Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

СЕМЕНОВА

Наталия Владимировна

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ СИСТЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (НА ПРИМЕРЕ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ)

Специальности: 14.01.06 – Психиатрия

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Научные консультанты:

Доктор медицинских наук, профессор
Незнанов Николай Григорьевич

Доктор медицинских наук, профессор
Пенюгина Екатерина Николаевна

Санкт-Петербург
2014

СОДЕРЖАНИЕ

СОДЕРЖАНИЕ 2
ВВЕДЕНИЕ 5
ГЛАВА 1. СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕСТВА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) 17
1.1 Теоретико-методологические вопросы формирования системы обеспечения качества медицинской помощи 17
1.2 Проблемы управления качеством медицинской помощи при психических расстройствах 27
1.3 Опыт организации психиатрической помощи в зарубежных странах 37
1.4 Современные тенденции развития психиатрической помощи населению Российской Федерации 60
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ, МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ 80
2.1 Материалы, план и организация исследования 80
2.2 Методы исследования 87
2.3 Административное деление и социально-демографическая характеристика Ленинградской области 109
ГЛАВА 3. ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ 120
3.1 Анализ распространенности психических расстройств среди населения Ленинградской области 120
3.2 Анализ первичной заболеваемости психическими расстройствами населения Ленинградской области 134
3.3 Прогноз динамики заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения населения Ленинградской области до 2020 года ... 149
ГЛАВА 4. АНАЛИЗ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО СОСТАВА БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ 160

4.1 Медико-демографическая характеристика пациентов психиатрических больниц 160
4.2 Медико-демографическая характеристика амбулаторных контингентов больных психическими расстройствами и расстройствами поведения 171
4.3 Диагностическая структура больных диспансерной и консультативной групп 181
4.4 Состояние и динамика инвалидности вследствие психических заболеваний184
ГЛАВА 5. СТРУКТУРА И ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ 191
5.1 Учреждения и кадры психиатрической службы Ленинградской области ... 191
5.2 Сроки госпитализации больных в психиатрические стационары 208
5.3 Недобровольные госпитализации и принудительное лечение..... 219
5.4 Исходы и результаты лечения в психиатрических больницах..... 227
5.5 Новые формы и методы медико-социальной помощи 236
ГЛАВА 6. КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ УЧАСТНИКОВ ПРОЦЕССА ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ..... 244
6.1 Результаты психологического исследования и социологических опросов пациентов: субъективная удовлетворенность лечением..... 244
6.2 Результаты исследования родственников пациентов: отношение к психофармакотерапии 251
6.3 Результаты социологического опроса врачей и руководителей ЛПУ психиатрического профиля: качество психиатрической помощи и основные проблемы при ее оказании 256
6.4 Особенности синдрома выгорания у медицинских работников психиатрических учреждений 268
6.5 Исследование толерантности у врачей психиатрической службы 273
ГЛАВА 7. ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦАХ..... 287

ГЛАВА 8. РЕГИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ И ПОДХОДЫ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ ЕЕ КАЧЕСТВА 312
8.1 Многоуровневая модель организации психиатрической помощи населению с интеграцией в первичную медицинскую сеть 312
8.2 Научное обоснование региональной системы обеспечения качества психиатрической помощи 328
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 349
ВЫВОДЫ 378
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 383
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ 388
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 390
ПРИЛОЖЕНИЯ 459
Приложение А 460
Приложение Б 461
Приложение В 470
Приложение Г 475
Приложение Д 479
Приложение Е 486
Приложение Ж 491
Приложение И 498
Приложение К 500
Приложение Л 501
Приложение М 506

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. В последние десятилетия среди населения России отмечен неуклонный рост заболеваемости психическими расстройствами (Жариков Н.М., Киселев А.С., 1990; Гурович И.Я. и др., 1990–2007; Петраков Б.Д., Цыганков Б.Д., 1996; Чуркин А.А., 1997, 2009; Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2005–2011), обусловленный как социально-экономическими процессами, происходившими в России в конце XX – начале XXI столетия (Казаковцев Б.А., 2001; Ястребов В.С., 2001; Дмитриева Т.Б., Положий Б.С., 2003), так и снижением эффективности деятельности самой психиатрической службы (Кочорова Л.В., 2000; Казаковцев Б.А., 2001; 2003; Воинков Е.В., 2003; Гурович И.Я., 2006, 2009; Незнанов Н.Г. и др., 2011).

Система оказания психиатрической помощи во всем мире претерпевает серьезные изменения, обусловленные процессом деинституционализации психиатрии (Мак-Дайд Д., Торникрофт Г., 2005; ВОЗ, 2006; Lamb H.R., Bachrach L.L., 2001; Sapouna L., Herrmann P., 2006). Сокращение объемов стационарной психиатрической помощи сопровождается расширением помощи по месту жительства, развитием различных стационарзамещающих технологий, внедрением полипрофессионального подхода к ведению больных и созданием системы психосоциальной реабилитации и терапии (Гурович И.Я. и др., 1990, 1999, 2004, 2007; Краснов В.Н., Гурович И.Я., 1999; Лиманкин О.В., 2007; Ястребов В.С. и др., 2008).

Проблема обеспечения качества медицинской помощи становится в последние десятилетия приоритетным направлением развития отечественного здравоохранения (Вишняков Н.И. и др., 1997; Стожаров В.В., 2005; Пенюгина Е.Н., 2008). Вопросы, связанные с качеством помощи при психических расстройствах, привлекают особое внимание специалистов и в настоящее время формируются в самостоятельное направление психиатрии (Солохина Т.А., 2003). Для повышения качества психиатрической помощи предлагается увеличение финансирования психиатрических служб (Гурович И.Я., 1987, 2003; Ястребов

В.С., 1998, 1999; ВОЗ, 2001), создание различных организационных моделей психиатрической помощи (Литвинцев С.В. и др., 1999, 2003; Матвеев С.А., Кувакин В.И. и др., 2001), внедрение новых медицинских и информационных технологий (Кувакин В.И., Иванов В.В., 2007). Немаловажное значение приобретают комплайенс (Лапин И.П., 2000; Незнанов Н.Г. и др., 2004, 2008; Петрова Н.Н. и др., 2005, 2009) и субъективная удовлетворенность больных оказанной медицинской помощью (Сосновский А.Ю., 1995; Солохина Т.А., 2003; Лутова Н.Б. и др., 2007; Незнанов и др., 2008).

Реализация национального проекта «Здоровье», одной из основных целей которого является создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, тесно связана с региональной политикой реформирования медицинского обслуживания населения и предполагает дальнейшее совершенствование психиатрической помощи в Российской Федерации (Букреева Н.Д., 2000; Незнанов Н.Г., Кочорова Л.В., 2000; Воинков Е.В., 2003; Казаковцев В.А., 2003; Незнанов Н.Г. и др., 2011).

В современных условиях крайне важным является определение направлений дальнейшего совершенствования системы помощи больным с психическими расстройствами. К настоящему времени сложилось мнение, что эти изменения должны происходить, прежде всего, в направлении развития амбулаторных и полустационарных форм помощи, активного внедрения психиатрической помощи в общесоматическую сеть с тенденцией снижения количества стационарных коек, установления оптимальной зависимости размеров и структуры психиатрической сети от реальной потребности в помощи, особенностей демографического состава населения, материальной базы региона, технологических возможностей современной медицины. При этом развитие внебольничных форм помощи должно опережать процесс сокращения стационарных коек. Необходимо организовать этот процесс таким образом, чтобы он в ходе преобразований не ущемлял интересов пациентов и сотрудников психиатрических служб. Такая ситуация делает чрезвычайно актуальным для современной психиатрии научное обоснование совершенствования деятельности региональной психиатрической службы,

направленное на внедрение современных принципов оказания психиатрической помощи городскому и сельскому населению и формирование системы обеспечения качества проводимых медико-социальных мероприятий.

Степень разработанности проблемы. Имеются лишь единичные работы, целостно рассматривающие современное состояние системы психиатрического обслуживания больных в России с углубленным анализом эффективности работы как уже устоявшихся, так и сформированных лишь в последние годы форм помощи, и с рассмотрением наиболее позитивных векторов ее дальнейшего развития (Леонтьев И.Л., 2004; Власовских Р.В., 2005; Уткин А.А., 2009).

Известны зарубежные работы, доказывающие эффективность моделей психиатрической помощи, интегрированной в общемедицинскую практику. В качестве успешных примеров можно привести модели совместного ведения (collaborative management) пациентов в первичной медицинской сети при депрессивных расстройствах (Badamgarav E. et al., 2003; Bijl D. et al., 2004), панических расстройствах (Roy-Byrne P. P. et al., 2001), в детской (Bower P., 2001) и гериатрической (Cole M. G., 2002) практике, при злоупотреблениях алкоголем (Bartels S. J. et al., 2004) и наркотиками (Dey P. et al., 2002). P. Bower и S. Gilbody (2005), подытожив данные систематических обзоров в этой области, предложили модель медицинской помощи, разработанную для системы первичного здравоохранения, которая нацелена на всех людей в популяции, однако эта модель не учитывает специфику оказания специализированной психиатрической помощи населению России с учетом сложившихся в нашей стране структуры и традиций этой помощи.

Цель исследования: разработка современной региональной модели организации психиатрической помощи населению и научно обоснованных подходов к системе обеспечения ее качества.

Задачи исследования:

1. Провести комплексный динамический анализ основных показателей, характеризующих состояние психического здоровья населения Ленинградской области, определить их основные тенденции, сопоставить с аналогичными

данными по Российской Федерации, а также рассчитать прогнозы заболеваемости на период до 2020 года.

2. Изучить контингент пациентов, наблюдаемых амбулаторной психиатрической службой региона, нозологическую структуру диспансерной и консультативной групп больных, проанализировать состояние и динамику инвалидности вследствие психических заболеваний.

3. Представить медико-социальную характеристику больных, находившихся на стационарном лечении в психиатрических больницах области, проанализировать эффективность стационарного лечения и основные факторы, влияющие на повторность госпитализаций и длительность лечения.

4. Изучить сеть медицинских учреждений, оказывающих психиатрическую помощь населению региона, и основные показатели её деятельности в динамике, выявить возможные различия в оказании психиатрической помощи городскому и сельскому населению.

5. Определить обеспеченность населения региона специалистами, участвующими в оказании психиатрической помощи, укомплектованность штатов и уровень квалификации работников психиатрических учреждений;

6. Исследовать субъективную удовлетворенность пациентов психиатрических учреждений качеством оказываемой помощи и отношение их родственников к психофармакотерапии.

7. Проанализировать отношение врачей, работающих в психиатрических учреждениях, к современному состоянию и перспективам развития психиатрической помощи, а также изучить психологические особенности сотрудников психиатрических учреждений, влияющие на качество оказываемой ими медицинской помощи.

8. Оценить объем и адекватность используемых диагностических, лечебных и социореабилитационных мероприятий при оказании стационарной психиатрической помощи населению региона.

9. На основании результатов исследования разработать и предложить к внедрению модель организации психиатрической помощи в регионе, отражающую

современный биопсихосоциальный подход к оказанию медицинской помощи больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения, и научно обосновать подходы к системе обеспечения качества психиатрической помощи на региональном уровне.

Научная новизна исследования состоит в том, что впервые:

– осуществлен комплексный анализ заболеваемости психическими расстройствами населения Ленинградской области в динамике и с помощью методов математического моделирования построены прогнозы общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами до 2020 года;

– проведен всесторонний анализ сети психиатрических учреждений Ленинградской области, основных показателей их деятельности в динамике, кадрового состава психиатрических учреждений с оценкой уровня профессиональной квалификации работников, выявлены несоответствия нормативам и сформулированы рекомендации по их устранению;

– исследовано мнение врачей и руководителей психиатрических учреждений о различных традиционных и инновационных формах психиатрической помощи населению, а также проведено исследование толерантности и эмоционального выгорания у работников амбулаторных и стационарных психиатрических учреждений;

– изучен медико-демографический состав контингентов, находящихся на стационарном лечении и под наблюдением амбулаторных психиатрических учреждений в регионе, проанализированы основные факторы, влияющие на длительность лечения, повторность госпитализаций, состояние и динамику инвалидности;

– проведено комплексное (с использованием методов психометрии и социологического опроса) исследование субъективной удовлетворенности пациентов и их родственников различными аспектами оказываемой им амбулаторной и стационарной психиатрической помощи;

– научно обоснованы и разработаны рекомендации по совершенствованию региональной психиатрической службы на основе принципов децентрализации и

приближения помощи к населению, интеграции отдельных видов психиатрической помощи в общемедицинскую сеть, развития ресурсосберегающих и стационарзаменяющих технологий и внедрения принципа полипрофессионального ведения больных, с целью повышения качества жизни психически больных и их максимальной социальной адаптации в обществе;

– предложена многоуровневая модель организации медицинской помощи лицам с психическими расстройствами на основе взаимодействия специализированной психиатрической службы и первичной медицинской сети, разработаны научно обоснованные подходы к формированию системы обеспечения качества психиатрической помощи на всех уровнях предлагаемой модели.

Теоретическая значимость заключается в разработке многоуровневой модели организации медицинской помощи лицам с психическими расстройствами и факторами риска их развития с интеграцией отдельных видов помощи в первичную медицинскую сеть, включая определение потребителей медицинских услуг по профилактике, диагностике и лечению психических расстройств, субъектов, оказывающих эти услуги, и перечней медико-социальных вмешательств. Научное обоснование современных подходов к формированию системы обеспечения качества психиатрической помощи на региональном уровне отражает системный подход к понятию качества как непрерывного многокомпонентного процесса, в ходе которого формируются новые цели и задачи, разрабатываются пути их достижения и устраняются недостатки в случае несоответствия между фактическим и оптимальным уровнем помощи.

Практическая значимость. Основные результаты исследования изложены в монографии «Современные подходы к совершенствованию организации региональной психиатрической службы (по материалам Ленинградской области)» (2012). По запросу Комитета по здравоохранению Ленинградской области (исх. № 1.3–08/345 от 05.07.2010) была проведена научно-исследовательская работа «Комплексное исследование динамики заболеваемости психическими расстройствами населения Ленинградской области за период 2000–2009 гг.», отчет о НИР утвержден 25.11.2011 г. Материалы исследования и практические

предложения по совершенствованию организации психиатрической помощи применяются в работе Комитета по здравоохранению Ленинградской области. Они также были использованы при подготовке Территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в Ленинградской области на 2011 год (утв. постановлением Правительства Ленинградской области от 11.02.11 г. № 22) и при разработке «Номенклатуры медицинских услуг», утвержденной Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27.12.2011 г. № 1664н.

На основе материалов исследования были составлены аналитические отчеты и разработаны методические рекомендации в рамках выполнения Государственного заказа Минздравсоцразвития РФ (Госконтракты № К-16-НИР/131 от 03.09.2009; № К-16-НИР/46 от 07.06.2010; № К-16-НИР/46-1 от 07.06.2011; № К-32-НИР-118-2 от 07.11.2011 и № К-32-НИР-118-3 от 07.11.2011). Эти методические рекомендации внедрены в психиатрических учреждениях Санкт-Петербурга и Ленинградской области, Самарской психиатрической больнице, лечебно-реабилитационном научном центре «Феникс» (г. Ростов-на-Дону), Кировской областной клинической психиатрической больнице им. В.М. Бехтерева (г. Киров).

Данные о деятельности амбулаторной и стационарной психиатрической службы региона используются в работе Главного психиатра Ленинградской области и научно-методического отдела Ленинградского областного психоневрологического диспансера. Результаты изучения эпидемиологии психических расстройств, организации работы психиатрических учреждений, опыта работы мультидисциплинарных бригад, отдельных форм социально-бытовой реабилитации инвалидов включены в программу лекций и практических занятий со слушателями курсов повышения квалификации врачей-психиатров, психотерапевтов, клинических психологов в СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Материалы исследования применяются в лекциях и при проведении практических занятий со студентами, клиническими ординаторами и аспирантами кафедры психиатрии и наркологии и кафедры общественного здоровья и здравоохранения

Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, а также кафедры психиатрии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. Результаты изучения особенностей толерантности и синдрома выгорания используются в лекциях и при проведении практических занятий со студентами кафедры клинической психологии Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена и кафедры медицинской пропедевтики Восточно-Европейского института психоанализа.

Разработанные в ходе выполнения диссертационного исследования анкеты и карты обследования внедрены в амбулаторных и стационарных учреждениях Ленинградской области. «Анкета изучения мнения пациента о качестве и доступности стационарной психоневрологической помощи» и «Карта экспертной оценки лечения пациента в психиатрическом стационаре» с 2011 года применяются также в Самарской психиатрической больнице.

Методология и методы исследования. Теоретической и методологической основой исследования послужили труды отечественных и зарубежных учёных в области психиатрии и менеджмента в здравоохранении, законы и нормативные акты Российской Федерации, регулирующие отрасли сферы здравоохранения; общенаучная методология, основанная на рассмотрении различных теоретических подходов к организации системы управления качеством медицинской помощи; материалы и рекомендации научно-практических конференций, посвященных проблемам качества медицинской помощи. В работе применялись следующие методы исследования: клинический, клинико-эпидемиологический, социально-гигиенический, экспериментально-психологический, социологический, аналитический, исторический, статистический, метод экспертных оценок, а также системный анализ, включая методы композиции, декомпозиции, оценки структурной адекватности. Объектом изучения послужила система оказания психиатрической помощи, предметом – региональная модель организации психиатрической помощи населению и сложившаяся система обеспечения ее качества (на примере Ленинградской области).

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Регистрируемый и прогнозируемый рост заболеваемости психическими расстройствами, преимущественно за счет преобладания непсихотичесих форм психической патологии, приводит к увеличению потребности населения в доступной, качественной и нестигматизирующей психиатрической помощи.

2. Несмотря на ежегодное сокращение коечного фонда, сохраняющаяся в регионе институциональная, преимущественно стационарная, направленность психиатрической службы не позволяет в полной мере интегрировать современные психосоциальные формы психиатрической помощи и перенести акцент оказания помощи со стационарных во внебольничные условия, в среду естественного социального окружения с возможно бóльшим ее приближением к месту проживания пациента.

3. И потребители (пациенты и их родственники), и поставщики (врачи и медицинский персонал) психиатрической помощи наиболее позитивно воспринимают ее характеристики, связанные с межличностными отношениями в системе «потребитель–поставщик», а наиболее негативно – отражающие материально-техническое состояние и лекарственное обеспечение, а также стигматизирующее отношение социума к психически больным.

4. Предложенная многоуровневая модель организации психиатрической помощи населению, основанная на биопсихосоциальной парадигме, предусматривает повышение доступности, дифференцированный подход к оказанию медицинской помощи больным с психическими расстройствами, начиная от общей и индивидуальной первичной психопрофилактики до оказания экстренной и плановой специализированной психиатрической помощи путем наращивания интенсивности психиатрического вмешательства в зависимости от тяжести психического расстройства.

5. Система обеспечения качества психиатрической помощи включает элементы, позволяющие обеспечивать качество структуры, качество технологии и качество результата психиатрической помощи на всех ее уровнях, и отражает системный подход к понятию качества как непрерывного многокомпонентного

процесса, в ходе которого формируются новые цели и задачи, разрабатываются пути их достижения и устраняются недостатки в случае несоответствия между фактическим и оптимальным уровнем помощи.

Степень достоверности и апробация результатов. Результаты работы получены на основе общенаучных и апробированных специальных методов исследования с позиций доказательного подхода. Степень достоверности определяется достаточным объемом наблюдений и репрезентативностью выборок испытуемых. Методы статистической обработки были адекватны поставленным задачам, полученные данные сопоставлялись с данными других исследователей. Сформулированные в диссертации положения, выводы и рекомендации аргументированы и логически обоснованы исходя из системного анализа результатов исследования.

Основные результаты исследования были доложены на 9 международных конференциях («Биологические основы индивидуальной чувствительности к психотропным средствам», Москва, 2006; «Психоневрология в современном мире», Санкт-Петербург, 2007; WPA Regional Meeting «Traditions and Innovations in Psychiatry», St Petersburg, 2010; 11th ECNP Regional Meetings, St. Petersburg, 2011; Regional Meeting of the WPA, Yerevan, 2011; «Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики», Казань, 2011; «Рациональная фармакотерапия – 2011», Санкт-Петербург, 2011; «Донозология–2011»: «Здоровый образ жизни и вредные для здоровья факторы», Санкт-Петербург, 2011; 20th World Congress of the IACAPAP «Brain, Mind and Development», Paris, 2012), 7 всероссийских конференциях с международным участием («Психоневрология пожилого возраста», Санкт-Петербург, 2008; «Актуальные вопросы внебольничной психоневрологической помощи детскому и взрослому населению», Санкт-Петербург, 2009; «Российская эпилептология в современном мире», Санкт-Петербург, 2010; VI геронтологической конференции «Пушковские чтения», Санкт-Петербург, 2010; «Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии», Санкт-Петербург, 2011; «Стресс, депрессивные расстройства и суицидальное поведение», Томск, 2011;

«Комплексные подходы к стандартизации диагностики и терапии психических расстройств», Санкт-Петербург, 2011), 9 всероссийских научных форумах (XIV и XV съезды психиатров России, Москва, 2005, 2010; «Мир людей с ограниченными возможностями», Москва, 2007; «Актуальные проблемы военной психиатрии», Санкт-Петербург, 2011; «Модернизация психиатрической службы – необходимое условие улучшения общественного психического здоровья (организационные, терапевтические и профилактические аспекты)», Москва, 2011; «Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психически больным», Москва, 2011; «Мониторирование состояния здоровья, качества и образа жизни населения России. Влияние поведенческих факторов риска на здоровье населения», Москва, 2011; «Экономические аспекты здоровья и здравоохранения», Москва, 2011; «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России», Казань, 2012), 4 региональных научных форумах («Психиатрия консультирования», Санкт-Петербург, 2004; «Соматоформные расстройства в общемедицинской практике», Санкт-Петербург, 2006; «Актуальные проблемы геронтологии и гериатрии», Санкт-Петербург, 2006; научно-практической конференции к 110-летию кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, 2010) и 2 городских конференциях (научно-практической конференции, посвященной 50-летнему юбилею Санкт-Петербургской 5-й городской психиатрической больницы – ГПНДС-7, Санкт-Петербург, 2010; «Психиатрия – искусство врачевания», Санкт-Петербург, 2011).

Личный вклад автора. Автором лично сформулированы цель, задачи исследования и рабочие гипотезы, разработана методика исследования и учетные статистические карты, осуществлен сбор материала, выполнены обобщение и анализ результатов исследования, научно обоснованы выводы и практические рекомендации. Доля участия автора в сборе и обработке данных составила 85%, в проведении клинико-эпидемиологических, психологических, социологических исследований – 90%, экспертизы медицинской документации 80%, в обобщении и анализе результатов – 100%.

Публикации результатов исследования. По материалам и результатам исследования опубликованы 89 научных работ, из них, из них 3 статьи в зарубежных журналах, входящих в базы научного цитирования Web of Science и Scopus, 16 статей в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК, монография, 9 методических рекомендаций и пособий для врачей.

ГЛАВА 1. СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕСТВА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1 Теоретико-методологические вопросы формирования системы обеспечения качества медицинской помощи

Главной целью социальной политики Российской Федерации (РФ) является последовательное повышение уровня и качества жизни населения, обеспечение всеобщей доступности основных социальных услуг, прежде всего качественной медицинской помощи и социального обслуживания. Охрана здоровья людей как одна из главных ценностей в современном мире повсеместно включается в разряд важнейших ориентиров общественного развития. Объективно здоровье представляет реальную предпосылку для удовлетворения индивидуальных, коллективных и общественных материальных и духовных потребностей. Россия присоединилась к движению «Здоровье для всех» (ВОЗ, 2005), приняв Федеральную целевую программу «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007–2012 годы)».

Удовлетворение потребности граждан Российской Федерации в квалифицированной медицинской помощи является одной из приоритетных целей государственной политики последних лет, важнейшей задачей развития здравоохранения. В Посланиях Президента Российской Федерации Федеральному собранию Российской Федерации (2004–2012) отмечалась необходимость сосредоточить силы и ресурсы на достижении главной цели модернизации российского здравоохранения – повышении доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения.

Следует отметить, что система контроля качества медицинской помощи – вообще одна из самых проблемных сфер в здравоохранении (Дьяченко В.Г., 2007). Трудности, с которыми приходится сталкиваться и на российском, и на мировом уровне, прежде всего, заключаются в том, что в практике существует

множество дефиниций «качества» и еще большее количество понятий контроля качества медицинской помощи (Линденбратен А.Л., 1994; Брескина Т.Н., 2006).

Отсутствие единого подхода к обеспечению качества медицинской помощи (КМП) в различных субъектах, к методам контроля, учета и оценки результатов экспертных проверок, различия в толковании отдельных терминов и понятий только усугубляет проблему (Козырев В.Н., 1989; Линденбратен А.Л., 1995; Бреусов А.В., Бреусов Р.А., 2002; Вардосанидзе С.Л., Восканян Ю.Э., Шикина И.Б., Рябцева Е.В., 2005).

Различные определения понятия «качество медицинской помощи» отражают, прежде всего, неоднозначность понимания отдельными исследователями сути данной категории и области ее применения, что в свою очередь обусловлено двумя факторами (Дьяченко В.Г., 2007).

Во-первых, это связано с исключительной сложностью и многоплановостью понятий «медицинская помощь» и «качество медицинской помощи». «Медицинская помощь» является, прежде всего, конституционной категорией и закреплена в ст. 41 Конституции РФ, в соответствии с которой «…каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь…». «Качество медицинской помощи» в современном понимании – это совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии. Так, качество медицинской помощи, оказываемой отдельному больному, несет одну смысловую нагрузку, качество медицинской помощи, оказываемой в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) или в целом по стране, – другую.

В соответствии с этим цели и методы измерения качества медицинской помощи в этих случаях могут не совпадать. Неоднозначны подходы к оценке качества со стороны различных субъектов медицинского страхования. Врачи оценивают качество своей работы и деятельности своих коллег с одних позиций, больные – с других, страховщики – с третьих и т. д (Вишняков Н.И., Стожаров В. В., Муратова Е. Ю., 1997; Петрова Н. Г., Вишняков Н. И., Пенюгина Е. Н. и др., 2009).

Во-вторых, изменяются требования к уровню медицинской помощи. Появляются новые возможности и области применения показателей качества по мере развития общества и медицинских технологий. Это побуждает исследователей искать новые подходы к оценке качества медицинской помощи с использованием системы понятий, каждое из которых раскрывало бы ту или иную сторону общего явления применительно к конкретным условиям, а все вместе – создавали бы достаточно четкую и полную картину качества медицинской помощи (Князюк Н.Ф., Кицул И.С., 2008).

Говоря о качестве медицинской помощи/услуги, следует иметь в виду, с одной стороны, уровень потребности населения в доступной, бесплатной, квалифицированной помощи, с другой – реальные возможности здравоохранения, обусловленные определенным состоянием материально-технической базы, технологическим уровнем оказания помощи, кадровым потенциалом, степенью подготовки специалистов. Для успешного оказания медицинской услуги все возможные ее разновидности должны иметь следующие эффективные виды обеспечения: медицинское, кадровое, организационное, техническое, информационное, финансовое и правовое. Все перечисленные составляющие имеют сложную взаимосвязь и образуют единую систему качества.

Увеличение доступности и улучшение качества медицинской помощи населению определены как основные цели модернизации здравоохранения в Посланиях Президента Российской Федерации Федеральному Собранию РФ (2004–2012). Актуальность решения данных проблем обусловлена сформировавшейся в последнее десятилетие негативной динамикой показателей общественного здоровья населения России и ухудшением ресурсного обеспечения здравоохранения страны. Несмотря на то, что каждым из участников действующей в России системы контроля КМП ежегодно проводится значительный объем работы, до настоящего времени не удается обеспечить декларируемое надлежащее качество оказываемой гражданам бесплатной медицинской помощи (Хабриев Р.У., Серегина И.Ф., 2006).

Наряду с общеизвестными федеральными законами, содержащими нормы обеспечения качества оказываемой населению медицинской помощи, необходимо отметить ряд документов Министерства здравоохранения Российской Федерации, изданных для решения проблем КМП. Среди них:

– совместный приказ Минздрава России и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ОМС) от 26.10.96 № 363/77 «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации», которым установлены два вида контроля КМП: ведомственный и вневедомственный;

– совместный приказ Минздрава России и Федерального фонда ОМС от 19.01.98 № 12/2 «Об организации работ по стандартизации в здравоохранении», где качество медицинских услуг определено как объект стандартизации;

– приказ Минздрава России от 22.01.01 № 12 «О введении в действие отраслевого стандарта "Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении"», где в 13-й группе нормативных документов выделено требование к качеству медицинской помощи – аккредитация учреждения здравоохранения;

– приказ Минздрава России от 31.01.01 № 18 «О введении в действие отраслевого стандарта "Порядок контроля за соблюдением требований нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении"», где разделом 01.04 определен ряд дефиниций (сертификация продукции и услуг в здравоохранении, аккредитация учреждений здравоохранения, сертификация (аттестация) специалистов и др.). Кроме того, в разделах 02.04–03.04 данного приказа утверждены уполномоченные по качеству медицинской помощи и установлены их функции;

– приказ Минздрава России от 26.07.02 № 238 «Об организации лицензирования медицинской деятельности», которым была утверждена Номенклатура работ и услуг по оказанию соответствующей медицинской помощи. В п. 06.025 Номенклатуры предусмотрены работы и услуги по экспертизе (контролю) качества медицинской помощи.

Решением Коллегии Минздрава России от 18.03.03 утверждена Отраслевая программа «Управление качеством в здравоохранении на 2003–2007 гг.», в которой уделено специальное внимание аспектам управления качеством медицинской помощи и, в частности, указано на необходимость комплексного подхода к оценке качества медицинской помощи – по структуре, процессу и результату.

Анализ, проведенный Росздравнадзором в 2005 г., показал, что в подавляющем большинстве регионов России необходимость решения проблемы улучшения КМП не имеет отражения в нормативных документах уровня субъекта федерации, а органы исполнительной власти не ставят перед собой задачу документально оформить основные направления деятельности, связанной с обеспечением качества. Вследствие того, что в субъектах Российской Федерации не выработана целенаправленная политика, специальные комплексные программы по улучшению КМП отсутствуют (Хабриев Р.У., Серегина И.Ф., 2006).

Руководители органов управления здравоохранения и территориальных фондов ОМС недостаточно используют нормативно-правовые акты федерального уровня для создания и развития в субъектах РФ систем управления качества медицинской помощи, в том числе и его мониторинга. Изучение деятельности ряда медицинских учреждений и страховых медицинских организаций в некоторых субъектах Российской Федерации, ранее положительно отличившихся в области обеспечения КМП, выявило отсутствие каких-либо утвержденных правил и процедур производства контроля, а также использования его результатов для проведения мероприятий по предупреждению и устранению причин оказания медицинской помощи ненадлежащего качества (Хабриев Р.У., Серегина И.Ф., 2006).

Сложившаяся на местах экспертная практика показывает, что влияние экспертиз на КМП недостаточно. Медицинские учреждения не заинтересованы в оценке качества медицинской помощи, поскольку для них экспертиза КМП носит «карательный» характер. Таким образом, специалисты, осуществляющие данный вид контроля, являются и производителями экспертных услуг, и их потребителями, что ставит под сомнение комплексность и эффективность

проведения совместных действий при решении общей проблемы улучшения качества медицинской помощи (Хабриев Р.У., Серегина И.Ф., 2006).

Понятие «качество медицинской помощи» является правовым, а, следовательно, юридически значимым. Оно используется в Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22.07.93 № 5487-1, Законе Российской Федерации от 28.06.91 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», Федеральном законе Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ряде других законов и подзаконных нормативных правовых актах.

