

Оценка пользователей – вневедомственный регулятор качества психиатрической помощи

О. В. Лиманкин

Санкт-Петербургское ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П. П. Кащенко»

Резюме. В статье рассматриваются вопросы использования оценки пользователей психиатрической помощи в качестве вневедомственного регулятора ее качества. Анализируется процесс эволюции роли пользователя в системе психиатрической помощи. Приводятся данные отечественных исследований, мнения пользователей психиатрических служб.

Ключевые слова: оценка пользователей психиатрической помощи, качество психиатрической помощи, опросы пользователей психиатрических служб.

Users' Assessment: an Extra-departmental Quality Regulator of Mental Health Care

O. V. Limankin

P. P. Kaschenko 1-st Saint Petersburg City Mental Hospital

Summary. The article considers issues relating to the application of users' assessment of mental health care as an extra-departmental quality regulator. It analyzes the evolution of the role of the user in the system of psychiatric care. The data is provided on the Russian studies of the opinions of the users of psychiatric services.

Key words: mental health care users' quality assessment, mental health care quality, mental health users' opinion polling

1. Эволюция роли пользователя в системе психиатрической помощи.

В прошлом пользователи психиатрической помощи – пациенты и их родственники всегда рассматривались как пассивные участники в процессе ее оказания [23]. На системном уровне в области охраны психического здоровья ее организационная структура, политика и приоритеты в финансировании – все это формировалось, исходя из традиционных представлений о некомпетентности пользователей услуг, главенстве знания профессионалов и ведущей роли институциональных форм помощи. Результатом этого, как указывает П. Дж. Карлинг [8], в частности, было то, что большая часть средств в психиатрических службах отпускалась на формирование крупных институциональных учреждений и собственных программ.

Качество психиатрической, как и любой другой медицинской помощи, традиционно оценивается системой различных медико-статистических показателей, которые стали основой для введения клиничко-статистических стандартов. Однако показатели и стандарты, по мнению А. Ю. Сосновского [28], не могут охватить всех аспектов деятельности служб, и даже при соблюдении всех стандартов качество помощи может оказаться совершенно неприемлемым из-за того, что пациенты неудовлетворены отдельными сторонами ее оказания. И. А. Былим и Е. Б. Любов [3] полагают, что об этом косвенно могут свидетельствовать такие обычно неучитываемые показатели, как снижение охвата психиатрической помощью населения при

неизменной или растущей зарегистрированной болезненности или доля «отсева» по выписке из психиатрических больниц.

Профессионалы и пользователи нередко придерживаются почти диаметрально противоположных мнений относительно предпочтительности тех или иных сторон оказания помощи. Так, L. Daniels и P. J. Carling [45], изучавшие вопрос о потребности пациентов в жилье и социальной поддержке, установили, что профессионалы отдавали предпочтение дорогостоящим программам с групповым проживанием больных и значительным числом медицинского персонала, в то время как пользователи – обычному жилью с небольшим числом совместно проживающих и гибкой системой медико-социальной поддержки. Аналогичные данные приводит В. Н. Tanzman [56].

Проведенные G. Thornicroft и соавт. [57] исследования мнений пользователей о службах психического здоровья показали, что большинство из них достаточно критично относятся к предлагаемым институциональным формам помощи и считают невозможным улучшение работы служб без распределения пациентов в общинах, целью которого является удовлетворение их базовых потребностей.

Е. Б. Любов и соавт. [15] отмечают, что до настоящего времени перспектива пациента мало учитывается в прогнозе взаимосвязанных факторов регоспитализации, соблюдения лекарственного режима, действенности терапевтического союза с врачом (междисциплинарной бригадой), отношений с семьей, клиничко-социальных результатов терапии. Шкалы оценки симптомов, нежелатель-

ных действий, социального функционирования и качества жизни разработаны без участия пациентов и более учитывают «объективизированное» мнение специалистов. В результате пациенты и специалисты по-разному оценивают лечение в связи с приоритетами жизненных целей и потребностей.

Многие исследователи, отмечая различия между пользователями и профессионалами в отношении целей и оценок лечения и реабилитации, указывают, что оказание помощи, проведение реабилитационных мероприятий затруднены при отсутствии вовлеченности пациента в сам процесс и в тех случаях, когда оценка помощи не включает, наряду с мнением специалистов, оценку пациентов [36, 37, 41, 46, 51].

В. Saraceno [54] полагает, что системы, в которых преобладает патерналистский механизм, как правило, в целом оказывают худшего качества, чем те, в которых преобладает понимание пациента. Он, однако, делает важное уточнение: к проблеме качества помощи относится приоритет потребностей пациента, а не потребителей.

Спектр потребностей пациентов указывает актуальные направления психосоциальной работы, формулирование индивидуального плана реабилитации; поэтому, как полагают Е. Б. Любов и соавт. [15], оценку потребностей и удовлетворенности пациентов и их близких следует внедрять в процесс планирования, равно как и многоуровневую оценку результатов новых форм лечебно-реабилитационной помощи и совершенствования «типовых» служб. Аналогичного мнения придерживается Н. Д. Букреева [4], подчеркивая, что основной высокой качества региональных программ развития психиатрической помощи должно быть использование системного подхода, включающего, в том числе, и выявление потребности населения в тех или иных видах помощи для наиболее полного их удовлетворения.

