

О ПОКАЗАТЕЛЯХ СТАЦИОНАРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАН В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ

И.Я. Гурович, О.О. Папсуев, Л.Я. Висневская

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

Международный опыт реформирования психиатрической помощи вызывает интерес и привлекает к себе особое внимание, когда речь идет о конкретных данных, являющихся предметом для сопоставления [1, 2]. В статье английских авторов [14] опубликованы данные о числе психиатрических коек в 28 странах Европейского Союза и некоторых других показателях стационарной помощи в результате деинституционализации (по данным Eurostat 2015, табл. 1). Анализируя эти и представленные в статье другие данные по странам Европы, авторы, ранжируя их по каждому из показателей, стремятся объяснить место среди них Объединенного Королевства. Интерес представляет не только это, но и вся картина вариабельности данных, отражающая различное влияние в каждой из стран на особенности психиатрической помощи целого ряда факторов, которые определяют особенности их исторического развития, состояние в настоящее время и перемены в связи с деинституционализацией. Для нас интересно и важно сопоставить данные по европейским странам с данными по Российской Федерации.

Авторы отмечают, что существенное сокращение числа больничных коек на протяжении последних 20 лет по всей Европе, изменило ландшафт психиатрических служб. По данным Eurostat, медианное значение числа психиатрических коек в 2000 году по 28 странам Европейского Союза составило 97,3 на 100 000 населения, а к 2011 оно снизилось до 68,2 на 100 000 населения. Однако, несмотря на такое значительное снижение, ряд стран продолжает опираться на стационарную помощь (Бельгия, Мальта, Латвия, Нидерланды) (табл. 1). Некоторые страны изменили данную тенденцию на противоположную и увеличили коечный фонд (например, Хорватия, Германия, Латвия, Литва) (Eurostat 2015).

В недавнем времени снижение числа психиатрических коек породило ряд протестов. В частности, в Англии были высказаны сомнения в целесообразности сокращения слишком большого числа коек, поскольку показатель занятости койки многих трастов (региональных отделений, n=28) национальной меди-

Таблица 1

Число психиатрических коек на 100 000 населения в каждой из 26 европейских стран на 2011 год (Eurostat, 2015)

Страна	Число коек на 100 тысяч населения
Бельгия	175
Мальта	143
Нидерланды (2009)	139
Латвия	129
Германия	121
Литва	111
Хорватия	105
Чешская республика	101
Франция	89
Люксембург (2010)	85
Греция (2009)	80
Австрия	78
Румыния	78
Словакия	77
Финляндия	71
Словения	66
Ирландия	66
Польша	63
Болгария	63
Дания (2010)	57
Португалия	57
Эстония	54
Объединенное Королевство	53
Швеция	47
Испания	38
Венгрия	33

цинской службы составил 100%. Некоторые считают такую систему неэффективной и небезопасной из-за существенного сокращения коек [3].

Сообщается, что ситуация с госпитализациями, длительностью пребывания в больнице и количеством

коек варьирует в Европе от региона к региону. В 2009 году, например, число взрослых психиатрических коек на 10 000 населения работоспособного возраста в Англии составило от 0,8 на Юго-Востоке страны до 8,0 в Лондоне, когда среднее значение для всей страны равнялось 1,6. Уровень госпитализаций отличался в шестикратном порядке между различными трастами национальной медицинской службы, количество коек различалось в 20 раз, а средняя длительность пребывания больных в стационаре – в 15 раз.

Табл. 1 демонстрирует число психиатрических коек на 100 000 населения в странах – членах Европейского Союза. Такие страны, как Италия имеют очень небольшое число психиатрических коек, около 10 на 100 000 и они распределены только в больницах общего профиля, а не в психиатрических учреждениях. В Соединенном Королевстве в целом меньше психиатрических коек, по сравнению с другими странами – 53 на 100 000 населения.