Значительное число концепций по развитию системы здравоохранения – как разработанных, так и разрабатывающихся, – опирается на различные методологические подходы, среди которых можно указать реформирование и реорганизацию системы здравоохранения, увеличение финансирования, оптимизацию управления и структуры отрасли, совершенствование правового регулирования охраны здоровья, развитие лечебных технологий, повышение профессионального уровня врачей (Вишняков Н.И., Стожаров В.В., Муратова Е.Ю., 1997; Бреусов А.В., Бреусов Р.А., 2002; Вардосанидзе С.Л., Восканян Ю.Э., Кошель В.И. и др., 2005; Кича Д.И., Бреусов А.В., Белявский А.Р. и др., 2006; Князюк Н.Ф., Кицул И.С., 2008; Петрова Н.Г., Вишняков Н.И., Пенюгина Е.Н. и др., 2009).

В то же время можно выделить важнейший элемент, присутствующий практически во всех крупных программах, посвященных развитию здравоохранения и совершенствованию охраны здоровья населения. Речь идет о повышении качества медицинской помощи, которое является достаточно сложным и многофакторным явлением, лежащим на стыке интересов государства и населения, органов управления здравоохранением и медицинских организаций, администрации лечебных учреждений и медицинских работников, врачей и пациентов (Петрова Н.Г., Вишняков Н.И., Пенюгина Е.Н. и др., 2009).

Примером одного из ключевых нормативно-правовых актов, посвященных вопросам оценки качества медицинской помощи, может служить совместный

приказ Минздрава России и Федерального фонда ОМС от 24.10.96 № 363/77 «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации», определяющий основные принципы экспертной оценки КМП и функциональные обязанности специалистов, которым поручен контроль. В соответствии с требованиями и нормами этого документа контроль КМП в системе здравоохранения осуществляется по следующим критериям:

– удовлетворенность пациента результатами взаимодействия с системой здравоохранения;

– соответствие медицинской помощи показателям, характеризующим ее качество и эффективность (стандартам);

– наличие дефектов медицинской помощи и врачебных ошибок;

– состояние показателей деятельности учреждений здравоохранения и состояния здоровья населения (распространенность и поздняя диагностика социально значимых заболеваний, первичный выход на инвалидность и смертность лиц трудоспособного возраста, инвалидность в детском возрасте, эффективность реабилитации больных и инвалидов, охват новорожденных скринингом на фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз, показатели уровня численности абортов, младенческой и детской смертности и др.).

Постановлением Правительства Российской Федерации от 21 октября 2011 г. № 856 утверждена «Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год», в которой определены критерии доступности и качества медицинской помощи. В число этих критериев включены, в частности, удовлетворенность населения медицинской помощью; число лиц, страдающих социально значимыми болезнями, с установленным впервые в жизни диагнозом; число лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами; доступность медицинской помощи на основе оценки реализации нормативов объема медицинской помощи по видам в соответствии с Программой, а также установленных территориальной программой сроков ожидания гражданами медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке; эффективность использования ресурсов

здравоохранения (кадровых, материально-технических, финансовых и других), в том числе обеспеченность населения врачами, средним медицинским персоналом, а также больничными койками.

Согласно Методическим рекомендациям «Территориальная система обеспечения и защиты прав граждан в условиях обязательного медицинского страхования», утвержденным приказом Федерального фонда ОМС от 06.09.00 № 73, медицинская помощь надлежащего качества (качественная медицинская помощь) – это оказанная медицинским работником медицинская помощь, исключающая негативные последствия, затрудняющие стабилизацию или увеличивающие риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, повышающие риск возникновения нового патологического процесса (Чавпецов В.Ф., Михайлов С.М., Карачевцева М.А., 2005).

Качество медицинских услуг (КМУ) рассматривается с позиций их доступности, безопасности, оптимальности и оценивается по трем направлениям, получившим название «триада Донабедиана» (Donabedian A., 1988, 1990, 1992) – качество структуры, качество процесса и качество результата. Все три составляющие можно представить в виде «треугольника качества» медицинской помощи/услуги (рисунок 1.1).

Структурное качество – компонент качества, описывающий условия оказания медицинской услуги: квалификацию кадров, состав и состояние материально-технической базы и оборудования, состояние зданий и помещений, лекарственное обеспечение в ЛПУ, наличие и пополнение расходных материалов, рациональность использования всех видов имеющихся ресурсов и т.д.

Качество процесса – это компонент качества медицинской услуги, описывающий, насколько комплекс лечебно-диагностических мероприятий, оказанных конкретному больному, был оптимален. К качеству процесса относят, в том числе информационное и медико-техническое обслуживание (медико-технический сервис).

Качество результата – это компонент качества медицинской услуги, описывающий отношение фактически достигнутых результатов с реально

достижимыми (планируемыми). Необходимо рассматривать все отмеченные элементы в их взаимосвязи, так как только такой системный подход предоставляет наибольшие возможности при оптимизации управления ЛПУ.

Рисунок 1.1 – Структура, процесс и результат – элементы качества медицинской помощи/услуги

В настоящее время не существует стандартной интегральной системы оценки качества медицинской услуги. В то же время осознание того, что точность диагностики, правильность лечения и тактики оздоровления (ведения) больного будут подвергнуты объективному контролю, налагает на врача значительную долю ответственности.

Восприятие населением качества медицинских услуг зависит не только от результативности лечения, но и от отношения к лечебно-диагностическому процессу персонала лечебного учреждения, причем не только врачей, но и младшего медицинского персонала, обслуживающего персонала, администрации. От культуры общения с пациентами, общей атмосферы в коллективе может зависеть как оценка

пациентом уровня собственной удовлетворенности оказанными медицинскими услугами, так и частота обращения в данное учреждение.

В последнее десятилетие в ряде медицинских учреждений РФ создают и применяют систему менеджмента качества, основанную на элементах требований ГОСТа Р ИСО 9001-2001 (ИСО 9000 : 2001) (Джордж С., Ваймерскирх А., 2002). Приведенная на рисунке 1.2 модель системы менеджмента качества, основанная на процессном подходе, иллюстрирует связи между процессами. На схеме показано, что потребители играют существенную роль при определении входных данных. Мониторинг удовлетворенности потребителей требует оценки информации о восприятии потребителями выполнения их требований. Данная модель охватывает все основные требования упомянутого ГОСТа, не детализируя их (рисунок 1.2).

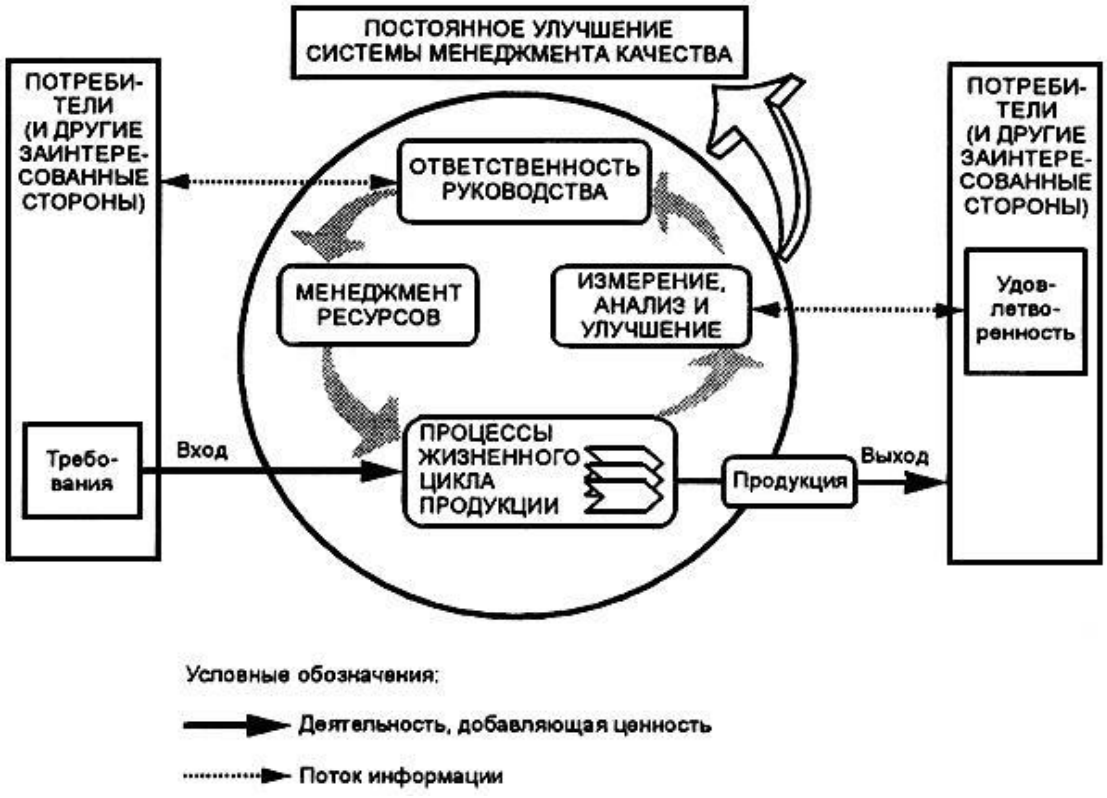

Рисунок 1.2 – Модель системы менеджмента качества, основанной на процессном подходе[1]

[1] Госстандарт, 2001, электронный ресурс http://www.gosthelp.ru/

Главными критериями эффективности системы менеджмента качества служат отзывы потребителей (пациентов) о качестве медицинской помощи, отсутствие жалоб, уровень затрат на устранение недовольства от полученной медицинской услуги или отступлений от медико-экономических стандартов, внедрение новых технологий при оказании медицинской помощи.

1.2 Проблемы управления качеством медицинской помощи при психических расстройствах

По определению Всемирной организации здравоохранения (WHO, 1996), психическое здоровье – комплексное понятие, которое обусловлено множеством факторов (социальных, биологических, психологических и др.). Психическое здоровье имеет стратегическое значение с учетом его влияния на общенациональное и личное благосостояние, социальную интеграцию человека, занятость, физическое здоровье, на развитие производительных сил и производственных отношений. Международные организации констатировали ценность и приоритетность деятельности по укреплению психического здоровья, и Организация Объединенных Наций признала влияние психосоциальных расстройств на развитие, в том числе на мир и безопасность многих стран (Бутрос-Гали Б., 1995).

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), признавая проблемы психического здоровья первостепенными по важности, учредила в 2002 г. глобальный совет по психическому здоровью, в качестве первого всеобъемлющего партнерства в этой области (WHO Report, 2001). Совет содействовал принятию стратегий в области охраны психического здоровья, и поддерживал действия, которые были направлены на уменьшение распространенности психических расстройств, повышение информированности о бремени психических расстройств, преодоление таких явлений как стигматизация и дискриминация (Козяков С.Б., 2009).

Социально-экономический ущерб от психического нездоровья широкомасштабен и носит долговременный характер (Козяков С.Б., 2009). Согласно оценкам ВОЗ, экономические потери достигают 3–4% валового мирового национального продукта (ВОЗ, 2005). В то же время эпидемиологическая ситуация в Российской Федерации за период с 1990 по 2000 год характеризовалась ростом первичной заболеваемости психическими расстройствами на 35%, увеличением инвалидности на 32,2% (Гурович И.Я., 2001; Ястребов В.С., 2001).

В экономически развитых странах расходы на психиатрические службы составляют до 10% бюджета здравоохранения или 1% ВВП (Knapp M. et al., 2007). Финансирование российской психиатрической службы не относится к числу приоритетных. По данным Л.С. Шевченко и Т.А. Солохиной (2000), за последние 10 лет XX века затраты не превысили 5% бюджета здравоохранения, или 0,05% ВВП страны. По данным В.С. Ястребова (1998), большая часть финансовых ресурсов (до 85%) расходовалось на стационарные службы и лишь 15% – на внебольничные.

Система оказания специализированной психиатрической помощи в Российской Федерации сохраняет госпитальную направленность (Козяков С.Б., 2009). Высокая обеспеченность койками (11,0 на 10 тыс. населения)[1] сопровождается неравномерным распределением сети и ее чрезмерной централизацией (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2010). Происходит доминирование изоляционных, биологических подходов в отечественной психиатрической практике, а дефицит биопсихосоциальных форм помощи ведет к малодоступности внестационарных технологий, что затрудняет ресоциализацию пользователей психиатрических услуг (Гурович И.Я., Любов Е.Б., 2003; Казаковцев Б.А., 2000; Дмитриева Т.Б., 2006).

[1] Для сравнения: обеспеченность психиатрическими койками в 2000 году составляла в Великобритании и Финляндии – 10, в Норвегии, Дании и Польше – 8,5, в Швеции и Австрии – 6, в Италии и Канаде – 5 на 10 тыс. населения (World Health Organization. The World Health Report, 2001).

Российская психиатрическая система оказания помощи по разным историко-культуральным причинам является преимущественно государственной системой, оказывающей помощь лицам с тяжелыми психическими расстройствами (Казаковцев Б.А., 2000; Гурович И.Я., Любов Е.Б., 2003; Козяков С.Б., 2009). Пациенты с более легкими расстройствами получают помощь в специализированных учреждениях (клиники неврозов, психосоматические отделения, психотерапевтические центры) и коммерческих центрах. Разнообразие форм организации психиатрической помощи приводит к разным уровням ее оказания и сказывается на качестве получаемой в итоге услуге. Это приводит к необходимости унификации для обеспечения единого уровня качества помощи и защиты прав пациентов (Сосновский А.Ю., 1995; Гурович И.Я., 1989; Ястребов В.С., 1998, 1999; Букреева Н.Д., 1997, 2000; Солохина Т.А., 2003).

Многие исследователи считают недостаточно разработанными критерии управления качеством оказания психиатрической помощи в России (Солохина Т.А., 2003; Брескина Т.Н., 2006). Это находит свое подтверждение в отсутствии единой теории управления качеством, а также в том, что разнообразие эмпирических подходов используется, главным образом, для констатации широкой бреши между потенциально достижимым и реально достигаемым (Вардосанидзе С.Л., 2002; Вардосанидзе С. Л., Восканян Ю. Э., Шикина И. Б. и др., 2005; Азизова Б.Г., 2008).

Проблема обеспечения качества медицинской помощи при психических расстройствах сформировалась в настоящее время в самостоятельное направление психиатрии (Солохина Т.А., 2003). Главной причиной столь повышенного внимания является неудовлетворенность как больных, так и общества качеством этой помощи. Все чаще высказывается мнение о недостаточном финансировании психиатрических служб (Гурович И.Я., 1987, 2003; Ястребов В.С., 1998, 1999; ВОЗ, 2001), о нарушении прав больных (Levav I., Gonzales V.R., 2000), о неудовлетворительных взаимоотношениях медицинского персонала и потребителей помощи (Сосновский А.Ю., 1995; Kelstrup A. et al., 1993). Поэтому во всех развитых странах и правительственные, и общественные организации,

имеющие отношение к политике в области психиатрии, придают все большее значение развитию теоретических положений и принятию практических мер по обеспечению качества психиатрической помощи.

В последние десятилетия отдел психиатрии ВОЗ сформулировал теоретическую концепцию по данной проблеме (WHO, 1988; Bertolote J.M., 1993). С конца 70-х годов прошлого столетия этот вопрос разрабатывался и Американской психиатрической ассоциацией – АПА (Mattson M.R., 1984). В рамках АПА был создан специальный комитет по обеспечению качества в психиатрии, основной задачей которого являлась разработка теоретических и практических подходов в этом направлении (APA, 1993, 1997, 2000). В таких странах, как Канада, Австралия, были созданы национальные комитеты по качеству и изданы соответствующие руководства по его обеспечению и контролю (Cahn C., Richman A., 1985). В Германии с 1989 года критерии обеспечения качества в психиатрии были отнесены к приоритетному направлению в здравоохранении и определены законодательно (Gaebel W., Wolpert E.M., 1994).

Этой проблемой активно занимались и многие отечественные специалисты (Лифшиц А.Е., 1976; Мазур М.А., 1981; Гурович И.Я., 1989; Козырев В.Н., 1989; Гурович И.Я. и соавт., 1990, 1999, 2002; Ястребов В.С. и соавт., 1990; Платонов Г.Г., Букреева Н.Д., 1992; Хальфин Р.А. и соавт., 1993; Тихоненко В.А., 1996; Букреева Н.Д., 1997; Казаковцев Б.А., 1997, 1998, 2002; Ястребов В.С., 1998, 1999, 2001; Краснов В.Н., Гурович И.Я., 1999). Однако, при всей важности проведенных исследований, многообразии методологических подходов и практических решений, следует признать, что попыток разработки концептуальных основ обеспечения качества, в рамках которых были бы возможны последовательность и преемственность действий, не предпринималось. Исследования носили в основном эмпирический и фрагментарный характер. Исключение составили фундаментальные разработки в сфере законодательного регулирования деятельности психиатрических служб, этических норм в психиатрии (Кодекс профессиональной этики психиатра, 1994; Тихоненко В.А., 1996; Законодательство Российской Федерации в области психиатрии. Комментарий, 1997, 2000).

В практической деятельности учреждений здравоохранения многих стран мира в последние десятилетия разрабатывались и широко применялись различные системы стандартизации качества. Россия не осталась в стороне от процессов стандартизации медицинской помощи, набирающих темпы за рубежом (Овчаров В.К., Ройтман М.П., Семенов В.Ю., 1987; Ройтман Н.П., Семенов В.Ю., 1989; Кищенко Л.П., 1989; Гурович И.Я., Зайцев Д.А., Прейс В.Б. и др., 1990; Щепин О.П., Артюхов А.С., 1991). Со времени внедрения «нового хозяйственного механизма» в здравоохранении и введения Закона «О медицинском страховании граждан в РФ» начала разрабатываться система расчетов с медицинскими учреждениями по критериям DRG (diagnosis-related groups – диагностически-связанных групп) (Fetter R.B., 1984; Widem P., Pincus H.A., Goldman H. H. et al., 1984; English J.T., Sharfstein S.S., Scherl D.J. et al., 1986), которые в России принято было называть клинико-статистическими группами (КСГ) (Дятченко О.Т., Шабашова Н.Я., Забежинский М.А., 1989; Платонов Г. Г., Букреева Н.Д., 1989).

Опыт мирового здравоохранения показал, что КСГ в качестве измерителя затрат может использоваться как для проспективной (до оказания медицинской помощи) оплаты расходов больниц, что способствует стабилизации и прогнозированию расходов, так и для улучшения планирования и расчетов бюджета медицинской службы (Fetter R.B., 1984; Jenkins L., Coles J., 1984; Bekes C., Fleming S., Scott W.E., 1988; Sanderson H.F., Storey A., Morris D. et al., 1989) Использование нормативов финансирования по КСГ позволяло обеспечить ресурсами собственно лечебно-диагностический процесс, причем критерием экономической эффективности становился конечный результат – пролеченный больной, по которому и оценивалась обоснованность проведенных затрат. Такие интегральные показатели КСГ как длительность пребывания в стационаре, обязательность обследования и лечения больных на уровне не ниже предлагаемых стандартов могли служить критериями качества медицинской помощи.

В нашей стране был предложен ряд версий этой системы (Бурдин Н.Н., Гречко Ю.Е., Зелькович Р.М. и др, 1989; Царик Г.Н., Артамонова Г.В., 1999). В психиатрии исследования по разработке КСГ представлены достаточно широко

(Платонов Г.Г., Букреева Н.Д., 1989; Зайцев Д.А., Чуркин А.А., Голланд В.Б., Артамонов А.А., 1990; Рытик Э.Г., Шевченко Л.С., Солохина Т.А., Сейку Ю.В., 1991; Рытик Э.Г., 1991, 1993; Букреева Н.Д., 1997; Солохина Т.А., 2003; Алиев М.А., 2005), имеются также работы по оценке зарубежного опыта применения этой системы (Гурович И.Я., Любов Е.В., Шмуклер А.Б., 1990).

В последнее время во многих лечебно-профилактических учреждениях, наряду с показателями работы учреждений, стали шире использоваться экспертные оценки и результаты социологических опросов среди пациентов, которые получали лечение в разнопрофильных стационарах. Следует отметить, что социологические опросы являются одним из наиболее индикаторных методов оценки качества стационарной помощи. С их помощью изучается мнение пациентов о результатах лечения, отношении к ним персонала медицинских учреждений, необходимости оплачивать лечение, условиях пребывания в учреждениях здравоохранения и т. п. (Котова Г.Н., Нечаева Е.Н., Гучек П.А. и др., 2001).

Качество психиатрической помощи косвенно отражается через многочисленные статистические показатели деятельности службы на уровне страны, региона или отдельных учреждений (Зайцев Д.А. и соавт., 1984; Гурович И.Я., Зайцев Д.А., Прейс В.Б. и др., 1990). Некоторые авторы использовали при анализе качества помощи критерии полноты и своевременности обследования и лечения (Мазур М.А., 1970). Предлагались системы, где основу оценки качества составлял динамический учет показателей деятельности подразделений стационара и отдельных сотрудников (Козырев В.Н., 1989). Иными словами, и ранее существовавшие, и ныне действующие подходы к оценке качества охватывают лишь отдельные аспекты и слабо отражают интересы самого пациента и других потребителей психиатрической помощи.

Значимым инструментом управления качеством является постоянное совершенствование медицинской помощи в психиатрических службах, предусматривающее создание более демократической атмосферы, более широкого участия пациента в процессе оказания помощи, более активной

бригадной работы и постоянного повышения стандартов лечения (ВОЗ, 2001; Солохина Т.А., 2003; Ястребов В.С., Солохина Т.А., 2003).

Крайне важным для оценки качества психиатрической помощи оказалось применение клинико-социологических методов исследования, что позволяло выяснить общественное мнение о психиатрии, определить отношение пациентов и их родственников к психиатрическим учреждениям, установить степень удовлетворенности оказываемой помощью, а также выявить, каковы, с точки зрения респондентов, ее достоинства и недостатки (Сосновский А.Ю., 1995; Солохина Т.А., 2003).

Пионером в исследовании субъективной удовлетворенности больного лечением были США, где первые публикации на эту тему появились еще в начале 1950-х годов (Rentrop M., Bohm A., Kissling W., 1999). В России интерес к субъективной удовлетворенности больного лечением в психиатрическом стационаре возник относительно недавно (Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д., 2007), но происходящие реформы в системе здравоохранения (Линденбратен А.Л., 1994, 2007; Вишняков Н.И., Стожаров В.В., Муратова Е.Ю., 1997; Стожаров В.В., 1997, 2005; Вардосанидзе С.Л., 2002; Лобжанидзе А.А., 2005; Брескина Т.Н., 2006 и др.) стимулируют изучение этого вопроса.

Ориентировка на позитивную динамику психопатологической симптоматики как на единственный критерий удовлетворенности обслуживанием представляется слишком узкой концепцией. Собственное видение пациента (потребителя услуг системы здравоохранения) становится центральным в оценке качества реформируемого медицинского обслуживания (Шикина И.Б., Сорокина Н.В., Вардосанидзе С.Л. и др., 2006; Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д., 2007; Шипунов Д.А., 2008).

Пациенты сейчас лучше информированы о своих правах и о прогрессе в медицинской науке. В свете перехода с патерналистской модели на партнерскую, традиционные отношения врача и пациента становятся все более похожими на отношения потребителя и поставщика услуг. Пациенты приходят к врачу за советом, критически анализируют его высказывания и принимают затем

самостоятельные решения относительно своего лечения, поскольку имеют возможность выбора альтернативных терапевтических стратегий (Шикина И.Б., Вардосанидзе С.Л., Восканян Ю.Э. и др., 2006).

Подход, который врач находит к больному, становится, таким образом, важным фактором в привлечении пациента к сфере медицинского обслуживания в условиях конкуренции. Неудовлетворенность больного полученным лечением нельзя игнорировать, даже если она объективно совершенно необоснованна, поскольку это предиктор прекращения последующего обращения больного за медицинской помощью (Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д., 2007).

Оценка субъективной удовлетворенности практически важна тем, что, являясь не только одной из характеристик результата лечения, но и фактором, влияющим на дальнейший ход течения болезни в зависимости от положительного или отрицательного воздействия на комплайенс пациента после выписки, она позволяет прогнозировать успех терапии и частоту регоспитализаций (Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д., 2007; Druss B.G., Rosenheck R.A., Stolar M. et al., 1999). В рамках научных исследований появляется возможность изучить влияние различных факторов на удовлетворенность лечением и сформировать стратегию развития лечебного учреждения, позволяющую добиться оптимального его уровня. Интеграция клинических данных о результате терапии и данных о субъективной удовлетворенности больного лечением помогает отбору мероприятий административного мониторинга лечебного процесса в медицинском учреждении (Druss B.G., Rosenheck R.A., Stolar M. et al., 1999). Появляется возможность сравнивать между собой популярность отдельных лечебных программ, деятельность отдельных медицинских учреждений и отделений в их структуре, а также работу отдельных врачей по уровню удовлетворенности курируемых ими больных (Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д., 2007).

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 года № 566-н утвержден «Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и

расстройствах поведения». Порядок определяет правила оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения в медицинских организациях, штатные нормативы психоневрологического диспансера, психиатрической больницы, а также стандарт оснащения данных подразделений.

Согласно данному документу, медицинская помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения оказывается в добровольном порядке, кроме случаев, регламентированных действующим законодательством Российской Федерации, и предусматривает выполнение необходимых профилактических, диагностических, лечебных и медико-реабилитационных мероприятий. Медицинская помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения в состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, оказывается в экстренной форме.

К медицинским организациям и их структурным подразделениям, оказывающим медицинскую помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения, относятся: психоневрологический диспансер (диспансерное отделение психиатрической больницы); кабинет участкового врача-психиатра; кабинет активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения; психотерапевтический кабинет; дневной стационар (отделение); отделение интенсивного оказания психиатрической помощи, медико-реабилитационное отделение; отделение медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях; лечебно-производственные (трудовые) мастерские психоневрологического диспансера (психиатрической больницы); психиатрическая больница; психотерапевтическое отделение; медико-реабилитационное отделение психиатрической больницы; медико-реабилитационное отделение для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи; отделение «Телефон доверия»; кабинет медико-социально-психологической помощи.

В документе определены виды помощи (скорая, в том числе скорая специализированная, первичная медико-санитарная, специализированная

медицинская помощь), а также формы расстройств, при которых она оказывается: органические (симптоматические), психические расстройства, психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ, шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства, расстройства настроения (аффективные расстройства), невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами, расстройства личности и поведения в зрелом возрасте, умственная отсталость, эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся в детском и подростковом возрасте.

Важным моментом является определение рекомендуемых штатных нормативов и стандартов оснащения медицинских учреждений и их структурных подразделений, оказывающих психиатрическую помощь населению (Приложения 1–45 к Порядку оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения). Приказ вступил в силу с 5 августа 2012 года и, как ожидается, позволит существенно улучшить качество психиатрической помощи.

Все большее внимание в последние годы уделяется проблемам диагностики, ранней терапии и профилактики психических расстройств в учреждениях первичной медицинской сети, сближению психиатрической и общемедицинской помощи, созданию центров психического здоровья, повышению уровня знаний специалистов общего профиля в вопросах психического здоровья, развитию психообразовательных программ для широких слоев населения и формированию доверия у общества к службе психического здоровья (Александровский Ю.А., 2000; ВОЗ, 2001).

Актуальность проблемы повышения качества психиатрической помощи и его адекватной оценки, как и отсутствие до сегодняшнего дня ее удовлетворительного решения, диктуют необходимость дальнейшей работы в этом важном направлении отечественной психиатрии.

1.3 Опыт организации психиатрической помощи в зарубежных странах

На протяжении большей части XX века основой психиатрической помощи в Европе служили психиатрические больницы и интернаты. Традиционно в таких учреждениях упор делался на изоляцию больных, права человека нарушались, а реабилитации больных внимания почти не уделялось (Мак-Дайд Д., Торникрофт Г., 2005). В последние 30 лет взгляды на психиатрическую помощь во многих европейских странах серьезно изменились – началось планомерное сокращение стационарной помощи (Gribbin N., 1999; Day E., Crimmer C., Lloyd A., 2002). Однако эти перемены не всегда сопровождались развитием психиатрической помощи по месту жительства. В результате люди с психическими расстройствами, которые, несомненно, являются одной из самых уязвимых групп населения, часто лишались необходимой помощи. В ряде стран руководители здравоохранения, ссылаясь на существенное снижение расходов при закрытии психиатрических больниц и интернатов, сокращали бюджет психиатрической помощи вместо того, чтобы направлять освободившиеся средства на развитие психиатрической помощи по месту жительства (Мак-Дайд Д., Торникрофт Г., 2005; Мак-Дайд Д. Напп М., Карран К., 2005).

Особенно остро проблема реорганизации психиатрической помощи стоит в бывших социалистических странах, где финансирование данной отрасли крайне ограничено, а больницы и интернаты до сих пор составляют ее основу. В 2001 г. психиатрической помощи по месту жительства не существовало в 17 европейских странах, расположенных преимущественно в Центральной и Восточной Европе – в основном на Балканах и территории бывшего СССР (WHO, 2001). Объем стационарной психиатрической помощи в этом регионе сокращадся медленно, предубеждения против психических расстройств были распространены особенно широко, и вопрос о реорганизации психиатрической помощи встал только в последние годы (Мак-Дайд Д., Торникрофт Г., 2005).

В 50-х годах XX в. в ряде стран (Англия, США, Канада, Германия, Италия) началось антипсихиатрическое движение, были проведены экспертные проверки

психиатрической службы, которые сделали достоянием гласности случаи злоупотреблений в психиатрии и пренебрежения правами пациентов, что способствовало формированию негативного отношения к стационарному лечению психически больных. Определенную роль сыграли изменения в образе мышления психиатров-практиков, а также социологические исследования, в которых высказывались критические замечания в адрес психиатрических учреждений. Политики надеялись, что благодаря реформам удастся уменьшить количество стационарных коек и сократить расходы (Ястребов В.С., 1999; Цыганок Л.С., 2007).

Реформу в психиатрии в середине прошлого века принято называть деинституционализацией. Основу для процесса деинституционализации заложили деятельность и работы итальянского ученого Ф. Базальи: «Ликвидация психиатрической больницы как места изоляции», «Учреждение, подлежащее ликвидации», «Закрытие психиатрической больницы» и другие. Все теоретические работы Базальи были направлены на реализацию единственной практической цели – сделать невозможным использование психиатрии в качестве института изоляции (Власова О.А., 2006, 2008). В настоящее время в Италии, Швейцарии и Швеции ликвидированы практически все психиатрические больницы, а в некоторых странах психиатрические отделения были открыты в структуре соматических больниц (Цыганок Л.С., 2007; Торесини Л., 2008).

Суть деинституционализации можно определить как замену длительного пребывания в психиатрической больнице кратковременными, менее изолирующими методами оказания медицинской помощи психически больным людям по месту жительства. Деинституционализация предполагала трехкомпонентный процесс:

1) перевод пациентов, живущих в психиатрических больницах, на альтернативные виды помощи по месту жительства;

2) предотвращение возможных случаев поступления в стационар и направление пациентов в различные альтернативные службы;

3) развитие специальных служб для оказания помощи группе больных психиатрического профиля, находящихся вне стационаров.

В основе деинституционализации лежали озабоченность врачей и общественных деятелей по поводу неудовлетворительных условий содержания больных в государственных психиатрических больницах, желание улучшить их материальное и социальное положение, а также стремление сделать психиатрическую помощь более гуманной и эффективной в медицинском и финансовом плане (Lamb H.R., Bachrach L.L., 2001). Результатом деинституционализации явился переход от устаревшей модели институциональной психиатрии, к современной модели психиатрии неинституциональной, лишенной ряда основных недостатков старой модели, связанных, прежде всего, с ограничением прав и свобод пациентов, а также изоляцией психически больных от общества и проблемами восстановления социального статуса при стабилизации психического состояния.

Основные различия между институциональной и неинституциональной психиатрией приведены в таблице 1.1.

Во многих странах Европы на протяжении XX века роль больниц и интернатов в помощи людям с психическими расстройствами сначала росла, а затем стала постепенно ослабевать. По мере того, как неэффективность психиатрической помощи в больницах и интернатах становилась все более очевидной, а защите прав человека придавали все большее значение (эта тенденция наметилась в 1950-х гг.), руководители здравоохранения понимали, что в этой области пора проводить реформы и прежде всего отказаться от изолированных стационаров, в которых людей с психическими расстройствами фактически поселяли. Нередко психиатрическая больница становилась для больных местом не кратковременного лечения, а длительного, вплоть до пожизненного, местопребывания. Дополнительными аргументами в пользу реформ, несомненно, стали колоссальность затрат на содержание психиатрических стационаров и появление новых психотропных средств (Мак-Дайд Д., Торникрофт Г., 2005).