Н. Б. Левина и Е. Б. Любов [11] полагают, что оценка психиатрической помощи пациентами и их близкими дополняет и уточняет медико-статистические показатели психиатрических служб. При этом они отмечают следующее:

- а) положительные изменения в психиатрической службе в ряде случаев не зависят от финансирования и не требуют существенных затрат, а лишь связаны с ролевым поведением персонала;
- б) пользователи помощи нуждаются в обучении равноправному партнерству;
- в) динамический контроль с помощью репрезентативных опросов служит интегративным показателем сравнительной оценки однотипных психиатрических учреждений.

Актуальность получения оценки пациентами медицинской помощи возросла после принятия Алма-Атинской декларации ВОЗ, а в психиатрии – после принятия Гавайской декларации Всемирной психиатрической ассоциации, утверждения первого этического кодекса психиатрии с провозглашением партнерских отношений с пациентом в процессе оказания психиатрической помощи [48].

И. А. Былим и Е. Б. Любов [3] выделяют предпосылки формирования нового взгляда на роль оценки пациентом качества предоставляемой ему помощи:

1. Изменение организационной и общественной перспективы помощи. Поскольку основной целью современных внебольничных программ является не традиционная для психиатрии профилактика рецидивов и поддержка инвалидов, а клиничко-социальное восстановление, психиатрические службы обращаются к личностным ценностям и предпочтениям больного.

2. Внедрение научно-доказательного подхода в психиатрии, объединяющего позиции пациентов, их близких и профессионалов для целостной оценки эффективности новых форм помощи. В качестве примера приводится программа «Cochrane» [50]: врачи и организаторы здравоохранения с учетом мнения пользователей определяют наиболее эффективные формы лечения; добиваются того, чтобы эффективные методы стали общедоступны; своевременно осуществляют вмешательство; проводят лечение в условиях, в которых терапия наиболее эффективна. В результате инновационные технологии становятся доступны и наиболее «дружественны» для пациентов.

3. Расширение движения защиты прав пациентов и их родственников.

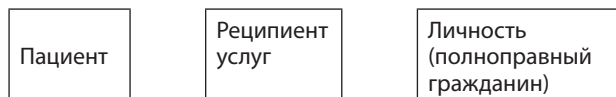
4. Возрастание роли обществ самозащиты пользователей как важного элемента в модели общественно ориентированной психиатрической помощи.

Следует принимать во внимание и Международный стандарт ISO/DIS 26000 «Социальная ответственность», согласно которому уже достигнут международный консенсус и принятие которого ожидается в ближайшее время в России. Под социальной ответственностью (Social responsibility) понимается ответственность организации за влияние ее решений и деятельности на общество и окружающую среду через прозрачное и этическое поведение, которое содействует устойчивому развитию, включая здоровье и благосостояние общества, учитывает ожидания заинтересованных сторон. В соответствии с этим, вся деятельность учреждений здравоохранения в целом, каждого его структурного подразделения, а также внешние связи с пользователями – пациентами должны отвечать международным нормам социальной ответственности. Это включает такие элементы, как соблюдение прав человека, право на получение информации о заболевании и оказании помощи, а также учет мнения пользователей помощи о ее качестве [9].

Исследователи полагают, что в конце 20 века психиатрия оказалась в центре своеобразного парадигмального конфликта. От эры институционально ориентированного, сфокусированного на специализированных учреждениях мышления, в свете которого пациенты воспринимались исключительно с точки зрения их болезни, мы перешли к новой позиции. Первоначально, как указывают J. E. Turner и W. J. Ten Hoor [58], к рассмотрению

пациентов как «несостоятельных» реципиентов услуг, нуждающихся во всесторонней поддержке, а затем — к пониманию того, что любой психически больной является гражданином, которому выпала судьба стать инвалидом, но который, по мнению P. J. Carling [42] и S. F. Wilson S. F. [59], имеет такие же права на интеграцию в социум, как и все остальные.

Рассуждая об этой коллизии, П. Дж. Карлинг [8] предлагает схему эволюции роли пользователя (человека с психическим расстройством) в системе психиатрической помощи:



В настоящее время во всех т.н. развитых странах утверждается холистический подход в оказании психиатрической помощи, что предполагает и вовлечение в лечебно-реабилитационный процесс пользователей помощи [35]. В связи с этим для оценки качества помощи используются не только основанные на доказательствах стандарты помощи, но и мнение пользователей, рассматриваемое как легитимный, важный и достоверный критерий, а также результаты обсуждения программ развития психиатрической помощи в согласительных группах пользователей и оказывающих помощь профессионалов [31, 39, 49, 53].

II. Проблемы получения оценки пользователей

Раньше врачи по традиции считали, что для определения их квалификации достаточно проверить, воздействует ли назначенное ими лечение на симптоматику. Многие из них до сих пор не могут согласиться с тем, что мнение пользователей служб может быть надежной основой для суждения о результатах помощи и что оценка их труда, их квалификации должна зависеть от того, чувствует ли пациент пользу от получаемой помощи [44, 52].

Причиной недостаточного привлечения больных и их родственников к оценке качества психиатрической помощи Т. А. Солохина [23] считает преобладание патерналистского подхода, в рамках которого организация помощи, весь лечебно-диагностический процесс строятся исключительно с участием специалистов, но без учета мнения пользователей. Как указывают И. А. Былим и Е. Б. Любов [3], сама постановка вопроса для профессионалов, пациентов и их близких непривычна и представляется излишней. По данным В. Н. Краснова и соавт. [22], лишь 5% руководителей психиатрических служб готовы оценивать качество психиатрической помощи с привлечением пользователей.