Данные, представленные ВОЗ (на 2012 г., за исключением Дании (2006), Хорватии (2013), Словакии (2011)), показывают для 12 стран Европейского Союза разброс числа госпитализаций с диагнозом шизофрении от 0,02 до 3,1 на 1 000 населения (табл. 2). В Соединенном Королевстве – один из самых низких уровней госпитализаций – 0,29 на 1 000 населения для больных с данным диагнозом по сравнению с другими 12 странами Европейского Союза.

Однако, картина существенно меняется, когда речь заходит о длительности пребывания больных на койке с тем же диагнозом. Средняя длительность пребывания на койке в Соединенном Королевстве значительно превосходит другие страны, она даже выше, чем в других странах с длительным стационарным лечением, таких, как Мальта (табл. 3).

Таблица 2

Число госпитализаций на 1 000 населения больных с диагнозом шизофрении в каждой из 12 европейских стран (2015 г.)

Страна	Число госпитализаций больных шизофренией на 1000 населения
Дания	0,02
Объединенное Королевство	0,29
Мальта	0,30
Чешская республика	0,63
Словения	0,73
Словакия	0,80
Люксембург	0,84
Польша	1,20
Хорватия	1,47
Финляндия	1,48
Румыния	1,53
Литва	1,72
Латвия	3,12

Основываясь на описательном анализе европейских данных за 2013 год, авторы отмечают, что уровень госпитализаций, соотнесенный со средней длительностью пребывания, показывает, что в Соединенном Королевстве низкое число госпитализаций, но большая средняя продолжительность стационарного лечения существенно отличаются по сравнению с половиной других европейских стран. Средняя длительность пребывания в стационаре, составляющая для Соединенного Королевства 131,7 дней разительным образом отличается от Дании, где это число составляет 5,5 дней. Латвия, наоборот, имеет высокий уровень госпитализаций со сравнительно короткой длительностью пребывания больных в стационаре.

Такие же данные, собранные ВОЗ в 2012 году показывают среднюю длительность госпитализаций в Соединенном Королевстве в 110 дней, то есть она за два года выросла на 22 дня. Странно, считают авторы, что до сих пор не было проведено достаточных исследований паттернов и предикторов длительности госпитализаций. Причины, влияющие на это, сложные и зависят от множества факторов, включая структуру психиатрической помощи, культурные факторы, давление, оказываемое на врачей с целью сократить сроки госпитализаций.

В исследовании J.Zhang и соавт. [17] было обнаружено 10 факторов, связанных с длительностью пребывания пациентов в больнице, в особенности – необходимостью изоляции во время профильной госпитализации, трудностями с жильем, проживанием в районах с мало развитыми внебольничными службами. Одно исследование фокусировалось на значении коморбидности в вопросе длительности госпитализации. Две из проверяемых гипотез предполагали, что острая сопутствующая патология у

Таблица 3

Длительность пребывания в больнице пациентов с диагнозом шизофрении в каждой из 12 европейских стран (2015 г.)

Страны	Длительность лечения в стационаре на 1 000 больных шизофренией
Дания	5,5
Латвия	36,0
Словакия	37,3
Румыния	37,8
Литва	39,4
Люксембург	44,4
Польша	44,8
Словения	61,0
Хорватия	62,5
Финляндия	70,9
Мальта	81,2
Чешская республика	89,2
Объединенное королевство	131,7

пациентов с шизофренией и биполярным расстройством будет влиять на длительность госпитализации, и анализировались факторы, с этим связанные. 428 пациентов были включены в исследование, 200 из них имели диагноз шизофрения. У пациентов с биполярным расстройством наиболее частой сопутствующей патологией была артериальная гипертензия, а у пациентов с шизофренией – эндокринные и метаболические расстройства. Исследователи выявили значимую положительную линейную зависимость между острой сопутствующей патологией у больных с шизофренией и длительностью госпитализации. Число дополнительных дней было существенным (медиана – 13 дней) [6].