Таблица 1.1 – Различия между институциональной и неинституциональной психиатрией (Sapouna L., Herrmann P., 2006)

Институциональная психиатрия	Неинституциональная психиатрия
Государственные финансирование, регулирование и контроль	Общественные финансирование, регулирование и контроль
Централизованность психиатрической службы	Нецентрализованность психиатрической службы
Удалённость места оказания психиатрической помощи от места проживания пациента	Близость места оказания психиатрической помощи к месту проживания пациента
Проведение стационарного лечения в психиатрических больницах	Проведение стационарного лечения в больницах общего профиля
Преобладание стационарного лечения тяжелых психических расстройств над амбулаторным	Преобладание амбулаторного лечения тяжелых психических расстройств над стационарным
Обусловленная изоляцией утрата навыков, необходимых пациенту для его социальной интеграции	Обусловленная отсутствием изоляции возможность сохранения и приобретения необходимых навыков для социальной интеграции
Продолжительный срок лечения	Непродолжительный срок лечения
Режим закрытых дверей	Режим открытых дверей
Больший риск злоупотреблений	Меньший риск злоупотреблений
Возможность использования психиатрии для решения социальных проблем и подавления инакомыслия	Невозможность использования психиатрии для решения социальных проблем и подавления инакомыслия
Заинтересованность представителей власти в получении и использовании сведений о пациенте	Незаинтересованность представителей власти в получении и использовании сведений о пациенте
Более высокая степень социальной стигматизации и дискриминации	Менее высокая степень социальной стигматизации и дискриминации
Меньшее доверие к врачу	Большее доверие к врачу
Предоставление права окончательного решения по большинству вопросов врачу	Предоставление права окончательного решения по большинству вопросов пациенту
Лишение свободы в качестве гарантии общественной безопасности	Предоставление свободы в качестве гарантии личной безопасности

Таблица 1.1 (продолжение)

Институциональная психиатрия	Неинституциональная психиатрия
Обеспечение общественной безопасности, меры контроля и изоляции в качестве приоритетных задач	Удовлетворение потребностей пациента, меры лечения и реабилитации в качестве приоритетных задач
Широкое применение недобровольной госпитализации в отношении лиц, не совершивших противоправных действий	Неприменение недобровольной госпитализации в отношении лиц, не совершивших противоправных действий
Пренебрежительное отношение к гражданским правам и правам человека	Уважительное отношение к гражданским правам и правам человека
Способность структур, связанных с психиатрией, к широкой экспансии путём расширения сети психиатрических учреждений, диагностических критериев и поиска соответствующего контингента	Неспособность структур, связанных с психиатрией, к широкой экспансии путём расширения сети психиатрических учреждений, диагностических критериев и поиска соответствующего контингента
Неоптимальное соотношение между количеством пациентов и врачей, а также между спросом и предложением в отношении их услуг, возникающее в результате нефункционирования естественных рыночных и социальных механизмов	Оптимальное соотношение между количеством пациентов и врачей, а также между спросом и предложением в отношении их услуг, возникающее в результате функционирования естественных рыночных и социальных механизмов
Необходимость поддерживать постоянные уровень заполнения и оборот койко-мест в каждом психиатрическом стационаре	Отсутствие необходимости поддерживать постоянные уровень заполнения и оборот койко-мест в психиатрическом стационаре
Более крупные расходы на психиатрическую помощь	Менее крупные расходы на психиатрическую помощь

Тем не менее, в некоторых странах Европы психиатрическая помощь по-прежнему оказывается преимущественно в крупных психиатрических больницах (ВОЗ, 2006). В отчёте, подготовленном по итогам конференции ВОЗ, отмечалось, что политика в области охраны психического здоровья, как и вся политика общественного здравоохранения в целом, страдает от повышенного внимания к службам неотложной помощи на базе стационаров, которым продолжает предоставляться большая часть ресурсов и придается особое значение. По данным

на 2005 год, из общего числа больничных коек в Европе две трети представляли собой койки для психически больных (ВОЗ, 2006). В таблице 1.2 представлены данные о количестве психиатрических коек в некоторых европейских странах и в России.

Таблица 1.2 – Количество психиатрических коек в разных странах

Год	Страна	Количество коек на 100 000 человек
2005	Италия	46
2005	Великобритания	58
2005	США	77
2007	Россия	113

В соответствии с таблицей 1.2, число психиатрических коек (в расчете на 100 тысяч населения) в России (Цыганок Л.С., 2007) почти вдвое превышает аналогичные европейские показатели (WHO, 2005; Barbui C., Tansella M., 2008).

На рисунке 1.3 более детально представлена динамика числа психиатрических коек в Западной Европе с 1970 г. по 2005 г. На рисунке видно, что психиатрических коек особенно мало в Италии. В Швейцарии в настоящее время вообще нет специализированных психиатрических стационаров – все психиатрические койки расположены в больницах общего профиля. Даже в странах с относительно большим числом психиатрических коек – Ирландии и Финляндии – данный показатель с 1970-х годов существенно сократился.

За последние 15–20 лет наиболее заметно число психиатрических коек сократилось в Эстонии, Литве и особенно на Кипре. В то же время в Словакии и Словении ситуация почти не изменилась, и число психиатрических коек осталось почти таким же, как в 1990 г. (Цыганок Л.С., 2007).

Во многих странах психиатрические стационары старого образца уже не играют ведущей роли в психиатрической помощи, но судить об их роли по числу психиатрических коек следует с осторожностью. Получить точные и сопоставимые данные о числе психиатрических коек (в психиатрических

больницах, больницах общего профиля и других учреждениях) сложно – порой учитываются только койки обычных психиатрических больниц. Так, бывшие социалистические страны зачастую не включают в число психиатрических коек койки в домах престарелых и инвалидов – учреждениях, нередко обвиняемых в нарушении прав человека (Мак-Дайд Д., Торникрофт Г., 2005).

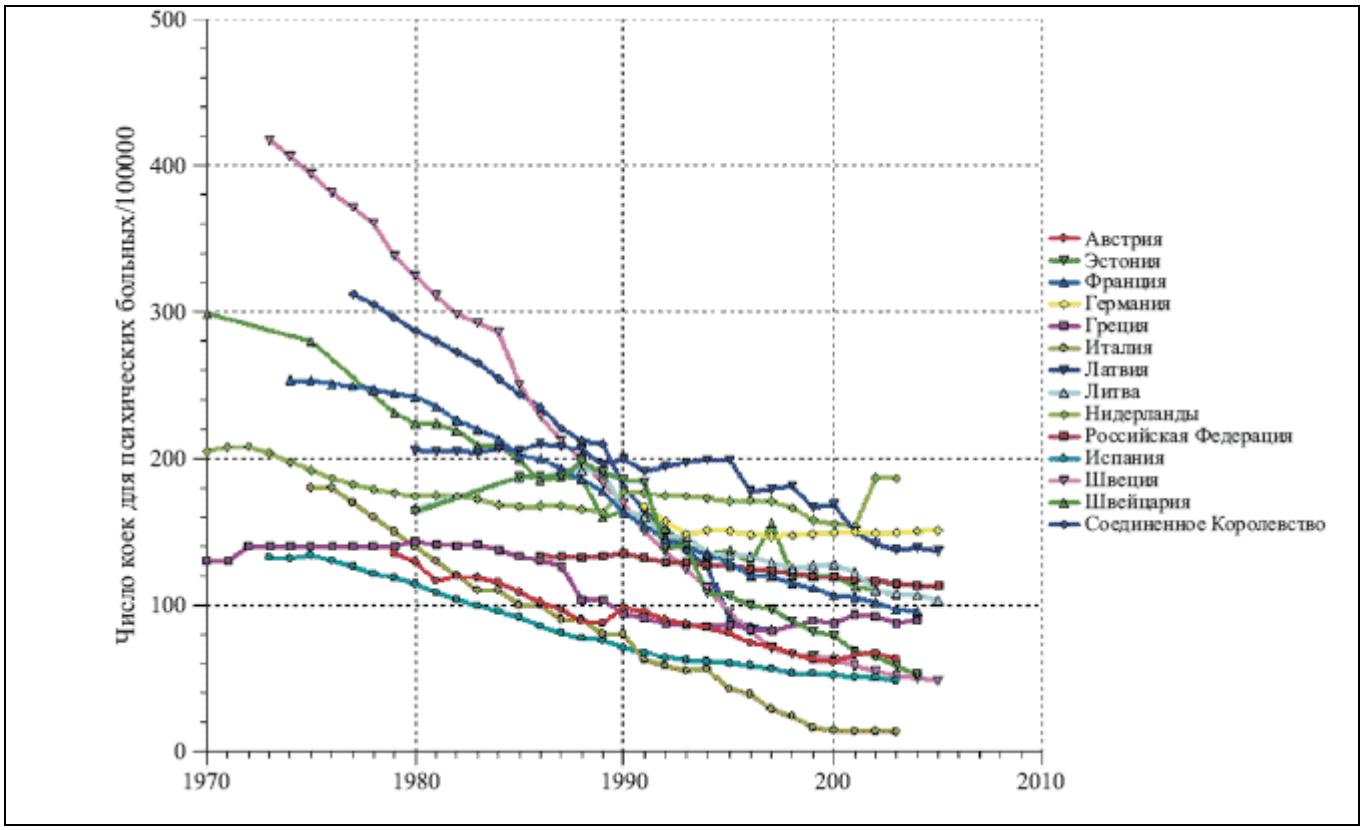

Рисунок 1.3 – Динамика числа психиатрических коек в Западной Европе[1]

Сокращение объема стационарной психиатрической помощи часто трактуют по-разному. Например, в Германии оно выразилось в переводе больных из психиатрических стационаров в пустующие реабилитационные туберкулезные центры в Шварцвальде. В Швейцарии же койки в действующих психиатрических больницах были сокращены, но при этом официальной государственной программы перевода психиатрической помощи в больницы общего профиля так и не было принято (Haug H.-J., Rossler W., 1999).

[1] Источник: база данных Европейского Бюро ВОЗ: data.euro.who.int/hfadb

ВОЗ подчеркивает, что каждая страна должна сама определить, какую долю психиатрической помощи должны предоставлять стационары, а какую – службы по месту жительства. Для этого необходимо учитывать множество факторов, в том числе потребности населения, наличие материальных средств, гибкость и согласованность различных компонентов в структуре психиатрической помощи, а также местные культурные особенности. Все эти факторы следует включать в государственную политику и план действий в области психиатрической помощи, которые должны быть тесно связаны с политикой здравоохранения в целом и политикой охраны психического здоровья (Мак-Дайд Д., Торникрофт Г., 2005).

Тогда как структура психиатрической помощи в каждой стране может быть разной, ряд принципов ее организации необходимо соблюдать всегда. Главным из них служит защита прав человека – этот принцип остается ведущим, независимо от того, оказывается ли психиатрическая помощь в стационаре или по месту жительства. Кроме того, важно использовать методы, действенность которых доказана или хотя бы изучается. Равноправие требует создания служб психиатрической помощи по всей стране, а не сосредоточения их в городах, и предоставление помощи, детерминируемой потребностями, а не платежеспособностью больных. Учитывать экономическую эффективность различных видов помощи тоже необходимо. Она не может быть единственным доводом для выделения средств, однако, руководствуясь ею, можно направлять средства на те виды помощи, которые принесут наиболее ощутимую пользу здоровью людей. По данным многих исследователей, реформа психиатрической службы не всегда имеет отчетливые экономические преимущества, но, безусловно, соответствует общему тренду гуманизации всей системы медицинской помощи (WHO, 2003; ВОЗ, 2005).

В таблице 1.3 представлены ориентировочные варианты организации психиатрической помощи в зависимости от уровня финансирования. Общий принцип таков: чем уровень финансирования выше, тем более разветвленной и многообразной должна быть структура психиатрической помощи.

Таблица 1.3 – Организация психиатрической помощи в зависимости от уровня финансирования (Thornicroft G., Tansella M., 2003)

Уровень финансирования	Структура психиатрической помощи
Низкий уровень	Организовывать и совершенствовать психиатрическую помощь на уровне первичного медицинского обслуживания, используя специализированную помощь по необходимости
Средний уровень	В дополнение к описанным выше мерам – создать: (1) амбулаторные клиники; (2) патронажные психиатрические бригады; (3) психиатрические больницы; (4) местные стационары длительного пребывания; (5) службы охраны психического здоровья трудящихся.
Высокий уровень	В дополнение к описанным выше мерам – развивать высокоспециализированные службы: специализированные амбулаторные клиники и патронажные психиатрические бригады, службы активной психиатрической помощи по месту жительства, профильные стационары длительного пребывания и службы профессиональной реабилитации.

Низкий уровень финансирования – первичное медицинское обслуживание. ВОЗ подчеркивает, что определенные виды психиатрической помощи можно предоставлять в рамках первичного медицинского обслуживания, обращаясь к психиатрам только тогда, когда требуются обучение, консультации или сложное лечение. Сотрудничать с психиатрами специалистам общей практики особенно важно, поскольку обычно люди с психическими расстройствами сначала обращаются за первичным медицинским обслуживанием, а на этом уровне распространенные психические расстройства (такие как депрессия) до сих пор выявляются и лечатся не очень хорошо. В связи с этим особое внимание следует обратить на обучение специалистов общей практики – в первую очередь, они должны уметь находить информацию, налаживать связи и обмениваться данными с другими специалистами (Gilbody S. et al., 2004).

Обучение врачей общей практики навыкам оказания психиатрических услуг приносит очевидную пользу. Так, например, в Швеции успешная подготовка в этой области позволила заметно снизить число госпитализаций, а также самоубийств среди населения, обслуживаемого подготовленными врачами общей практики. Однако через три года эти показатели вернулись к прежнему уровню, что, по-видимому, свидетельствует о необходимости непрерывной подготовки врачей, организации контроля и оказания им соответствующей поддержки (Цыганок Л.С., 2007).

Средний уровень финансирования – психиатрическая помощь в системе общего медицинского обслуживания. По мнению ВОЗ, в странах, где финансирование психиатрической помощи находится на среднем уровне или было низким, но с развитием экономики стало расти, имеется возможность создавать дополнительные службы психиатрической помощи в рамках системы здравоохранения: (1) амбулаторные клиники; (2) патронажные психиатрические бригады; (3) психиатрические больницы; (4) местные стационары длительного пребывания; (5) службы охраны психического здоровья трудящихся (Мак-Дайд Д., Торникрофт Г., 2005).

Организация и согласование работы этих служб по территориальному принципу способствует непрерывности помощи, под которой подразумевается определение всех потребностей человека не только в отношении состояния его здоровья на данный момент, но и в отношении его способности полноценно жить и работать. Кроме того, территориальный принцип организации психиатрической помощи позволяет снизить риск того, что бюджет ее окажется раздробленным.

При недостатке средств, наблюдаемом в странах со средним уровнем финансирования психиатрической помощи (в частности, в большинстве бывших социалистических стран), дополнительную специализированную психиатрическую помощь в первую очередь следует предоставлять людям с наиболее тяжелыми и стойкими психическими расстройствами. При наиболее часто встречающихся в общей практике психических расстройствах улучшение со временем наступает и без вмешательства специалистов. Амбулаторные психиатрические клиники можно

организовывать при центрах первичного медицинского обслуживания, психиатрических больницах или больницах общего профиля.

Патронажные психиатрические бригады выполняют целый ряд функций. В них входят психиатры, медицинские сестры, социальные работники, психологи и специалисты по трудотерапии. Их деятельность прежде всего ориентирована на взрослых с тяжелыми психическими расстройствами. Установлено, что благодаря таким бригадам больные получают больший объем помощи, лучше соблюдают врачебные назначения, а их удовлетворенность помощью возрастает. Кроме того, создание бригад способствует непрерывности психиатрической помощи. Чтобы повысить согласованность предоставления различных видов помощи и услуг, в бригаду можно ввести администраторов, которые будут управлять ведением каждого больного.

Психиатрические больницы, предоставляющие помощь при острых состояниях, тоже необходимы (например, больным с повышенным риском самоубийства). Зачастую роль таких больниц играют специализированные отделения в больницах общего профиля. Быстро определить потребность в койках такого отделения сложно, она зависит от местных условий. Тем не менее сделать это необходимо, поскольку затраты на содержание психиатрических коек весьма высоки, и их излишек чреват сокращением средств на прочие виды психиатрической помощи по месту жительства.

Создание новых служб психиатрической помощи по месту жительства позволяет повысить качество медицинского обслуживания и улучшить состояние больных, не увеличивая затраты (McCrone P., Becker T., 2000). Группой по изучению психиатрической помощи (TAPS) были исследованы стоимость, качество и результаты психиатрической помощи, которую в течение 15 лет оказывали 751 больному (Knapp M., Beecham J., Koutsogeorgopoulou V. et al., 1994; Leff J., 1997).

В исследовании TAPS анализировался процесс закрытия двух психиатрических больниц викторианского типа (Friern и Claybury Hospital) в Великобритании. Решение об их закрытии было принято в 1983 году, к

исследованию приступили в 1985 году, и с этого времени начали поступать сообщения о том, как этот процесс осуществлялся (Leff J., 1997).

Основным объектом исследования была группа пациентов без признаков деменции, которые длительное время находились на стационарном лечении по поводу различных психических заболеваний. Было исследовано восемь годовых когорт пациентов, которые обследовались через 12 месяцев (рисунок 1.4), а затем повторно через пять лет после выписки из стационара.

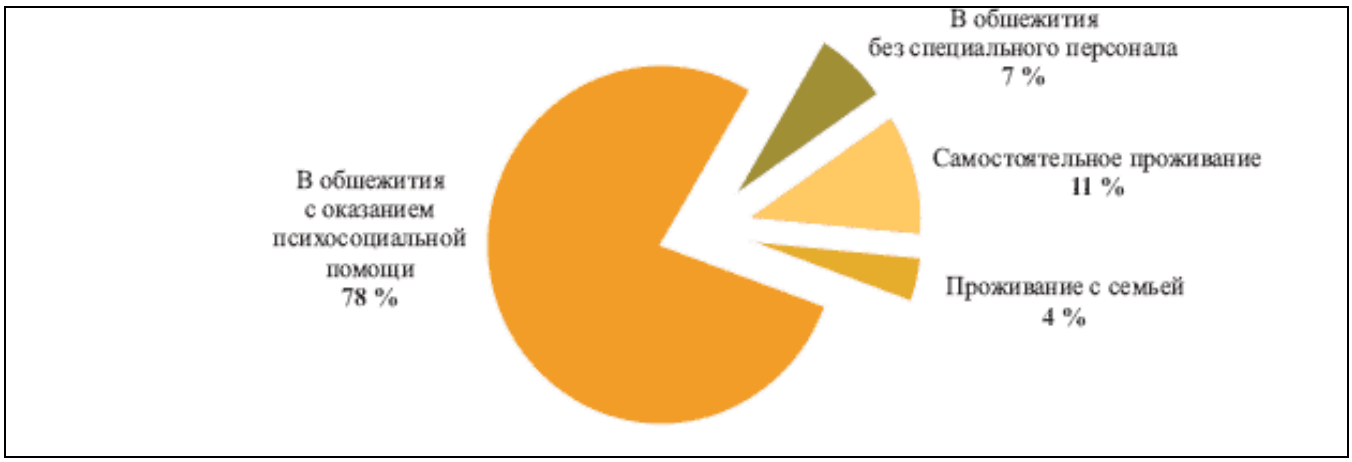

Рисунок 1.4 – Исследование TAPS:
закрытие двух психиатрических больниц (Friern и Claybury Hospital)

Согласно рисунку 1.4, самая большая группа (78%) пациентов была переведена при выписке в общежития, где им оказывалась психосоциальная помощь персоналом. Меньшие группы больных жили в общежитиях без специального персонала (7%), самостоятельно (11%) или с семьей (4%).

В таблице 1.4 представлены общие результаты годового и пятилетнего катамнестического исследования исходов, предусматривающего оценку различных факторов – от психопатологических симптомов, социального поведения, навыков, необходимых для повседневной жизни, и соблюдения графика приема лекарственных препаратов до соматического здоровья и социальной сети **(**Leff J., 1997; Burns T, Priebe S., 1999**)**.

Как видно из таблицы 1.4, катамнестически ухудшение было зарегистрировано лишь по двум исследуемым критериям – «Тревога» и «Соматическое здоровье». Несмотря на сохранение галлюцинаторно-бредовых расстройств у пациентов на прежнем уровне, по остальным показателям, особенно характеризовавшим социальное функционирование больных, было отмечено значимое улучшение.

Таблица 1.4 – Результаты исследования TAPS:
катамнестическое обследование через 12 месяцев и 5 лет

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

Примечания: (+) улучшение, (–) ухудшение, (=) без изменений.

Исследование TAPS поставило также вопрос о стоимости реабилитационных мероприятий. При изучении последовательных годовых когорт было выявлено, что затраты на каждого пациента увеличивались, особенно

в когортах, сформированных из больных, выписанных позже (Knapp M., Beecham J., Koutsogeorgopoulou V. et al., 1994). Это свидетельствовало о том, что в первые годы были выписаны преимущественно пациенты, реабилитация которых представлялась наименее проблематичной: у них отсутствовали нарушения социального поведения, они были не опасны для себя и окружающих. С ускорением процесса выписки возникла необходимость в более интенсивной реабилитации пациентов, которая потребовала создание структур с многочисленным персоналом.

Если сравнивать общие затраты, то альтернативные формы обслуживания пациентов не имеют экономической выгоды по сравнению с длительным лечением в стационаре, однако они дают лучшие результаты в отдаленном периоде. С этой точки зрения экономическая эффективность процесса деинституционализации в больницах Friern и Claydbury была подтверждена (Мак-Дайд Д., Торникрофт Г., 2005).

Высокий уровень финансирования – высокоспециализированные службы психиатрической помощи. Обеспеченные страны, в частности страны Западной Европы, имеют возможность создавать высокоспециализированные службы психиатрической помощи. Направлением деятельности таких служб, по мнению ВОЗ, могут быть, например, расстройства пищевого поведения или психические расстройства при алкоголизме или наркомании (Мак-Дайд Д., Торникрофт Г., 2005). В качестве альтернативы психиатрическим больницам можно организовывать патронажные и кризисные службы, бригады неотложной помощи (их эффективность пока не доказана) и службы активной психиатрической помощи по месту жительства (таблица 1.5).

Варианты высокоспециализированных служб для хронических больных тоже весьма разнообразны – от домов инвалидов, где за больными ухаживают постоянно, до интернатов, в которых больные полностью себя обслуживают. Так как наличие работы положительно влияет на качество жизни и самооценку, большую пользу приносят службы профессиональной реабилитации – мастерские при интернатах или службы трудоустройства. Среди служб профессиональной

реабилитации наиболее эффективны те, которые сначала устраивают больного на работу, а затем обучают, а не действующие наоборот, которые проводят профессиональную подготовку до трудоустройства (Marshall M. et al., 2001). Профессиональная реабилитация приносит и явную экономическую пользу, поскольку трудоспособный и трудоустроенный человек содержит себя сам, платит налоги и не нуждается в пособиях.

Таблица 1.5 – Службы активной психиатрической помощи по месту жительства (Thornicroft G., Tansella M., 2003)

Характеристика	**Эффективность**
✓ Невысокая нагрузка на специалистов (в среднем на 10 сотрудников службы приходится 100 больных). ✓ Непрерывное (круглосуточное, без выходных) наблюдение за больным. ✓ При необходимости – ежедневная выдача лекарственных средств. ✓ У больного остается возможность перейти на менее строгий режим ведения. ✓ Комплексный подход – в ведении каждого больного участвуют несколько специалистов (психиатры, медицинские сестры и другие). ✓ Служба управляет или напрямую распоряжается средствами больного. ✓ 80% услуг больной получает по месту жительства.	✓ Число и длительность госпитализаций больных с тяжелыми психозами сокращается, однако общие затраты на лечение не снижаются. ✓ Налаживается быт и профессиональная деятельность больных. ✓ Возрастает удовлетворенность больных. ✓ В районах, где население уже обеспечено непрерывной и согласованной психиатрической помощью, значительных преимуществ нет.

Примером высокоспециализированной службы является ассертивное лечение по месту жительства. Ассертивное лечение – это модель оказания комплексной внебольничной психиатрической помощи лицам с тяжелыми психическими заболеваниями, их поддержки и реабилитации. Ассертивную помощь по месту жительства иногда называют обучением жизни вне больницы,

ассертивной внебольничной терапией, бригадами непрерывного лечения и интенсивной психиатрической внебольничной помощью (Phillips S.D., Burns B.J., Edgar E.R., et al., 2001; Цыганок Л.С., 2007).

Ассертивное лечение по месту жительства подходит для лиц с терапевтически резистентной симптоматикой тяжелых психических заболеваний и с наиболее выраженными функциональными нарушениями. Такие больные весьма интенсивно пользуются стационарной психиатрической помощью, и их жизнь часто имеет крайне низкое качество. Результаты исследований показали, что ассертивное лечение по месту жительства стоит не дороже, чем другие виды медицинской помощи по месту жительства, и в большей степени удовлетворяет пациентов и членов их семей (Phillips S.D., Burns B.J., Edgar E.R., et al., 2001).

Члены бригады ассертивной внебольничной терапии могут оказывать пациентам следующие виды помощи: реабилитационный подход к навыкам повседневной жизни; покупка бакалейно-гастрономических продуктов и приготовление пищи; покупка одежды и уход за ней; пользование транспортом; помощь в формировании навыков общения и семейных отношений; вовлечение семьи; умение справляться с кризисным состоянием; психологическое консультирование и психиатрическое просвещение членов семьи и дальних родственников; координация совместной работы с организациями, оказывающими помощь семьям; благоприятные возможности для трудоустройства; помощь в поиске добровольной и профессиональной работы; установление связей с работодателями и просветительская работа с ними; работа в качестве наставников для пользователей; помощь в оформлении документов; сопровождение пациентов в службы, предоставляющие льготы; умение правильно пользоваться продовольственными талонами; помощь при переосвидетельствовании для получения пособий; меры по сохранению здоровья; санитарно-просветительская профилактическая работа; проведение медицинских осмотров; составление графика поддерживающей патронажной работы; установление связей для оказания неотложной медицинской помощи; консультирование по вопросам репродукции и сексуальное просвещение; помощь

в реализации лекарственной терапии; заказ лекарственных препаратов в аптеке; доставка лекарственных препаратов пользователям; обучение приему лекарственных препаратов; контроль графика приема лекарственных препаратов и их побочных действий; помощь в организации жизни в домашних условиях; поиск подходящего жилья; заключение договора о найме жилья; покупка и ремонт предметов быта; установление отношений с домовладельцем; улучшение навыков ведения домашнего хозяйства; управление финансами; планирование бюджета; решение финансовых проблем (например, получение выплат по инвалидности); помощь в оплате счетов; повышение уровня самостоятельности при распределении денег; психологическое консультирование; использование подхода, ориентированного на решение проблем; внедрение психологического консультирования в непрерывную работу; гарантирование, что цели рассматриваются всеми членами бригады; содействие выработке и совершенствованию навыков общения и т. п. (Цыганок Л.С., 2007).

Программы ассертивной внебольничной терапии были реализованы в 35 штатах США, а также в Канаде, Англии, Швеции и Австралии. Они функционировали как в городах, так и в сельской местности. В некоторых программах особое внимание уделялось уличной социальной работе с бездомными или с ветеранами, страдающими тяжелыми психическими заболеваниями. Другие программы в основном занимались сопутствующими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, или трудоустройством (Phillips S.D., Burns B.J., Edgar E.R., et al., 2001).

Экономические исследования психиатрической помощи по месту жительства и стационарной психиатрической помощи показали, что при передаче основного объема помощи службам по месту жительства затраты чаще не сокращались, зато качество жизни и удовлетворенность больных возрастали (Мак-Дайд Д., Торникрофт Г., 2005). По некоторым данным, качество помощи было тесно связано с расходами на нее. В рандомизированном контролируемом исследовании затрат, связанных с переходом от стационарной помощи на специализированную помощь по месту жительства (преимущественно на дому),

было показано, что краткосрочные и среднесрочные затраты на помощь по месту жительства оказались значительно ниже (Knapp M. et al., 1994).

Проведенное в Англии исследование TAPS показало: чем раньше больных выписывают из стационара, тем ниже затраты на их ведение по месту жительства (Мак-Дайд Д., Торникрофт Г., 2005). Об экономии средств при переходе на помощь по месту жительства также свидетельствовали данные исследования, прошедшего после закрытия психиатрической больницы в Сиднее. Однако в этом случае службы психиатрической помощи по месту жительства было достаточно развиты, чтобы вести выписанных больных, так что выделять средства на их создание не пришлось (Lapsley H.M. et al., 2000).

Исследования экономической эффективности служб активной психиатрической помощи по месту жительства свидетельствовали, что внедрение последних не влияло на общие затраты здравоохранения. В то же время опросы больных показали, что этот вид психиатрической помощи способствовал повышению качества жизни и удовлетворенности больных (Burns T. et al., 2001). В районах с высокой потребностью в психиатрических койках альтернативой психиатрическим больницам становились небольшие дневные стационары: не ограничивая свободу больных, они предоставляли всю необходимую в острых случаях помощь (Marshall M. et al., 2001).

Реорганизация психиатрической помощи, а именно сокращение стационаров и расширение объема помощи по месту жительства, сталкивается с многочисленными экономическими препятствиями (Knapp M. et al., 2007). В странах низкого и среднего достатка (в частности, в бывших социалистических странах) финансирование психиатрической помощи нередко до сих пор напрямую зависит от занятости коек в психиатрических стационарах. Это ограничивает свободу действий руководителей здравоохранения и не способствует их заинтересованности в развитии служб по месту жительства. Помимо прочего, зависимость объема финансирования от занятости больничных коек в корне порочна, и, например, в Российской Федерации переполненные психиатрические

больницы, в которых занято 1000 и более коек, оказываются в более выгодном положении, чем небольшие стационары (Самышкин Е., Тимошкин А., 2004).

В странах, где попытки расширить помощь по месту жительства при параллельном сокращении числа психиатрических коек все же предпринимаются, освободившиеся средства не всегда поступают на развитие помощи по месту жительства (Мак-Дайд Д., Торникрофт Г., 2005). Причиной тому служит распространенное заблуждение, будто помощь по месту жительства обходится дешевле. В результате руководители здравоохранения нередко воспринимают закрытие психиатрических больниц как повод сократить бюджет психиатрической помощи и направить сэкономленные средства в другие области. Так, в Венгрии, несмотря на сокращение коечного фонда психиатрических больниц на 50%, помощь по месту жительства не развивалась (Harangozo J., Kristof R., 2000).

Чтобы гарантировать поступление освобождающихся средств на развитие служб по месту жительства, можно прибегнуть к так называемой защите бюджета психиатрической помощи. Например, в некоторых развитых странах законодательно закреплен процент валового внутреннего продукта (ВВП) на психиатрическую службу, ниже которого финансирование не может осуществляться (Цыганок Л.С., 2007). Толчком к сокращению психиатрических больниц способно стать и подушное финансирование психиатрической помощи, при котором средства на каждого больного выделяются независимо от того, где он получает помощь. По мнению ВОЗ, без целенаправленного изменения политики внедрение подобных новшеств немыслимо (Мак-Дайд Д., Напп М., Карран К., 2005).

