

# Сокращение числа госпитализаций за счет качества?

## Примеры стационарной психиатрии в эпоху пост-институционализма

С начала 1950х годов эффективная медикаментозная и психологическая терапия в сочетании с антипсихиатрическим давлением вызвали весьма убедительное видение деинституционализированной психиатрии, в которой основная часть психиатрической помощи должна была производиться в сообществе. Считалось, что небольших психиатрических отделений в больницах общего профиля было бы достаточно для оказания помощи, хотя некоторые пациенты нуждаются в длительной госпитализации, поскольку они утратили свои социальные навыки и связи с семьей.

В 1955 году в Англии насчитывалось 150 000 больничных коек для душевно больных. К 2012 их было всего 22 300, а к концу прошлого года их количество сократилось еще на 2 000 коек. Этому резкому сокращению способствовало развитие таких форм внебольничной помощи как лечение по месту жительства и кризисное лечение в домашних условиях. Результаты контролируемых исследований показали, что наибольшее влияние на сокращение госпитализаций оказало кризисное лечение на дому, что было также экономически более эффективным<sup>1</sup>.

Конечно, даже самое эффективное кризисное лечение в домашних условиях не может безопасно справляться со всеми кризисными ситуациями в обществе, поэтому параллельно предпринимались постоянные усилия, направленные на сокращение пребывания в стационаре для всех, кому невозможно оказать помощь в иных условиях. Последним проявлением этого стало введение «сортировочных» палат. Длительность пребывания в этих высоко укомплектованных палатах составляло 7 дней, при этом пациенты либо выписывались домой (при наличии поддержки в кризисных ситуациях на дому) или переводились в больницу с более длительным пребыванием. Но в этом и кроется проблема. Пациенты, которые в результате распределения направлялись на более длительную госпитализацию, как правило, имели более тяжелые нарушения и разорванные связи с социумом. В одном из немногих исследований, посвященных изучению влияния системы «сортировки» на длительность госпитализации, мы показали, что накопление этих более сложных пациентов с длительным сроком пребывания в стационаре, вскоре заполнили другие отделения больницы, что явно отрицало любую экономическую выгоду сортировочных палат<sup>2</sup>.

Сокращение число острых больничных коек можно рассматривать как значительный успех на пути деинституционализации в Соединенном королевстве, если бы не тот факт, что спрос на стационарное лечение в настоящее время значительно превышает предложение, и сопровождается нарастающей волной деморализации и неудовлетворенности, как среди персонала больницы, так и самих пациентов. Недавнее исследование показало, что количество пациентов, которые должны быть госпитализированы за пределами их дома, удвоилось с 1 301 в 2011/2012 годах до 3 204 в 2013/2014 гг., при типичной занятости коек свыше 100%<sup>3</sup>. Принимаются только пациенты в наиболее остром состоянии, при этом доля лиц с принудительной госпитализацией увеличилась, а число добровольных госпитализаций сократилось<sup>4</sup>. Поступают сообщения, что многие пациенты, обращающиеся за добровольной

госпитализацией, говорят, что они «недостаточно больны», чтобы проходить стационарное лечение<sup>5</sup>. С другой стороны, около 1/6 стационарных больных, в вышеописанном исследовании, были в достаточной степени восстановлены для выписки, но продолжали стационарное лечение, проходя более длительный период реабилитации или ожидая получения жилья или других коммунальных услуг.

Уже на протяжении целого века замечено, что конфликты в стационарах возникают из-за того, что персонал больницы вынужден заниматься бюрократическими вопросами, что ведет к их выгоранию и отдалению от пациентов и других членов группы по уходу, лишая их способности сочувствовать и оказывать надлежащий уход и заботу. К счастью, такие конфликты сейчас редки, тем не менее, существует реальная обеспокоенность, что персонал, работающий в условиях переполненности отделения и стресса, может испытывать деморализацию и чувствовать упадок сил, будучи поглощенными бумажной работой, когда остается совсем мало времени для терапевтической работы с пациентами. Хотя международные стандарты рекомендуют различные групповые и индивидуальные терапевтические взаимодействия с пациентами, которое в среднем достигают 2,5 часов в сутки<sup>6</sup>, эти нормативы редко выполняются. В недавнем исследовании в остром стационарном отделении, мы обнаружили, что такого рода взаимодействия и индивидуальные контакты с пациентами составляли всего 4,5 часа в неделю. Существовали большие различия между подопечными, при этом некоторые пациенты не принимали участия в какой-либо формальной активности<sup>7</sup>.

Существует несколько изданий с установленными стандартами и рекомендациями, которые одобрены инспекцией и добровольными инициативами по улучшению качества оказания услуг<sup>8</sup>, соблюдение которых, безусловно приведет к улучшению стандартов медицинской помощи. Существует также интервенции, базирующиеся на специальных навыках улучшения управления гневом и рискованным поведением, эффективность которых подтверждена контролируемые исследованиями<sup>8</sup>, описывающих простые процедуры, связанных с эффективным управлением административными мероприятиями и улучшающих качество ухода за больными в стационарах, которые с успехом можно применять и в психиатрических отделениях<sup>9</sup>.