Выводы А. Douzenis и соавт. [6] подчеркивают важность уделения внимания соматическому здоровью пациентов с психическими расстройствами. Важно отметить, что данное исследование базировалось на выборке стационарных больных в Греции, где не всегда доступна полноценная помощь с опорой на сообщество. Даже первичное звено в Греции недостаточно развито, что может также влиять на увеличение длительности пребывания больных в стационаре.

Как считают авторы, объяснить то, что в Соединенном Королевстве длительность госпитализаций выше средней в Европе – непростая задача, отчасти и потому, что здесь имеется хорошо развитая система здравоохранения с богатой ресурсной базой. Сокращение стационарных психиатрических коек сделало еще более трудным для пациентов получить доступ к данной помощи. Похожая ситуация происходит и на международном уровне. К примеру, в Австралийской Виктории для того, чтобы быть госпитализированным в стационар, пациент должен иметь сильно выраженную психотическую симптоматику; этим очень недовольны потребители психиатрической помощи и их близкие [17].

Сокращение коек также привело к увеличению недобровольных госпитализаций, что постепенно происходит на протяжении двух последних десятилетий. S. Weich и соавт. [16] провели исследование с целью пролить свет на эту проблему. Они проанализировали данные 238 188 пациентов, которые получали помощь в 2010–2011 гг. Авторы обнаружили, что 84,5% переменных, связанных с недобровольными госпитализациями, зависели от индивидуальных характеристик (пол, возраст, этническая принадлежность), 6,7% – от местности, 2,7% – от врачей общей практики, 6,9% были связаны с региональными трастами. Была обнаружена слабая, но значимая связь между занятостью койки и недобровольными госпитализациями, которая исчезла после поправки на искажающие факторы. Авторы отмечают, что остается необходимость снижать количество недобровольных госпитализаций, а также необходимость дальнейших исследований в этой области. Недобровольные госпитализации используются даже

в тех местах, где хорошо доступна богатая ресурсами помощь с опорой на сообщество.

В попытке понять недостаточность метода интенсивного ведения случая, T. Burns и соавт. [5] провели специальное исследование. Установлено, что там, где при высоком уровне госпитализаций до включения в исследование или в контрольную группу снижали число госпитализаций, интенсивное ведение случая лучше работает в регионах, где шире использовалась стационарная помощь и оно менее эффективно там, где стационарная помощь используется реже.

Пропорция трат на стационарную психиатрическую помощь остается высокой для стран, особенно там, где выше длительность госпитализации. В соответствии с данными ВОЗ для Мальты (2011), 96,8% бюджета там тратится на стационарную помощь. В Польше, где нет длительных госпитализаций, 73% бюджета уходит на стационарную службу. Высокая доля расходов, отводимая на стационарную помощь, невольно ограничивает вложение средств в развитие служб с опорой на сообщество. В Соединенном Королевстве день пребывания в психиатрическом стационаре стоит порядка 300 фунтов, она вдвое выше для отделений с интенсивной терапией (2010). Если длительность госпитализации продолжительна, как в Соединенном Королевстве, то стационарная помощь также будет оставаться дорогой. P. McCrone и соавт. [11] оценили необходимость психиатрической помощи, настоящие и будущие затраты до 2026 года, а также возможные пути экономии. Авторы пришли к выводу, что сэкономить можно, в основном, за счет сокращения стационарных издержек путем расширения применения кризисных вмешательств и лечения на дому, а также за счет внедрения служб ранних вмешательств для пациентов с шизофренией и биполярным расстройством и др. Конечно, некоторые домашние кризисные или терапевтические службы, похоже, снижают число госпитализаций и длительность пребывания на больничной койке. Это может означать, что следует смещать баланс не только в сторону служб с опорой на сообщество, но также следует проводить исследования с целью выяснения, как длительность пребывания на больничной койке может быть сокращена без ущерба для больных.