Последние 30 лет многие европейские страны предпринимали серьезные усилия, чтобы отказаться от системы психиатрической помощи, в которой главенствующая роль принадлежала стационарам, и предоставлять людям с психическими расстройствами помощь и поддержку преимущественно по месту жительства (Ранканс Э., Бугинс Я., Таубе М., 2006; Цыганок Л.С., 2007; Strandberg-Larsen M., Nielsen M. B., Vallgarda S. et al., 2007; Georgieva L., Salchev P., Dimitrova

S. et al., 2007). Научные данные подтверждают, что реорганизовывать систему психиатрической помощи, определяя оптимальное соотношение между стационарной помощью и помощью по месту жительства, целесообразно во всех странах, независимо от их благосостояния. В странах с низкими доходами основой психиатрической помощи должно стать первичное медицинское обслуживание, опирающееся при необходимости на помощь специалистов. Страны со средним уровнем доходов способны предоставлять основные виды специализированной психиатрической помощи, создавая, например, патронажные психиатрические бригады и стационары для лечения острых психических расстройств. Обеспеченные страны в состоянии предоставлять населению всестороннюю психиатрическую помощь и создавать высокоспециализированные службы, такие как службы активной психиатрической помощи по месту жительства, интернаты, дома инвалидов и службы профессиональной реабилитации, помогающие больным находить и сохранять работу. В целом, все эти виды помощи экономически эффективны, а многие позволяют улучшить состояние и повысить качество жизни больных, не увеличивая затрат (Мак-Дайд Д., Торникрофт Г., 2005).

Некоторые исследования показали, что сокращение объема стационарной помощи не принесло ожидаемой пользы. Как правило, виной тому являлась неправильная организация психиатрической помощи по месту жительства (Marks I.M., Connoly J., Muijen M. et al., 1994; Thornicroft G., Strathdee G., Phelan M. et al., 1998; Thornicroft G., Wykes T., Holloway F., 1998).

Принято оценивать уровень затрат на финансирование медицинской помощи в процентах от ВВП. В среднем по ЕС этот показатель достигает 8,5%, при том, что в развитых странах Западной Европы он превышает 10%, а в США составляет 16%. В России в 2007 году было выделено на финансирование здравоохранения 2,7% от ВВП. По выводам ВОЗ, при условиях, когда расходы на здравоохранение составляют менее 5% ВВП, система здравоохранения не способна выполнять свои функции. Нужно учитывать, что в разных странах доля средств, выделяемых на финансирование психиатрической службы, также разная, от 2% в странах бывшего СССР до 10% в наиболее развитых странах Европы (Цыганок Л.С., 2007).

На рисунке 1.5 отражены общие затраты на здравоохранение на душу населения по паритету покупательной способности (ППС) в разных странах. Кривые на графике характеризуют затраты на душу населения, выраженные в долларах и учитывающие уровень национальных цен.

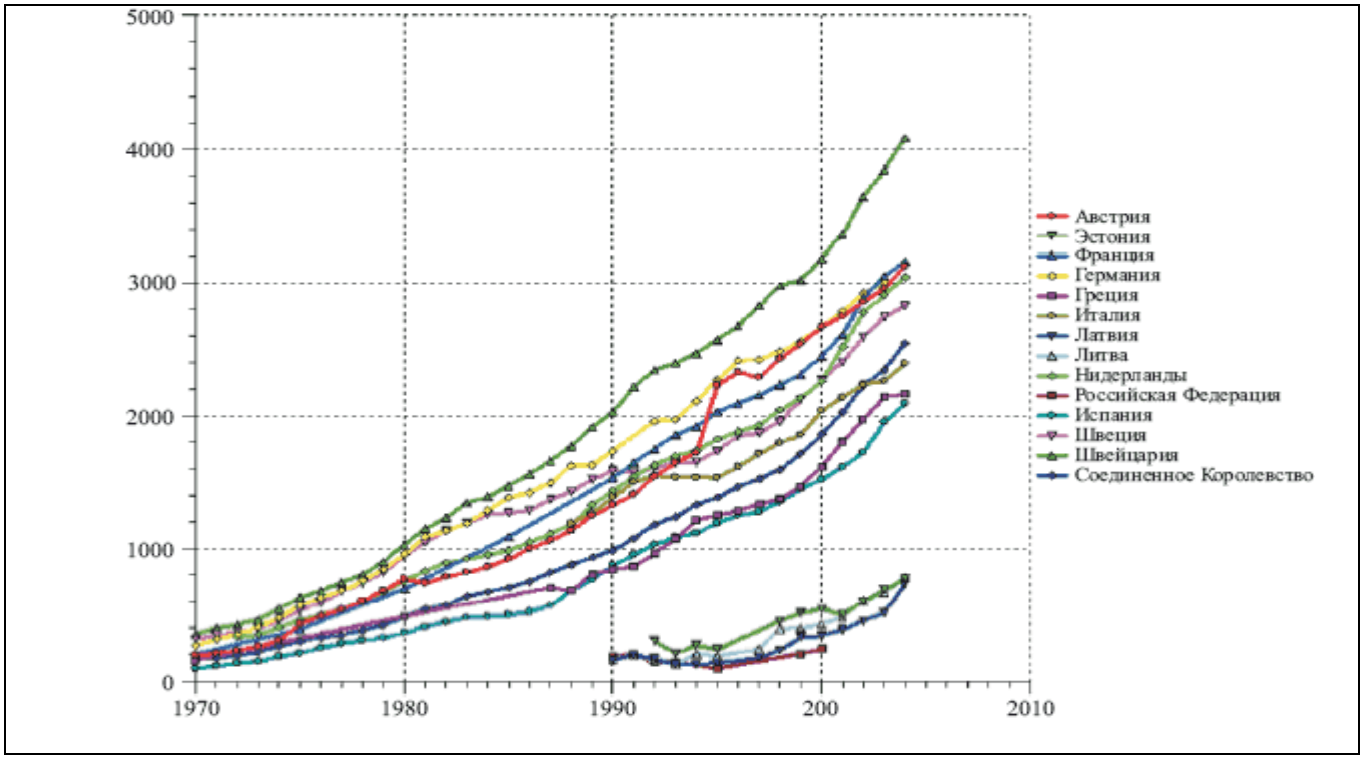

Рисунок 1.5 – Общие затраты на здравоохранение, ППС ($) на душу населения[1]

Согласно рисунку 1.5, в 2000 году затраты стран Западной Европы колебались от 1500 до 3000 долларов на душу населения, в странах Прибалтики – от 340 до 540 долларов. В России этот показатель составлял 243 доллара на душу населения (нижняя кривая на графике). В 2004 году затраты в Западной Европе выросли и колебались между 2000 и 4000 долларов на душу населения.

Всемирная организация здравоохранения провела анализ соотношения расходов на душу населения с показателями здоровья населения и интегральным показателем деятельности системы здравоохранения. Некоторые результаты этого анализа представлены в таблице 1.6 (данные за 2000 год).

[1] Источник: база данных Европейского Бюро ВОЗ: data.euro.who.int/hfadb

К конечным показателям результативности деятельности системы здравоохранения, по мнению ВОЗ, относятся:

1) показатели здоровья населения, на которые реально влияет отрасль;

2) рациональность структуры оказания медицинской помощи и способность системы адекватно реагировать на потребности населения – обеспечивать достижение современных стандартов оказания медицинской помощи, приемлемые сроки ожидания плановой помощи и проч.;

3) справедливость распределения средств (уровень социальной защиты наиболее нуждающейся части населения).

Таблица 1.6 – Ранжирование стран по показателям расходов и результатов деятельности здравоохранения, по оценке ВОЗ (ранги от 1 до 191) [1]

Страны	Размер расходов на здравоохранение на одного жителя (в долл. США) по ППС	Относительные показатели результативности систем здравоохранения	
		Показатели здоровья населения	Интегральный показатель деятельности системы здравоохранения
США	1	72	37
Швейцария	2	26	20
Германия	3	41	25
Франция	4	4	1
Италия	11	3	2
Япония	13	9	10
Великобритания	26	24	18
Чехия	40	91	48
Польша	58	89	50
Эстония	60	115	77
Литва	71	93	73
Россия	75	127	130
Болгария	96	92	102
Румыния	107	130	160

[1] Источник: база данных Европейского Бюро ВОЗ: data.euro.who.int/hfadb

Из таблицы 1.6 видно, что Франция, Италия, Япония, Великобритания являются лидерами по конечным показателям деятельности здравоохранения. Россия занимает 127-е место, а по интегральной оценке системы здравоохранения – 130-е место, существенно уступая большинству восточноевропейских стран со сходным уровнем экономического развития. При этом по показателю расходов на душу населения Россия занимает 75-е место.

ВОЗ подчеркивает, что организовать помощь по месту жительства невозможно без развития соответствующих служб, грамотного и достаточного финансирования, равно как и без согласования действий других ведомств (служб социального обеспечения и занятости, жилищного сектора) и сотрудничества с общественными объединениями больных и их родственников (Мак-Дайд Д., Торникрофт Г., 2005). При реорганизации системы психиатрической помощи не следует упускать из виду кадровые вопросы, при этом подготовку кадров не следует сводить лишь к специализации по психиатрии. Необходимо учить специалистов организаторским и управленческим навыкам, отсутствие которых не позволяет должным образом проводить реформы и согласовывать деятельность различных организаций и ведомств (Kroenke K., Taylor-Vaisey A., Dietrich A., Oxman T., 2000).

Наконец, необходимо создать благоприятные условия для научных исследований об эффективности различных видов помощи. Это крайне важно, поскольку действенность и экономическая эффективность многих методов организации и видов психиатрической помощи до сих пор не изучена. Полезно также вести индивидуальные регистрационные карты больных, которые являются источником данных об использовании и отдаленных результатах различных видов психиатрической помощи (Мак-Дайд Д., Торникрофт Г., 2005).

1.4 Современные тенденции развития психиатрической помощи населению Российской Федерации

По мнению И.Я. Гуровича (2007), предлагаемые в России экономические и структурно-организационные изменения деятельности психиатрической службы (соответственно, как и всей медицины, кроме выделения довольно больших средств по объявленной национальной программе для активизации и оснащения первичного неспециализированного звена здравоохранения) недостаточно определены, а разработанные ранее программы совершенствования и реструктуризации психиатрической службы федерального и регионального уровня не были профинансированы и практически в основном остались невыполненными. Поэтому реформирование, особенно продвинувшееся в период выхода из экономического кризиса, осуществляется преимущественно на методически-организационном уровне. Эти изменения, безусловно, очень значимы, являются концептуальными и отражают развитие психиатрии как науки. Достижения, в частности, в области организационной психиатрии меняют облик отечественной психиатрической помощи (Незнанов Н.Г. и соавт., 2005).

За последние десятилетия можно выделить несколько важных этапов, отражающих направление и внутреннюю закономерность развития психиатрической службы (Незнанов Н.Г. и соавт., 2005; Гурович И.Я., 2007).

С начала 80-х годов – выход за пределы традиционной (стационар – диспансер с промежуточными учреждениями) структуры и формирование внедиспансерного раздела с проникновением ряда звеньев помощи вглубь общества к различным категориям населения (Гурович И.Я., 2009). Особое место заняли психотерапевтические кабинеты в районных поликлиниках, появились психотерапевтические центры. В связи с ростом травм головного мозга, распространённостью постинсультных состояний выросла социальная значимость учреждений, занимающихся патологией речи и нейрореабилитацией.

1992–1993 годы – принятие закона РФ «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при её оказании», не только определившего правовые

основы её оказания, но и послужившего переходу от патерналистского к партнёрскому принципу взаимоотношений с психически больными.

1995 год – введение в штат психиатрических учреждений психологов, психотерапевтов, специалистов по социальной работе, социальных работников, что создало предиспозицию к переходу от преимущественно организмоцентрической к биопсихосоциальной парадигме психических расстройств и, соответственно – от медицинской к полипрофессиональной модели психиатрической помощи, что определило актуальность формирования бригадного подхода к ее оказанию.

2007 год – утверждение Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007-2012)», целями которой являлись снижение заболеваемости, инвалидности и смертности населения при социально-значимых заболеваниях (к числу которых были отнесены психические расстройства и расстройства поведения – подпрограмма «Психические расстройства»), а также увеличение продолжительности и улучшение качества жизни больных, страдающих этими заболеваниями. В рамках этой программы были осуществлены мероприятия по разработке, совершенствованию и внедрению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации психических расстройств, строительству и реконструкции специализированных медицинских учреждений. К целевым индикаторам и показателям ее социально-экономической эффективности были отнесены:

- увеличение доли пациентов, охваченных бригадными формами оказания психиатрической помощи, в общем числе наблюдаемых пациентов до 30 процентов;
- снижение доли пациентов, нуждающихся в стационарной психиатрической помощи, в общем числе наблюдаемых пациентов до 13 процентов;
- снижение средней продолжительности лечения больного в психиатрическом стационаре до 65 дней;
- снижение доли повторных в течение года госпитализаций в психиатрический стационар до 17,3 процента.

В ходе реализации подпрограммы «Психические расстройства» получили развитие такие направления психиатрической помощи как бригадный метод, психообразование, психосоциальная терапия и реабилитация многие другие.

2012 год – утверждение Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, определившего правила оказания медико-социальной помощи в психиатрических учреждениях, их структуру и функции. Разработка, широкое обсуждение профессиональным психиатрическим сообществом и утверждение Стандартов медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, в которых определяются объемы и кратность медицинских услуг, а также рекомендуются лекарственные препараты (с указанием средних доза) и другие виды лечения и реабилитации.

В России структура специализированной психиатрической службы (рисунок 1.6) в настоящее время представлена стационарным, диспансерным, внедиспансерным и кризисно-социальным разделами (Гурович И.Я., 2009). В 30-е годы XX века была сформирована традиционная модель психиатрической помощи населению стационар–диспансер с «промежуточными» учреждениями. В 80-е годы происходило дальнейшее развитие службы, она дополнилась рядом новых звеньев помощи внедиспансерного раздела, ориентированных на различные категории населения: психотерапевтические кабинеты при территориальных поликлиниках, психиатрические кабинеты при крупных промышленных предприятиях, суицидологическая служба, кабинеты сексологической помощи, служба помощи нейрореабилитации больных при патологии речи. В последние десятилетия был сформирован также социально-кризисный раздел психиатрической помощи, обусловленный возросшим вниманием к охране психического здоровья и последствиям воздействий социальных потрясений, неблагоприятной экологии, чрезвычайных ситуаций, катастроф, насилия, войн, межнациональных конфликтов, миграции, бездомности и т.п.

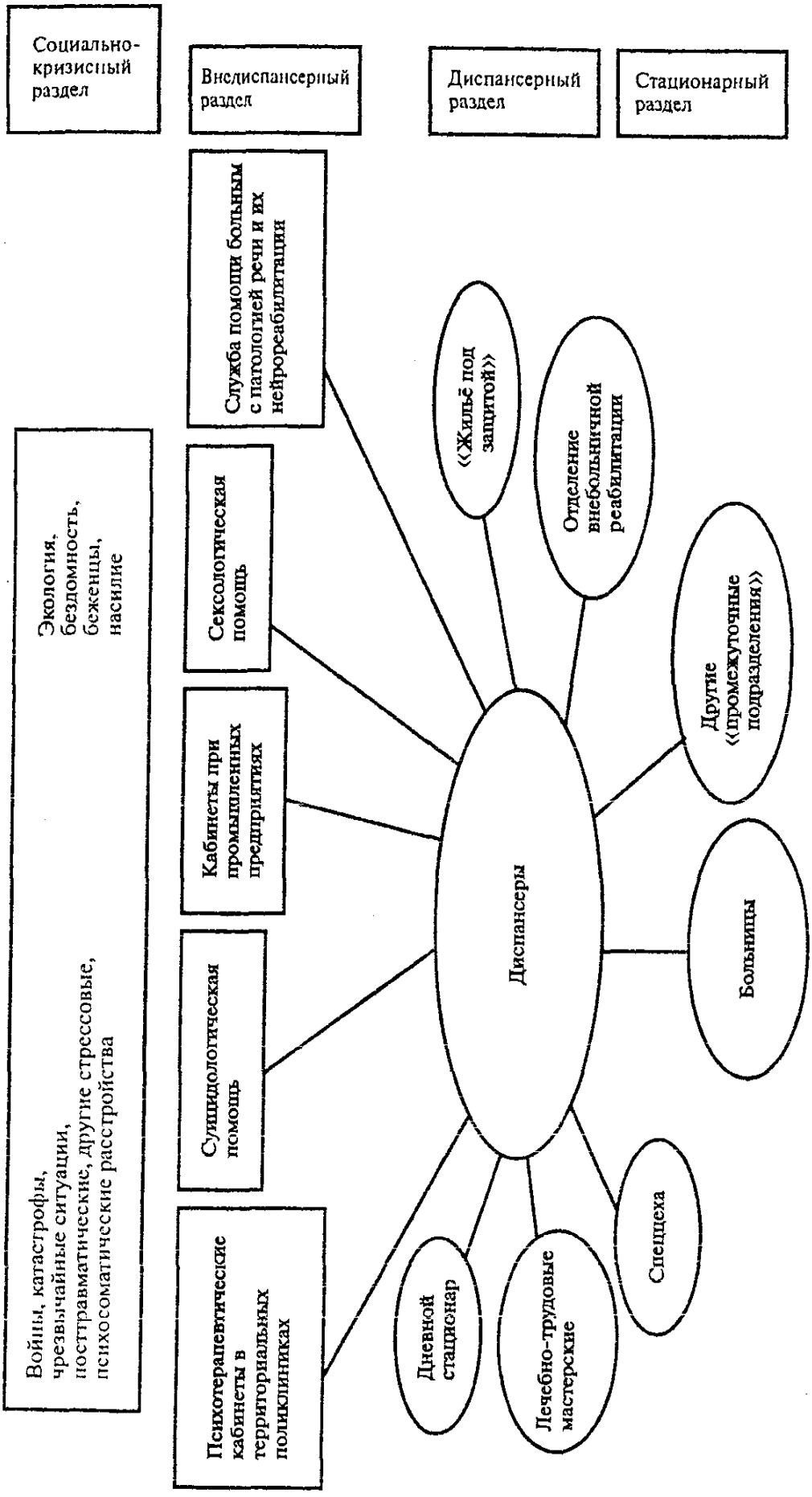

Рисунок 1.6 – Структура психиатрической службы в Российской Федерации

В связи с происходящим в последние годы реформированием отечественного здравоохранения традиционные разделы психиатрической службы также подвергаются значительным изменениям. Психиатрическая служба осуществляет переход от преимущественно медицинской к биопсихосоциальной модели оказания психиатрической помощи, развивая полипрофессиональный (бригадный) подход к ее оказанию, различные формы психосоциальной терапии и реабилитации, интеграцию с первичной медицинской сетью (Гурович И.Я., 2005, 2007, 2009; Чуркин А.А., 2009; Александровский А.А., 2009).

Одним из основных направлений реорганизации психиатрической службы в России является перенос акцента оказания помощи со стационарных во внебольничные условия, в среду естественного социального окружения с возможно большим ее приближением к месту проживания пациента (Гурович И.Я., 1987, 1989, 1993, 2003, 2005, 2007; Гурович И.Я. и соавт., 1997, 1998, 2000, 2004, 2006; Куцай С.И., 1985; Ястребов В.С., 1991, 1999, 2001; Незнанов Н.Г., Кочорова Л.В., 2000; Ньюфельд О.Г., 2002; Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., 2005; Краснов С.Ю., 2005; Незнанов Н.Г. и соавт., 2005; Некрасов М.А., 2008; Coast J., Inglis A., Frankel S., 1996). Данный подход является наиболее оправданным как с клинической, так и с социальной точек зрения и, кроме того, имеет определенные экономические преимущества (Гурович И.Я., Любов Е.Б., 2003; Мак-Дайд Д., Торникрофт Г., 2005; Coast J., Richards S., Peters T. et al., 1998; Lehman A.F.et al., 1999). Перед клиницистами и организаторами здравоохранения встает задача поиска максимально эффективных и отвечающих современным тенденциям стационарзамещающих форм помощи в отношении пациентов, страдающих психическими и поведенческими расстройствами (Уткин А.А., 2009).

Исследования последних лет показали значительную социальную гетерономность групп психически больных (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А., 2004; Папсуев О.О. и соавт., 2007). К наиболее проблемным в социальном отношении следует отнести одиноких, утративших социальные связи больных, а также пациентов с узкой социальной сетью, с проблемами семейных отношений, с нарушением трудовой адаптации и инвалидов, больных с частыми и

длительными госпитализациями, с коморбидной наркологической патологией, бездомных, мигрантов и ряд других категорий (Гурович И.Я., Сальникова Л.И., Кирьянова Е.М., Шмуклер А.Б., 2000; Незнанов Н.Г., Телия К.К., 2000; Кекелидзе З.И., Демонова Д.П., Павлова М.С., 2001; Гурович И.Я., Кирьянова Е.М., Винидиктова Г.Н., 2003; Хритинин Д.Ф., Цыганков Б.Д., Барыльник Ю.Б., 2005; Лиманкин О.В., 2007; Wu T., Serper M.R., 1999).

В частности, пациенты, находящиеся в больницах свыше 1 года, «блокируют» более 20% коечного фонда психиатрических стационаров (Гурович И.Я., Голланд В.Б., Зайченко Н.М., 2000; Гурович И.Я., Ньюфельд О.Г., 2007; Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2010), потребляя непропорционально большую часть ресурсов психиатрической службы (Гурович И.Я., Любов Е.Б., 2003; Лиманкин О.В., 2007; Blegen M.A. et al., 1995; Tyrer P., 1998). Помимо неэффективности использования коечного фонда из-за больных, длительное время находящихся в стационарах, существует не менее важная проблема, обусловленная негативным влиянием длительной госпитализации на течение и прогноз заболевания у психически больных (Давыдов К.В., 2005; Лиманкин О.В., 2007).

В связи с сокращением лечебно-трудовых мастерских и специализированных цехов психиатрия в настоящее время практически не располагает подразделениями для трудовой реабилитации больных с выраженной психической патологией, больных-инвалидов, что препятствует социальному восстановлению пациентов. В связи с этим все более очевидной становится необходимость активизации внебольничных интервенций на всех этапах оказания психиатрической помощи и поиск новых организационных форм для их осуществления (Гурович И.Я., Ньюфельд О.Г., 2007; Уткин А.А., 2009).

Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация занимают все более значительное место в системе психиатрической помощи, формируясь в самостоятельное лечебно-реабилитационное направление в психиатрии (Дмитриева Т.Б., Положий Б.С., 1994; Кабанов М.М., 1998; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А., 2004; Дмитриева Т.Б., 2004; Ciompi L., 1985, 1995; Hillman K., 1998; Bustillo J.R. et al., 2001). Специальное внимание уделяется

непрерывности и этапности психосоциальных воздействий на всем протяжении ведения психиатрического пациента (Anthony W., et al., 2002; Ten H.M., Vollebergh W., Bijl R., et al., 2002; Addington J., Young J., Addington D., 2003), что связано с переходом к бригадному полипрофессиональному оказанию помощи (Вид В.Д., 1995; Холмогорова А.Б., Довженко Т.В., Гаранян Н.Г., 2002; Дунаева Е.Ю., Лейдерман М.В., Ширыкалова Т.В., 2007). В этой связи преемственные психосоциальные лечебно-реабилитационные мероприятия должны применяться, начиная с возможно более ранних этапов оказания психиатрической помощи и продолжаться до достижения наиболее полного восстановления социальной автономии пациента (Гурович И.Я., Ньюфельдт О.Г., 2007; Hemsley D., Murray R.M., 2000; Burns T. et al., 2001; Carpenter J., 2002; Chisholm D., 2005).

Включение на всех этапах психиатрической помощи, наряду с рациональной психофармакотерапией, адекватных психосоциальных лечебных и реабилитационных мероприятий, является одной из актуальных задач современной психиатрии и требует специального изучения и формирования подходов для внедрения в практику (Краснов В.Н. и соавт., 2007; Гурович И.Я., Ньюфельдт О.Г., 2007; Бабин С.М. и соавт., 2012; Freedman A.M., 1995; Mueser K.T. et al., 1998; Hemsley D., Murray R.M., 2000; Mueser K.T., Bond G.P., 2000).

Смена парадигмы психиатрии с организмоцентрической на биопсихосоциальную (Кабанов М.М., 1994) закономерно приводит к тому, что в последние годы психосоциальная реабилитация активно внедряется в отечественную психиатрию. Однако при этом существует целый ряд проблем как объективного, так и субъективного характера. В психиатрии до настоящего времени отсутствует профессиональный консенсус о месте и роли психосоциальной реабилитации и психотерапии в системе психиатрической помощи; нет регламентации организационных форм психосоциальной реабилитации; слабо разработаны и не стандартизированы специализированные программы последипломной подготовки специалистов; фактически не учитывается мнение пациентов и членов их семей. Соответственно развитие системы психосоциальной реабилитации в том или ином учреждении определяется скорее

частной инициативой администрации и/или отдельных профессионалов, а не целостным подходом к оказанию психиатрической помощи (Бабин С.М., Зубков Р.С., Шлафер А.М., 2011; Hollon S., Fawcett J., 1995). По мнению О.В. Лиманкина (2003, 2005), основными проблемами развития психосоциального направления в организации психиатрической помощи являются: отсутствие регламентации организационных форм; отсутствие полноценной системы специального образования; отсутствие профессионального консенсуса относительно роли и места психосоциального лечения и реабилитации в системе психиатрической помощи.

Новые организационные формы оказания психиатрической помощи (отделение внебольничной реабилитации, различные формы жилья с поддержкой, отделение первого психотического эпизода в комплексе с внебольничными подразделениями для данного контингента) являются важным элементом реформирования психиатрической службы, как и расширение форм полипрофессионального бригадного подхода к оказанию психиатрической помощи, включающего, в том числе, психосоциальную терапию и психосоциальную реабилитацию психически больных.

Отделения внебольничной реабилитации предназначены для проведения широкого спектра психосоциальных мероприятий, осуществляемых в экстрамуральных условиях на основе полипрофессионального подхода в отношении больных на возможно более ранних этапах социальной дезадаптации, направленных на их социальное восстановление (особенно из социально уязвимых групп), в том числе на улучшение социального взаимодействия, расширение социальной сети, социально-трудовое восстановление и инструментальную поддержку. Психосоциальная работа в отделении проводится в соответствии с разработанными модулями: программа «переходных групп», психообразование больных и их родственников, тренинг коммуникативных навыков, навыков независимого проживания, самообслуживания, досуговые программы. При этом существенным является индивидуализированный подход с разработкой полипрофессиональной бригадой плана реабилитации для каждого пациента и его курирование на основе методики «индивидуального ведения случая».

В исследовании А.А. Уткина (2009) было показано, что комплексная полипрофессиональная помощь в отделении внебольничной реабилитации способствует снижению числа госпитализаций (на 44,7%) и числа дней в году, проведенных пациентами в больнице (на 47,6%). При этом увеличивается амбулаторная обращаемость (в 3,6 раза) при лучшем соблюдении назначенного режима лечения. Отмечается рост числа работающих и продолживших учебу пациентов. Улучшаются семейные отношения, заметно расширяется круг общения, проведение досуга, происходит активизация пациентов в быту, их участие в работе по дому (Уткин А.А., 2009).

Не вызывает сомнений необходимость расширения внебольничных форм помощи больным с психическими расстройствами, особенно страдающими шизофренией (Ковалев В.В., Гурович И.Я., 1986; Воловик В.М., Семичов С.Б., 1988; Гурович И.Я., Сальникова Л.И., Кирьянова Е.М., Шмуклер А.Б., 2000; Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., 2005). Помимо достаточно традиционных дневных стационаров, получены данные об эффективности организационной формы ночного стационара. Как показал опыт организации работы ночных стационаров в Санкт-Петербурге, они нигде не функционируют отдельно от дневных стационаров, являясь на короткое время местом круглосуточного пребывания в них психически больных, Так, А.П. Коцюбинский и Н.С. Шейнина (2005) предлагают развитие комплекса дневной/ночной стационар и отмечают, что на определенном этапе лечения необходимость кратковременного круглосуточного пребывания отмечалась у 49,9% больных (при этом длительность круглосуточного пребывания оказывается менее 1/4 от общей длительности пребывания больного в комплексе дневной/ночной стационар). Кроме того, использование кратковременного круглосуточного пребывания предполагает возможность лечения пациентов с подострыми проявлениями заболевания и достаточно выраженными психопатологическими расстройствами и проведения интенсивной психофармакологической терапии. Количество коек для круглосуточного пребывания, по мнению этих авторов, составляет примерно 40% от общего числа больных. Данная модель показала свою эффективность –

число регоспитализаций в дневном стационаре было почти в 3 раза больше, чем в комплексе дневной/ночной стационар (Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., 2005).

Развитие психиатрической помощи, ориентированной на внебольничное восстановление и поддержку основных потребностей пациентов, стимулирует развитие «промежуточных» форм помощи (Ястребов В.С. и соавт., 1993; Казаковцев Б.А., 2003; Алисханов М.А., 2005; Гурович И.Я., 2005; Dabrowski S., Truzinska-Wachowska Z., 1969). Непременной составляющей последних служит «жилье под защитой» для хронических больных (Литвиненко В.Н., 1989; Лосев Л.В., Малыгин В.Л., 1992; Гурович И.Я. и соавт., 2004; Anstee B., 1985; Goldberg D., Bridges K., Cooper C. et al., 1985; Macpherson R., Shepherd G., Edwards T., 2004). Обслуживание бездомных и находящихся в группе риска бездомности (одиноких) больных включает доступную и развитую сеть служб, обеспечивающих длительные интенсивные лечебно-реабилитационные вмешательства (Wu T., Serper M.R., 1999). Право на полноценную («обычную») жизнь в обществе и безопасный удобный дом становится реальностью для лиц с тяжелыми психическими расстройствами (Литвиненко В.Н., 1989; Лосев Л.В., Малыгин В.Л., 1992; Сальникова Л.И., 2000; Macpherson R., Shepherd G., Edwards T., 2004).

Важность жилья под защитой обусловлена рядом следующих объективных обстоятельств: 1) «социальной невключенностью» тяжелых больных, препятствующей охвату адекватной психосоциальной помощью (Лиманкин О В., Лаптева К.М., 2003; Гурович И.Я и соавт., 2004); 2) значительной долей бездомных среди психически больных или находящихся в группе риска бездомности (Гурович И.Я. и соавт., 2004; Папсуев О.О. и соавт., 2007; Wu T., Serper M.R., 1999); 3) «оседанием» хронических больных в психиатрических стационарах (Гурович И.Я. и соавт., 2004; Лиманкин О.В., 2007; Folsom D., Jeste D.V., 2002), в результате чего дорогостоящие больничные койки выполняют не свойственные им приютно-патронажные функции.

Различные формы «жилья с поддержкой» (групповые дома для пациентов, утративших социальные связи, квартиры для проживания с поддержкой)

представляют собой континуум с разным уровнем приближенности к обычной социальной среде и соответственно с разной активностью сохраняющейся медицинской и социальной помощи. Каждая из этих организационных форм является, прежде всего, реабилитационным звеном с осуществляемой в нем интенсивной программой полипрофессиональной психосоциальной реабилитации, направленной на социальное восстановление психически больных, до этого утративших жилье, социальные связи и навыки независимого проживания.

В уже упомянутом исследовании А.А. Уткина (2009) было доказано, что эффективность помощи больным в программе «жилья с поддержкой» проявлялась в достоверном снижении числа госпитализаций и дней пребывания в стационаре при увеличении интенсивности обращений к психиатру и улучшении комплайентности. В этом же исследовании было показано, что все больные, принявшие участие в программе «жилье с поддержкой», были трудоустроены (из них 20% – на общем производстве, 80% – в специально созданных условиях); у подавляющего большинства (96,7%) восстановились навыки повседневной жизни; в 16,6% случаев были созданы семьи, расширился круг общения, у трети – решены социально-правовые проблемы (Уткин А.А., 2009).

