

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: НЕОТЛОЖНЫЕ И ДОЛГОВРЕМЕННЫЕ ЗАДАЧИ

И.Я. Гурович, В.Н. Краснов, А.Б. Шмуkler

Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Психиатрическая помощь в нашей стране сейчас нуждается в особом внимании, работе по устранению недостатков, и наконец – активизации. К настоящему времени в системе психиатрической помощи накопилось ряд серьезных недостатков, связанных как с общими причинами (финансовыми, кадровыми, организационными), так и недостаточно продуманными мероприятиями по сокращениям в рамках проводимой деинституционализации. Они находят отражение в негативных тенденциях динамики показателей деятельности психиатрической службы и нередко вступают в противоречие с внедряемыми современными установками, такими как ориентация на биопсихосоциальный подход, полипрофессиональный характер оказания помощи, эффективность ее структуры, повышение качества на всех этапах оказания помощи с учетом усиления профилактической ее направленности. Негативные тенденции нуждаются в анализе и принятии мер по их исправлению – как неотложных, которые должны проводиться уже сегодня, так и долгосрочных, рассчитанных на ее совершенствование в будущие годы. Выделяя каждый, требующий внимания недостаток, кратко укажем как нам видятся мероприятия по его устранению.

Апогей деинституционализации начался с 2005 года. К 2011 году было сокращено свыше 50 тыс. коек, то есть четверть психиатрического коечного фонда страны. Обеспеченность населения койками в 2011 году стала 104,8 на 100 тыс. населения, то есть меньше, чем в таких европейских странах как Германия (153,0), Нидерланды (135,1), Швейцария (105,5). Количество коек продолжало сокращаться (в итоге стало меньше на 58454 койки) и в 2013 г. достигло 149738 или 100,2 на 100 тыс. нас. (табл. 1).

Таблица 1

Динамика обеспеченности психиатрическими койками в РФ

период	2011 год	2012 год	2013 год
обеспеченность на 100 тыс. нас.	104,8	102,4	100,2

За период 2006–2011 гг. стало меньше на 40 больниц и 18 стационаров при диспансерах. Надо учесть, что в целом ряде регионов происходило объединение психиатрических учреждений в одно юридическое лицо, поэтому сколько стационаров перестало существовать сказать трудно (официальная статистика в это не вникала). Если крупные больницы сокращались по числу коек, то малые больницы перестали существовать.

Таблица 2

Динамика сокращения числа учреждений (подразделений), оказывающих стационарную психиатрическую помощь

Учреждения	Больницы			Стационары при диспансерах		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Количество	309	224	220	80	78	75

К 2013 г. (включительно) сокращено (или объединено с другими) еще 89 стационаров (то есть, начиная с 2011 г., всего 129 больниц и 23 стационарных отделений при диспансерах) (табл. 2). При этом в регионах не учитывалось ни снижение уровня доступности помощи, ни развитие внебольничных подразделений, ни уровень обеспеченности койками населения.

Характеристика такой деинституционализации – сокращение как основная цель – продолжается и в настоящее время. Распределение регионов РФ по показателю числа коек на 100 тыс. чел. нас. показывает, что разброс стал еще больше, чем был до сокращения (табл. 3).

Таблица 3

Распределение регионов РФ по показателю числа коек на 100 тыс. чел. населения (2013 г.)

Обеспеченность койками на 100 тыс. чел. нас	0	0–50	от 50 до 100	от 100 до 150	от 150 до 200	от 200 до 242
	Число регионов	1	7	31	1	40

Общее число врачей-психиатров, начиная с 2010 года, начало заметно снижаться (табл. 4).