Настороженное отношение к учету мнения пользователей как методу оценки качества психиатрической помощи объясняется и рядом объективных причин.

«Компетенция» пользователей.

В традиционной «медицинской» модели подразумевалось, что люди с психическим заболеванием настолько фактически недееспособны, что профессионалы должны постоянно нести ответственность за контроль над всеми ключевыми решениями, влияющими на жизнь пациентов. Исходя из этого, как указывает П. Дж. Карлинг [8], решался и вопрос о том, кто должен контролировать ресурсы служб, и вопрос о том, насколько пациенты сами готовы пользоваться предоставляемыми им услугами.

В. Энтони и соавт. [33] отмечают, что многие профессионалы, выражая сомнение в том, что планирование системы психиатрической помощи должно ориентироваться на цели, диктуемые пользователями, заявляют, что сосредотачиваться на целях больных нерационально, т.к. они мало мотивированы и нереалистичны ввиду ограниченности ресурсов.

Как указывает А. Ю. Сосновский [28], пользователи служб охраны психического здоровья являются психически больными людьми, и особенность болезни может сказаться на оценке своего состояния и на отношении пациентов к самому факту психиатрического вмешательства в их жизнь. Исследователи сообщают о методологических трудностях при оценке удовлетворенности помощью лиц, страдающих психическими расстройствами, вызванных тем, что особенности реагирования пациентов, связанные с болезнью, могут приводить к искажению результатов опросов. В этой связи N. Eastman [47] задается вопросом: в какой степени пользователя помощи можно или следует считать потребителем? Способен ли исполнять роль потребителя пользователь службы, у которого вследствие психического расстройства нарушено критическое отношение к своему заболеванию? .

M. R. Cohen и W. A. Anthony [43], N. Eastman [47] высказывают мнение о том, что психиатрия имеет двойственное назначение, предусматривающее необходимость соблюдения баланса между потребностями пользователей и ответственностью перед обществом в целом. Следовательно, необходимо учитывать не только мнения и пожелания пользователей, но и цели и интересы других слоев общества – профессионалов, ближайшего окружения, соседей, сослуживцев, профсоюзов и т.д.

В связи с тем, что при опросе пациентов невозможно исключить неадекватность их суждений, M. Bekker и соавт. [38] считают, что субъективные оценки пациентов необходимо дополнять оценками членов их семей, ближайшего окружения и специалистов. Аналогичное мнение высказывает Т.А. Солохина [23], полагая, что многолетнее наблюдение пациентов в ПНД и неоднократные госпитализации определяют тот факт, что родственники больных имеют большой опыт взаимодействия с психиатрической службой на протяжении длительного времени и могут составить обоснованное мнение о качестве психиатрической помощи.

По мнению М. Crawford [44], группа пациентов, чья возможность полностью участвовать в оценке качества помощи и в принятии решений относительно развития тех или иных ее сторон снижена из-за фактической недееспособности, относительно невелика. Как считает автор, нет ни одного аргумента, который мог бы служить препятствием для все более широкого участия пользователей в совершенствовании помощи и оценке ее качества. С этим мнением солидарны В. Энтони и соавт. [33], П. Дж. Карлинг [8], которые полагают, что большинство психиатрических пациентов вполне способны сформулировать конкретные цели, потребности и мнение относительно предоставляемой им помощи.

По мнению И. А. Былима и Е. Б. Любова [3], многолетний опыт оценки качества психиатрической помощи в нашей стране и за рубежом показывает, что пациенты отнюдь не являются «молчаливыми свидетелями» и объектами медицинских вмешательств. Пользователи относятся к иной культуре, более эмпирической, менее формальной и иерархической, основанной скорее на страдании, чем на успехе. Они с позиций «наивного реализма» указывают на важность ранних психиатрических вмешательств, на «дружественные» большие варианты медикаментозной терапии, необходимость улучшения бытовых условий и психологического микроклимата в психиатрических учреждениях, важность взаимодействия специалистов различного профиля. Они интуитивно понимают, что нужно для благополучия и чутко ощущают изменения в организации психиатрической помощи. Сочетание двух типов человеческого опыта, приобретенного через страдание и благодаря профессии, становится важным компонентом качества помощи [5]. С этой точки зрения пользователи представляют собой важный ресурс психиатрической службы, когда они становятся неформальными экспертами.

Репрезентативность.

Несмотря на то, что в последние годы пациенты и их родственники все более активно привлекаются к составлению программ развития и оценке их эффективности, с их стороны выражается недовольство тем, что результирующие планы развития помощи не всегда точно отражают взгляд пользователей. При этом, как указывает Р.Сампбелл [40], нередко ссылки на недостаточную «репрезентативность» данных о запросах, как индивидуальных пользователей, так и их организаций. Остается дискуссионным вопрос о том, насколько корректно действуют лица, представляющие интересы пользователей. Как узнать, отражает ли их позиция мнение пользователей в целом? Отвечая на этот вопрос, М. Crawford [44] замечает, что проблема не является специфичной: различные мнения о тех или иных сторонах работы службы существуют и в среде профессионалов. Вариантом решения может быть организация определенных демократических процедур избрания представителей групп пользователей, их по-

средников или, например, специальное обучение пользователей, вовлеченных в процесс оценки качества помощи. В любом случае, проблему «репрезентативности» не следует использовать как предлог для того, чтобы игнорировать критические оценки пользователей.