А.П. Поташева, исследуя клинико-социальную и экономическую эффективность общежития для психически больных, утративших социальные связи, приходит к выводу, что такое общежитие является обязательным «промежуточным» (между больницей и домом) звеном психиатрической лечебно-реабилитационной помощи хроническим больным (Поташева А.П., 2007). «Жилье под защитой» способствует решению клинических и социально-трудовых проблем бездомных и находящихся в группе риска бездомности психически больных вследствие социальной заброшенности. Автор отмечает следующие долговременные (до 1,5 лет) результаты работы общежития:

а) углубление и упрочение ремиссионных состояний пациентов при сокращении потребности в антипсихотических препаратах;

б) улучшение социального функционирования (расширение сети поддержки, улучшение физической работоспособности и интеллектуальной продуктивности);

в) повышение трудоспособности: более половины пациентов работали на обычном производстве, остальные – в защищенных условиях труда;

г) повышение качества жизни и удовлетворенности обслуживанием;

д) стойкое улучшение бытоустройства у более половины пациентов (нормализация микросоциального окружения, независимое проживание);

е) снижение более чем вдвое потребности в больничной помощи при активизации внебольничного лечения;

ж) неудовлетворительные терапевтические и реабилитационные результаты были отмечены лишь у больных со «стажем» бездомности свыше трех лет.

Клинико-социальная и экономическая результативность лечебно-реабилитационных воздействий в общежитии была выше по сравнению с традиционным больничным содержанием, исходя из следующих позиций: а) пациента (улучшение психического состояния, возможностей независимой жизни, повышение дохода при восстановлении трудоспособности и устойчивом бытоустройстве); б) психиатрических служб (сокращение потребности в ресурсоемкой больничной помощи); в) общества в целом (привлечение дополнительных трудовых ресурсов), – что позволяет рассматривать развитие и финансирование общежитий приоритетной задачей региональной психиатрической помощи. Работа общежития может быть оптимизирована при клинико-функциональной оценке кандидатов на включение в его лечебно-реабилитационную программу и внимании к растущим потребностям лиц с тяжелыми психическими расстройствами на пути к их социальному выздоровлению (Поташева А.П., 2007).

Еще одним актуальным направлением современной психиатрии является организация помощи больным с впервые возникшими психотическими состояниями. В последние годы проблеме первых психотических эпизодов уделяется особое внимание в литературе. Это связано с рядом обстоятельств и,

прежде всего, с важностью данной проблемы не только в научно-исследовательском плане, но и с точки зрения ее актуальности для эффективного оказания психиатрической помощи, особенно – при условии раннего терапевтического вмешательства (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2004, 2007, 2010; Bryden K.E., Gardner D.M., Kopala L.C., 2003). Пациенты с первым психотическим приступом представляют собой важную целевую группу для расширяющегося круга разрабатываемых психосоциальных вмешательств: с одной стороны, социальные потери у этого контингента больных еще не наступили или не являются необратимыми, а с другой стороны, именно на этом этапе пациент переживает не только биологический, но и психосоциальный стресс (Коцюбинский А.П., 1999; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2004, 2010; Давыдов К.В., 2005; Гурович И.Я., Ньюфельдт О.Г., 2007; Addington J., Young J., Addington D., 2003; Bryden K.E., Gardner D.M., Kopala L.C., 2003). Не менее глубокому психосоциальному стрессу подвергается его ближайшее окружение, и в особенности семья.

Было доказано, что при раннем вмешательстве ремиссия наступала в более короткие сроки, уменьшались социальные потери, уже на инициальном этапе болезни появлялась возможность терапевтического воздействия на нейрокогнитивный дефицит, что способствовало более скорому социальному восстановлению и улучшению долгосрочного прогноза заболевания (Сторожакова Я.А., Холодова О.Е., 2000; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2004, 2010). Кроме того, ранние и активные вмешательства при шизофрении были эффективны и в качестве превентивных мероприятий: первичных (предупреждение новых случаев заболевания, т.е. снижение заболеваемости), вторичных (отдаление начала заболевания или снижение его распространенности за счет уменьшения числа повторных обострений) и третичных (снижение болезненности за счет укорочения периодов присутствия активной симптоматики и/или замедления прогрессирования тяжести заболевания) (Сторожакова Я.А., Холодова О.Е., 2000; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2004, 2010; Spenser E., Birchwood M., McGovern D., 2001).

Эффективность помощи больным с впервые возникшими психотическими состояниями в специализированном «отделении первого эпизода» выражалась в большей редукции психопатологической симптоматики по сравнению с традиционной системой лечения этого контингента, снижении (в 1,5 раза) числа повторных госпитализаций. После выписки из отделения больным в 2 раза чаще удавалось оказывать необходимую помощь во внебольничных условиях. Также были отмечены достоверно более высокие социальные показатели, в частности, по параметру продолжения работы/учебы (Уткин А.А., 2009).

Исследования сотрудников Московского НИИ психиатрии под руководством И.Я. Гуровича показали, что клиника первого психотического эпизода по данным трехлетней катамнестической оценки результатов помощи сопоставимым группам больных имела ряд преимуществ по сравнению с традиционной психиатрической службой по клиническим (качество ремиссий, сохранение комплайенса, меньшее число повторных обострений и госпитализаций, укорочение сроков купирования психотической симптоматики) и социальным (минимизация социальноых потерь и сохранение прежних социальных достижений) показателям (Гурович И.Я. и др., 2007).

Помимо вопросов, связанных с психосоциальной терапией и психосоциальной реабилитацией, современная психиатрия уделяет особое внимание оказанию психиатрической помощи в общемедицинской практике (Александровский Ю.А., 1996; 2000; 2001; Дробижев М.Ю., 2002; Üstün T.B., Sartorius N., 1995; Wittchen H.-U., Jacobi F., 2006). Это обусловлено многими факторами, прежде всего, распространенностью психических расстройств у больных с соматическими заболеваниями.

Возрастание частоты психической патологии, отмечаемое повсеместно в последние годы, происходит не за счет учащения тяжелых, острых, инкурабельных психозов. Напротив, среди различных контингентов населения увеличивается число непсихотических психических расстройств. При этом значительная часть больных, обнаруживающих различные проявления психической патологии, «переместилась» из сугубо специализированной сферы –

психиатрии в область действия других медицинских специальностей: неврологии, терапии, гинекологии, кардиологии, эндокринологии, став пациентами общесоматических учреждений (Александровский Ю.А., 1996, 2000; Краснов В.Н., 2002; Смулевич А.Б., 2000, 2007). Особо следует отметить, что чаще иных групп населения посещают врачей общей практики пожилые люди. Помимо того, что пожилые люди составляют наибольшее число амбулаторных посещений интернистов (Kerwick S., Jones R., Mann A., Goldberg D., 1997; Olafsdottir M., Marcusson J., Skoog I., 2001), лица с психическими нарушениями в два раза чаще обращаются к врачам общей практики, чем психически здоровые (Wittchen H.U., Essau C.A., Zerssen D. et al., 1992).

Психические нарушения у пациентов на уровне первичной медицинской сети могут выявляться путем использования скрининг-инструментов или специального клинического интервьюирования. Кросс-культуральные исследования, проведенные ВОЗ в 14 центрах (Üstün T.B., Sartorius N., 1995; Goldberg D. P., Lecrubier Y., 1995), показали, что, несмотря на значительную вариабельность данных о распространенности психических расстройств в разных центрах, значительная часть пациентов первичного звена страдает психическими расстройствами (около 24%). Наиболее распространенными диагнозами являются депрессии, тревога, злоупотребление психоактивными веществами, эти диагнозы встречаются как в изолированном виде, так и в сочетании с иными соматическими заболеваниями (Goldberg D.P., Lecrubier Y., 1995).

По данным отечественных исследователей, частота психических расстройств у пациентов, обращавшихся в общемедицинскую сеть, оказалась значительно выше. О.П. Вертоградова отмечала аффективные расстройства у 68% больных терапевтического и неврологического кабинетов поликлиники (Вертоградова О.П., 1987). Наиболее распространенными расстройствами у пациентов поликлиник оказывались психические нарушения непсихотического регистра, среди которых превалировала аффективная патология (F3 по МКБ-10) в 33,3–54,1% (Богдан М.Н., 1997). При обследовании контингента специализированного психиатрического кабинета одной из поликлиник г. Томска (Лебедева В.Ф., Семке В.Я., 2007)

отмечалось преобладание органических психических расстройств (29,8%). По данным А.Б. Смулевича, распространенность психических расстройств (с учетом субсиндромальных форм и патологических развитий) среди амбулаторных больных в территориальной поликлинике составляло 80% (Смулевич А.Б., 2000). Масштабные исследования, проведенные в учреждениях первичной медицинской сети пяти субъектов Российской Федерации (Тверская, Тульская, Ярославская области, Москва и Санкт-Петербург), показали, что общая распространенность психических нарушений составила 33,9% (Краснов В.Н., 2011).

В Санкт-Петербурге при скрининговых обследованиях пациентов офисов общеврачебной практики у 100 обратившихся было выявлено 100,9 различных психических расстройств (Кочорова Л.В., 2000), то есть у некоторых больных было два и более психических расстройства. Наиболее часто встречались расстройства настроения и тревожные расстройства (38,2% и 32,7% соответственно), несколько реже – соматоформные нарушения (20,0%) и наиболее редко – алкогольные проблемы и расстройства пищевого поведения (7,3% и 2,3% соответственно). При этом самой высокой частота психических расстройств была в наиболее старшей возрастной группе (124,1 случая на 100 пациентов), а минимальной – среди лиц моложе 30 лет (76,5 на 100 пациентов). Частота психических расстройств у женщин оказалась достоверно выше, чем у мужчин (соответственно 105,1 и 90,3 расстройств на 100 пациентов, $p < 0,05$).

К сожалению, вышеупомянутые психические расстройства, с которыми пациенты обращались в первичную медицинскую сеть, нельзя было назвать «легкими» в клиническом смысле, так как они вызывали страдания и приводили к серьезным функциональным сбоям, а в некоторых случаях длились довольно долго. Эти состояния также нельзя назвать и «легкими» в экономическом смысле. Анализ C. Croft-Jeffeys и G. Wilkinson показал, что расстройства, попадавшие в ведение врачей первичного звена, ежегодно обходились британскому правительству в 373 миллиона фунтов, в сравнении со 195 миллионами, которые расходовались на лечение психических расстройств в специализированных институтах. Эти цифры были соотносимы со «стоимостью» гипертонии, которая

обходилась правительству в 337 миллионов фунтов в год (Croft-Jeffreys C., Wilkinson G., 1989).

Немалые трудности в организации квалифицированной медицинской помощи пациентам общесоматических учреждений с психическими нарушениями связаны с отрицательным, недоверчивым отношением к психиатрии, бытующим в населении. Половина выявленных в учреждениях общей медицины больных считали, что у них психические расстройства возникли «на почве переживаний, неправильного воспитания, дурного характера». Допуская необходимость специализированной помощи, они не хотели обращаться к помощи психиатра, опасаясь моральной компрометации и социальных ограничений (Козырев В.Н., 1982; Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н., 1999).

В последние десятилетия различными авторами выдвигаются идеи нового подхода к организации психиатрической помощи населению – создание различных моделей «интегрированной медицины», которая в своей основе предполагает интеграцию (или внедрение) отдельных видов психиатрической помощи в первичную медицинскую сеть (Зозуля Т.В., 1995; Богдан М.Н., 1997; Смулевич А.Б., Сыркин АЛ., Козырев В.Н., 1999; Козырев В.Н., 2000; Незнанов Н.Г., Кочорова Л.В. и соавт., 2000; Александровский Ю.А., 2001; Прокудин В.Н., 2005; Андрющенко А.В., Романов Д.В., 2010; Balestrieri M., Williams P., Wilkinson G., 1998; Cask L., Croft J., 2000; Kroenke K., Taylor-Vaisey A., Dietrich A., Oxman T., 2000; Bijl D., van Marwijk H., de Haan M. et al., 2004; Gilbody S. et al., 2004).

Выделяют несколько основных вариантов участия психиатров в деятельности первичного медицинского звена:

1. Смещенная амбулаторная модель – психиатр работает в структуре амбулаторного поликлинического учреждения, самостоятельно принимает больных, которых направляют ему врачи поликлиники.

2. Консультативная модель – психиатр большую часть рабочего времени проводит с врачами общей практики, консультируя больных.

3. Смешанная модель – 30–60% времени посвящено консультациям плюс самостоятельный прием больных (Голдберг Д., Хаксли П., 1999).

Известны зарубежные работы, доказавшие эффективность моделей психиатрической помощи, интегрированной в общемедицинскую практику. В качестве успешных примеров можно привести модели совместного ведения (collaborative management) пациентов в первичной медицинской сети при депрессивных расстройствах (Badamgarav E., Weingarten S.R., Henning J.M. et al., 2003; Bijl D., van Marwijk H.W.J., de Haan M. et al., 2004), панических расстройствах (Roy-Byrne P.P. et al., 2001), в детской (Bower P., Garralda E., Kramer T. et al., 2001) и гериатрической практике (Cole M.G., 2002), при злоупотреблениях алкоголем (Bartels S.J., Coakley E.H., Zubritsky C. et al., 2004) и наркотиками (Dey P., Roaf E., Collins S. et al., 2002).

В России практические формы внедрения в общесоматическую сеть моделей «интегрированной медицины» при оказании специализированной помощи больным с психическими нарушениями представлены двумя вариантами: для амбулаторно-поликлинических учреждений и для многопрофильных стационаров.

Модели «интегрированной медицины» в амбулаторно-поликлинических лечебно-профилактических учреждениях разрабатывались и внедрялись в практическое здравоохранение в течение ряда последних лет. В результате обобщения опыта работы специализированных психиатрических кабинетов были определены наиболее часто встречавшиеся варианты психопатологических расстройств у пациентов общесоматической сети и, соответственно, показания и противопоказания к динамическому наблюдению больных в условиях этих подразделений, сформулированы принципы медикаментозной терапии и разработаны организационные формы расширения сети психиатрических и психотерапевтических кабинетов в системе здравоохранения. Было также установлено, что благодаря функционированию модели «интегрированной медицины», обеспечивающей взаимодействие и преемственность между психиатрической и общесоматической службами, создавались наиболее благоприятные условия для выявления и лечения психических расстройств (Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н., 1999; Козырев В.Н., 2000).

При этом психиатр, с одной стороны, осуществлял прием и лечение больных с психическими расстройствами (прием проводился непосредственно в общемедицинском учреждении – поликлинике, медсанчасти – в специально оборудованном кабинете), с другой, выступал как консультант, находившийся в постоянном взаимодействии с различными специалистами, и способствовавший определению особенностей состояния больных и тактики лечебных мероприятий.

Модели «интегрированной медицины» для оказания специализированной помощи пациентам с психическими нарушениями в условиях стационарной общесоматической сети. Анализ контингентов пациентов многопрофильных больниц продемонстрировал, что больные с психическими нарушениями стали серьезной проблемой для любого соматического стационара (Козырев В.Н., 2000; Смулевич А.Б. и соавт., 2000). При этом речь идет не только об остро возникающей психической патологии (депрессивные и ипохондрические раптусы, галлюцинаторно-бредовые и кататонические состояния, соматогенные и интоксикационные психозы, дебюты или периоды обострения эндогенных заболеваний и т.д.), но и, в большем объеме, о психических нарушениях невротического и пограничного уровней, выступающих в рамках нозогений, расстройств личности, органических, психосоматических, малопрогредиентных эндогенных и других заболеваний.

Изучение потребности контингента многопрофильной больницы (Смулевич А.Б. и соавт., 2000) в тех или иных формах психиатрического лечения показало, что лишь 5% пациентов, обнаруживавших психические расстройства, нуждались в переводе в психиатрический стационар или соматопсихиатрическое отделение стационара общего профиля (среди пациентов реанимационного отделения доля подобных случаев была наибольшей – 12,5%). Лечение остальных было вполне осуществимо в условиях многопрофильной больницы: у 19% больных специализированную терапию должен был проводить психиатр, а в 76% случаев – врач-интернист (при консультативной помощи психиатра или даже без нее). В условиях многопрофильной больницы, наряду с психосоматическим и соматопсихиатрическим отделениями, в вечернее и ночное время

предусматривалось дежурство психиатра, в функции которого входили как оказание помощи пациентам, так и обслуживание вызовов в приемное отделение.

Исследование, проведенное В.Н. Козыревым (2000), показало, что большую часть пациентов многопрофильной больницы, консультированных психиатром, составил скоропомощной контингент (75% больных с психическими расстройствами доставлялись в стационар бригадами скорой и неотложной медицинской помощи); в 65% случаев – психиатрическое обследование проводилось в приемном отделении.

Подводя итоги вышеизложенному, необходимо подчеркнуть, что в современных условиях крайне важным является определение направлений дальнейшего совершенствования системы помощи больным. Современная организация психиатрической помощи представляет собой область психиатрии, знания и опыт которой вышли далеко за пределы общемедицинских и клинических проблем и охватывают широкий круг вопросов социального характера. Повышению качества оказываемой помощи и ее большей доступности должна способствовать интеграция психиатрических служб с учреждениями общемедицинского профиля, в результате чего многие виды психиатрической помощи могут оказываться в условиях территориальных поликлиник, общесоматических больниц, медико-санитарных частей. Это направление специализированной помощи получает все большее распространение, а его методы становятся более разнообразными.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ, МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Материалы, план и организация исследования

В качестве основного объекта исследования была выбрана существующая система оказания психиатрической помощи в одном из регионов Российской Федерации (на примере Ленинградской области). В соответствии с задачами исследования проведение работы осуществлялось в несколько этапов (рисунок 2.1).

На ***подготовительном этапе*** были сформулированы цель и задачи исследования, разработан план исследования, определены и подготовлены психометрические методики, разработаны карты обследования и анкеты, размножены в необходимом количестве бланки опросников и анкет для заполнения их испытуемыми. На основании данных отечественной и зарубежной литературы были изучены и проанализированы основные этапы развития концепции качества медицинской помощи, теоретико-методологические и организационно-правовые основы обеспечения качества психиатрической помощи на современном этапе, основные пути реформирования психиатрической службы в различных странах, а также современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи в России. На этом этапе также были изучены административное деление и социально-демографические особенности ЛО.

В задачи ***первого этапа*** входило получение объективной оценки распространенности психических расстройств среди населения Ленинградской области за 2000–2012 гг. Использовались годовые статистические отчетные формы всех медицинских учреждений психиатрической службы Ленинградской области за 2000–2012 гг.: «Отчеты о заболеваемости психическими расстройствами» (ф. 10) , «Сведения о контингентах психически больных» (ф. 36); для сравнительного анализа изучались официальные статистические материалы психиатрической службы Российской Федерации (2000–2012 гг.); данные Ленинградского областного бюро медицинской статистики, анализа и прогнозирования.

Рисунок 2.1 – Общая схема проведения исследования

В результате исследования были получены данные о динамике состояния психического здоровья населения Ленинградской области за 13 лет в сравнении с общероссийскими данными. По отдельным возрастным и диагностическим группам был проведен более подробный анализ общей и первичной заболеваемости за 10-летний период – с 2000 по 2009 гг.

Далее были произведены расчеты прогнозов показателя заболеваемости психическими расстройствами на период до 2020 года. Все прогнозы были сделаны при помощи построенных моделей линейной регрессии, в которых в качестве предиктора было использовано значение календарного года, в качестве зависимой переменной – соответствующий показатель. Источниками данных и прогнозных значений численности населения Российской Федерации и Ленинградской области послужили: бюллетень «Предположительная численность населения Российской Федерации», выпускаемый Федеральной службой государственной статистики (2010); статистический сборник «Демографический ежегодник России» за 2010 год; а также материалы официального сайта Федеральной службы государственной статистики (http://www.gks.ru/wps/wcm/connect). Прогноз численности населения Российской Федерации, который использовался при расчете прогноза заболеваемости, приведен в Приложении А. Были рассчитаны прогнозные значения показателей общей и первичной заболеваемости для Российской Федерации и Ленинградской области на период с 2010 по 2020 годы, включая 95% доверительные интервалы (Приложение Б).

На ***втором этапе*** осуществлялось углубленное медико-социальное исследование психически больных Ленинградской области. Были проанализированы отчетные формы «Сведения о деятельности лечебно-профилактического учреждения за год» (ф. 30), «Отчет о деятельности стационара» (ф. 14), «Сведения о контингентах психически больных» (ф. 36).

Был проведен анализ уровня госпитализации больных в психиатрические стационары Ленинградской области в сравнении с общероссийскими показателями. Отдельно были рассмотрены показатели госпитализации в группах взрослого населения, детей и подростков, а также городского и сельского

населения. Изучались медико-демографические характеристики пациентов психиатрических больниц, подробно была проанализирована диагностическая структура стационарного контингента больных и показатели госпитализации в различных диагностических группах. Отдельное внимание было уделено контингенту больных, госпитализированных в связи с психическими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ (ПАВ).

Было осуществлено изучение медико-демографического состава пациентов амбулаторной службы. Проводился сравнительный анализ диспансерной и консультативной групп психически больных в Ленинградской области и динамики их основных показателей в 2000–2012 гг. Дана поло-возрастная характеристика контингентов, описаны особенности возрастных групп (дети, подростки, взрослые), выявлены различия в контингентах городского и сельского населения. Изучена диагностическая структура больных, находящихся под динамическим диспансерным наблюдением и получающих консультативно-лечебную помощь по обращаемости.

Проведен анализ показателей инвалидности в Ленинградской области в динамике за 13 лет в сравнении с общероссийскими данными. Изучены контингенты больных, имеющих инвалидность вследствие психического заболевания, особое внимание уделено первично инвалидизированным больным.

На ***третьем этапе*** изучалась деятельность медицинских учреждений региона, оказывающих психиатрическую помощь, за 13 лет (2000–2012 гг.), их ресурсное обеспечение, кадровый потенциал и уровень квалификации специалистов различных звеньев оказания психиатрической и психотерапевтической помощи. Изучение сети психиатрических учреждений и показателей динамики их деятельности было осуществлено с использованием годовых статистических отчетов «Сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ)» (форма № 10), «Сведения о деятельности лечебно-профилактического учреждения за год» (ф. 30), «Отчет о деятельности стационара» (ф. 14), «Сведения о контингентах психически

больных» (ф. 36). Медицинские учреждения, оказывающие населению области специализированную психиатрическую медицинскую помощь, изучались сплошным методом в течение 13 лет.

На основании отчетных данных по общепринятым методикам были рассчитаны показатели обеспеченности населения психиатрическими койками, показатели использования коечного фонда, другие количественные и качественные индикаторы работы учреждений амбулаторного и стационарного звена. Помимо этого, были получены данные об обеспеченности населения Ленинградской области врачами-психиатрами, психотерапевтами, клиническими психологами и социальными работниками. Более углубленному изучению были подвергнуты данные, характеризовавшие недобровольные госпитализации и принудительное стационарное лечение.

Одним из показателей эффективности деятельности психиатрического стационара является оценка состояния пациента на момент его выписки из больницы, то есть результат лечения. Исследование результатов лечения было проведено на основании статистического анализа отобранных случайным образом 1220 «Статистических карт выбывших из психиатрического (наркологического) стационара» больных, проходивших лечение в самой крупной психиатрической больнице ЛО – Дружносельской психиатрической больнице – за период с 2000 по 2009 гг. Анализ был проведен по пяти переменным – «выздоровление (выраженное улучшение)», «улучшение состояния», «состояние без изменений», «ухудшение состояния» и «смерть» – характеризующим как качество оказанной лечебной помощи, так и контингент пролеченных больных.

На ***четвертом этапе*** были проведены клинико-психологические обследования и социологические опросы всех участников процесса оказания психиатрической помощи – медицинских работников, пациентов и их родственников. На базе Дружносельской психиатрической больницы (ДПБ) Ленинградской области и Ленинградского областного психоневрологического диспансера (ЛОПНД) проведено исследование субъективной удовлетворенности пациентов качеством оказываемой психоневрологической помощи. Общее число

наблюдений составило 415 человек. Из них 341 человек обследован в ДПБ с помощью «Опросника субъективной удовлетворенности лечением» (СУЛ), 30 пациентов ДПБ заполнили «Анкету изучения мнения пациента о качестве и доступности стационарной психоневрологической помощи» и 44 больных, наблюдающихся в ЛОПНД, ответили на вопросы «Анкеты изучения мнения пациента о качестве и доступности амбулаторной психоневрологической помощи».

Для изучения отношения членов семьи к психофармакотерапии использовалось «Структурированное интервью для родственников» (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2009, 2010). С его помощью было обследовано 165 родственников больных, находящихся на стационарном лечении в Дружносельской психиатрической больнице Ленинградской области.

С целью исследования мнения врачей и руководителей ЛПУ о качестве и доступности психиатрической помощи был проведен социологический опрос с использованием специальной «Анкеты». В анкетировании приняли участие 63 специалиста из различных регионов Российской Федерации.

С целью изучения основных параметров синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников психиатрических учреждений было проведено исследование с помощью клинико-психологической методики «Системный индекс синдрома перегорания» на основе теста MBI (Maslach Burnout Inventory). В исследовании приняли участие 183 респондента – медицинских работника (врачи и средний медицинский персонал), постоянно работающих в психиатрических стационарах и психоневрологических диспансерах Ленинградской области.

Также было проведено исследование толерантности у 85 специалистов психиатрической службы из различных регионов РФ с развитой структурой психотерапевтической помощи населению. В экспериментально-психологической части были использованы две методики: экспресс-опросник «Индекс толерантности» (Солдатова Г.У., Кравцова О.А., Хухлаев О.Е., Шайгерова Л.А., 2002) и краткий опросник качества жизни ВОЗКЖ-26 (WHOQOL-BREF).

На ***пятом этапе*** осуществлена оценка качества оказания стационарной психиатрической помощи – ее объем и адекватность используемых диагностических, лечебных и социореабилитационных мероприятий. Экспертной оценке были подвергнуты 300 стационарных историй болезни взрослых пациентов, находившихся на лечении в Дружносельской психиатрической больнице. Отбор медицинских документов производился случайным методом. От проведения экспертной оценки отклонялись истории болезни пациентов, поступивших на обследование по направлению военкоматов, больных, длительно находящихся в психиатрической больнице «по социальным показаниям» – в процессе оформления документов и ожидании своей очереди для перевода в ПНИ, а также поступивших на принудительное лечение по определению суда. Результаты экспертизы заносились в «Карту экспертной оценки лечения больного в психиатрическом стационаре», было заполнено и проанализировано 300 карт. Экспертная оценка документов была выполнена высококвалифицированными врачами-психиатрами, кандидатами медицинских наук, руководителями структурных подразделений психиатрических учреждений Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

На ***заключительном этапе*** была разработана многоуровневая модель организации психиатрической помощи на основе взаимодействия со специалистами первичной медицинской сети. Подобная модель способна составить основу для комплексного планирования. Она охватывает профилактику психических расстройств на уровне всей популяции населения, а также оказание помощи в учреждениях специализированного типа при наиболее тяжелых расстройствах. Эта модель также предусматривает постепенное наращивание интенсивности психиатрической помощи в соответствии с тяжестью расстройств.

Были разработаны и научно обоснованы подходы к формированию региональной системы обеспечения качества психиатрической помощи, учитывая три основные составляющие понятия системного качества – структуры, технологий (процесса) и результата. Для каждого из компонентов качества были сформулированы конкретные «мишени» и описаны технологии воздействия на

них, а также механизмы устранения недостатков в случае несоответствия между фактическим и оптимальным уровнем помощи.

На основании результатов проведенного исследования были сформулированы выводы, отражающие особенности организации психиатрической службы в регионе, ее наиболее актуальные проблемы и задачи на перспективу. Были разработаны рекомендации по совершенствованию системы психиатрической помощи в Ленинградской области, повышению ее качества и обеспечению социальной интеграции лиц с психическими расстройствами.

Всего в ходе исследования изучались отчетные статистические формы (ф. 36, ф. 10, ф. 30, ф. 14), всего 246 документов официальной статистической отчетности (рисунок 2.1), в которых содержалась информация о 526 443 случаях обращения за психиатрической помощью, из них 453 261 случай наблюдения в психоневрологических диспансерах (кабинетах) и 73 182 случая стационарного лечения. В экспериментально-психологических исследованиях и социологических опросах приняли участие 910 респондентов, в том числе 415 пациентов, 165 родственников пациентов, 173 врача и 157 медицинских сестер, а также было осуществлено анкетирование 195 работников психиатрических учреждений (83 – амбулаторной службы и 112 – стационарной). Помимо этого, были изучены 1220 «Статистических карт выбывших из психиатрического (наркологического) стационара», проведена экспертная оценка 300 случаев стационарного лечения больных. Общее число наблюдений составило 2 871 единицу.

2.2 Методы исследования

В работе применялись следующие методы исследования (см. рисунок 2.1): клинический, клинико-эпидемиологический, социально-гигиенический, экспериментально-психологический, социологический, аналитический, исторический, метод экспертных оценок, статистический, а также системный

анализ, включая методы композиции, декомпозиции, оценки структурной адекватности.

Клинический метод исследования – т.е. познание больного (диагностика в самом широком смысле) путем его непосредственного изучения на основе определенной системы понимания патологии (Воскресенский Б.А., 1991). Диагностика (от diagnosis — распознавание) – специфическая форма познания, представляющая собой процесс выявления болезни в результате сбора данных, направленных на точное ее определение и идентификацию в единой системе болезненных расстройств. Процесс диагностики основывается на диагностической технике (методах исследования), оценке значения и механизмов симптомов болезни (семиологии) и клиническом мышлении. Все это придает целостность и законченность медицинскому знанию.

Результатом и завершающим этапом процесса диагностики, осуществляемого врачом, является диагноз больного, формируемый на основе анализа и синтеза индивидуализированных фактов, выявленных в процессе расспроса и наблюдения (основного метода клинической психиатрии). Таким образом, цель диагностики (диагностического процесса) – «врачебное заключение о сущности заболевания и состоянии больного, выраженное в терминах современной медицинской науки» (Морозов Г.В., Шумский Н.Г., 1998, с. 305), реализующееся в форме постановки индивидуального диагноза, который определяет выбор тактики лечебно-восстановительных мероприятий и прогноз болезни.

Иными словами, предметом клинической психиатрии, по мнению Б.А. Воскресенского (1991), является конкретный больной, задачами остаются все более тонкое и точное разграничение основных путей изменений психики при психических заболеваниях, установление их плавности или дискретности, скачкообразности перехода от нормы к болезни, изучение особенностей личности (душевных, духовных, телесных и их взаимодействия) в формировании, течении и лечении отдельного заболевания.

Клинический метод использовался для диагностики психических заболеваний, проведения клинико-психопатологического анализа симптоматики

заболевания, проведения экспертной оценки различных аспектов диагностики и терапии психических расстройств.

В проведенном исследовании диагностика психических заболеваний (а также экспертная оценка) проводилась на основе тщательного клинико-психопатологического исследования с учетом данных анамнеза – наследственности, индивидуального развития, перенесенных ранее заболеваний, преморбидных особенностей личности, первых проявлений и дальнейшего развития психических нарушений, а также в соответствии с диагностическими критериями Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). В исследовании широко использовались данные вспомогательных, параклинических (инструментальных и лабораторных) методов, при необходимости диагностики и терапии сопутствующей соматической патологии принимались во внимание консультации специалистов соответствующего профиля.

Клинико-эпидемиологический метод. Как научная проблема, эпидемиология психических расстройств впервые рассматривалась в 1959 г. на специальном заседании Комитета экспертов ВОЗ по вопросам психогигиены. Тогда же были приняты рекомендации по разработке программ эпидемиологических исследований в области психиатрии в международном масштабе. Эпидемиологические исследования психических расстройств позволили изменить методологию изучения этих нарушений: в 1970–1980-е годы появилась возможность оценить распространенность отдельных нозологических категорий по МКБ-9, DSM-II, DSM-III, а с начала 1990-х – расстройств и синдромов по МКБ-10 (1992 г.) и DSM-IV (1994 г.), включающих критерии/параметры, которые разрабатывались со статистическими целями на операциональной основе (Андрющенко А.В., Романов Д.В., 2010).

Благодаря последовательному развитию этого направления цели и задачи такого рода исследований уже не исчерпываются изучением статистических показателей распространенности и структуры психических расстройств или простым сравнением их дескриптивных формализованных характеристик, особенностей половозрастного распределения и социального/семейного/профессионального

статуса. Эпидемиологические (в частности, проспективные) исследования способствовали пересмотру представлений о неизбежности неблагоприятного прогноза и стойкой инвалидизации при некоторых формах шизофрении, несмотря на то обстоятельство, что показатели распространенности этого заболевания, по данным официальной статистики, остаются на неизменном уровне.

