени свободы в повседневной жизни	+	+
Соматическое здоровье	=/ -	-
Число друзей	+	+

Стоимость реабилитационных мероприятий

(Исследование TAPS)

- С каждым годом затраты на каждого пациента увеличиваются, особенно в когортах, сформированных из больных, выписанных позже
- В первые годы были выписаны преимущественно пациенты, реабилитация которых представлялась наименее проблематичной: у них отсутствовали нарушения социального поведения, они были не опасны для себя и окружающих
- С ускорением процесса выписки возникла необходимость в более интенсивной реабилитации пациентов, которая потребовала создание структур с многочисленным персоналом

ВЫВОД:

Альтернативные формы обслуживания пациентов **не имеют экономической выгоды** по сравнению с длительным лечением в стационаре, однако они **дают лучшие результаты качества жизни** пациентов в отдаленном периоде

Уроки, усвоенные из деинституционализации

- необходимость придерживаться **биопсихосоциального** подхода, в соответствии с которым на жизнь психически больных влияют взаимодействующие биологические, психологические и социологические события
- перемещение акцентов на **реабилитацию и потребности** индивида
- необходимость **доступа к стационарной помощи**, оказываемой в течение необходимого времени всем нуждающимся в ней
- участие лиц с тяжелыми психическими заболеваниями в **планировании** помощи
- **гибкость** системы помощи
- **непрерывность** психиатрической помощи в сообществе

Экспериментальная группа
(активная психосоциальная
поддержка)

Контрольная группа
(обычная помощь)

в течение 14 месяцев

6 % пациентов
госпитализированы в
стационар

58% пациентов
госпитализированы в
стационар

Окончание исследования (обычная помощь)
через 28 месяцев

Различий не выявлено

ВЫВОД:

Только **непрерывная,**
интенсивная и длительная
программа внебольничной
психиатрической помощи может
сделать больных с тяжелыми и
хроническими психическими
расстройствами независимыми от
психиатрической больницы

Важный положительный момент деинституционализации

Создание многочисленных форм оказания внебольничной психиатрической помощи, начиная от делегирования функций оказания психиатрической помощи первичному звену и заканчивая формированием высокоспециализированных служб

Уровни оказания внебольничной психиатрической помощи

- **Первый уровень.**

Предполагает организацию и совершенствование психиатрической помощи на уровне первичного медицинского обслуживания, используя специализированную помощь по необходимости

Оказание услуг на уровне первичной медико-санитарной помощи

- Выявление психических расстройств
- Проведение базовых медикаментозных и психотерапевтических вмешательств
- Предупреждение психических расстройств и укрепление психического здоровья
- Направление пациентов со сложными заболеваниями в специализированные службы охраны психического здоровья
- Проведение санитарно-просветительной работы на уровне семей и местных сообществ
- Оказание помощи в кризисных ситуациях
- Сотрудничество с другими отраслями и секторами

Ключевые навыки и умения врачей первичного звена для оказания услуг

- диагностика и лечение психических расстройств;
- консультативная помощь, оказание поддержки и повышение информированности людей по вопросам психического здоровья;
- отстаивание интересов пациентов;
- вмешательства в случаях кризисов.

Уровни оказания внебольничной психиатрической помощи

- **Первый уровень.**

Предполагает организацию и совершенствование психиатрической помощи на уровне первичного медицинского обслуживания, используя специализированную помощь по необходимости.

- **Второй уровень**

В дополнение к первому создавать дополнительные службы психиатрической помощи в рамках системы здравоохранения.

Дополнительные службы психиатрической помощи

- амбулаторные клиники;
- патронажные психиатрические бригады;
- психиатрические больницы;
- местные стационары длительного пребывания;
- службы охраны психического здоровья трудящихся

Предлагается организация специализированных отделений в больницах общего профиля

Уровни оказания внебольничной психиатрической помощи

■ **Первый уровень.**

Предполагает организацию и совершенствование психиатрической помощи на уровне первичного медицинского обслуживания, используя специализированную помощь по необходимости.

■ **Второй уровень**

В дополнение к первому создавать дополнительные службы психиатрической помощи в рамках системы здравоохранения: амбулаторные клиники; патронажные психиатрические бригады; психиатрические больницы; местные стационары длительного пребывания; службы охраны психического здоровья трудящихся.

■ **Третий уровень**

В дополнение к вышеперечисленному создаются: высокоспециализированные службы психиатрической помощи (патронажные и кризисные службы, бригады неотложной помощи, службы активной психиатрической помощи по месту жительства)

Ассертивное (комплексное) лечение по месту жительства

Модель оказания **комплексной**
внебольничной психиатрической помощи
лицам с тяжелыми психическими
заболеваниями, их поддержки и
реабилитации.