Аналогичную позицию высказывают М. Р. Соупен и W. А. Anthony [43]: система обслуживания должна предлагать различные объемы помощи для удовлетворения потребностей разных групп пациентов, а не требовать, чтобы они брали «все или ничего». При планировании систем помощи необходимо учитывать желаемый для потребителей объем и ассортимент вмешательств.

Методология.

Н. Г. Незнанов и соавт. [18], определяя удовлетворенность пациента в общих чертах как персональную оценку услуг здравоохранения и лиц, их оказывающих, говорят о методологических проблемах, возникающих при измерении степени удовлетворенности пациентов качеством помощи. Главная, по их мнению, связана с тем, что пациенты часто единообразно отмечают высокие уровни удовлетворенности по всем вопросам и блокам опросников. Это связано с тем, что использование общих опросников не дает статистически значимых различий в удовлетворенности пациентов теми или иными вариантами программ. Такая ситуация формулирует следующую задачу: если необходимо выявить различия в удовлетворенности пациентов, являющихся пользователями разных программ, важно, чтобы опросник был бы чувствителен к определенным аспектам организации психиатрических услуг.

В одном из первых отечественных исследований мнения родственников пациентов, в т.ч. участвующих в деятельности организаций пользователей, применялся опросник, рекомендованный ВОЗ. Сама формулировка многих вопросов, а также реакция респондентов на них говорят о первоначально низком уровне притязаний, который характерен для родственников пациентов в нашей стране. С этим были связаны и высокие показатели удовлетворенности помощью, которые контрастировали с реальным тяжелым положением дел. Например, вопросы о том, привлекались ли родственники больных к обсуждению деятельности психиатрического учреждения и качества оказываемой помощи, оказались неприемлемыми [24, 27].

Такую неготовность к предложению принять участие в обсуждении качества психиатрических служб обнаружил и А. Ю. Сосновский [29], исследовавший мнение пациентов о помощи, которую они получают. Согласно его данным, подавляющее число респондентов выразило удовлетворенность качеством помощи именно того учреждения, где они лечились. Однако при распросе об отдельных конкретных сторонах деятельности учреждений (условия содержания, питание, стиль работы персонала) выявилось множество претензий. Данные, свидетельствующие о крайне низком

уровне притязаний, характерном для российских пациентов и их родственников, были получены и при изучении их мнения о содержании понятия «психиатрическая помощь» [55].

Комментируя этот феномен, Т. А. Солохина и соавт. [24] указывают, что при измерении качества жизни, как важного интегрального показателя, встречаются методологические трудности, прежде всего, проблема определения «точки отсчета». По-видимому, в каждом социуме имеется свой уровень притязаний, социальной активности и состояния средовых факторов, который и определяет возникновение субъективного ощущения благополучия.

В последние годы появляются все новые отечественные методологические разработки по изучению мнения пользователей психиатрической помощи.

Целый ряд методических материалов и программ по оценке качества психиатрической помощи ее пользователями был разработан в отделе организации психиатрических служб НЦПЗ РАМН (В. С. Ястребов, Т. А. Солохина, Л. С. Шевченко). Опросники, успешно применяемые начиная с середины 1990-х гг., позволяют проводить оценку качества как стационарного, так и амбулаторного звеньев помощи с точки зрения пользователей службы – пациентов и их родственников [25, 26, 32, 23].

Методические рекомендации Московского НИИ психиатрии «Полуструктурированное интервью для оценки потребностей целевых психосоциальных вмешательств у родственников психически больных» (сост. Н. М. Ривкина) являются информационным инструментом качественной оценки представителей семьи о различных симптомах психических расстройств, бремени семьи, особенностях взаимоотношений родственников с пациентом, стратегиях совладения и ресурсах семьи [20].

Разработанный специалистами НИПНИ им. В.М.Бехтерева «Метод оценки субъективной удовлетворенности психически больных лечением в психиатрическом стационаре» (Н. Б. Лутова, А. В. Борцов, В. Д. Вид) предлагает инструмент оценки качества стационарной помощи с позиции пациентов психиатрической больницы. На основе опросника был разработан системный индекс, использование которого позволяет дать более точную оценку уровня выраженности субъективной удовлетворенности лечением и проводить сравнительный анализ однородных групп пользователей помощи. Такой подход может быть использован для мониторинга удовлетворенности пользователей и экспертизы качества услуг [14, 17].

III. Опыт социологических исследований оценки пользователей

В нашей стране участие пациентов и их родственников в оценке качества психиатрической помощи пока не получило широкого распростра-

нения, хотя определенные шаги в этом направлении делаются, что нашло отражение в научных исследованиях [10, 16, 23, 28].

Приказом МЗ РФ и Федерального фонда ОМС от 24. 10. 1996г. № 363-77 «О совершенствовании качества медицинской помощи населению Российской Федерации», в систему ведомственного контроля качества включено изучение удовлетворенности пациентов их взаимодействия с системой здравоохранения, а также впервые закреплено право на проведение вневедомственного контроля качества, в котором могут принимать участие и общества защиты прав потребителей [21].