Как это показано в аналитических обзорах последних десятилетий (в частности, в работах А.А. Чуркина и Н.А. Твороговой за 1999–2011 гг.), регистрируется увеличение числа учтенных психиатрической службой больных пограничными психическими расстройствами.

При эпидемиологических исследованиях в качестве объективных критериев оценки могут служить интенсивные показатели инвалидизации больных, их динамика, профессиональная занятость и т. д. Эти показатели и особенности их изменения за тот или иной период времени могут использоваться также для характеристики работы тех или иных организационных форм, видов лечебной практики и проводимых профилактических мероприятий.

В настоящей работе анализировались такие эпидемиологические показатели как общая и первичная заболеваемость психическими расстройствами в Ленинградской области (как всеми психическими расстройствами, так и их отдельными диагностическими группами), проводился сравнительный анализ с аналогичными общероссийскими показателями. Исследовались также медико-демографические характеристики амбулаторных и стационарных контингентов пациентов, показатели инвалидизации вследствие психических расстройств.

Социально-гигиенический метод. В условиях неудовлетворительной санитарно-гигиенической обстановки в стране, когда сохраняется угроза здоровью населения, значительно ослаблено внедрение эффективных мер профилактики, оздоровления условий жизни и укрепления здоровья россиян и оптимизации санитарно-эпидемиологической ситуации (Методика проведения социально-гигиенического мониторинга, Минздрав, 2001).

Государственная политика в социальной сфере в последние годы характеризуется признанием необходимости укрепления здоровья населения как

главного фактора экономического роста и обеспечения национальной безопасности страны. В Законе Российской Федерации «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (30 марта 1999 г. № 52-ФЗ) и в Концепции национальной безопасности России, наряду с мерами охраны материнства и детства, укрепления санэпидблагополучия, особое место заняли вопросы взаимодействия ведомств, ответственных за здоровье населения, введение социально-гигиенического мониторинга здоровья населения и научное обоснование Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации. Система социально-гигиенического мониторинга (СГМ) введена в стране постановлением Правительства Российской Федерации «Об утверждении Положения о социально-гигиеническом мониторинге» от 06.10.1994 г. № 1146, в котором предусматривалось поэтапное введение СГМ по мере его организационно-структурного оформления и функционального обеспечения на местном, региональном и федеральном уровнях. На федеральном уровне в систему СГМ включены обобщенные показатели: демографические, заболеваемость, физическое развитие. На региональном уровне в систему СГМ включаются показатели: социально-демографические, медико-демографические, заболеваемость (ф.2, 12, 24, 32), физическое развитие (ф. 31).

В разрабатываемых в настоящее время планах социально-экономического развития территорий, как правило, не в полном объеме учитывается региональный компонент формирования медико-демографических процессов, уровень урбанизации поселений, нет должной «адресности» планируемых к реализации мероприятий. В большей степени эти проблемы коснулись сельских жителей. Вместе с тем, сельское население испытывает на себе влияние совокупности специфических факторов риска. Для Российской Федерации и, в частности, для Ленинградской области, где доля сельского населения достаточно велика, исследования, касающиеся здоровья и качества жизни сельских жителей, носят фрагментарный характер.

В рамках настоящей работы анализировались такие показатели регионального уровня как социально-демографические и медико-

демографические характеристики амбулаторных и стационарных контингентов пациентов, заболеваемость психическими расстройствами.

Экспериментально-психологический метод. Экспериментально-психологические исследования в психиатрии направлены на выявление и анализ тех или иных особенностей психики путем создания специальных (стандартных или варьируемых) контролируемых условий. Основными задачами является обнаружение изменений отдельных психических функций и выявление (выделение) патопсихологических синдромов. Это одна из прикладных задач, решаемых патопсихологией – областью психологии, изучающей нарушения психических процессов и психических свойств личности при разных видах патологии мозга.

Экспериментально-психологические методики условно делятся на стандартизованные и нестандартизованные. Основным принципом нестандартизированных методик исследования является моделирование определенных ситуаций, в которых проявляются те или иные виды психической деятельности испытуемого. Заключение основывается на оценке конечного результата деятельности, а также на анализе особенностей процесса выполнения заданий, что позволяет не только выявить нарушения, но и сопоставить нарушенные и сохранные стороны психической деятельности. В стандартизированных методиках специальным образом подобранные задания предъявляются в одинаковой форме каждому испытуемому. Таким образом, появляется возможность сопоставить способы и уровни выполнения задания респондентами.

В рамках настоящего исследования применялись следующие стандартизованные методики:

– «Опросник субъективной удовлетворенности больных лечением в психиатрическом стационаре (СУЛ)» (Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д., 2007);

– Структурированное интервью для родственников психически больных (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2009);

– «Системный индекс синдрома перегорания» на основе теста MBI (Maslach Burnout Inventory) (Лозинская Е.И., Лутова Н.Б., Вид В.Д., 2007).

– экспресс-опросник «Индекс толерантности» *(Г.У. Солдатова, О.А. Кравцова, О.Е. Хухлаев, Л.А. Шайгерова, 2002);*

– *краткий* опросник качества жизни ВОЗКЖ-26 (WHOQOL-BREF) (WHOQOL Group, 1998; Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В., Ломаченко А.С., 1998).

«Опросник субъективной удовлетворенности больных лечением в психиатрическом стационаре (СУЛ)». Проблему в изучении субъективной удовлетворенности лечением представляет несовершенство используемых измерительных инструментов. Большинство из них создавались под конкретный исследовательский проект и, будучи тестированы на небольших группах больных, недостаточно валидизированы и не соответствуют современным требованиям к психометрическим инструментам. Широкое использование нестандартизованных тестов делает невозможными прямое сравнение результатов отдельных исследовательских работ и обобщение получаемых данных.

Одним из удачных инструментов такого рода явился «Опросник субъективной удовлетворенности лечением» (Приложение В), разработанный на отделении интегративной фармако-психотерапии СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева (Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д., 2007). Авторам данного опросника удалось соблюсти требования к компактности, информативности и соответствию современным психометрическим стандартам. Принципиальным отличием данного опросника от существующих аналогов является многомерный подход с учетом сложности структуры субъективной удовлетворенности лечением в стационаре.

Опросник заполняется самим пациентом накануне выписки из стационара или вскоре после нее. Он включает 40 пунктов, составляющих следующие субшкалы, соответствующие основным компонентам структуры субъективной удовлетворенности: удовлетворенность результатом лечения, взаимоотношениями врач–больной, бытовыми условиями и окружающей обстановкой. Несколько особняком стоит еще одна субшкала – стигматизации, отражающая степень болезненности восприятия статуса психиатрического пациента.

Под удовлетворенностью *результатами лечения* понимается улучшение самочувствия, устранение психопатологической симптоматики и ряда психологических проблем (трудности общения, решения жизненных задач, проблемы самооценки), соответствие результатов лечения ожиданиям пациента, оценка действия лекарств и переносимости побочных эффектов, оценка динамики самочувствия, включая физическое состояние, демистификация терапии (отрицание ее чудодейственной природы), оценка динамики самооценки, своего коммуникативного и проблемно-решающего поведения в результате лечения, динамика взгляда на будущее в результате терапии, восприятие будущего.

Под удовлетворенностью *взаимоотношениями врач–больной* понимается реакция на комплекс параметров, определяющих восприятие врача и взаимодействие с ним. Субшкала «Отношения врач–больной» включает такие компоненты, как оценка вклада врача в результат лечения, наличие или отсутствие страха перед психиатром, доверия к нему, желания иметь с ним дело в дальнейшем, согласия с курсом проводимого им лечения, понятности и прозрачности общения с ним, достаточности уровня его профессиональной компетентности и эмпатического потенциала, восприятия врачом пациента как человека, а не только как носителя симптомов, поддержки со стороны врача в построении жизненных планов, его доступности для решения проблем пациента.

Субшкала удовлетворенности *бытовыми условиями и окружающей обстановкой* отражает восприятие пациентом инфраструктуры стационара и психологического климата в нем: испытывает ли больной чувство оторванности от привычной домашней обстановки, как он воспринимает окружающих пациентов, испытывает ли интерес к общению с ними, тяготится ли режимом пребывания, доволен ли питанием, имеет ли возможность достаточно содержательного проведения свободного от лечебных мероприятий времени. В этой субшкале оценивается также чуткость и внимательность медицинского персонала по отношению к пациенту.

Субшкала *стигматизации* отражает специфическую реакцию больного на свой статус психиатрического пациента и сферу психиатрии в целом. Пункты

шкалы включают оценку опасений со стороны больного того, что контакт с психиатрией может негативно отражаться на учебной или производственной ситуации, жизненных планах, отношении к нему окружающих, опасения возможных профессиональных и правовых ограничений.

Подсчет баллов по субшкалам производится в соответствии с приведенными в Приложении В формулами. Сумма общих баллов по отдельным субшкалам составляет суммарный показатель удовлетворенности по всей шкале. Баллы, полученные по отдельным субшкалам, делают возможным дифференцированный анализ структуры удовлетворенности больных полученным лечением. Суммарный балл удовлетворенности по всем субшкалам является обобщающим показателем отношения к лечению.

Использование усредненных показателей субшкал (см. Приложение В) позволяет сравнивать их значения в отдельных группах пациентов (например, лечившихся на разных отделениях или у разных врачей), а также в динамике. Такой анализ может оценить эффект от внедрения новых медицинских технологий, организационных или кадровых решений. Например, организация досуга, занятости больных, расширение их общения с родственниками могут повысить удовлетворенность по субшкале «Удовлетворенность окружающей обстановкой и бытовыми условиями», а внедрение психообразовательных программ для пациентов – улучшить показатели субшкал «Отношения врач–больной» и «Стигматизация».

С помощью данной методики был обследован 341 пациент в Дружносельской психиатрической больнице накануне выписки из нее.

Структурированное интервью для родственников психически больных. Современными методиками для исследования отношения членов семьи к психофармакотерапии являются структурированные интервью с членами семьи и/или референтными лицами из окружения больного и с пациентами (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2009, 2010).

Использовавшееся в настоящей работе «Структурированное интервью для родственников психически больных» (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2009)

представляет собой перечень из 12 высказываний для родственников пациента, отражающих различные варианты поведения (Приложение Г). Ответы заключают в себе качественную оценку тех или иных поведенческих проявлений относительно лекарственной терапии. Надежная фиксация принадлежности к определенному типу отношения возможна в том случае, когда варианты ответов соответствующие одинаковой кодировке, повторяются 7 и более раз. В иных случаях фиксируются смешанные или неопределенные варианты отношения, что также может учитываться при построении взаимоотношений в триаде «врач–больной–семейное окружение».

Фиксированные утверждения, описывающие варианты возможного поведения лиц близкого окружения, имеют отчетливые содержательные различия, отражающие 4 возможных варианта отношения родственников к медикаментозному лечению: враждебный, манипулирующий, отстраненный и поддерживающий**.**

«Враждебный тип» (данному типу присвоена кодировка 1 в Приложении Г) проявляется в возложении ответственности за любые нежелательные явления (не устраивающее родных поведение больного, его психопатологические симптомы и психологические проблемы) на применяемые лекарственные средства. Родственники прямо обесценивают, препятствуют либо способствуют прерыванию лекарственной терапии. Психодинамической основой данного типа отношения является неосознаваемое чувство вины за переданную «плохую генетику» и скрытый страх собственной стигматизации.

«Отстраненный тип» (тип 2) отражает «уход» родственников от проблем, связанных с проведением медикаментозного лечения. Родственники не оценивают действия лекарства ни положительно, ни отрицательно. В этом случае вся ответственность (контакты с врачом, приобретение, регулярность приема лекарств) возлагается на самого больного или врача. Психодинамика подобного поведения обусловлена уходом от ответственности, неосознаваемыми чувствами вины и малоценности, защитой от которых становится отрицание, избегание фрустрирующей ситуации.

«Манипулирующий тип» (тип 3) проявляется в том, что, устраняясь от ответственности, родственники возлагают её на лекарства и/или врача, излишне расширяя границы возможностей лекарственных средств, пытаясь с их помощью устранять любые противоречия и напряженные ситуации, возникающие между ними и больным, и относят проявления любых психологических проблем к проявлениям болезненных симптомов. Психодинамическая основа такого поведения обусловлена паникой и чувством вины с сохраняющимся осознанием какой-то своей причастности и необходимости действия, которая чревата ответственностью. Защита от этих чувств запускает перемещение ответственности на врача, чему способствует превращение личностной проблематики в симптомы, за снятие которых ответственен врач. В случаях наличия симбиотической связи между больным и кем-то из членов семьи манипулирующий тип может иметь дополнительную неосознаваемую выгоду – фиксацию симбиоза. В данном случае может иметь место соперничество с врачом.

«Поддерживающий тип» (тип 4) отражает положительную оценку родными действия лекарств в отношении уменьшения проявлений психопатологической симптоматики, понимание необходимости приема медикаментов, оказание поддержки в их приобретении, а также деликатный контроль за приемом лекарственных средств. Психодинамически – это осознанное понимание собственной роли и принятие ответственности за благополучие больного.

С помощью структурированного интервью было обследовано 165 человек – родственников больных, находящихся на стационарном лечении в Дружносельской психиатрической больнице Ленинградской области.

«Системный индекс синдрома перегорания». С целью изучения основных параметров синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников психиатрических учреждений была использована клинико-психологическая методика «Системный индекс синдрома перегорания» (Приложение Д) на основе теста MBI (Maslach Burnout Inventory), где выделяются четыре основных параметра: «эмоциональное истощение», «деперсонализация», «редукция профессиональных достижений», «скука» (Лозинская Е.И., Лутова Н.Б., Вид В.Д., 2007).

Исследование проводилось в психиатрических стационарах и психоневрологических диспансерах и кабинетах Ленинградской области. В исследовании приняли участие 183 респондента – медицинских работника (26 врачей-психиатров и 157 медицинских сестер).

Экспресс-опросник «Индекс толерантности». В настоящей работе с помощью методики «Индекс толерантности» (Солдатова Г.У., Кравцова О.А., Хухлаев О.Е., Шайгерова Л.А., 2002) исследовались этнические, социальные и другие аспекты толерантности у специалистов, работающих в сфере психиатрии и психотерапии (всего 83 человека), а также осуществлялся поиск взаимосвязи толерантности и различных аспектов профессионального образования и качества жизни.

Стимульный материал экспресс-опросника «Индекс толерантности» (Приложение Е) составляют утверждения, отражающие отношение к окружающему миру, другим людям, социальные установки в различных сферах взаимодействия. В методику включены утверждения, выявляющие отношение к некоторым социальным группам и коммуникативные установки. Три субшкалы данного опросника направлены на диагностику этнической, социальной толерантности и толерантность как черты личности. Субшкала «этническая толерантность» выявляет отношение человека к представителям других этнических групп и установки в сфере межкультурного взаимодействия. Субшкала «социальная толерантность» позволяет исследовать толерантные и интолерантные проявления в отношении различных социальных групп (меньшинств, преступников, психически больных людей), а также изучать установки личности по отношению к некоторым социальным процессам. Субшкала «толерантность как черта личности» включает пункты, диагностирующие личностные черты, установки и убеждения, которые в значительной степени определяют отношение человека к окружающему миру.

Краткий опросник качества жизни ВОЗКЖ-26 (WHOQOL-BREF). К настоящему времени стало общепризнанным положение, что при выборе любых мер лечебного воздействия, помимо узко клинических критериев, следует

учитывать также изменение субъективного ощущения благополучия пациента, то есть его качество жизни (КЖ). Опросники Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по качеству жизни – это многомерные инструменты, позволяющие получить как оценки качества жизни респондента в целом, так и частные оценки по отдельным сферам и субсферам его жизни. Эти опросники применимы к широкому кругу контингентов, поскольку покрывают полный спектр нарушений функций и дистрессов, которые относятся к качеству жизни. Опросники ВОЗКЖ предназначены для оценки качества жизни взрослой русскоговорящей популяции населения. Они были разработаны на базе широкомасштабного (с участием более 5000 человек) многоэтапного международного научного проекта, в котором принимали участие исследовательские центры России, Тайланда, Испании, Израиля, Индии, Зимбабве, Панамы, Франции, США, Нидерландов, Японии, Югославии и Австралии.[1]

Разработка и апробация русских версий опросников проводилась на базе отделения внебольничной психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, имеющего статус регионального исследовательского центра ВОЗ.

Опросник ВОЗКЖ-26 представляет собой краткую версию шкалы ВОЗКЖ-100, разработанную в 1998 г. Стимульный материал опросника ВОЗКЖ-26 представлен утверждениями, отражающими субъективное восприятие качества жизни. Он содержит 26 вопросов, которые были отобраны из 24 субсфер шкалы ВОЗКЖ-100, по одному вопросу из каждой субсферы плюс два «общих» вопроса. Каждый из вопросов являлся наиболее «сильным» в данной субсфере, т.е. имел наиболее высокий коэффициент корреляции.

Вопросы формируют четыре основные сферы: физическую, психологическую, социальную и сферу окружающей среды. Общая итоговая

---

[1] WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties // Social Science and Medicine. – 1998. – V. 46 (12). – P. 1569–1585.

оценка определяется путем вычисления среднего от суммы всех сфер. В Приложении Ж приведен текст опросника и расчеты результатов.

Метод социологический опроса. Инструменты социологического опроса (опросы общественного мнения, анкетирование, исследование субъективной удовлетворенности различными аспектами жизнедеятельности) позволяют получать информацию о распространенности или представленности той или иной характеристики изучаемого объекта в исследуемой выборке. Введение в опросники шкал или градаций ответа (структурированные или полуструктурированные интервью) позволяет также измерить степень выраженности признака и провести поиск взаимосвязей (корреляций) между отдельными показателями.

В качестве подобных инструментов в настоящей работе использовались «Анкета изучения мнения пациента о качестве и доступности стационарной психоневрологической помощи» и «Анкета для изучения мнения пациентов о качестве и доступности амбулаторной психоневрологической помощи».

«Анкета изучения мнения пациента о качестве и доступности стационарной психоневрологической помощи» (Приложение И) имеет вид отпечатанного на принтере или ксероксе бланка формата А4 и содержит 30 вопросов. Анкета является анонимной. Больным предлагается заполнить анкету непосредственно перед выпиской из стационара. Время, необходимое для заполнения анкеты пациентом, обычно не превышает 5–10 минут.

Вопросы 1–3 несут в себе информацию о социально-демографических характеристиках пациента (пол, возраст, социальный статус). При накоплении достаточного массива данных можно сравнивать результаты анкеты у мужчин и женщин, в разных возрастных группах, в группах лиц с разным социальным статусом. В вопросах 5–10, 24, 27 и 28, содержащих сформулированные варианты ответов, подсчитывается удельный вес каждого ответа в группе больных. Вопросы 4, 11–23, 25 и 26 предлагают пациентам оценить по 5-балльной шкале их удовлетворенность различными аспектами работы стационаров. При анализе ответов следует руководствоваться следующими значениями оценок:

1 – крайне неудовлетворительно;

2 – неудовлетворительно;

3 – в целом удовлетворительно, но имеются серьезные замечания;

4 – удовлетворительно с небольшими замечаниями;

5 – абсолютно удовлетворительно.

Ответы на эти вопросы могут также обрабатываться с определением удельного веса каждой оценки в группе респондентов. Однако при достаточном массиве данных они могут быть подвергнуты корреляционному анализу с целью поиска взаимосвязей. Так, например, оценка отношения к больному лечащего врача может положительно коррелировать с оценкой качества стационарной помощи (то есть чем выше пациент оценивает отношение к себе доктора, тем выше он оценивает и качество лечения в стационаре в целом, и наоборот, чем менее он удовлетворен взаимоотношениями с лечащим врачом, тем ниже он оценивает и качество лечения).

Последние два вопроса анкеты предназначены для получения спонтанных замечаний пациента и его предложений и пожеланий для улучшения работы в больнице. Полученная здесь информация должна быть тщательно изучена, поскольку отражает непосредственные экспектации потребителя медицинской услуги. Именно эти данные могут послужить отправной точкой для принятия организационных и структурных решений с целью повышения качества стационарной психоневрологической помощи.

С помощью данной анкеты были обследованы в день выписки 30 пациентов Дружносельской психиатрической больницы.

«Анкета изучения мнения пациента о качестве и доступности амбулаторной психоневрологической помощи» (Приложение К) также имеет вид отпечатанного на принтере или ксероксе бланка формата А4 и содержит 30 вопросов. Анкета является анонимной. Больным предлагается заполнить анкету либо после окончания первичного приема, либо в любой момент наблюдения, например во время ожидания своей очереди на прием к врачу. Время, необходимое для заполнения анкеты пациентом, обычно не превышает 5–10 минут.

Обработка результатов анкеты во много аналогична анкете для стационарных больных. В первых четырех вопросах регистрируются социально-демографические характеристики пациентов. Далее подсчитывается удельный вес каждого варианта ответа в процентах от общего количества респондентов для каждого пункта анкеты.

Для количественной оценки вопросов с 14-го по 25-й используется шкала со следующими значениями баллов:

минус 2 – совершенно неудовлетворен;

минус 1 – скорее неудовлетворен;

0 – ни да, ни нет;

1 – скорее удовлетворен;

2 – вполне удовлетворен.

Суммарная оценка по этим пунктам образуется простым сложением баллов, полученных по всем ответам, с учетом их положительного или отрицательного значения. Суммарная оценка выше 18 баллов расценивается как высокая степень удовлетворенности. Суммарная оценка от 12 до 17 соответствует средней степени удовлетворенности; от 0 до 11 баллов – низкой степени удовлетворенности. Отрицательные значения соответствуют неудовлетворительной оценке и интерпретируются следующим образом: от 0 до минус 11 – легкая степень неудовлетворенности, от минус 12 до минус 17 – средняя степень неудовлетворенности, ниже минус 18 баллов – крайняя степень неудовлетворенности. Следует подчеркнуть, что любое отрицательное значение как суммарной оценки, так и оценки по отдельным пунктам свидетельствует о серьезных проблемах в ЛПУ, требующих принятия незамедлительных организационно-административных решений. Даже если суммарная оценка попадает в диапазон низкой степени удовлетворенности, это является сигналом для врачей и руководителей ЛПУ о ненадлежащем качестве и неконкурентноспособности предоставляемых здесь медицинских услуг.

И, наконец, как и в «Анкете изучения мнения пациента о качестве и доступности стационарной медицинской помощи», два последних пункта

предоставляют пациенту возможность в свободной форме выразить свое отношение к работе медицинского учреждения, и ответы на эти два вопроса служат источником ценной информации для оптимизации структуры, процесса и, как следствие, качества оказываемой медицинской помощи.

С помощью данной анкеты было обследовано 44 пациента, наблюдавшихся в Ленинградском областном психоневрологическом диспансере.

С целью исследования мнения врачей и руководителей ЛПУ о качестве и доступности психиатрической помощи был проведен социологический опрос с использованием специальной *«Анкеты изучения мнения врачей и руководителей ЛПУ о качестве и доступности психиатрической помощи»* (Приложение Л). В анкетировании приняли участие 63 специалиста из различных регионов Российской Федерации.

Аналитический метод. Сущность аналитического метода заключается в разложении исследуемого процесса или явления на его составные части; выявлении влияния отдельных частей на весь процесс или явление в целом; обобщении (синтезе) отдельных причин и условий, сведении их к общим причинам и условиям, определяющим характер или явление в целом. Аналитический метод является ведущим методом планирования.

В настоящей работе аналитический метод использовался для оценки исходного и достигнутого уровней при составлении плана и анализе его выполнения. С помощью аналитического метода определялись обеспеченность населения медицинским персоналом, больничными койками, определялись объемы медицинской помощи (процент госпитализации, среднее число амбулаторных посещений на одного больного и т.д.).

Метод экспертных оценок. В российской медицине в последние годы разработаны методические подходы к экспертизе качества медицинской помощи, закрепленные соответствующими нормативными документами. Экспертиза законченных случаев оказания специфических услуг является основным содержанием отечественной модели контроля качества медицинской помощи. Приказ МЗ РФ и ФФ ОМС от 24.10.96 г. №363/77 «О совершенствовании

контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации» предусматривает проведение внутриведомственного контроля качества: оценку использования ресурсов ЛПУ, экспертизу качества медицинской помощи отдельному больному по законченному случаю, оценку удовлетворенности пациента, выявление дефектов и врачебных ошибок.

Методы экспертных оценок – это методы организации работы со специалистами-экспертами и обработки мнений экспертов, выраженных в количественной или качественной форме с целью подготовки информации для принятия решений. Для проведения работы в ЛПУ по методу экспертных оценок, как правило, создают рабочую группу, которая и организует по поручению руководителя учреждения деятельность экспертов, объединенных в экспертную комиссию.

Существует значительное число методов получения экспертных оценок. В одних с каждым экспертом работают отдельно, он даже не знает, кто еще является экспертом, а потому высказывает свое мнение независимо от авторитетов. В других экспертов собирают вместе для подготовки материалов для руководителей ЛПУ, при этом эксперты обсуждают проблему друг с другом, учатся друг у друга и неверные мнения отбрасываются. В одних методах число экспертов фиксировано и таково, чтобы статистические методы проверки согласованности мнений и затем их усреднения позволяли принимать обоснованные решения. В других – число экспертов растет в процессе проведения экспертизы, например, при использовании метода «снежного кома». В настоящее время не существует научно обоснованной классификации методов экспертных оценок и тем более – однозначных рекомендаций по их применению.

Мнения экспертов обычно выражены частично в количественной, частично в качественной форме. Экспертные исследования проводят с целью подготовки информации для принятия решений лицом, принимающим решения (например, главный врач ЛПУ). Экспертные оценки бывают индивидуальные и коллективные. Индивидуальные оценки – это оценки одного специалиста. Для проведения работы по методу коллективных экспертных оценок обычно создается

рабочая группа, которая организует деятельность экспертов, объединенных (формально или по существу) в экспертную комиссию.

Разработанная в рамках настоящего исследования «Карта экспертной оценки лечения пациента в психиатрическом стационаре» (Приложение М) состояла из блоков, отражавших сбор информации о пациенте, диагностические исследования, лечебные мероприятия и качество оформления медицинской документации. По каждому из блоков выставлялась оценка по следующей шкале: «отлично» – 3 балла, «хорошо» – 2 балла, «удовлетворительно» – 1 балл, «неудовлетворительно» – 0 баллов. Результирующая общая интегративная оценка представляла собой среднюю арифметическую оценку блоков. В процессе обработки данных рассчитывался общий оценочный показатель по каждому из блоков для всего количества экспертируемых медицинских документов. Полученным интегрированным показателям присваивалась определенная градация – «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Экспертной оценке были подвергнуты 300 стационарных историй болезни взрослых пациентов, находившихся на стационарном лечении в Дружносельской психиатрической больнице в 2011 г., после выписки и закрытии истории болезни.

Статистический метод. При расчете показателей распространенности и первичной заболеваемости использовались официальные данные о численности населения Ленинградской области, предоставленные Ленинградским областным бюро медицинской статистики, без учета населения, обслуживаемого ведомственными учреждениями.

Источниками данных и прогнозных значений численности населения Российской Федерации и Ленинградской области послужили: бюллетень «Предположительная численность населения Российской Федерации», выпускаемый Федеральной службой государственной статистики (2010); статистический сборник «Демографический ежегодник России» за 2010 год; материалы официального сайта Федеральной службы государственной статистики (http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat). Прогноз численности населения

Российской Федерации (средний вариант), который использовался при расчете прогноза заболеваемости, приведен в Приложении А.

Для обработки материала применялись различные статистические методы: расчет экстенсивных и интенсивных показателей, соотношения, динамического ряда, статистических характеристик показателей, дисперсионный и корреляционный анализ.

В рамках статистического анализа использовались следующие процедуры: проверка на нормальность при помощи теста Колмогорова-Смирнова и анализа гистограмм. Для переменных с распределением, соответствующим нормальному закону, применялся дисперсионный анализ с пост-хок тестами по методу Бонферрони, для остальных количественных показателей – непараметрические методы (тесты Краскала-Уоллиса, Манна-Уитни, Фридмана и Уилкоксона). В качестве статистических характеристик были приведены средние, стандартные ошибки средних, медианы, межквартильные размахи.

Для качественных и категориальных признаков были построены таблицы сопряженности и применялся точный критерий Фишера. Связь количественных показателей между собой анализировалась при помощи коэффициента корреляции Пирсона.

Все прогнозы общей и первичной заболеваемости были сделаны при помощи построенных моделей линейной регрессии, в которых в качестве предиктора было использовано значение календарного года, в качестве зависимой переменной – соответствующий показатель.

Различия между группами принимались статистически значимыми при $p < 0,05$. Для статистических расчетов было использовано программное обеспечение SPSS 19.0.

Метод структурного анализа. В соответствии с системным подходом весь окружающий мир представлен бесчисленным множеством динамических систем разной сложности, пребывающих в постоянном взаимодействии. В свою очередь, внутреннее построение систем есть ответ на воздействия внешней среды.

Система – это совокупность связанных и взаимодействующих друг с другом элементов, составляющих некоторое целостное образование, имеющее новые свойства, отсутствующие у ее элементов. И здравоохранение в целом, и любое лечебно-профилактическое учреждение представляют собой большие социально-экономические системы, которые характеризуются определенными классификационными признаками. Это материальные, искусственные, открытые, динамические, вероятностные системы. Исходя из позиций системного анализа, в процессе управления можно выделить две системы: управляющую (субъект управления) и управляемую (объект управления). Субъект управления для вышестоящего уровня иерархической (имеющей разные уровни) системы становится объектом управления. В свою очередь, объект управления для нижестоящего уровня становится субъектом управления. Например, Комитет по здравоохранению Ленинградской области по отношению к районному отделу здравоохранения является субъектом, а по отношению к Министерству здравоохранения РФ объектом управления. Большие системы, таким образом, могут быть представлены совокупностью подсистем постоянно уменьшающегося уровня сложности вплоть до элементарных подсистем, выполняющих в рамках систем более высокого уровня базовые элементарные функции.

Методы структурного анализа делятся на две большие группы.

1. По содержанию: вербальные, графические, экспертные, математические.

2. По цели: декомпозиции, композиции, упрощения систем, оценки структурной адекватности, оценки взаимодействия элементов, оценки устойчивости системы во времени и пространстве.

Вербальные методы – методы качественного анализа проблемы, процесса, организации, в основе которого лежат методы анализа и синтеза, дедукции и индукции. Вербальные методы являются составной частью любого исследования.

Графические методы – методы наглядного изображения вербального описания системы, с помощью которого можно лучше представить ее структуру, функции и цели. Одним из таких методов является метод построения «дерева», когда необходимо какую-то категорию разделить на составные части с

последующим делением на более мелкие элементы. Наиболее часто используется «дерево целей». При этом происходит декомпозиция главной цели на подцели 1-го яруса, которые делятся на подцели 2-го яруса и т.д. Так, основным направлением реформирования стационарной помощи является реструктуризация коечного фонда и сокращение числа коек (подцели 1-го яруса). Сокращение коечного фонда, в свою очередь, осуществляется в условиях развития стационарзамещающих технологий в поликлиниках (дневных стационаров, центров амбулаторной хирургии, стационаров на дому); увеличения объема и качества амбулаторно-поликлинической помощи, развертывания консультативно-диагностических центров (подцели 2-го яруса). Реструктуризация коечного фонда требует постановки подцелей 3-го яруса, в том числе дифференциацию коечного фонда по степени интенсивности лечения и ухода и приведение структуры коечного фонда в полное соответствие с потребностями населения в различных видах стационарной помощи.

Математические методы используются для математического описания (моделирования) изучаемой проблемы или объекта.

Экспертные методы дают возможность обобщать и использовать полученные оценки для решения различных проблем. Причем, экспертные оценки могут быть стандартизованными, то есть производиться на основании установленных стандартов и нестандартизованными, основанными на опыте и знаниях эксперта. Естественно, что нестандартизованные отличаются большей степенью субъективности. В условиях обязательного медицинского страхования экспертные методы получают широкое применение при проведении ведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи.