Ассертивную помощь по месту жительства
иногда называют **обучением жизни** вне
больницы, программой ассертивной
внебольничной помощи, бригадами
непрерывного лечения и интенсивной
психиатрической внебольничной помощью

Ассертивное лечение по месту жительства

- подходит для лиц с наиболее терапевтически резистентной симптоматикой тяжелых психических заболеваний и с наиболее выраженными функциональными нарушениями
- они интенсивно пользуются стационарной психиатрической помощью, и их жизнь имеет крайне низкое качество
- ассертивное лечение по месту жительства стоит не дороже, чем другие виды медицинской помощи по месту жительства, но в большей степени удовлетворяет пациентов и членов их семей

Виды помощи, оказываемой членами бригады ассертивной внебольничной терапии

- Реабилитационный подход к навыкам повседневной жизни
- Покупка бакалейно-гастрономических продуктов и приготовление пищи.
- Покупка одежды и уход за ней.
- Пользование транспортом.
- Помощь в формировании навыков общения и семейных отношений.
- Вовлечение семьи
- Умение справляться с кризисным состоянием.
- Психологическое консультирование и психиатрическое просвещение членов семьи и дальних родственников.
- Координация совместной работы с организациями, оказывающими помощь семьям.
- Благоприятные возможности для трудоустройства
- Помощь в поиске добровольной и профессиональной работы.
- Установление связей с работодателями и просветительская работа с ними.
- Работа в качестве наставников для пользователей.
- Помощь в оформлении документов.
- Сопровождение пациентов в службы, предоставляющие льготы.
- Умение правильно пользоваться продовольственными талонами.
- Помощь при переосвидетельствовании для получения пособий.
- Меры по сохранению здоровья
- Санитарно-просветительская профилактическая работа.
- Проведение медицинских осмотров.
- Составление графика поддерживающей патронажной работы.
- Установление связей для оказания неотложной медицинской помощи.

Рамка 3. Службы активной психиатрической помощи по месту жительства

Характеристика

- Невысокая нагрузка на специалистов (в среднем на 10 сотрудников службы приходится 100 больных).
- Непрерывное (круглосуточное, без выходных) наблюдение за больным.
- При необходимости — ежедневная выдача лекарственных средств.
- У больного остается возможность перейти на менее строгий режим ведения.
- Комплексный подход — в ведении каждого больного участвуют несколько специалистов (психиатры, медицинские сестры и другие).
- Служба управляет или напрямую распоряжается средствами больного.
- 80% услуг больной получает по месту жительства.