Таблица 4

Динамика числа врачей-психиатров в РФ

Период	2011 год	2012 год	2013 год
Число врачей-психиатров	14117	13973	13709

В 2011 г. в психиатрических учреждениях работало 14117 врачей-психиатров, в том числе 1760 психотерапевтов. При этом коэффициент совместительства врачей-психиатров был чрезмерно высоким (1,64), у психотерапевтов еще выше – 2,0, у судебно-психиатрических экспертов – 1,2. При этом ставки этих специалистов далеко не все были заняты (нередко, например, участковый врач-психиатр обслуживал население не 25 тыс., как это полагается по нормативу, а 50 или даже 75; в последние годы за этим в значительной степени перестали следить, в том числе из-за изменения мобильности населения). Кроме того, общее число врачей-психиатров, работающих в государственной системе здравоохранения по сравнению с 14117 в 2011 году стало ежегодно уменьшаться на 100–200 и более чел., что не может не вызывать озабоченности. Сокращение числа врачей-психиатров сказывается на неукомплектованности кадрами психиатрических кабинетов в сельских районах, психотерапевтических кабинетов при районных поликлиниках в городах, а также на значительном сокращении их числа.

С 2000 года постепенно сокращено 353 психиатрических кабинетов, то есть 1/7 часть (табл. 5).

Таблица 5

Психиатрические кабинеты в сельских районах

Годы	2000	2005	2007	2008	2010	2011	2012	2013
Число кабинетов	2331	2249	2091	2078	2043	2039	1989	1978

Психиатрические кабинеты в сельской местности оказывают первичную психиатрическую помощь (наряду с психоневрологическими диспансерами в городах). Они обслуживают не только взрослых, но и подростков и детей. Когда нет в районе врача, страдает выявление первично заболевших – в 2011 году первичное выявление лиц с психическими расстройствами впервые оказалось меньше на 11% по сравнению с предшествующими годами и в дальнейшем продолжает сокращаться (табл. 6). Это очень тревожный показатель.

Таблица 6

Первичное выявление лиц с психическими расстройствами (на 100 тыс. нас.)

Годы	2011	2012	2013
Психические расстройства (всего)	335,8	328,0	319,8
в том числе шизофрения	12,2	11,7	11,3

При этом страдает выявление всех диагностических групп, как больных с психозами, так и с другими расстройствами, в том числе у детей и подростков, что отражает сокращение доступности помощи. Накопление в обществе не выявленных больных особенно с психотическими расстройствами, в том числе с шизофренией, которым не оказывается своевременная помощь, обычно чревато негативными, нередко неожиданными и серьезными последствиями.

Из сказанного ясно, что крайне необходимы меры по сохранению психиатрических кабинетов в сельской местности. Это можно осуществить хотя бы частично с использованием специалистов организационно-методических отделов региональной службы, или привлечением к совместительству на платной основе специалистов из близко расположенных регионов и/или работающих в больнице, а также с помощью врачей других медицинских специальностей, прошедших подготовку по психиатрии и пр. Рост числа закрытых психиатрических кабинетов отражается на доступности помощи.

Таблица 7

Психотерапевтические кабинеты

Годы	2009	2011	2012	2013
Число психотерапевтических кабинетов	1117	838	751	727

С 2009 года число психотерапевтических кабинетов ранее возраставшее, начало убывать, в итоге по сравнению с 2009 г. сократилось на 390 кабинетов (табл. 7). Психотерапевтические кабинеты – это выход психотерапевтов на первичную медицинскую помощь в районных поликлиниках, контингент которых (обращающихся в них к различным специалистам), как это установлено во всех странах, на 30–35% нуждается в совместном с психиатрами оказании помощи. Создаваемая сеть таких кабинетов, во что было вложено немало труда и получившая положительный опыт работы, отраженный во многих публикациях, к сожалению быстро уменьшается. Психотерапевтические кабинеты должны быть изъяты из списка объектов, предназначенных к сокращению.

Число мест в дневных стационарах в 2013 году составило 17900. Наряду с тем, что давно уже во многих регионах число мест в дневных стационарах достигает 300–700, этот вид помощи, оправдавший себя как альтернатива госпитализации и обладающий экономическими преимуществами, в течение многих лет не развивается, застыл на показателе 35 мест в Белгородской обл., 34 в Архангельской обл., 20 в Калининградской обл., 15 в Ленинградской обл., 25 в Новгородской и Астраханской обл.