Методы декомпозиции представляют собой разложение целого на части. При этом можно уточнить взаимодействие частных проблем, их зависимость друг от друга. Декомпозиция системы, ее целей и функций может быть выполнена и по вертикали, и по горизонтали. Большое значение метод декомпозиции имеет при решении следующих проблем здравоохранения: проведение медико-санитарного зонирования территории, разукрупнение медицинских учреждений,

разграничение функций и полномочий между различными иерархическими уровнями управления.

Метод композиции направлен на составление (интеграцию) целого из отдельных частей. Большое значение этот метод имеет при реорганизации различных служб, укрупнении учреждений. При этом необходимо определить параметры создаваемых систем, дать научно обоснованный прогноз последствий такого укрупнения.

Метод оценки структурной адекватности позволяет оценить, насколько соответствуют друг другу отдельные параметры, подсистемы и элементы, их цели. Использование данного метода позволяет избежать серьезных ошибок, как при формировании новых систем (например, при формировании системы обязательного медицинского страхования), так и при реформировании функционирующих систем (при реорганизации амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи; скорой и неотложной медицинской помощи). Например, переход к общеврачебной практике затруднен в связи с отсутствием необходимых кадровых, финансовых и материально-технических ресурсов.

В настоящей работе применялись все вышеперечисленные методы структурного анализа при разработке региональной модели организации психиатрической помощи и научном обосновании подходов к обеспечению ее качества.

2.3 Административное деление и социально-демографическая характеристика Ленинградской области

Ленинградская область – субъект Российской Федерации, расположенный на северо-западе европейской части страны. Входит в состав Северо-Западного федерального округа и Северо-Западного экономического района. Территория – 83 900 км², что составляет 0,5% площади России. По этому показателю область

занимает 39-е место в стране. С запада на восток область протянулась на 500 км, а наибольшая протяжённость с севера на юг составляет 320 км.

Численность населения Ленинградской области, по данным Росстата (http://petrostat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/petrostat/ru/statistics/Leningradskaya_area/population/), на 01 января 2013 года насчитывала 1733,9 тыс. человек, что составляет 1,15% населения России. По этому показателю область занимает 27-е место в стране. С 2001 по 2009 год численность населения уменьшилась на 49 тысяч человек, а с 2010 года наблюдается увеличение численности населения преимущественно за счет притока мигрантов (рисунок 2.2).

Плотность населения Ленинградской области составляет 19,5 человек на км². Наиболее населёнными являются районы, прилегающие к Санкт-Петербургу, наименее населёнными – восточные районы.

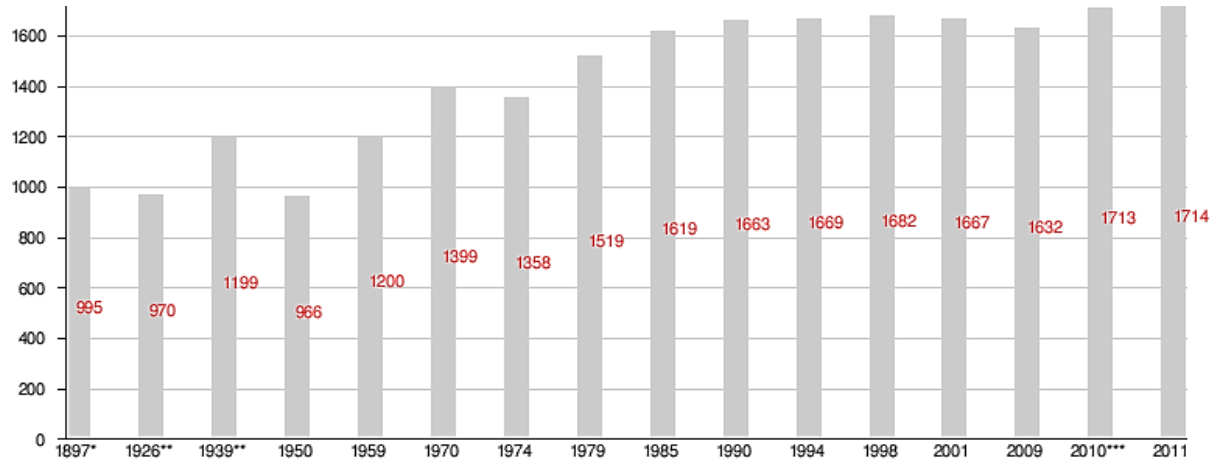

Рисунок 2.2 – Динамика численности населения ЛО (тысяч человек)

Примечания:

* – Население уездов, территория которых входит в современную Ленинградскую область, без Санкт-Петербургского уезда.

** – Без территорий, входящих в те годы в состав Финляндии.

*** – Численность городского и сельского населения РФ: Ленинградская область (Росстат, 2010).

Численность городского населения в 2012 г. составила 1133,8 тыс. человек, уровень урбанизации – 66,39%, что ниже среднероссийского значения. В области расположены 31 город и 32 посёлка городского типа. Крупнейшим городом является Гатчина (89,9 тыс. человек), самым малым – Высоцк (1,7 тыс. человек). Старейшими городами области являются Выборг (с 1293 года) и Приозерск (с 1295 года), самыми молодыми – Волосово (с 1999 года) и Сертолово (с 1998 года). Крупнейшими посёлками городского типа являются Сиверский, Вырица и Имени Морозова.

Численность сельского населения в 2012 г. составила 600,1 тыс. человек. В области насчитывается 31 сельский населённый пункт с численностью населения более 3 тыс. человек, в них в совокупности проживает 139,9 тыс. человек. В основном крупные сельские населённые пункты находятся в окрестностях Санкт-Петербурга. Крупнейшими сельскими населёнными пунктами области являются Новое Девяткино, Горбунки и Сосново. Древнейшим русским поселением на территории области считается Старая Ладога, основанная в 753 году.

Около 45% населения находится в трудоспособном возрасте. При этом 39% из них заняты в промышленности, 34% – в сфере услуг, 18% – в сельском хозяйстве, 9% – на транспорте (Росстат, 2010).

Демографическая ситуация в области в постсоветский период характеризовалась естественной убылью населения. Уже в 1990 году в регионе отмечалась естественная убыль населения (– 1,5‰), которая в начале 1990-х годов стала стремительно увеличиваться благодаря как снижению рождаемости, так и стремительному росту смертности. Первый пик депопуляции в Ленинградской области, как и во всей России, пришёлся на 1994 год, когда коэффициент естественной убыли достиг 12,0‰ (рождаемость –7,3‰, смертность +19,3‰). Затем этот показатель несколько снизился благодаря некоторому уменьшению смертности. Однако с 1998 года смертность в области снова стала расти, достигнув в 2003 году пиковой отметки в 21,1‰. Естественная убыль в этом году также достигла постсоветского максимума в 13,1‰.

По общему коэффициенту смертности в 2004 году (20,3‰) ЛО уступала только самым депопулирующим областям Северо-Запада – Псковской и Новгородской, заметно опережая средний показатель по стране (16,0‰). В результате естественная убыль населения была в два раза выше среднероссийской и приближалась к показателям демографически депрессивной Новгородской области.

С 2004 года в регионе наблюдалось устойчивое снижение смертности и рост рождаемости, однако вплоть до 2009 г. депопуляция в регионе сохранялась, и уровень её был довольно высоким. За двадцатилетие 1990–2009 годов суммарные потери региона от депопуляции составили 323,8 тысяч человек. Это составляло 19,4% предкризисной численности населения области (Росстат, 2010).

В 2009 году коэффициент рождаемости составил 9,2‰, смертности – 17,0‰. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении на 2007 год – 64,58 года (Росстат, http://www.gks.ru/doc_2008). По уровню коэффициента естественной убыли Ленинградская область в 2009 году занимала 8-е место в России «снизу», уступая только Ивановской, Тамбовской, Смоленской, Тверской, Новгородской, Тульской и Псковской областям, и относилась к числу российских регионов с наиболее неблагоприятной демографической обстановкой.

Высокий уровень смертности в трудоспособных возрастах ухудшал и показатели долголетия всех регионов Северо-Запада. Ленинградская область с 1990-х гг. отличалась пониженной на 3–4 года ожидаемой продолжительностью жизни для мужчин и женщин, даже на фоне и так низкого среднероссийского показателя. Это было следствием маргинализации населения, особенно сельского. Отставание области было особенно заметно в сравнении с Санкт-Петербургом и схожей по пристоличному положению Московской областью (рисунок 2.3). В то же время уровень младенческой смертности (9,0 на 1000 родившихся живыми в 2004 г.) весь переходный период был ниже среднего по РФ (11,6), и на Северо-Западе ЛО по этому показателю уступала только Санкт-Петербургу и республике Коми (Росстат, 2010).

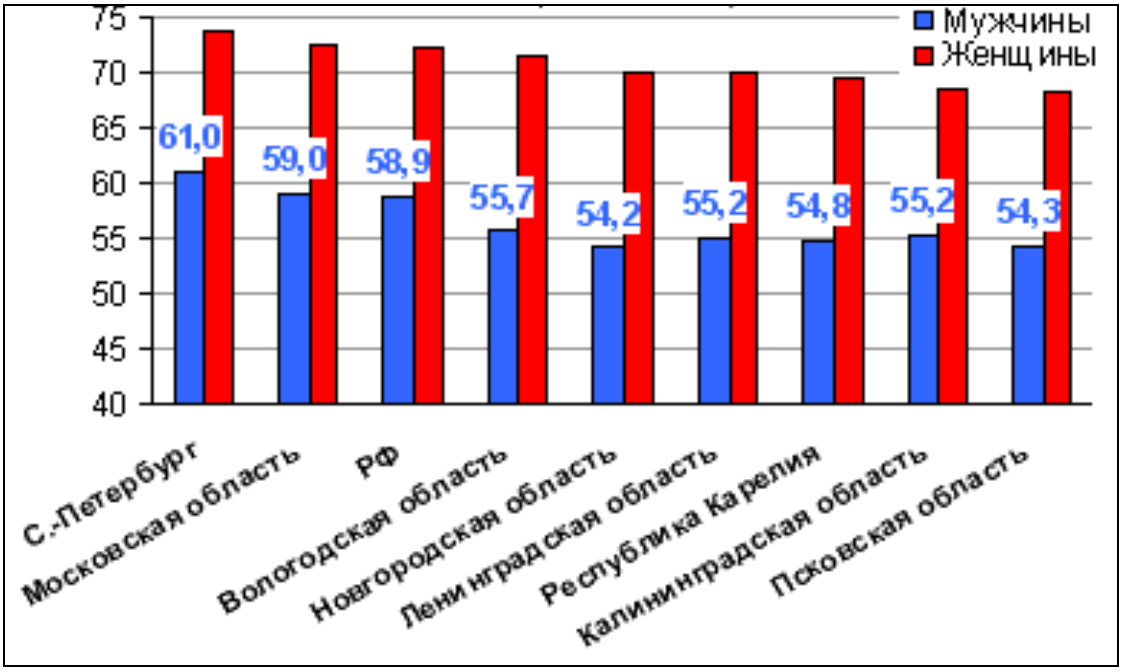

Рисунок 2.3 – Ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин в России в 2004 г., лет

В ЛО в 2000–2009 гг. из-за более раннего и сильного спада рождаемости очень низкой оказывалась доля детей в половозрастной структуре – 14,3% при среднероссийском показателе 16,8%; только в Санкт-Петербурге эта доля была еще ниже. Старение населения происходило быстрыми темпами, и доля старших возрастов превышала среднюю по стране (22,6% и 20,3% соответственно), хотя и не достигала показателей самых депопулирующих регионов. Повышенная доля населения трудоспособного возраста (63,1%) была обусловлена долголетней миграцией, но это преимущество с каждым годом утрачивалось.

Лучшая демографическая ситуация сохранялась только в прилегающих к Санкт-Петербургу районах, которые продолжали притягивать мигрантов, омолодивших возрастную структуру населения. В ближних пригородах Санкт-Петербурга (г. Сертолово и г. Сосновый Бор при Ленинградской АЭС) естественная убыль была минимальной (2‰–5‰), а на удаленном востоке (Бокситогорский, Подпорожский, Волховский районы) и юге, граничащем с Псковской областью (Сланцевский, Лужский районы), достигала 16‰–25‰. По данным Пенсионного фонда РФ, доля пенсионеров в общей численности

населения различается по районам области в полтора раза: от 22–23% в наиболее благополучных Всеволожском районе и г. Сосновый Бор до 32–36% на периферийном востоке (Подпорожский, Бокситогорский районы, г. Пикалево) и юге (Сланцевский, Лужский районы). Наиболее демографически проблемными являются муниципалитеты, в которых города длительное время сохраняли экономическую депрессивность и не были привлекательными для мигрантов, а сельское население сильно постарело (Росстат, 2010).

Миграционный приток в Ленинградскую область в последние годы был более устойчив по сравнению с соседними регионами, что являлось позитивным следствием агломерационного эффекта. По данным официальной статистики, миграции компенсировали более 2/3 естественной убыли населения. Интенсивность миграций в регионе в расчете на 10 000 населения была сопоставима с Московской областью и существенно выше, чем в Санкт-Петербурге, из-за более низких «барьеров входа» (рисунок 2.4). В целом, для Ленинградской области миграционный приток вряд ли способен переломить депопуляционные тенденции, но его стабильность может замедлить сокращение численности жителей и в будущем.

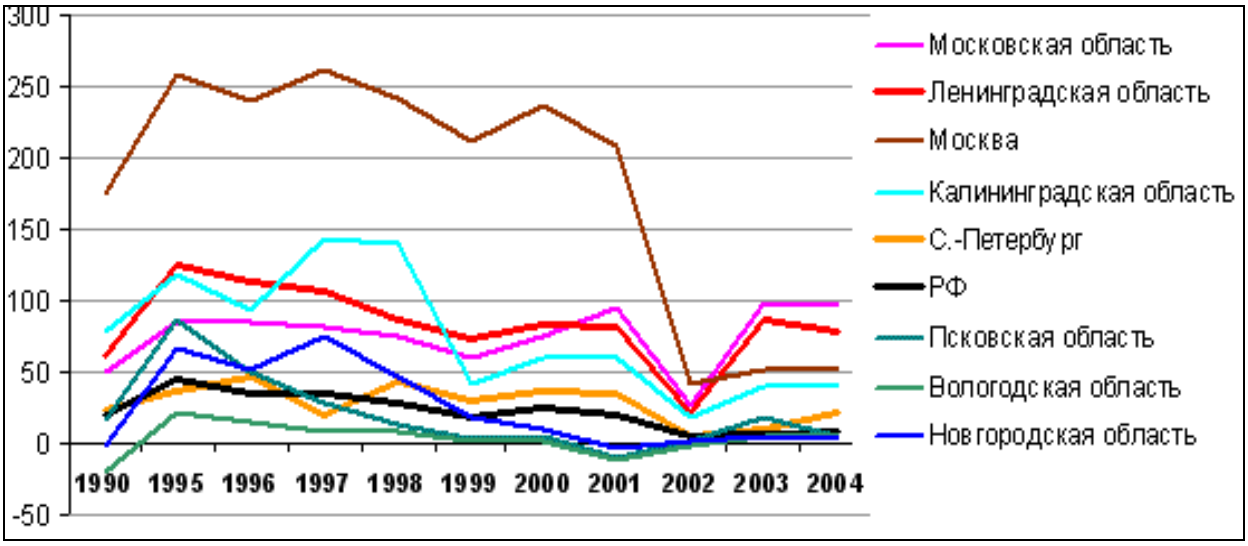

Рисунок 1.4 – Коэффициенты миграционного прироста, на 10 тыс. населения

Характеристика национального состава населения Ленинградской области приведена в таблице 2.1.

Таблица 2.1 – Национальный состав населения Ленинградской области (по переписи населения 2002 года, %)

Национальность	Уд. вес, %	Национальность	Уд. вес, %
русские	89,58	молдаване	0,12
украинцы	2,51	евреи	0,10
белорусы	1,58	поляки	0,10
татары	0,57	грузины	0,09
финны	0,48	эстонцы	0,08
армяне	0,33	башкиры	0,07
цыгане	0,27	корейцы	0,06
азербайджанцы	0,23	узбеки	0,06
чуваши	0,17	марийцы	0,06
немцы	0,14	удмурты	0,06
мордва	0,13	таджики	0,05
карелы	0,12	казахи	0,05
вепсы	0,12	не определили национальность	2,34

По национальному составу подавляющее большинство жителей области – русские. В области проживает значительное количество лиц других славянских наций – украинцев (2,5%), белорусов (1,5%). Число жителей коренных финно-угорских народностей – вепсов, карел, ижоры, водь – невелико. Также проживают финны-ингерманландцы. За последние годы увеличилась численность крупных этнических общностей – татар, армян, цыган, азербайджанцев, чувашей, мордовцев, молдаван, башкир, узбеков (Ленинградская область сегодня, 2007).

С 1 января 2006 года в результате реформы местного самоуправления административно-территориальное деление Ленинградской области осуществляется по двухуровневой системе. Территориальным образованием первого уровня является городское (сельское) поселение.

Второй уровень административно-территориального деления – муниципальный район (городской округ). По состоянию на конец 2009 года, Ленинградская область включает в себя 222 муниципальных образования, среди которых 1 городской округ и 17 муниципальных районов, в состав которых входят 62 городских поселения и 142 сельских поселения (рисунок 2.5).

Рисунок 2.5 – Карта районов Ленинградской области

Бокситогорский район, как муниципальное образование Ленинградской области, был образован в 1952 году. Он расположен в 245 км от областного центра и занимает территорию в 7192,3 км^2, на которой проживает 43 300 человек. Районный центр – город Бокситогорск с населением в 20 500 человек.

На 85 км юго-западнее северной столицы, на Ижорской возвышенности расположен *Волосовский район*. Сегодня он занимает территорию в 2680,5 км^2, на которой проживает 48 000 человек. В состав Волосовского района входят 195

населенных пунктов, а административным центром является город Волосово. Район был образован в 1927 году, хотя корни истории уходят в далекую старину.

Волховский район был образован в 1997 году. Его территория расположена в 122 км от Санкт-Петербурга и составляет 5043,2 км^2, на которой проживает 46 500 человек.

Всеволжский район был образован в 1936 году. Его территория составляет 2924,9 км^2, на которой проживает 190 000 человек. Эта часть области граничит с Приозерским, Выборгским и Кировским районами.

Выборгский район был образован как административная единица в 1718 году. Это самый крупный промышленный район, находящееся в составе Ленинградской области. По площади район занимает четвертое место и равен 11 538,9 га, где проживает 419 500 человек. Районный центр – город Выборг, удаленный от Санкт-Петербурга на 141 км.

Гатчинский район был образован в 1938 году. Его территория составляет 2864 км^2, на которой проживает 114 700 человек.

Кингисеппский район как муниципальное образование области был создан в 1930 году. Сегодня его территория составляет 2900 км^2, на которой проживает 74 400 человек. Районный центр – город Кингисепп, который удален от Санкт-Петербурга на 138 км.

Киришский район вошел в состав Ленинградской области в 1931 году. Его территория составляет 3045,3 км^2, на которой проживает 69 100 человек. Районный центр (город Кириши с населением в 55 500 человек) удален от областного центра на 115 км.

Кировский район был образован в 1977 году. Его территория составляет 2576,4 км^2, на которой проживает 85 900 человек. Районный центр – город Кировск, с населением в 23 700 человек.

Лодейнопольский район был образован в 1927 году. Его территория составляет 4911 км^2, на которой проживает 39 800 человек. Районный центр – город Лодейное Поле с населением в 26 700 человек.

Ломоносовский район был образован в 1927 году. Его территория составляет 1990,8 км^2, на которой проживает 65 600 человек. Единственное муниципальное образование ЛО, органы самоуправления которого находятся в другом субъекте Федерации – в городе Ломоносове, который входит в состав Петродворцового района Санкт-Петербурга. Наиболее крупные населенные пункты – поселки городского типа Лебяжье (4600 человек) и Большая Ижора (3100 человек).

Лужский район образован в 1927 году. Его территория составляет 6026 км^2, на которой проживает 86 700 человек. Районный центр – город Луга с населением в 41 300 человек.

Подпорожский район был образован в 1927 году. Его территория составляет 7705,5 км^2, на которой проживает 38 900 человек. Районный центр – город Подпорожье с населением в 21 700 человек.

Приозерский район был образован в 1944 году. Его территория составляет 3597,5 км^2, на которой проживает 38 900 человек. Районный центр – город Приозерск с населением в 20 400 человек.

Сланцевский район был образован в 1949 году. Его территория составляет 2171,7 км^2, на которой проживает 51 700 человек. Районный центр – город Сланцы с населением в 40 600 человек.

Тихвинский район был образован в 1938 году. Его территория составляет 7017,7 км^2, на которой проживает 85 100 человек. Районный центр – город Тихвин с населением в 68 500 человек.

Тосненский район был образован в 1930 году. Его территория составляет 3601,5 км^2 и граничит с Новгородской областью. В районе проживает около 110 000 человек. Районный центр – город Тосно с населением в 35 400 человек.

По данным Независимого института социальной политики (http://www.socpol.ru/atlas/portraits/len.shtml, 2004), Ленинградскую область характеризуют следующие социальные особенности.

Социальные преимущества: самое динамичное развитие экономики и промышленности среди регионов Северо-Запада; двукратное сокращение уровня безработицы в первые годы экономического роста; стабильный миграционный

приток благодаря преимуществам агломерационного положения, существенно смягчивший депопуляцию; устойчивость сети сельских поселений; низкая младенческая смертность в условиях низкой рождаемости.

Социальные проблемы: слабая социальная проекция экономического роста – стагнация большинства муниципальных рынков труда после первых лет роста занятости, все еще пониженные доходы населения и высокий уровень бедности по данным официальной статистики (несмотря на относительно высокую заработную плату и сглаженное неравенство доходов); крайне низкая рождаемость и ускоренное постарение населения; низкие показатели долголетия, особенно мужчин, как и в других регионах Северо-Запада; пространственная поляризация развития пригородной зоны вокруг Санкт-Петербурга и периферийных муниципалитетов.

ГЛАВА 3. ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

3.1 Анализ распространенности психических расстройств среди населения Ленинградской области

Состояние психического здоровья в настоящее время относится к числу наиболее серьезных медико-социальных проблем, стоящих перед всеми странами, поскольку в тот или иной жизненный период изменения в состоянии психического здоровья возникают у каждого четвертого человека. Показатели распространенности нарушений психического здоровья в европейском регионе достаточно высоки. Согласно оценкам, из 870 млн европейцев около 100 млн испытывают состояние тревоги и депрессии; свыше 21 млн страдают от расстройств, связанных с употреблением алкоголя; свыше 7 млн человек страдают болезнью Альцгеймера и другими видами деменции; около 4 млн – шизофренией; 4 млн – биполярными аффективными расстройствами и 4 млн – паническими расстройствами (ВОЗ, 2001).

Психические расстройства составляют более 40% всех хронических заболеваний и являются второй по значимости причиной бремени болезней после заболеваний сердечно-сосудистой системы. На их долю приходится 19,5% всех лет жизни, утраченных в результате инвалидности (DALY) (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2008).

По мнению экспертов ВОЗ, основные причины роста числа психических расстройств – это возрастание плотности населения, урбанизация, неблагоприятная экологическая обстановка, усложнение производственных и образовательных технологий, нарастающий информационный прессинг, рост чрезвычайных ситуаций и техногенных катастроф, ухудшение физического, в том числе

репродуктивного, здоровья, рост числа травм головного мозга и родовых травм, постарение населения и его миграция (ВОЗ, 2001).

Происходящие в последние десятилетия в России коренные преобразования сопровождаются обострением социальных проблем, одной из которых является ухудшение психического здоровья населения.

Для правильной и эффективной организации психиатрической службы немаловажное значение имеет информация об уровне заболеваемости и распространенности психических заболеваний, а также их динамики.

Общепринято оценивать состояние психического здоровья по показателям, характеризующим общую и первичную заболеваемость населения психическими расстройствами. Проведенный нами анализ, по данным обращаемости в учреждения психиатрической службы ЛО в 2000–2012 гг., позволил выявить ряд особенностей в их динамике (Лупинов И.В., Семенова Н.В., 2009; Семенова Н.В., 2010; Семенова Н.В., Незнанов Н.Г., 2010; Semenova N.V., Kisselev A.S., 2010; Семенова Н.В., 2011; Семенова Н.В., Незнанов Н.Г., Пенюгина Е.Н., 2012). Данные по распространенности (болезненности, общей заболеваемости) и первичной заболеваемости психическими расстройствами населения ЛО в сравнении с общероссийскими показателями (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2006; 2008; 2009; 2010; Социально-значимые заболевания населения России: статистические материалы, 2010, 2011, 2012) представлены в таблице 3.1 и на рисунке 3.1.

Как видно из таблицы 3.1, за период 2000–2009 гг. число больных, обратившихся за помощью в психиатрические учреждения ЛО, возросло с 34 667 до 43 693 человек (на 26,2%), а затем этот показатель снизился к 2012 году до 37 176 человек (на 17,5% по сравнению с 2009 годом). Прирост общего количества обратившихся за психиатрической помощью за 13 лет составил 2509 человек, или 7,2%. Показатель общей заболеваемости увеличился за 2000–2009 гг. с 2156,2 до 2722,7 в расчете на 100 тысяч населения (на 27,5%), а затем снизился к 2012 году до 2230,2 $^{0}/_{0000}$ (на 18,1% по сравнению с 2009 годом). Общий прирост показателя за 13 лет составил 3,4%. Для сравнения, прирост аналогичного показателя по РФ составил 5,2%, что говорит о сопоставимых тенденциях.

Таблица 3.1 – Динамика общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами населения РФ и Ленинградской области в 2000–2012 гг.

Год	Общая заболеваемость			Первичная заболеваемость		
	Ленинградская обл.		РФ	Ленинградская обл.		РФ
	Абс. число больных	Число больных на 100 тыс. населения[1]	Число больных на 100 тыс. населения	Абс. число больных	Число больных на 100 тыс. населения	Число больных на 100 тыс. населения
2000	34 667	2156,2	2716,6	4178	253,0	373,5
2001	36 611	2274,2	2777,0	4465	267,9	381,3
2002	37 285	2340,7	2838,0	4742	287,5	389,3
2003	37 947	2374,2	2876,7	5074	309,1	378,4
2004	40 181	2485,8	2929,5	5303	319,5	398,0
2005	40 849	2538,2	2975,2	6052	366,1	389,4
2006	43 031	2702,6	2983,9	4362	265,3	376,3
2007	41 813	2598,5	2990,6	4781	291,9	361,3
2008	42 267	2633,9	2976,5	4393	269,0	357,1
2009	43 693	2722,7	2970,3	5223	333,8	358,3
2010	36 906	2204,5	2941,1	6648	452,5	350,4
2011	39 245	2283,6	2894,4	5819	351,0	355,8
2012	37 176	2230,2	2858,6	5686	359,1	328,3

Как показано на рисунке 3.1, кривые распространенности психических расстройств и в РФ, и в ЛО носили нелинейный характер. График распространенности психических расстройств в РФ характеризовался линейным

[1] Здесь и далее при расчете показателей распространенности и первичной заболеваемости использовались официальные данные о численности населения Ленинградской области, предоставленные Ленинградским областным бюро медицинской статистики, без учета ведомственного населения.

ростом в период с 2000 по 2005 год, затем наблюдались период плато в 2006–2010 гг. и постепенное снижение к 2012 году. Кривая распространенности в Ленинградской области в целом носила тот же характер, однако она характеризовалась более крутым подъемом к 2009 году, а затем довольно резким спадом к 2010 году и периодом плато в 2011–2012 гг.

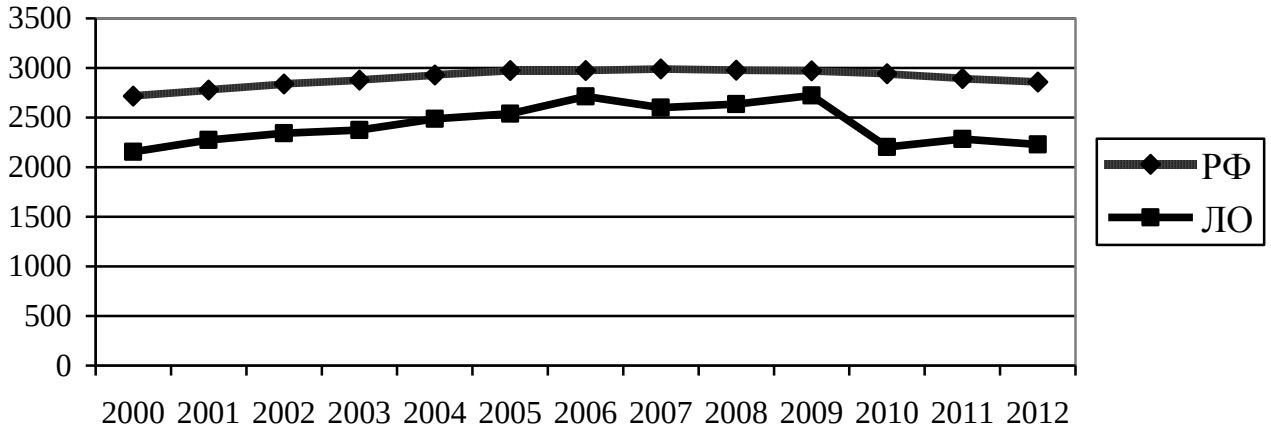

Рисунок 3.1 – Динамика распространенности психических расстройств среди населения Российской Федерации и Ленинградской области в 2000-2012 гг.

В ЛО, в сравнении с общероссийскими показателями, отмечался более низкий уровень общей заболеваемости психическими расстройствами (на 21–26% в 2000–2003 гг., на 8–18%% в 2004–2009 гг., на 27–33% в 2010–2012 гг.).

В течение всего рассматриваемого периода в области отмечалось преобладание мужчин с психическими расстройствами, их доля составила 52,6–56,5%. Общее число мужчин, обратившихся в психиатрические учреждения ЛО, увеличилось за 13 лет с 19 590 до 19 996 человек, или на 2,1%. Число женщин с психическими расстройствами, по данным обращаемости, увеличилось на 14,0% – с 15 077 до 17 180 человек.

Треть (29,4–34,4%) от общего числа больных, обратившихся за психиатрической помощью, составили сельские жители. В 2000 г. их было зарегистрировано 11 668, а к 2012 г. их количество увеличилось до 11 836 человек, или на 1,4%, при этом максимальные значения были зафиксированы в

2009 году (13 777 человек) и в 2011 году (14 043 человека). Распространенность психических расстройств у сельских жителей изменялась неравномерно: с 2000 по 2009 гг. она возросла с 2125,8 до 2512,1 на 100 тысяч сельского населения (на 18,2%), а в последние годы была подвержена значительным колебаниям и составляла в 2010 году 2054,5, в 2011 г. – 2382,9 и в 2012 г. – 1989,2 больных на 100 000 сельского населения. Такие колебания, с одной стороны, можно было объяснить меняющейся численностью населения Ленинградской области, связанной с неравномерными миграционными процессами, а с другой, – определенными недостатками оказания психиатрической помощи сельскому населению, о чем более подробно будет идти речь в следующих главах.

На долю городского населения пришлось две трети (66,3–70,6%) общего числа больных, обратившихся за помощью. Рост количества психических расстройств у городских жителей за 13 лет составил 10,1% – с 22 999 до 25 340. Показатель распространенности психических расстройств увеличился с 2111,0 до 2427,1 на 100 тысяч городского населения, то есть на 15%. Достоверных различий уровня распространенности психических заболеваний у городских и сельских жителей (в расчете на численность населения) в течение 13 лет выявлено не было ($p > 0,05$), иными словами, нельзя утверждать, что городские жители чаще болеют психическими заболеваниями, чем сельские, или наоборот.

Возрастная структура общей заболеваемости. Количество зарегистрированных психических расстройств у детей в возрасте до 14 лет с 2000 по 2012 год уменьшилось с 6728 до 5580 случаев (на 17,1%). Показатель распространенности психических расстройств у детей также снизился с 3741,9 до 2623,5 на 100 тысяч детского населения (на 29,9%). Следует подчеркнуть, что в течение 2000–2007 гг. наблюдалось постепенное снижение абсолютного количества и показателя распространенности с минимальными значениями в 2006–2007 гг., а затем увеличение изучаемых показателей к 2012 г. (прирост абсолютного числа больных к 2012 году по сравнению с 2007 годом составил 1022 человека, или 22,4%).