Удовлетворенность населения доступностью и качеством бесплатной медицинской помощи является одним из индикаторов оценки территориальных служб здравоохранения. По данным Счетной палаты, в 2008г. только в 1 из 83 субъектов РФ значение этого показателя превысило 50% (в Чукотском АО), в других оно варьировало от 17.3% до 48.3%, составляя в целом по России 32.7% [1].

Исследования удовлетворенности пациентов и их родственников качеством психиатрической помощью проводятся в нашей стране, начиная с середины 1990-х годов, однако бессистемно, обычно в связи с проведением конкретных исследований. Так, по данным Т. А. Солохиной [23], проводившей социологический опрос руководителей 108 психиатрических учреждений, почти в половине включенных в исследование учреждений при осуществлении ведомственного контроля используется опрос пациентов, в 20% - их родственников, однако только в половине учреждений удовлетворенность пациентов была названа в числе показателей, необходимых для оценки качества службы. Автор указывает, что ориентация на мнение пользователей наиболее эффективна в условиях свободного выбора учреждения и врача, но это далеко не всегда может быть реализовано в принятой системе районирования. Она предлагает при оценке и сравнении деятельности учреждений использовать коэффициент удовлетворенности оказанной помощью – отношение числа случаев удовлетворенности к общему числу оцениваемых случаев.

Наше исследование региональных целевых программ развития психиатрической помощи показало, что удовлетворенность пользователей качеством помощи отсутствует в системе принятых показателей оценки деятельности психиатрических служб и учреждений [13].

Одним из первых исследований мнения пользователей было изучение удовлетворенности качеством психиатрической помощи родственников пациентов психиатрических стационаров, проведенное Т. А. Солохиной на базе ЦМОКПБ №1 [23, 26]. Данные исследования, выполненного с помощью опросника ВОЗ, показали, что респонденты в большинстве своем отмечали неудовлетворительные условия больничного содержания, жаловались на отсутствие выбора учреждения (обусловленное принципом районирования), недостаточное предоставление информации о со-

стоянии здоровья пациентов. Среди предложений преобладали пожелания уменьшения числа пациентов в палатах, отдельного размещения первичных и хронизированных больных, организации полноценного досуга и прогулок на свежем воздухе.

В рамках подпрограммы «Психические расстройства» ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011гг.)» Т. А. Солохиной и Л. С. Шевченко [25] был выполнен объемный опрос (600 респондентов), охвативший пациентов психиатрических учреждений Москвы и Московской области. Целью работы было вовлечение пользователей помощи в оценку ее качества с использованием клинико-психометрического, клинико-социологического, социологического и статистического методов. В результате, были разработаны опросники для изучения мнения пациентов и их родственников о качестве психиатрической помощи в различных типах психиатрических учреждений, а также для оценки возможности участия пользователей в улучшении финансового положения службы. Разработанные рекомендации по улучшению качества психиатрической помощи включали следующие направления: подготовка персонала; образовательная работа среди сотрудников по вопросам развития общественного движения, внедрению партнерских отношений; помощь пользователям в создании общественных организаций, групп взаимопомощи.

Интерес представляет работа тех же авторов по изучению мнения пользователей психиатрической помощи о финансировании службы, соотношении бесплатной помощи на основе бюджетного финансирования и платных медицинских услуг [32].

А. Ю. Сосновским [28] было проведено клинико-социологическое исследование на базе 4 психиатрических больниц и 5 амбулаторных психиатрических учреждений Москвы и Московской области (общее число респондентов составило 277 чел.). Оно ставило целью прояснить, какие из оказываемых видов услуг и преимуществ той или иной службы (психиатрическая больница, психоневрологический диспансер, дневной стационар, лечебно-трудовые мастерские) привлекают пациентов, какие виды помощи являются наиболее значимыми. Автор приходит к выводу, что метод клинико-социологического исследования больных позволяет получать надежную информацию для изучения качества службы, выявлять наиболее привлекательные для больных формы помощи и те стороны деятельности, которые вызывают неудовлетворенность. В этом смысле, полученные данные содержат конкретные указания для организаторов психиатрической помощи.

Аналогичные выводы сделал С. В. Давыдовский [6], изучая мнение пациентов больниц и амбулаторных психиатрических учреждений о различных сторонах психиатрической помощи.

И. К. Нефедова и соавт. [19] сообщают об опросе 250 пациентов психиатрических больниц

и лечебно-трудовых мастерских, целью которого была оценка проблем и отрицательных сторон госпитализации, отношения персонала, удовлетворенности лечением, отношением к трудотерапии и т.д. По данным В. В. Кошелева и соавторов [7], которые исследовали отношение пациентов к организации работы одного из психиатрических стационаров Москвы, использование предложений пациентов по увеличению спектра используемых персоналом лечебно-диагностических методов способствует повышению качества помощи.

Я. А. Сторожакова и соавт. [30] изучали оценку психиатрической службы со стороны пациентов и их родственников, используя метод «установленной теории», целью которого является закрепление клиент - центрированности и партнерского подхода.

Целью опроса, проведенного В. С. Ястребовым и О. А. Митиной [34] в 4 субъектах РФ, было изучение индивидуально-психологических, профессиональных и морально-этических особенностей специалистов психиатрических учреждений и их взаимодействия в коллективе, в частности, в процессе полипрофессионального бригадного обслуживания. В группу из 270 респондентов были включены 30 пациентов с целью сопоставления их представлений о деятельности службы с мнением специалистов. На основании полученных данных, оценивавшихся по методике ДМО, авторами была разработана специальная программа, направленная на повышение эффективности деятельности специалистов, включающая, в том числе методические рекомендации по информированию пациентов.