Нельзя усмотреть зависимости, которая учитывалась бы при сокращении коек к росту мест в дневных стационарах – нередко, наоборот, меньшее число коек на 100 тыс.нас. сочетается сейчас с минимальным

числом мест в дневных стационарах, хотя и эта закономерность не является общей.

В этих регионах в связи с сокращением коек особенно необходимо создание внебольничных подразделений, также работающих по принципу дневных стационаров – медико-реабилитационных и интенсивного оказания психиатрической помощи в амбулаторных условиях, теперь вошедших в «Порядок оказания психиатрической помощи».

Важным обстоятельством является и снижение кадрового обеспечения психиатрической помощи такими специалистами как медицинские психологи, специалисты по социальной работе и социальные работники. Полипрофессиональное оказание психиатрической помощи, как и в других странах, было объявлено одним из основных принципов психиатрии в связи с биопсихосоциальным пониманием природы психических расстройств. Рост числа этих специалистов в предшествующие годы соответствовал такому подходу. К сожалению, однако, он затормозился (за исключением медицинских психологов), а число этих специалистов стало сокращаться (табл. 8).

Таблица 8

Динамика числа медицинских психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников

Годы	2010	2011	2012	2013
Медицинские психологи	3616,25	3586,0	3717,25	3840,25
Специалисты по социальной работе	925,75	911,25	986,25	940,50
Социальные работники	1691,0	1606,25	1514,75	1637,50

Здесь требуется использовать существенный резерв в деятельности этих специалистов. Так, значительная часть медицинских психологов по-прежнему ориентирована только на психологические методики диагностики психических расстройств, занята только ими, не владеет методиками определения дефицита нейрокогнитивных функций, не вовлечена в групповую психосоциальную работу, что должно быть главным в настоящее время в их деятельности. Однако к ним не предъявляется соответствующих требований, нет системы повышения их квалификации. В значительной степени это относится и к специалистам по социальной работе и к социальным работникам. Использование этого резерва могло бы существенно изменить ситуацию.

Таблица 9

Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом, взятых под диспансерное наблюдение (на 100 тыс. нас.)

Годы	2011	2012	2013
Психические расстройства (всего)	49,2	47,7	45,4
Психозы	23,5	22,8	21,9
в том числе шизофрения	7,4	7,4	6,8

Диспансерное наблюдение психически больных является одним из двух основных видов амбулаторной психиатрической помощи и назначается при наличии у больных тяжелых стойких или часто обостряющихся психических расстройств. Необходимость его активизации связана с тем, что снижается значимость диспансерного наблюдения больных. Дело, однако, в том, что отмечается неуклонное сокращение числа больных, которым назначается диспансерное наблюдение при первичном обращении больных в диспансер (табл. 9). Важно при этом, что значительно сокращается число больных психозами, включая шизофрению, которым все реже назначается диспансерное наблюдение, хотя именно они в нем больше нуждаются. В 2013 г. диспансерное наблюдение назначалось при первичном выявлении только 6,8 больным на 100 тыс.нас. – это 60,1% впервые выявленных больных шизофренией. Снижение этого показателя означает уменьшение активности амбулаторной помощи, тем более больным, которые в ней особенно нуждаются, причем именно на начальных этапах шизофренического процесса и противоречит современной установке на сдвиг акцента лечебно-реабилитационных усилий именно на начальные этапы заболевания, когда еще не упущены реабилитационные возможности.

Очевидна необходимость более взвешенного подхода к назначению диспансерного наблюдения и наполнения его активным содержанием.

Кроме этого, обращает на себя внимание в последние годы нарушение основных принципов диспансерного наблюдения. В настоящее время, как правило, на участке диспансера 20–25%, а иногда и больше больных оказываются не осмотренными в течение года ни разу, хотя и продолжают числиться под диспансерным наблюдением. Это требует более активных усилий, чтобы не терять связи с больными, нуждающимися в наблюдении, терапевтических и реабилитационных мероприятиях. Для активизации диспансерного наблюдения должны быть выделены ряд проблемных групп, путем маркирования амбулаторных карт. Такие проблемные группы нуждаются в постоянном повышенном внимании.