В то время как в Великобритании продолжается сокращение койка-мест, в других европейских странах отмечается другая картина: в Германии, Хорватии, Латвии и Литве происходит увеличение обеспечения, а в Бельгии и Нидерландах имеется гораздо больше койка-мест на душу населения. Тем не менее, по мнению многих британских психиатров, у нас достаточно количество койка-мест, если решить проблему с задержкой выписки<sup>3</sup>. Некоторые даже утверждают, что вместо того, чтобы пытаться улучшить стационарную помощь, мы должны стремиться заменить ее жилыми альтернативами в сообществе. В некоторых европейских странах этого удалось достичь<sup>10</sup>, но в Англии все усилия по решению данного вопроса очень локализованы, как например оказание бригадной кризисной помощи на дом. Большинство из них предоставляют меньшее количество коек, чем в типичной острой стационар-

ной палате, и большинство из них принимают только лиц с добровольной госпитализацией. Многие из них имеют меньше проблем с моральным духом персонала, и такие места больше предпочитаемы пациентами, но из-за своей изолированности, они не рассматриваются как достаточно безопасные места для более острых состояний, особенно когда есть риск проявления насилия. Парадоксально, но сосуществуя наряду с больницами, такого рода службы могут значительно усугубить ситуацию со стационарными условиями, оказывая помощь более комплаентным пациентам, оставляя более нарушенных и нетрудоспособных пациентов для скорой медицинской помощи.

Кажется очевидным, что долгосрочная госпитализация необходима больным с ограниченными возможностями, которые обременяют скорую помощь, но в течение десятилетий после закрытия психиатрических больниц, Великобритания также спокойно отказалась от оказания долгосрочной помощи, что является причиной наименьшего количества реабилитационных коек на душу населения, чем в других странах Европы<sup>11</sup>. В какой-то момент это было даже политическим вопросом о закрытии всех психиатрических койко-мест, в итоге около половины всех реабилитационных койко-мест были закрыты, а персонал был перепрофилирован для оказания помощи в домашних условиях. Аналогичные процессы происходили в других частях Европы и Северной Америки, при этом долгосрочный уход по месту жительства был мало связан с местными потребностями в области психического здоровья<sup>12</sup>. В США Sisti et al<sup>13</sup> указывают, что количество пациентов в настоящее время обслуживающихся в долгосрочных, государственных учреждениях, составляют около 10% от этого показателя в 1995 г., а также отметили (как и многие специалисты Северной Америки) рост числа психически больных в тюрьмах, которые, по их утверждению, стали крупнейшими учреждениями оказания психиатрической помощи в стране.

В заключение, хочется отметить, что мы находимся в таком положении, потому что игнорируем большую часть наших собственных рекомендаций для всего мирового сообщества об обеспечении общества самым необходимым, перед сокращением стационарной помощи<sup>14</sup>. Я считаю, что лучшее, что мы можем сделать для улучшения качества стационарной помощи, это снизить требования к быстрой выписке острых больных и тем самым позволить стационарным службам

выполнять свои обязанности качественно. Для достижения этого, при том я считаю, что возвращение к крупным психиатрическим больницам не является выходом (также смотри Cohen et al<sup>15</sup>), нам необходимо обеспечить адекватное обеспечение реабилитации в стационаре, а также внедрение руководящих принципов реабилитации, которые уже существуют. В этих условиях, как и во всей стационарной помощи, определяющими факторами качества оказываемой помощи являются хорошее администрирование и наличие квалифицированного и отзывчивого персонала.

## Tom K.J. Craig

Psychology & Neuroscience, King's College London, Institute of Psychiatry, London, UK

Перевод: Пикиреня Л., Пикиреня В.

Редактура: к.м.н. Кузнецова-Морева Е. А. (Москва)

(World Psychiatry 2016; 2: 91-92)

### Библиография

1. Paton F, Wright K, Ayre N et al. Health Technol Assess 2016;20:1-162.
2. Williams P, Csipke E, Rose D et al. Br J Psychiatry 2014;204:480-5.
3. Commission to Review the Provision of Acute Inpatient Psychiatric Care for Adults. Interim report 2015. www.caapc.info.
4. Health and Social Care Information Centre. Adult critical care data in England. www.hscic.gov.uk.
5. MIND. Listening to experience: an independent enquiry into acute and crisis mental healthcare. www.mind.org.uk.
6. Cresswell J, Beavon M, Robinson H. Standards for acute inpatient services for working-age adults, 5th ed. London: Royal College of Psychiatrists, 2014.
7. Emese C, Flach C, McCrone P et al. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2014;49:665-71.
8. Bowers L, James K, Quirk A et al. Int J Nurs Stud 2015;52:1412-22.
9. Aboumatar HJ, Chang BH, Danaf AJ et al. Med Care 2015;53:758-67.
10. Mezzina R, Vidoni D. Int J Soc Psychiatry 1995;41:1-20.
11. Samele C, Urquia N. Epidemiol Psychiatr Sci 2015;24:371-5.
12. de Girolamo G, Picardi A, Micciolo R et al. Br J Psychiatry 2002;181:220-5.
13. Sisti DA, Segal AG, Emanuel EJ. JAMA 2015;313:243-4.
14. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA et al. World Psychiatry 2010;9:67-77.
15. Cohen A, Chatterjee S, Minas H. World Psychiatry 2016;15:116-7.