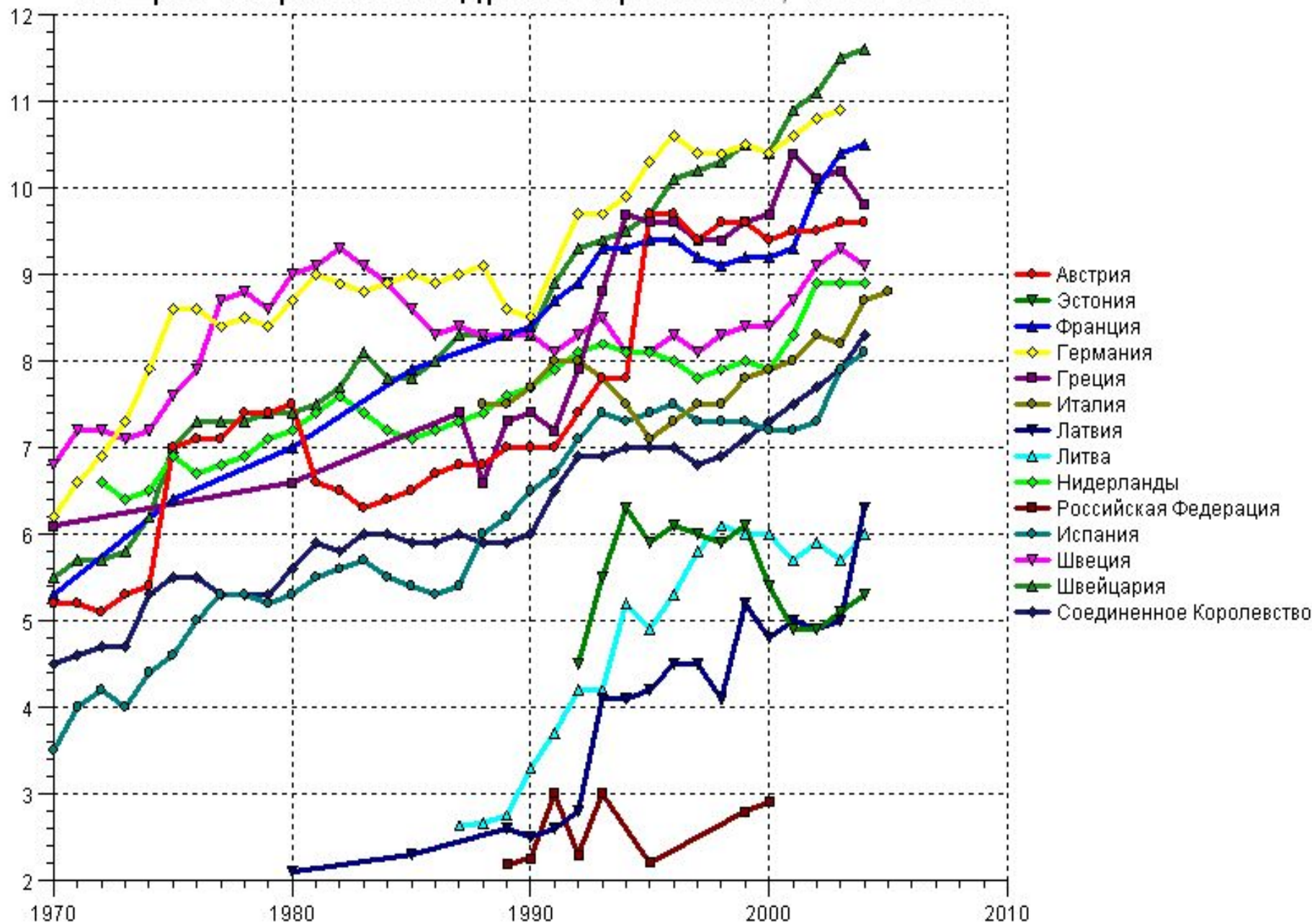
Эффективность

- Число и длительность госпитализаций больных с тяжелыми психозами сокращается, однако общие затраты на лечение не снижаются.
- Налаживается быт и профессиональная деятельность больных.
- Возрастает удовлетворенность больных.
- В районах, где население уже обеспечено непрерывной и согласованной психиатрической помощью, значительных преимуществ нет.

Число служб на уровне общины на 4 млн. населения (Италия)

- 145 центров охраны психического здоровья,
- 48 центров дневного пребывания или реабилитационных центров,
- 12 палат для пациентов с психическими заболеваниями в больницах общего профиля,
- 3 университетские психиатрические клиники,
- 24 общежития со штатом сотрудников и 123 квартиры с системой наблюдения,
- 7 частных психиатрических клиник

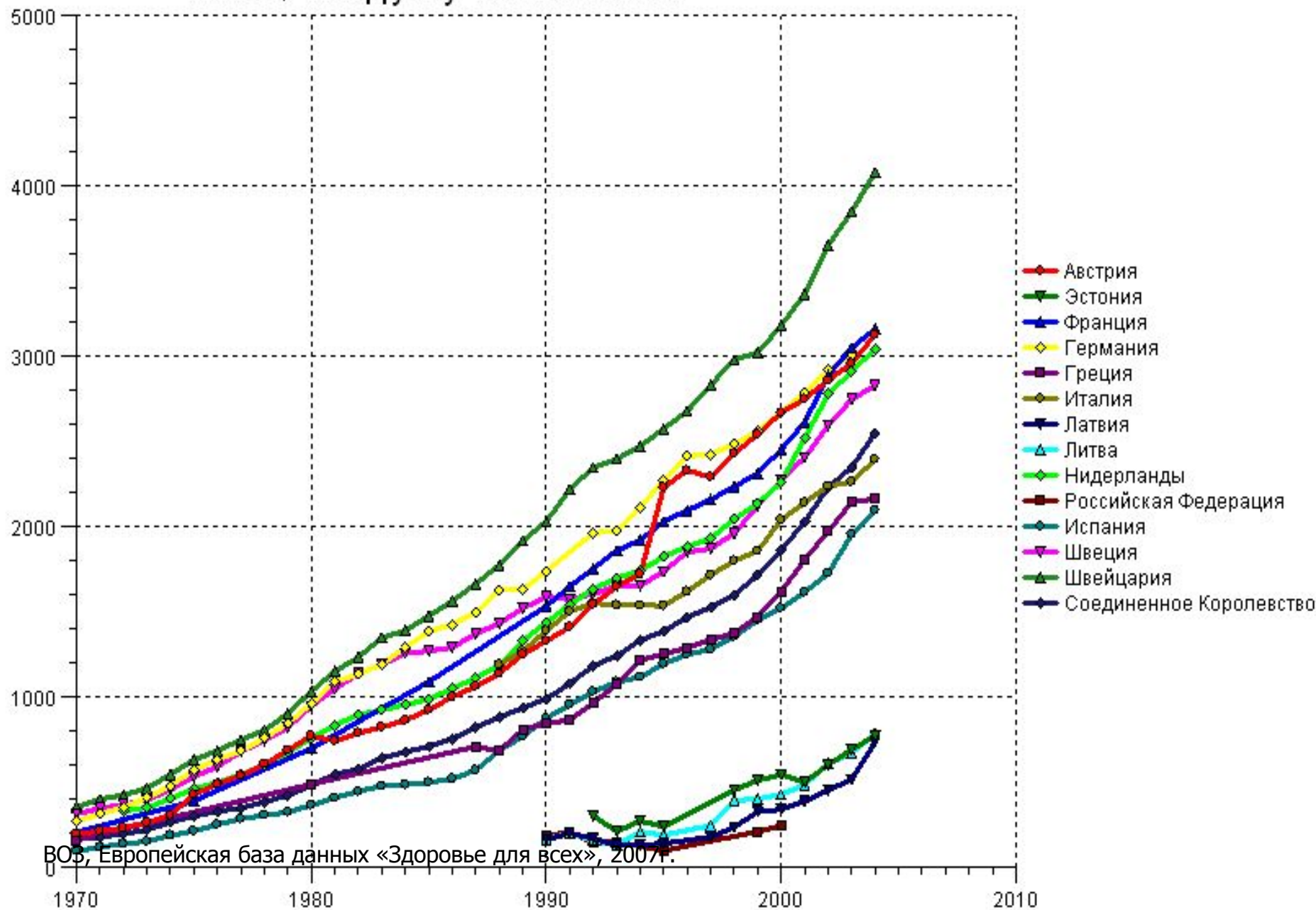
Общие затраты на здравоохранение, % от ВВП