В связи с актуальной и плохо решаемой проблемой – чрезмерно высокой частотой повторных госпитализаций (установлено, например, что свыше 50% больных шизофренией госпитализируются дважды в год), выделение этих больных в особую группу будет способствовать проведению в этих случаях следующих мероприятий: предпочтительное назначение пролонгированных нейролептиков, включение больных в психосоциальные групповые занятия по предупреждению повторных госпитализаций, привлечению внимания к непрерывности поддерживающей амбулаторной терапии после обострения по срокам, рекомендуемым Стандартами оказания психиатрической помощи и пр.

Целесообразно также выделить группу больных, находящихся на лечении препаратами пролонгированного действия. Эти больные должны быть в сфере актуального внимания в связи с необходимостью своевременных повторных инъекций, иначе лечение пролонгами теряет смысл.

Следующая группа – это больные с неустойчивой трудовой адаптацией, как группа риска инвалидизации (больные, не удерживающиеся длительно на том, или ином месте работы, с частыми сменами места работы (2–3 в год) или имеющие длительные перерывы в трудовой деятельности (до года и более), вместе с тем не имеющие группы инвалидности. Такие группы больных стали в настоящее время все более объемными в диспансерном контингенте пациентов. На каждом участке диспансера они требуют специального внимания, нередко нуждаются в совершенствовании фармакотерапии, подборе психофармакологических препаратов, а также включении в психосоциальную терапию, направленную, в том числе на улучшение взаимодействия в коллективе или на другие аспекты, обуславливающие неустойчивую трудовую адаптацию.

Еще одна проблемная группа – одинокие больные. Больные без семейной поддержки также требуют особого внимания, нуждаются в более частых посещениях врача с целью контролирования поддерживающей терапии и использования возможности назначения реабилитационных мероприятий.

Важным элементом обогащения диспансерного наблюдения является более широкое использование таких новых организационных форм психиатрической помощи как медико-реабилитационное отделение и отделение интенсивного оказания психиатрической помощи в амбулаторных условиях, включенные в новый Порядок оказания психиатрической помощи, но все еще не получившие достаточного развития.

Отдельные медико-реабилитационные отделения в настоящее время уже показывают свою эффективность, а опыт отделений интенсивного оказания психиатрической помощи во внебольничных условиях свидетельствует, что с их помощью происходит сокращение повторных госпитализаций, например, в три раза.

К сожалению, мы не знаем количество таких отделений в настоящее время в стране, сведения о них до сих пор не включены в отчетные формы (официальная статистика отстает, по крайней мере, на несколько лет), что отнюдь не способствует выполнению приказа Минздрава о новом порядке оказания психиатрической помощи.

Наконец, неоднократно вносились предложения о заключении договоров между психиатрическими диспансерами и центрами социального обслуживания инвалидов о возможности направления в эти центры инвалидов вследствие психических заболеваний (упорядоченное поведение которых подтверждается диспансером) с целью включения их в реабилитационные мероприятия, использования помощи и

льгот, которыми пользуются другие инвалиды (такой опыт есть). Однако это не становится правилом, хотя инвалиды вследствие психического заболевания имеют такие же права как инвалиды вследствие других заболеваний. Центры социального обслуживания идут на это неохотно, так или иначе стараются от этого уйти, но такое положение должно быть изменено.

Еще одна проблема – накопление больных в стационарах с чрезмерно длительными сроками пребывания. В среднем, в большинстве регионов число больных, находящихся непрерывно в стационаре свыше года не превышает 22–23 на 100 тыс. чел. населения при том, что несколько более 4 на 100 тыс. чел. населения ежегодно переводятся в интернаты для психохроников. Вместе с тем, примерно в четверти регионов число больных со сроками госпитализации больше года превышает 30–40–50%.