Несмотря на существенное сокращение психиатрических стационарных коек на протяжении последних двух десятилетий, больничная помощь остается важной составляющей психиатрической службы, также как и набор служб с опорой на сообщество. В то же время некоторые европейские страны существенным образом полагаются на стационарную службу, на что и тратится большая часть бюджета, выделяемого на психиатрическую помощь.

Несмотря на то, что в Соединенном Королевстве меньше психиатрических коек и низкий уровень госпитализаций, здесь имеется очень высокая продолжительность госпитализаций, по сравнению с другими странами.

Еще один аспект влияния на число психиатрических коек связан с концепцией L.S.Penrose [13], которая была высказана им 75 лет назад и к которой неоднократно и по настоящее время проявляется интерес. Она предполагает обратные взаимоотношения между количеством коек в психиатрических больницах и размерами тюремной популяции, то есть, что сокращение коек в психиатрических больницах приводит к росту заключенных в тюрьмах и наоборот, сокращение тюремной популяции сопровождается возрастанием числа занятых коек в психиатрических больницах. Эта концепция неоднократно проверялась и подвергалась обсуждению. Гипотеза Penrose в некоторых сообщениях находила подтверждение на материале таких стран, как Ирландия и Норвегия [7, 8], в других – не подтверждалась. Всемирный анализ с использованием данных из 158 стран показал положительную корреляцию между психиатрическими койками и тюремной популяцией в низко- и в высоко развитых странах [12]. Данные из других стран также вызывали сомнение [13, 14]. Наконец, исследование на материале 26 европейских стран характеризовалось тщательным отбором материала с исключением из исследования стран при недостатке данных, включенных в анализ дополнительных данных, касающихся тех явлений, и, наоборот, которые могли своим влиянием исказить результаты (безработица, неравномерность доходов и другие экономические данные). Основные данные о психиатрических койках и величине тюремной популяции идентифицированы через Eurostat. Все эти данные использовались за 20 лет (самый большой промежуток времени по сравнению с другими исследованиями).

В результате коррелятивные связи между числом психиатрических коек и размерами тюремной популяции, установленные с помощью коэффициента, не достигают статистической достоверности по модели смешанной мультивариантной регрессии. Это показывает, что редукция числа психиатрических коек не связана с увеличением тюремной популяции сама по себе (*per se*). Это также показывает, что действительные связи между этими двумя факторами более гетерономны. Дополнительные статистические данные, кроме того, показывают наличие значительных вариантов величины и направления этих связей в разных странах. Поэтому в заключение авторы делают вывод, что гипотеза Penrose является неадекватным упрощением достаточно сложной и мультифакторной проблемы. Вместе с тем, эта гипотеза привлекает внимание к тому, что как в психиатрических учреждениях, так и в обществе постоянно находится контингент лиц с психическими отклонениями со склонностью к криминальным поступкам или с криминальным поведением, которые могут нуждаться в стационарном лечении.

Европейские страны представляют широкий спектр для изучения соотношения числа коек, числа госпитализаций и длительности стационарного

лечения больных шизофренией после 20 лет сокращения коечного фонда психиатрической службы.

Авторы обращают внимание на отличия этих показателей не только в разных странах Европы, но и в разных регионах одной страны. Надо отметить, что подобные различия (также нередко многократные) наблюдаются при сопоставлении показателей регионов в нашей стране; они обычно не обнаруживают со временем быстрой тенденции к нивелировке, что говорит о сильном влиянии местных условий и сложившихся подходов к оказанию психиатрической помощи.

В период интенсивного сокращения коечного фонда в России в целом сокращено свыше 60 тысяч коек, примерно $\frac{1}{4}$ часть всего психиатрического коечного фонда страны. Интересно сопоставить эти же показатели с аналогичными показателями европейских стран, тем более, что данные о числе психиатрических коек после сокращения относятся к тому же году, к которому относятся и данные стран Европы.