По выводам ВОЗ, при условиях, когда расходы на здравоохранение составляют менее 5% ВВП, система здравоохранения не способна выполнять свои функции

- США – 16% ВВП
- Германия, Швейцария, Франция, Греция – > 10% ВВП
- Россия – 2,7% ВВП

Общие затраты на здравоохранение, ППС\$ на душу населения



Ранжирование стран по показателям расходов и результатов деятельности здравоохранения, по оценке ВОЗ (ранги от 1 до 191)

Страны	Размер расходов на здравоохранение на одного жителя (в долл. США) по паритету покупательной способности	Относительные показатели результативности систем здравоохранения	
		Показатели здоровья населения	Интегральный показатель деятельности системы здравоохранения
США	1	72	37
Швейцария	2	26	20
Германия	3	41	25
Франция	4	4	1
Италия	11	3	2
Япония	13	9	10
Великобритания	26	24	18
Чехия	40	81	48
Польша	58	89	50
Эстония	60	115	77
Литва	71	93	73
Россия	75	127	130
Болгария	96	92	102
Румыния	107	130	160

Рамка 2. Организация психиатрической помощи в зависимости от уровня финансирования

Низкий уровень. Организовывать и совершенствовать психиатрическую помощь на уровне первичного медицинского обслуживания, используя специализированную помощь по необходимости.

Средний уровень. В дополнение к описанным выше мерам — создать: (1) амбулаторные клиники; (2) патронажные психиатрические бригады; (3) психиатрические больницы; (4) местные стационары длительного пребывания; (5) службы охраны психического здоровья трудящихся.

Высокий уровень. В дополнение к описанным выше мерам — развивать высокоспециализированные службы: специализированные амбулаторные клиники и патронажные психиатрические бригады, службы активной психиатрической помощи по месту жительства, профильные стационары длительного пребывания и службы профессиональной реабилитации.

Источник: Thornicroft & Tansella, 2003.

Общий принцип организации психиатрической помощи в зависимости от уровня финансирования

чем выше уровень
финансирования, тем более
разветвленной и многообразной
должна быть структура
психиатрической помощи

Выводы:

- Деинституционализация, начавшись в середине прошлого века в США, чуть позднее произошла в Западной Европе, последнее десятилетие проходит в странах Восточной и Центральной Европы, в стадии становления – в бывших республиках СССР, России.
- Результатом деинституционализации явилось масштабное изменение подхода к каждому психически больному человеку в соответствии с только ему присущими потребностями и чаяниями.
- Деинституционализация – процесс, касающийся не только сокращения психиатрических коек, а предполагающий развитие широкой сети внебольничной помощи.
- Надежды политиков и экономистов о сокращении расходов на финансирование психиатрической службы в результате реформ не оправдались.

Выводы:

- Следует учесть опыт и ошибки проведения деинституционализации в США и Западной Европе.
- В переходном периоде финансировать требуется как существующие учреждения, так и новые службы.
- При низком уровне финансирования психиатрической службы развитие внебольничной помощи среднего и высокого уровня нецелесообразно.
- Для плавного и менее болезненного осуществления реформ необходимо тщательное планирование и адекватное их финансирование.