Таблица 10

Процент больных, находящихся в стационаре более года на конец 2013 года

В среднем по России	22,2
в 22 регионах	20,0–29,9
в 7 регионах	30,0–39,9
в 5 регионах	40,0–49,9
в 5 регионах	50,0–58,0

Подавляющее большинство больных с длительными сроками госпитализации – больные шизофренией. В некоторых больницах целые корпуса заняты хронически больными с «больничным проживанием», которые не вовлечены в адекватные реабилитационные процессы.

Вместе с тем, отделения для формирования навыков самостоятельного проживания (общежития) – единичны. Вообще этому разделу реабилитации не уделяется достаточного внимания. В то же время число мест в домах для психохроников, рассчитанных на окончательное призрение, 85,0 на 100 тыс. нас. – больше чем в любой из стран Европы. Других резиденциальных форм, деятельность которых могла бы способствовать возвращению части указанных больных в социум, нет. Такие формы разработаны, но не получили распространения. Это тоже проблема, которая подлежит совместному рассмотрению двух министерств – Минздрава и Министерства труда и социальной защиты, но до сих пор эти проблемы не решаются так, чтобы более оптимально удовлетворить нужды этого контингента больных.

В заключение отметим, что все изложенное выше – основные направления программы актуальных мероприятий, которую мы предлагаем для активизации, повышения эффективности, устранения недостатков, предупреждения негативных тенденций в психиатрической помощи в стране. Мы, однако, не касались таких проблем как общее повышение качества помощи (качества структуры, доступность, условия содержания больных, уровень и качество фармакоте-

рапии, ее обеспеченность, системы реабилитации, качество результатов), повышение квалификации специалистов, в том числе восприимчивость к научным дости-

жениям, – все это составляющие современного уровня оказания помощи; они требуют не только одноразовых, эпизодических, но и постоянных, настойчивых усилий.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: НЕОТЛОЖНЫЕ И ДОЛГОВРЕМЕННЫЕ ЗАДАЧИ

И.Я. Гурович, В.Н. Краснов, А.Б. Шмуклер

В статье приводится анализ состояния психиатрической помощи в настоящее время в России, выделяются как актуальные текущие, так и долгосрочные задачи. К первым относится ряд выявленных, особенно в последние годы, недостатков, приведших к снижению числа первично выявляемых психически больных, явлению ухудшения доступности помощи в сельских районах, уменьшению числа врачей-психиатров, недостаткам структуры помощи, несоответствию между

сокращением психиатрических стационаров и отстающим от него развитием внебольничных подразделений и пр. Перечисляются возможности устранения этих недостатков, при том, что другие проблемы рассматриваются как долгосрочные задачи.

Ключевые слова: Психиатрическая помощь, сокращение стационаров, развитие внебольничных форм помощи, повышение качества помощи.

CURRENT CONDITION OF PSYCHIATRIC CARE: IMMEDIATE AND LONG-TERM CHALLENGES

I.Ya. Gurovich, V.N. Krasnov, A.B. Shmukler

This article presents an analysis of current condition of psychiatric care in Russia and specify immediate and long-term challenges. Immediate challenges include a number of problems caused by recent developments in the field that resulted in diminished number of new cases of mental patients, problems with accessibility of care in rural areas, lower number of psychiatrists, inappropriate structure of care, disproportion between the

cut hospital beds and slow development of outpatient units etc. The authors propose possible solutions on these problems while the rest are considered as long-term challenges.

Key words: psychiatric care, cut hospital beds, development of outpatient care, improved quality of care.

Гурович Исаак Яковлевич – профессор, доктор медицинских наук, руководитель отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России; e-mail: prof.gurovich@gmail.com

Краснов Валерий Николаевич – профессор, доктор медицинских наук, директор Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России; e-mail: valery-krasnov@mail.ru

Шмуклер Александр Борисович – профессор, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России; e-mail: ashmukler@yandex.ru