Аналогичным образом, сопоставляя мнение профессионалов и пользователей, нами был проведен опрос о состоянии психиатрической помощи и перспективах ее развития в Санкт-Петербурге: наряду с сотрудниками и руководителями различных психиатрических учреждений города в число респондентов были включены 100 пациентов и их родственников. Группа была разделена на тех, кто пользуется услугами амбулаторной службы, и на тех, кто пользуется услугами стационаров, а с другой стороны, на тех, кто вовлечен в деятельность общественных организаций пациентов и их родственников, и тех, кто в работе таких организаций участия не принимает. Данные одномоментного опроса с помощью анкет, разработанных сотрудниками Центра по изучению систем поддержки психического здоровья НЦПЗ РАМН и петербургскими специалистами, были обработаны с использованием метода иерархических моделей. Полученная информация позволила определить потребности лиц с психическими расстройствами в тех или иных видах психиатрической помощи [12].

Н. Б. Левина и Е. Б. Любов [11] провели опрос 300 респондентов (144 пациентов и 156 родственников больных) из семи российских регионов по оригинальной анкете, разработанной ВООИ «Новые возможности». Результаты опроса были сопоставлены с данными аналогичных опросов паци-

ентов в странах Западной Европы, проводившихся Европейским сообществом самопомощи больных и их близких (EUFAMI). Было установлено, что при наличии общих проблем, свойственных большинству семей больных шизофренией обнаруживается ряд различий.

Так, психиатрические пациенты европейских стран в меньшей степени испытывают стигматизацию, больше удовлетворены уровнем бригадного полипрофессионального обслуживания; в меньшей степени придают значения побочному действию психотропных препаратов как причине недостаточного комплайенса. Они в большей степени обнаруживают потребность в организации досуга как элемента реабилитационных и социально-восстановительных программ. Более 80% российских респондентов ограничивают цели терапии контролем симптомов и поведения пациентов. Они более пессимистично, чем их товарищи за рубежом оценивают шансы на социальное выздоровление (40% против 70%, по данным аналогичного опроса EUFAMI), неактивно ратуют за развитие новых лечебно-реабилитационных форм (менее 30%), но поддерживают возрождение знакомых, таких, как ЛТМ; приветствуют взаимодействие специалистов разного профиля (75%), указывают широкий спектр социальных потребностей (60%).

И. А. Былим [2], представляя данные исследования оценки психиатрической помощи больными и их родственниками, выделяет следующие формы изучения: потребности семей впервые заболевших пациентов; потребности некомплайентных больных; потребности семей больных шизофренией; оценки родственниками пациентов работы психиатрических учреждений. Автор подчеркивает наличие существенных различий в оценках пациентов (122 респондента) и медицинских сотрудников (35 респондентов) различных сторон функционирования психиатрической службы; в частности, обе группы обнаруживали

разный подход в обосновании недобровольной госпитализации, физического стеснения, конфиденциальности.

И. А. Былим и Е. Б. Любов [3] выделяют показатели качества психиатрической помощи, наиболее важные с точки зрения пользователей, которые могут быть фокусом соответствующих исследований:

- полноценность информированного согласия на лечение;
- совместность принятия решения;
- терапевтический альянс;
- качество жизни пациента и его близких;
- субъективная переносимость терапии;
- доступность и всесторонность помощи (свободный доступ ко всем необходимым службам и видам лечения);
- преемственность помощи;
- стигматизация;
- приверженность лечению;
- удовлетворенность помощью пациентов и их близких;
- потребности пациента и его семьи;
- бремя семьи пациента;
- экономические выгоды.

Авторы полагают необходимым динамический контроль качества психиатрической помощи с привлечением репрезентативной выборки пациентов и их близких на всех последовательных этапах оказания психиатрической помощи, для чего должны быть разработаны опросники в каждом лечебном учреждении с учетом особенностей его работы.

В настоящее время изучение всего спектра потребностей пользователей психиатрической помощи, пациентов и их родственников, позволяет планировать и успешно развивать психиатрические службы различных уровней. Их оценка психиатрической помощи является важным вневедомственным регулятором ее качества.

Литература

1. Андреева О. В., Белова Н. В. Оценка эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения. // *Здравоохранение*. - 2010. - № 10. - С. 55-66.
2. Былим И. А. Основные направления реформирования региональной службы психического здоровья (клинико-социальное и экономическое обоснование). Автореф. дис... доктора мед. наук. - М., 2010. - 48 с.
3. Былим И. А., Любов Е. Б. Пациенты и их близкие: оценка качества психиатрической помощи. // *Психическое здоровье*. - 2010. - № 8. - С. 56-71.
4. Букреева Н. Д. Принципы организации психиатрической службы регионального уровня. // *Материалы Российской конференции «Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии»*. - М.: Медпрактика - М, 2007. - С. 411-412.
5. Гурович И. Я., Любов Е. Б., Сторожакова Я. А. Выздоровление при шизофрении. Концепция «Recovery». // *Социальная и клиническая психиатрия*. - 2008. - Т. 18, вып. 2. - С. 7-14.
6. Давидовский С. В. Оценка работы психиатрической службы с точки зрения потребителей. // *Социальная и клиническая психиатрия*. - 2000. - Т. 10, вып.3. - С. 68 -72.
7. Казаковцев Б. А. Развитие служб психического здоровья. Руководство для врачей. - М.: Гэотар - Медиа, 2009. - 672 с.
8. Карлинг П. Дж. Возвращение в сообщество. Построение системы поддержки для людей с психиатрической инвалидностью. Пер. с англ. - Киев: Сфера, 2001. - 442 с.
9. Комаров Г. А., Архангельская Е. Ф., Комаров С. Г. Социальная ответственность лечебно-профилактического учреждения (к вопросу содержания и применения стандарта ISO/DIS