Вместе с тем, нельзя не обратить внимание на то, что данное исследование не отличается достаточной полнотой. Авторы исходят из утверждения, что в европейских странах имеется довольно высокий уровень развития форм психиатрической помощи с опорой на сообщество, не раскрывая конкретно их содержания. Например, даже не упоминается резиденциальный раздел психиатрической службы, получивший широкое развитие, в том числе в европейских странах, и охватывающий преимущественно контингенты больных с длительным пребыванием в стационаре, не говоря уже о дневных стационарах, ассертивных бригадах и других формах внебольничной помощи. Их участие в сокращении длительности лечения в больнице вряд ли можно игнорировать. Скорее, для объяснения этого возможно предположить исторически сложившийся подход без особого стремления к сокращению длительности лечения в стационаре или предпочтения его, в отличие от других форм помощи.

В 2011 году число психиатрических коек равнялось 104,8 на 100 тысяч населения, и мы уже тогда отмечали, что количество коек в нашей стране стало меньше, чем в таких европейских странах как Нидерланды, Германия и Швейцария. В то же время уровень госпитализации оставался достаточно высоким; к этому времени он снизился с 464 и к 2011 году составил 430 на 100 тысяч населения.

Что касается больных шизофренией, то число госпитализаций в год равнялось 151,5 на 100 тысяч населения, а средняя длительность их госпитализации составляла 107,7 дней. Ориентируясь прежде всего на число коек, можно отметить, что Россия по этому показателю могла бы быть отнесена к числу стран (табл. 1), сохраняющих еще довольно большое число психиатрических коек, но не наверху всей таблицы, а ближе к середине ее верхней части. Следует также отметить сокращение коек в последующие годы. В то же время по длительности лечения

в стационаре больных шизофренией (107,7 дней) она была бы на одном из последних мест так же, как и Соединенное Королевство.

Таким образом, если можно сделать конкретные выводы из обсуждаемых данных для нашей страны в определении наиболее слабых мест для дальнейшего совершенствования деятельности стационарной психиатрической помощи, то это работа над лучшим использованием коечного фонда. Несмотря на сокра-