- 26 000). //Здравоохранение. - 2001. - № 2. - С. 15-25.
10. Кондратьев Ф. Н., Осколкова С. Н. Вопросы качества психиатрической помощи. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1994. - № 4. - С.104-105.
 11. Левина Н. Б., Любов Е. Б. Оценка качества психиатрической помощи пациентами и их близкими. // Материалы Общероссийской конференции «Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах». - М.: РОП, 2009. - С.160-161.
 12. Лиманкин О. В. Планирование и организация психиатрической помощи с использованием системного подхода. //XV съезд психиатров России. 9-12 ноября 2010г. (Мат. съезда). - М.: Медпрактика, 2012. - С. 48-49.
 13. Лиманкин О. В. Актуальные вопросы разработки региональных целевых программ развития психиатрической помощи. //Психическое здоровье. - 2011. - № 12. - С. 3-15.
 14. Лутова Н. Б. Индекс субъективной удовлетворенности лечением как способ управления качеством психиатрической помощи. //Комплексные подходы к стандартизации диагностики и терапии психических расстройств. Материалы научно-практической конференции с международным участием. - СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2011. - С. 87-88.
 15. Любов Е. Б. и др. Оценка больничными пациентами своих потребностей и удовлетворенности психиатрической помощью. //Социальная и клиническая психиатрия. - 2012. - Т. 22, вып. 4. - С. 51-56.
 16. Менделевич В. Д. Социологическая оценка некоторых аспектов организации психиатрической службы. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. - 1994. - Т.90, № 11. - С.118-121.
 17. Методика оценки субъективной удовлетворенности психически больных лечением в психиатрическом стационаре. Методические рекомендации. Сост. Н. Б. Лутова, А. В. Борцов, В. Д. Вид. - СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2007. - 17 с.
 18. Незнанов Н. Г., Кочорова Л. В., Вишняков Н. И, Борцов А. В. Организационная эволюция системы психиатрической помощи. - СПб., 2006. - 472 с.
 19. Нефедова И. К., Апраксин С. А., Давыдова Д. А. и др. Проблемы «нестеснения» глазами больных (социально-психологический аспект). //Проблемы «нестеснения» в современной психиатрии. Материалы Всесоюзной научно-практической конференции психиатров. - М., 1991. - С. 88-89.
 20. Полуструктурированное интервью для оценки потребностей психосоциальных вмешательств у родственников психически больных. Методические рекомендации. Сост. Ривкина Н. М. / Под ред. И. Я. Гуровича. - М., 2009. - 20 с.
 21. Приказ МЗ РФ и Федерального фонда ОМС от 24.10.1996 г. № 363/77 «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации».
 22. Психиатрическая помощь больным шизофренией. Клиническое руководство./ Под ред. В. Н. Краснова, И. Я. Гуровича, В. Н. Мосолова и др. - М.: Медпрактика - М, 2007. - 260 с.
 23. Солохина Т. А. Участие родственников психически больных в оценке качества психиатрической помощи и ее совершенствовании. // Психиатрия. - 2004. - № 2(8). - С. 36-41.
 24. Солохина Т. А., Ротштейн В. Г., Ястребов В. С. Качество жизни потребителей психиатрической помощи. // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра./ Под ред. А. Б. Смулевича. - М., 1999. - С. 206-220.
 25. Солохина Т. А., Шевченко Л. С. Вовлечение потребителей помощи в оценку ее качества и совершенствования. // Материалы Общероссийской конференции «Реализация подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007-2011гг.)». - М.: Медпрактика - М, 2008. - С. 538-539.
 26. Солохина Т. А., Шевченко Л. С., Сейку Ю. В. Удовлетворенность родственников больных стационарной помощью как один из критериев ее качества. // XIII съезд психиатров России. - М.: Медпрактика, 2000. - С. 35.
 27. Солохина Т. А. и др. Качество жизни родственников психически больных как критерий оценки качества психиатрической помощи. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. - 1998. - Т. 98, № 6 - С. 42-47.
 28. Сосновский А. Ю. Клинико-социологическое исследование деятельности психиатрических учреждений. // Социальная и клиническая психиатрия. - 1995. - Т. 5, вып.1.- С. 42-47.
 29. Сосновский А. Ю. Удовлетворенность пациентов психиатрической помощью, как критерий ее качества (клинико-социологическое исследование). Автореф. дис.... канд. мед. наук. - М., 1995.
 30. Сторожакова Я. А., Уткин А. А., Степанова О. Н. Опыт применения качественного анализа по методу «обоснованной теории» в системе оказания психиатрической помощи. // Материалы Общероссийской конференции «Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах». - М.: РОП, 2009. - С.178-179.
 31. Торникрофт Г., Танселла М. Матрица охраны психического здоровья: Пособие по совершенствованию служб. Пер. с англ. - Киев: Сфера, 2000. - 332 с.
 32. Шевченко Л. С., Солохина Т. А. Готовность потребителей психиатрической помощи

- к ее оплате: результаты социологического опроса. //XIV съезд психиатров России. – М.: Медпрактика -М, 2005. – С. 91.
33. Энтони В., Козн М., Фаркас М. Психиатрическая реабилитация. Пер с англ. – Киев: Сфера, 2001. – 280 с.
 34. Ястребов В. С., Митина О. А. Социально-психологический портрет работающего в учреждениях психиатрического профиля специалиста. //Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – № 1. – С. 30-37.
 35. Ястребов В. С., Митихин В. Г., Солохина Т. А., Михайлова И. И. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2008. – Т.108, № 6. – С. 4-10.
 36. Anthony W.A, Cohen M. R., Farkas M. D. A psychiatric rehabilitation treatment program: Can I recognize one if I see one? // Community Mental Health Journal. – 1982. – Vol.18. – P.83-96.
 37. Aspy D., Roebuck F. Kids don't learn from people they don't like. – Amherst: Human Resource Development Press, 1977.
 38. Beker M., Diamod R., Sainfort F. A new patient focused index for measuring quality of life in person with severe and persistent mental illness. // Quality of Life Research. – 1993. – Vol.2. – P. 239-251.
 39. Bertolote J. M. Quality assurance in mental health care. // Treatment of mental disorders. / Eds. N. Sartorius. – Washington DC, London: WHO, American Psychiatric Press Inc., 1993. – P. 443-461.
 40. Campbell P. The role of users of psychiatric services in service development – influence not power. // Psychiatric Bulletin. – 2001. – Vol. 25. – P. 87-88.
 41. Carkhuff R. R. Helping and human relations (v.1 and v.2). – New York: Holt, Rinehart & Winston, 1969.
 42. Carling P. J. Major mental illness housing and supports: The promise of community integration. // American Psychologist. – 1990. – Vol. 45(8). – P. 969-975.
 43. Cohen M. R., Anthony W. A. A commentary on planning a service system for persons who are severely mentally ill: Avoiding the pitfalls of the past. // Psychosocial Rehabilitation Journal. -1988. – Vol. 2(1). – P. 69-72.
 44. Crawford M. Involving users of psychiatric services in service development – no longer an option. // Psychiatric Bulletin. – 2001. – Vol. 25. – P. 84-86.
 45. Daniels L., Carling P. J. Housing and service need of mental health consumers in Kitsap country WA: A needs assessment. – Boston: Centre for Psychiatric Rehabilitation, 1986.
 46. Dellario D. J., Goldfield E., Farkas M. D., Cohen M. R. Functional assessment of psychiatrically disabled adults: Implications of research finding for functional skills training. // In A. S. Halpern, M. J. Fuhrer (Eds.). Functional assessment in rehabilitation. – Baltimore: Paul Brookes, 1984. – P. 239-252.
 47. Eastman N. Public health psychiatry of crime prevention? Government's proposals emphasize doctor's role as public protectors. // British Medical Journal. – 1999. – Vol. 318. – P. 549-551.
 48. Kelly B. D. Globalization and psychiatry. // Advances in Psychiatric Treatment. – 2003. – Vol. 9. – P. 464-470.
 49. Kelstrup A., Lund K., Lauritsen B., Bech P. Satisfaction with care reported by psychiatric inpatients. // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1993. – Vol. 83. – P. 374-379.
 50. Light D. W. Effectiveness and efficiency under competition: the Cochrane test. // British Medical Journal. – 1991. – Vol. 303. – P.1253-1254.
 51. Makas E. Increasing counselor – client communication. // Rehabilitation Literature. – 1980. – September/October. – P. 235-238.
 52. Pfifferling J. H. A cultural prescription for medico centrism. //In relevance of social science for medicine (Eds. L. Eisenber & A. Kleinman). – Dordrecht: Reidel, 1980. – P. 97-122.
 53. Ruggery M. Satisfaction with psychiatric services. // Mental health outcomes measures. / Eds. G. Thornicroft, M. Tansella. – Heidelberg: Springer, 1996. – P. 27-51.
 54. Saraceno B. Mental Health: Scarce resources need new paradigms. // World Psychiatry. – 2004. -Vol. 3 (1). – P. 3-6.
 55. Sosnovsky A., Valentine K. Patient's opinion of mental health services in Russia. // Power, Politics and Public Policy: A matter of caring. – New-York: National League for Nursing, 1999.
 56. Tanzman B. H. Researching the preference surveys. // Hospital and Community Psychiatry. -1993. – Vol. 44(5). – P. 450-455.
 57. Thornicroft G, Becker T., Holloway F. et al. Community mental health teams: Evidence or belief? // British Journal of Psychiatry. – 1999. – Vol. 175. – P. 508-513.
 58. Turner J. E., TenHoor W. J. The NIMH Community Support Program: Pilot approach to a needed social reform. // Schizophrenia Bulletin. – 1979. – Vol. 4(3). – P. 319-344.
 59. Wilson S. F. Community support and integration: New directions for outcome research. // In S. Rose (Ed.). Case management: An overview and assessment. – White Plains: Longman, 1992. – P.113-129.

Сведения об авторе

Лиманкин Олег Васильевич – канд. мед. наук, главный врач СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П. П. Кащенко», главный психиатр-эксперт Росздравнадзора по Северо-Западному ФО РФ.
E-mail: Limankin@mail.ru