щение коек, чрезмерно высокими остаются уровень (число) госпитализаций и их продолжительность. Внимание к этим показателям, пожалуй, в настоящее время становится более актуальным, чем сокращение числа коек. Эти проблемы должны решаться не волонтаристически, то есть путем распоряжения, а рационально, дифференцированно, продумано, иными словами – без потери качества, а наоборот, при его повышении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И. Я. Направление совершенствования психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 1. С.5–9.
2. Гурович И. Я., Сторожакова Я. А., Фурсов Б. Б. Международный опыт реформы психиатрической помощи и дальнейшее развитие психиатрической службы в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т.22. № 1. С.
3. Baggaley M. England's mental health services in crisis // BBC News Retrieved March 2015 from <http://www.bbc.co.uk/news/health-24537304>
4. Bluml V., Waldhor T., Kapusta N.D., Vyssok B. Psychiatric hospital bed numbers and prison population size in 26 European countries: a critical reconsideration of the Penrose hypothesis // PLOS ONE. 2015. doi: 10.1371/journal.pone.0142163
5. Burns T., Catty J., Roberts C., Lockwood A., Marshal M. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: a systematic review and meta-regression // Br. Med. J. 2007. doi 10/1136/bmj.39251.599259.55
6. Douzenis A., Seretis D.S., Nika S., Nikolaidou P., Papadopoulou A., Rizos E.N., Christodoulou C.X., Tsopeles C., Michell D., Lykouras L. Factors affecting hospital stay in psychiatric patients: the role of active comorbidity // BMC Health Res. 2010. Vol. 12. P. 166.
7. Hartvig P., Kjelsberg E. Penrose's Law revisited: The relationship between mental institution beds, prison population and crime rate // Nordic J. Psychiatry. 2009. Vol. 63, N 1. P. 51–56. doi: 10.1080/08039480802298697 PMID:
8. Kelly B.D. Penrose's Law in Ireland: an ecological analysis of psychiatric inpatients and prisoners // Irish Medical J. 2007. Vol. 100. N 2.
9. Large M.M., Nielssen O. The Penrose hypothesis in 2004: Patient and prisoner numbers are positively correlated in low-and-middle income countries but are unrelated in high-income countries // Psychol. Psychother: Theory, Research Practice. 2009. Vol. 82, N 1. P. 113–119. doi: 10.1348/147608308x320099
10. Mundt A.P., Franciscovic T., Gurovich I., Heinz A., Ignatyev Y., Ismayilov F. et al. Changes in the provision of institutionalized mental health care in post-communist countries // PLoS ONE. 2012. Vol. 7, N 6.
11. McCrone P., Dhanasiri S., Patel A., Knapp M., Lawton-Smith S. Paying the price. The cost of mental health care in England to 2026. King's Fund. Retrieved April 2015 from <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Paying-thePrice-the-cost-of-mental-care-England-2026-McCrone-Dhanasiri-Patel-Knapp-Lawton-Smith-King-Fund-May-2008>.
12. McCrone P., Johngson S., Nolan F., Sandor A., Hout J., McKenzie N., White I.R., Bebbington P. Impact of a crisis resolution team on service costs in the UK // Psychiatr. Bull. 2009. Vol. 33. P. 19–19.
13. Penrose L.S. Mental disease and crime: outline of a comparative study of European Statistics // Br. J. Med. Psychol. 1939. Vol. 18, N 1. P. 1–15.
14. Samele C., Urquia N. Psychiatric inpatient care: where do we go from here // Epidemiol. Psychiatr.Sci. 2015. Vol. 24. P. 371–375
15. Steadman H., Monahan J., Duffee B., Haststone E. The Impact of State Mental Hospital Deinstitutionalization in United States of Prison Populations, 1968–1978 // J. Crim. Law Criminology. 1984. Vol. 75. P. 474–490.
16. Weich S., McBride O., Twigg I., Keown P., Cyhlarova E., Crepez-Keay D., Parsoms H., Scott J., Bhui K. Variation in compulsory psychiatric inpatient admission in England: a cross-sectional analysis // Health Service Delivery Research. 2014. doi: 10.3310/hsdr02490.
17. Zang J., Harvey C., Andrew C. Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study // Austr. NZ J. Psychiatr. 2011. Vol. 45 P. 578–585. doi: 10.3190/00048674.2011.585452.

О ПОКАЗАТЕЛЯХ СТАЦИОНАРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАН В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ

И.Я. Гурович, О.О. Папсуев, Л.Я. Висневская

В статье обсуждаются данные стационарной психиатрической помощи в 28 европейских странах после сокращения коечного фонда за предшествующий двадцатилетний период. Речь идет о трех основных показателях: числе психиатрических коек, уровне госпитализации и длительности лечения в больнице.

Ситуация с различным сочетанием этих показателей варьирует в

Европе не только в различных странах, но и в отдельных регионах. Совместное рассмотрение трех указанных показателей дает более полную картину использования коечного фонда в психиатрии и определения задач по совершенствованию стационарной помощи.

Ключевые слова: страны Европы, показатели стационарной психиатрической помощи.

PARAMETERS OF IN-PATIENT PSYCHIATRIC CARE IN EUROPEAN COUNTRIES AFTER DEINSTITUTIONALIZATION

I.Ya. Gurovich, O.O. Papsuev, L.Ya. Visnevskaya

The authors discuss the data on in-patient psychiatric care in 28 European countries after the reduction of beds in recent twenty years, specifically, the data on the number of psychiatric beds, hospitalisation level and duration of stay in the hospital. These parameters occur in different combinations and

vary in Europe both between countries and between regions. Analysis of these three parameters provides a more complete picture of the use of beds in psychiatry and further development of in-patient care.

Key words: European countries, parameters of in-patient psychiatric care

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

Папсуев Олег Олегович – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: oleg.papsuev@gmail.com

Висневская Лидия Яновна – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России.