Количество зарегистрированных психических расстройств у подростков 15–17 лет постепенно увеличивалось с 2271 случаев в 2000 г. до 2913 в 2005 г., а затем снизилось до 1551 в 2012 г. Общее снижение количества зарегистрированных психических расстройств у подростков за 13 лет составило 46,4%. Однако показатель распространенности в расчете на 100 тысяч подросткового населения монотонно прогрессировал с 2631,5 в 2000 г. до 4319,3 в 2009 г., (+64,1%), а затем снизился до 3525,7 в 2012 году; суммарное увеличение за 13 лет составило 34%.

Общее количество зарегистрированных психических расстройств в группе взрослого населения увеличилось за 13-летний период с 25 668 до 30 085 случаев (на 17,2%). Показатель распространенности вырос с 1853,3 до 2174,6 на 100 тысяч взрослого населения, то есть на 17,3%. В группе населения в возрасте 18–19 лет за 13 лет наблюдалось значительное снижение числа больных с психическими расстройствами – с 2137 до 1310 (на 38,7%). В более старших возрастных группах отмечалось увеличение числа лиц с психическими расстройствами: в возрасте 20–39 лет с 9105 до 9329 (на 2,5%), в возрасте 40–59 лет – с 9472 до 11 094 (17,1%), и в группе людей старше 60 лет рост составил 68,6% – с 4954 до 8352 человек.

Таким образом, наиболее высоким показатель распространенности психических расстройств в ЛО оказался у подростков, несколько ниже – у детей, и самыми низким – в группе взрослого населения. Такой характер уровня распространенности психических расстройств соответствовал общероссийской ситуации. Так, по данным А.А. Чуркина и Н.А. Твороговой (2006, 2008, 2010) и Н.А. Твороговой и соавт. (2013) у детей распространенность психических расстройств в 2000 г. составила 3140,7, в 2002 г. – 3268,3, в 2004 г. – 3284,0, в 2006 г. – 3338,9, а в 2011 – 3087,2 на 100 тысяч детского населения; у подростков в 2000 г. – 3591,6, в 2002 г. – 3779,5, в 2004 г. – 4071,2, в 2006 г. – 4263,4, и в 2011 г. – 4596,1 на 100 тысяч подросткового населения; а у взрослых в 2000 г. – 2559,0, в 2002 г. – 2684,6, в 2004 г. – 2784,3, в 2006 г. – 2847,5 на 100 тысяч взрослого населения.

Состояние психического здоровья лиц молодого возраста – одна из важнейших современных медико-социальных проблем. По данным ВОЗ, депрессия как возможный предвестник суицида регистрируется в развитых странах у 35,7%

девушек и 21,0% юношей (ВОЗ, 2001). Психические расстройства являются одной из основных причин освобождения призывников от военной службы. В этом контексте более подробно был проведен анализ заболеваемости психическими расстройствами у лиц молодого возраста, проживавших на территории Ленинградской области в 2000–2009 гг. (Семенова Н.В., Лупинов И.В., 2011).

В 2000 году было зарегистрировано 2137 лиц 18–19 лет с психическими расстройствами. Из них наиболее многочисленную группу составили больные с умственной отсталостью (52,9%), 19,7% пришлось на больных с органическими заболеваниями головного мозга, 14,7% – с невротическими расстройствами, 5,5% – с шизофренией, 4,7% – с расстройствами личности и поведения, 0,9% – с аффективными психозами и 2% – с другими психическими расстройствами.

Болезненность психическими расстройствами у этой группы населения монотонно увеличивалась с 2000 по 2004 год – с 2137 до 2607 человек (+ 22% за 5 лет), а далее также монотонно снижалась до 2005 человек в 2009 году (– 23% за 5 лет). За 10 лет в целом наблюдалось небольшое снижение числа зарегистрированных больных – на 6,2%, что сложно было расценивать как определенную тенденцию.

В 2009 году диагностическая структура заболеваемости молодежи в возрасте 18–19 лет, по сравнению с 2000 годом, выглядела следующим образом: число больных с умственной отсталостью несколько снизилась, но по-прежнему занимало лидирующую позицию (49,8%), увеличилось число больных с органическими заболеваниями головного мозга (22%), с невротическими расстройствами (16,8%), с расстройствами личности (5,3%); практически вдвое снизилось число больных с шизофренией (3,3%) и на порядок – с аффективными психозами (0,1%); другие психические расстройства были зарегистрированы у 62 человек (3,1%).

Анализ диагностической структуры распространенности психических расстройств. Динамика числа больных и показателя распространенности основных групп психических расстройств у населения Ленинградской области за рассматриваемый период в структуре общей заболеваемости представлены в таблице 3.2.

Таблица 3.2 – Распространенность психических расстройств у населения Ленинградской области в 2000–2012 гг.

Группы заболеваний	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
Абсолютное число больных													
Органические расстройства (F0)	9884	10940	11338	12401	13608	14002	14448	14420	15140	16137	16115	16156	15396
Шизофрения и бредовые расстройства (F2)	6256	6308	6341	6259	6076	6219	6082	6220	6022	6338	6257	6534	6000
Аффективные расстройства (F3)	1175	1256	1170	1118	1303	1509	2709	2934	2676	2733	1787	1608	1353
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4)	3677	4401	4597	4798	5512	5898	7119	6282	6631	6788	3910	4153	4437
Поведенческие синдромы, непсихотические расстройства детского и подросткового возраста (F5, F8, F9)	3087	3370	3325	3491	3568	3531	3088	2363	2511	2540	1929	3131	3044
Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (F6)	759	743	785	805	1012	1075	832	856	923	866	535	637	476
Умственная отсталость (F7)	9829	9593	9729	9075	9102	8615	8753	8738	8364	8291	6373	7026	6470
Все психические расстройства (кроме заболеваний, вызванных употреблением ПАВ) (F0, F2-F9)	34667	36611	37285	37947	40181	40849	43031	41813	42267	43693	36906	39245	37176

Таблица 3.2 (продолжение)

Группы заболеваний	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Число больных на 100 тысяч населения													
F0	614,8	679,6	711,8	775,9	841,9	870,0	907,4	896,2	943,4	1005,6	962,1	958,8	908,3
F2	389,1	391,8	398,1	391,6	375,9	386,4	382,0	386,6	375,3	395,0	373,6	387,8	354,0
F3	73,1	78,0	73,5	69,9	80,6	93,8	170,1	182,3	166,8	170,3	106,7	95,4	79,8
F4	228,7	273,4	288,6	300,2	341,0	366,5	447,1	390,4	413,2	423,0	233,4	246,5	261,8
F5, F8, F9	192,0	209,3	208,7	218,4	220,7	219,4	193,9	146,9	156,5	158,3	115,2	185,8	179,6
F6	47,2	46,2	49,3	50,4	62,6	66,8	52,3	53,2	57,5	54,0	31,9	37,8	28,1
F7	611,4	595,9	610,8	567,8	563,1	535,3	549,7	543,0	521,2	516,7	380,5	417,0	381,7
(F0, F2-F9)	2156,2	2274,2	2340,7	2374,2	2485,8	2538,2	2702,6	2598,5	2633,9	2722,7	2204,5	2283,6	2230,2
Удельный вес в структуре всех психических расстройств, %													
F0	28,5	29,9	30,4	32,7	33,9	34,3	33,6	34,5	35,8	36,9	43,7	41,2	41,4
F2	18,0	17,2	17,0	16,5	15,1	15,2	14,1	14,9	14,2	14,5	17,0	16,6	16,1
F3	3,4	3,4	3,1	2,9	3,2	3,7	6,3	7,0	6,3	6,3	4,8	4,1	3,6
F4	10,6	12,0	12,3	12,6	13,7	14,4	16,5	15,0	15,7	15,5	10,6	10,6	11,9
F5, F8, F9	8,9	9,2	8,9	9,2	8,9	8,6	7,2	5,7	5,9	5,8	5,2	8,0	8,2
F6	2,2	2,0	2,1	2,1	2,5	2,6	1,9	2,0	2,2	2,0	1,4	1,6	1,3
F7	28,4	26,2	26,1	23,9	22,7	21,1	20,3	20,9	19,8	19,0	17,3	17,9	17,4
(F0, F2-F9)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Как видно из таблицы 3.2, за 13 лет наблюдалось практически монотонное прогрессирование количества органических психических расстройств (F00–F09) – с 9884 до 15 396 случаев, или увеличение на 55,8%. Показатель распространенности органических психических расстройств увеличился с 614,8$^{0}/_{0000}$ до 908,3$^{0}/_{0000}$ (+ 47,7%) с максимальными значениями 1005,6$^{0}/_{0000}$ в 2009 г. Удельный вес органических психических расстройств в структуре заболеваемости также увеличился – с 28,5% в 2000 году до 41,4% в 2012.

Результаты проведенного исследования (Семенова Н.В., 2010; Случевская С.Ф., Семенова Н.В., 2010; Sluchevskaya S., Semenova N., 2010, 2011) показали, что в 2000-2009 гг. распространенность сосудистых и сенильных деменций в когорте населения старше 40 лет увеличилась в 1,66 раза – с 1996 человек в 2000 году до 3310 человек в 2009 году. В расчете на численность населения показатель распространенности увеличился соответственно с 120,9$^{0}/_{0000}$ до 202,8$^{0}/_{0000}$ (в 1,68 раза). По данным А.А. Чуркина и Н.А. Твороговой (2008), аналогичный показатель по РФ в целом составил в 2005 и 2006 гг. 97,6$^{0}/_{0000}$ и 102,6$^{0}/_{0000}$ соответственно. Таким образом, распространенность деменции в Ленинградской области в 1,5–2 раза превышала общероссийский уровень.

Удельный вес сенильных и сосудистых деменций в структуре общей заболеваемости всеми психическими расстройствами в группе взрослого населения вырос с 7,8% в 2000 году до 9,1% в 2009 году. Доля деменций среди всех психических расстройств в возрастной группе 40–59 лет в 2000–2009 гг. уменьшилась с 4,1% до 3,0%, а в группе населения старше 60 лет, наоборот, возросла более чем на 10% – с 32,4% до 43,4% соответственно. При этом распространенность ранних форм деменций в группе населения 40–59 лет увеличилась в Ленинградской области за 10 лет в 1,15 раза (с 389 человек в 2000 г. до 447 в 2009 г.), а общая заболеваемость более поздними формами деменции – в группе лиц в возрасте старше 60 лет – увеличилась в 1,78 раза (с 1607 до 2863 человек соответственно).

Результаты анализа распространенности деменций среди городского и сельского населения показали, что распространенность деменций среди

городского населения стабильно в 1,4 раза превышала распространенность деменции у сельских жителей. Доля сельских жителей в общей группе больных сосудистыми и другими сенильными деменциями составляла 26-27%, а 73-74% приходилось на городских жителей. Показатель распространенности деменций у городских жителей увеличился за 10 лет на 68% – со 133,2 до 223,5 на 100 тысяч городского населения. Аналогичный показатель для сельских жителей вырос в такой же пропорции (на 69%) – с 96,2 до 162,2 на 100 тысяч сельского населения. Примечательным оказывается тот факт, что число ранних форм деменций (в возрасте 40-59 лет) среди городского населения за 10 лет не только не увеличилось, но даже незначительно уменьшилось (на 0,5%), а аналогичный показатель у сельских жителей увеличился на 78,3%. Прирост числа зарегистрированных деменций у лиц старше 60 лет оказался более выражен у городских жителей (82,5%), чем у сельских (66,7%).

За 2000–2009 гг. произошло некоторое перераспределение удельного веса мужчин и женщин в структуре общей заболеваемости деменциями. Так, если в начале XXI века деменции были представлены в популяции с одинаковой частотой у мужчин и женщин (50,4% и 49,6% соответственно), то к концу первого десятилетия наблюдается увеличение доли женщин (54,2%) и снижение доли мужчин (45,8%). Причем эта тенденция обусловлена изменениями только в когорте городского населения: в 2000 году преобладали мужчины, страдающие деменцией (52,8%), а к концу 2009 года больший удельный вес принадлежал женщинам (53,1%). Среди сельских жителей наблюдадлсь небольшое, но стабильное преобладание женщин (56,3–57,3%) над мужчинами.

Как видно из таблицы 3.2, количество зарегистрированных больных шизофренией и бредовыми расстройствами (F20–F29, F84.0–F84.4) на протяжении 13 лет существенно не менялось и составляло в среднем 6212 ± 36 человек. Показатель распространенности также оставался практически постоянным и составлял $387{,}2 \pm 2{,}4\,{}^{0}/_{0000}$, а удельный вес в структуре общей заболеваемости постепенно снижался – с 18,0% в 2000 г. до 16,1% в 2012 г.

Количество зарегистрированных аффективных расстройств (F30–F39) в период с 2000 по 2009 гг. увеличилось более чем в два раза: в 2000 г. их было зарегистрировано 1175, а в 2009 г. – 2733; таким образом, прирост составил 132,6%. Распространенность аффективных расстройств среди населения также значительно увеличилась – с 73,1$^{0}/_{0000}$ до 170,3$^{0}/_{0000}$, или на 133%. Удельный вес аффективных расстройств в структуре общей заболеваемости возрос с 3,4% в 2000 г. до 6,3% в 2009 г. Но в 2010-2012 гг. наблюдалась обратная динамика: снижение и абсолютного (до 1353 случаев) и расчетного (до 79,8$^{0}/_{0000}$) числа зарегистрированных больных с этими расстройствами, а также их удельного веса в структуре общей заболеваемости (до 3,6%). Суммарный прирост с 2000 г. по 2012 г. составил 11,9% для абсолютного числа больных, 9,2% для показателя распространенности и 5,9% – для удельного веса в структуре общей заболеваемости всеми психическими расстройствами.

Более подробно была проанализирована распространенность аффективных расстройств у населения ЛО в 2000–2009 гг. (Семенова Н.В., Незнанов Н.Г., 2011). Как уже отмечено выше, удельный вес аффективных расстройств в структуре общей заболеваемости всеми психическими расстройствами увеличился практически вдвое. В диагностической структуре наблюдалось перераспределение удельного веса аффективных психозов и непсихотических расстройств в сторону значительного увеличения доли последних. Так, если в 2000 году психозы составлял более половины (59,7%) всех аффективных расстройств, а на долю непсихотических нарушений приходилось 40,3%, то к 2009 году этот показатель составил 23,2% и 76,8% соответственно.

Распространенность аффективных психозов у населения ЛО за 10 лет постепенно снизилась на 9,8% в абсолютных значениях (с 701 человека в 2000 г. до 633 в 2009 г.) и на 10,4% в расчете на 100 тысяч населения (с 43,5$^{0}/_{0000}$ до 39,4$^{0}/_{0000}$). Аналогичная, хотя и более выраженная тенденция прослеживалась и в динамике распространенности аффективных психозов в Российской Федерации. По данным А.А. Чуркина и Н.А. Твороговой (2006, 2008, 2009), снижение этого показателя в период с 2000 по 2008 год составило 21,9% (с 31,9$^{0}/_{0000}$ до 24,9$^{0}/_{0000}$).

Болезненность непсихотическими аффективными расстройствами изменилась обратным образом: за исследуемый период в ЛО число больных увеличилось в 4,3 раза в абсолютных значениях (с 474 человек в 2000 году до 2100 человек в 2009 году) и в 4,5 раза в расчете на численность населения (с 29,4$^{0}/_{0000}$ до 130,9$^{0}/_{0000}$ соответственно). Аналогичный общероссийский показатель в период 2000–2008 гг. вырос лишь на 36,2% – с 55,8 до 76 на 100 тысяч населения.

В течение 2000–2009 гг. наблюдался значительный рост числа невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (F40–F48) – с 3677 до 6788 случаев (+ 86,4%) (Семенова Н.В., 2011; Семенова Н.В., Киселев А.С., 2011), а затем его снижение к 2012 году до 4437 случаев. Соответственно, распространенность этой группы психических нарушений увеличилась с 228,7$^{0}/_{0000}$ в 2000 году до 423,0$^{0}/_{0000}$ в 2009 году (на 85,0%), а затем снизилась к 2012 году до 261,8$^{0}/_{0000}$ (общий прирост за 13 лет составил 14,5%). Удельный вес в структуре общей заболеваемости вырос с 10,6% в 2000 до 15,5% в 2009 году, а затем снизился к 2012 году до 11,9%.

Показатели, характеризующие распространенность непсихотических и поведенческих расстройств детского и подросткового возраста, в течение 13 лет были подвержены значительным колебаниям, с пиками максимума значений в 2004–2005 гг. и минимума в 2010 году. Однако в итоге к концу 2012 года значения показателей оказались несколько ниже исходного уровня 2000 года. Так, количество зарегистрированных непсихотических и поведенческих расстройств детского и подросткового возраста (F50–F59, F80–F83, F84.5, F90–F98) уменьшилось с 3087 до 3044 случаев (–1,4%). Распространенность этих расстройств среди населения уменьшилась более значительно – с 192,0$^{0}/_{0000}$ до 176,6$^{0}/_{0000}$, или на 8%, а удельный вес среди всех психических расстройств практически не изменился – 8,9% в 2000 году и 8,2% в 2012 году.

Число расстройств зрелой личности и поведения у взрослых (F60–F69), а также распространенность этих расстройств увеличивались в 2000–2005 годах (с 759 до 1075 человек, или с 47,2$^{0}/_{0000}$ до 66,8$^{0}/_{0000}$), затем наблюдался период стабилизации этих показателей в 2006–2009 гг. и последующее критическое

снижение к 2012 году (до 476 случаев, или 28,1$^{0}/_{0000}$). Однако доля этой группы расстройств в структуре общей заболеваемости практически не менялась на протяжении 13 лет и колебалась в пределах 1,5–2,5%.

Умственную отсталость (F70–F79), доля которой в структуре общей заболеваемости в 2000 году, наряду с органическими психическими расстройствами, была максимальной и составляла 28,4%, к 2012 году стали регистрировать реже. Так, в 2000 г. было зарегистрировано 9829 больных с этим расстройством, а в 2012 году – 6470 больных. Снижение количества случаев умственной отсталости за 13-летний период составило 34,2%. Распространенность умственной отсталости также снизилась – с 611,4$^{0}/_{0000}$ до 381,7$^{0}/_{0000}$, или на 37,6%. Удельный вес этой патологии среди всех психических расстройств в 2012 году составил 17,4%, что было более чем вдвое ниже доли органических психических расстройств.

Обобщенные данные, отражающие динамику удельного веса рассматриваемых групп психических расстройств в структуре общей заболеваемости, представлены на рисунке 3.2.

Рисунок 3.2 – Удельный вес диагностических групп психических расстройств в структуре общей заболеваемости

На рисунке 3.2 видно, что органические психические расстройства обладали наибольшим удельным весом, при этом наблюдалась тенденция к его росту. Умственная отсталость занимала вторую позицию, ее доля в структуре общей заболеваемости постепенно снижалась. Доля шизофрении и бредовых расстройств обладала слабой тенденцией к снижению, несмотря на то, что распространенность как в абсолютных значениях, так и в расчете на численность населения этой группы расстройств оставалась стабильной. Удельный вес аффективных нарушений, а также невротических и личностных расстройств у взрослых имел волнообразную динамику с тенденцией к постепенному росту, а доля непсихотических и поведенческих расстройств у детей и подростков имела слабую тенденцию к снижению.

3.2 Анализ первичной заболеваемости психическими расстройствами населения Ленинградской области

В 2000–2012 гг. в Ленинградской области число больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, увеличилось с 4178 до 5686 человек, или на 36,1% (см. таблицу 3.1). Показатель первичной заболеваемости возрос с 253,0 до 359,1 в расчете на 100 тысяч населения, то есть на 41,9%. На рисунке 3.3 представлены графики первичной заболеваемости психическими расстройствами в РФ и Ленинградской области.

Согласно рисунку 3.3, в Ленинградской области, в сравнении с общероссийскими показателями, до 2009 года отмечался более низкий уровень первичной заболеваемости психическими расстройствами (на 21–26% в 2000–2003 гг., на 10–18%% в 2004–2008 гг.), а с 2010 года региональный показатель первичной заболеваемости стал превышать государственный (на 29,3% в 2010 году, на 4% в 2011–2012 гг.).

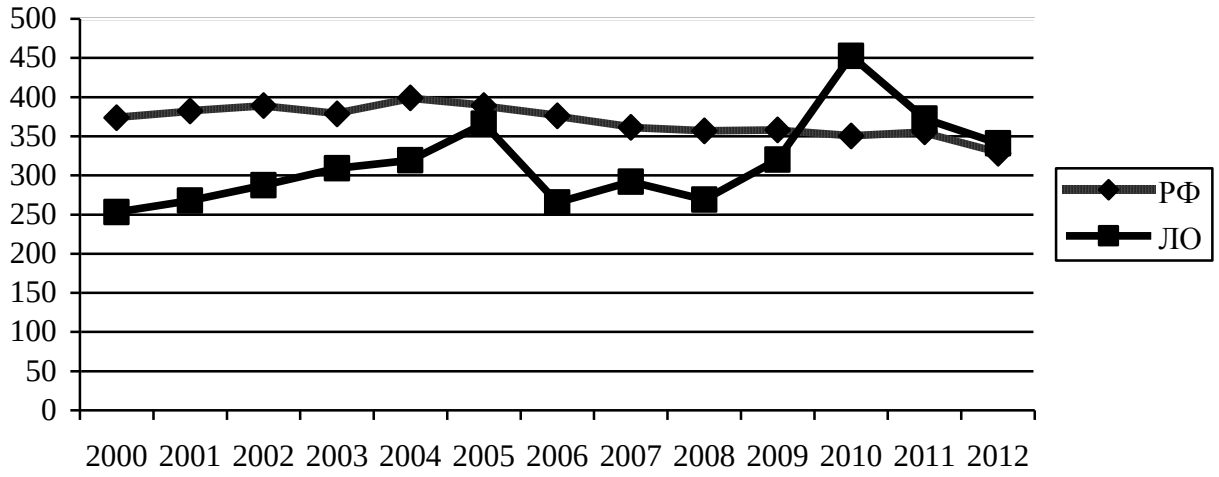

Рисунок 3.3 – Динамика первичной заболеваемости психическими расстройствами населения РФ и ЛО (на 100 000 населения)

В течение всего рассматриваемого периода отмечалось преобладание мужчин с впервые выявленными психическими расстройствами, их доля составляла 50,2–59,1%. Общее число мужчин, впервые обратившихся в психиатрические учреждения ЛО, увеличилось за 13 лет с 2396 до 3092 человек, или на 29%. Число женщин с психическими расстройствами увеличилось почти вдвое (на 45,5%) – с 1783 до 2594 человек.

Удельный вес сельских жителей среди пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни, составил 27,5–32,5%, на долю городских жителей пришлось две трети пациентов (67,5–72,5%). Число сельских жителей с выявленными впервые психическими расстройствами за 13 лет увеличилось на 57,5% – с 1260 до 1984 человек, число городских жителей – на 26,9%, с 2918 человек в 2000 году до 3702 человек в 2012 году. Первичная заболеваемость сельского населения возросла с 227,3 до 333,4 на 100 000 населения (на 46,7%). Показатель первичной заболеваемости в группе городского населения увеличился с 267,8 до 354,6 на 100 тысяч городского населения, то есть на 32,4%. Достоверных различий показателей первичной заболеваемости психическими заболеваниями у городских и сельских жителей выявлено не было ($p > 0,05$).

Возрастная структура первичной заболеваемости. Количество впервые зарегистрированных психических расстройств в группе детей в возрасте до 14 лет с 2000 по 2012 год увеличилось на 40,1% – с 1248 до 1757 (рисунок 3.4). Показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами у детей также увеличился – с 694,1 до 826,1 на 100 тысяч детского населения, или на 19%.

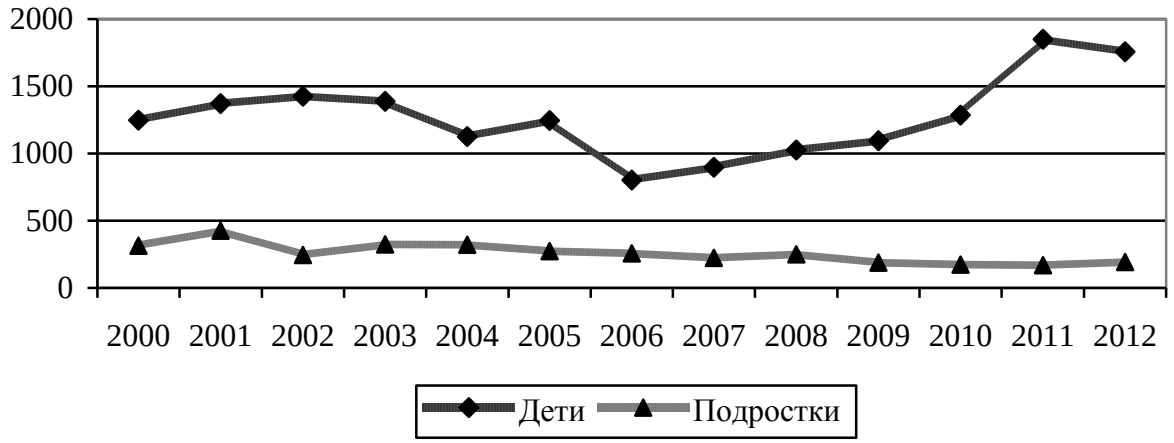

Рисунок 3.4 – Динамика количества впервые выявленных психических расстройств у детей и подростков (количество человек)

Характеризуя динамику первичной заболеваемости у детей за 13-летний период, нельзя оставить без внимания тот факт, что она была подвержена значительным колебаниям. Согласно рисунку 3.4, на протяжении 2000–2003 года отмечалось постепенное увеличение количества впервые выявленных психических расстройств до 1389 случаев, потом следовал период нелинейного существенного спада к 2006 году до 802 человек, а затем почти монотонное прогрессирование до 2011 года, когда отмечались максимальные значения – 1849 человек, и снова небольшой спад в 2012 году.

Как видно на рисунке 3.4, в группе подросткового населения регистрировалось практически монотонное снижение количества впервые выявленных психических расстройств, и динамика этого показателя носила более линейный характер, чем в группе детского населения. Снижение абсолютного числа впервые выявленных психических расстройств у подростков составило

38,9% – с 314 до 192 случаев. Однако показатель первичной заболеваемости увеличился на 23,4% – с 363,8 до 448,8 на 100 тысяч подросткового населения за счет существенного уменьшения численности подростков в последние годы (малочисленное поколение рожденных в период «демографической пропасти» 1990-х гг.).

В группе взрослого населения было отмечено увеличение числа впервые выявленных психических расстройств с 2616 до 3737 случаев, или на 42,9%. Показатель первичной заболеваемости вырос в такой же пропорции – с 188,9 до 270,1 в расчете на 100 тысяч взрослого населения, или на 43%.

В 2000 г. было зарегистрировано 307 лиц 18–19-летнего возраста, у которых были впервые выявлены психические расстройства. В 2012 г. их количество составило 129 человек, то есть произошло снижение более чем в два раза – на 58%. Среди лиц 20–39 лет количество впервые выявленных расстройств за 13 лет увеличилось – с 871 до 1049, то есть на 20,4%. В возрастной группе 40–59 лет отмечен рост этого показателя с 874 до 1213 человек (на 38,8%). В группе лиц пожилого возраста (старше 60 лет) число впервые выявленных психических расстройств увеличилось почти в два с половиной раза – с 564 до 1346 человек, или на 138,7%.

Более подробно была проанализирована первичная заболеваемость психическими расстройствами у лиц в возрасте 18-19 лет, проживавших на территории Ленинградской области в 2000-2009 гг. (Семенова Н.В., Лупинов И.В., 2011). Первичная заболеваемость у данного контингента составила в 2000 году 307 случаев, к 2009 году она снизилась до 189 случаев, или на 38,4%. В структуре первичной заболеваемости в 2000 г. наиболее многочисленной группой оказались лица с умственной отсталостью (34,9%), 22,1% составили больные с невротическими расстройствами, 20,8% – с органическими заболеваниями головного мозга, 12,4% – с расстройствами личности, 2,3% – с шизофренией и 1% – с аффективными расстройствами; на долю других психических расстройств пришлось 6,3% (из них аффективные непсихотические расстройства – 0,02%). К 2009 году структура первичной заболеваемости существенно изменилась:

наиболее многочисленную группу составили больные с аффективными непсихотическими расстройствами (22,8%), а также с невротическими расстройствами (20,1%), несколько снизилось число больных с органическими расстройствами (19,6%), число лиц с умственной отсталостью уменьшилось до 16,9%, а с расстройствами личности – увеличилось до 16,4%. Больные с шизофренией составили 3,2%, а с аффективными психозами – 1,1%.

Таким образом, в Ленинградской области уровень первичной заболеваемости наиболее высок был у детей, несколько ниже – у подростков, и наименьший – у взрослых. Такой же характер носили данные по первичной заболеваемости по России в целом. Так, показатель первичной заболеваемости у детей в РФ, по данным А.А. Чуркина и Н.А. Твороговой (2006, 2008, 2010) и Н.А.Твороговой и соавт. (2013), в 2000 году составил 628,9, в 2002 – 665,2, в 2004 – 681,6, в 2006 – 674,7, в 2011 – 585,8 на 100 тысяч детского населения, у подростков в 2000 году – 542,7, в 2002 – 558,3, в 2004 – 563,7, в 2006 – 528,1, в 2011 – 491,3 на 100 тысяч подросткового населения, а среди взрослого населения в 2000 году – 302,6, в 2002 – 319,9, в 2004 – 333,9, в 2006 – 313,1 на 100 тысяч взрослого населения России.

Анализ диагностической структуры первичной заболеваемости. Динамика абсолютного числа больных и показателя первичной заболеваемости основными группами психических расстройств населения Ленинградской области за рассматриваемый период, а также динамика удельного веса диагностических групп в структуре первичной заболеваемости представлена в таблице 3.3.

Согласно таблице 3.3, за 13-летний период наблюдалось увеличение количества впервые выявленных органических (включая симптоматических) психических расстройств (F00–F09) почти в два раза – с 1259 до 2419 случаев, или на 92,1%. Показатель первичной заболеваемости органическими психическими расстройствами увеличился с 78,3$^{0}/_{0000}$ до 142,7$^{0}/_{0000}$, или на 82,2%. Удельный вес органических психических расстройств в структуре первичной заболеваемости также увеличился – с 30,1% в 2000 году до 42,5% в 2012.

Таблица 3.3 – Первичная заболеваемость психическими расстройствами населения Ленинградской области в 2000-2012 гг.

Группы заболеваний	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
Абсолютное число больных													
Органические расстройства (F0)	1259	1269	1639	1799	2037	2510	1478	1711	1669	2057	3037	2458	2419
Шизофрения и бредовые расстройства (F2)	288	272	293	270	259	288	247	311	337	375	359	275	308
Аффективные расстройства (F3)	215	167	110	190	281	391	243	238	230	279	216	164	141
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4)	993	1335	1347	1271	1511	1602	1497	1534	1126	1325	1600	1159	1177
Поведенческие синдромы, непсихотические расстройства детского и подросткового возраста (F5, F8, F9)	658	832	922	1033	680	735	464	465	453	550	696	1171	1110
Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (F6)	121	123	63	110	103	128	89	106	88	142	132	92	67
Умственная отсталость (F7)	644	467	368	401	432	398	344	416	490	495	608	500	464
Все психические расстройства (кроме заболеваний, вызванных употреблением ПАВ) (F0, F2-F9)	4 178	4465	4742	5074	5303	6052	4362	4781	4393	5223	6648	5819	5686

Таблица 3.3 (продолжение)

Группы заболеваний	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Число больных на 100 тысяч населения													
F0	78,3	78,8	102,9	112,6	126,0	156,0	92,8	106,3	104,0	128,2	181,3	145,9	142,7
F2	17,9	16,9	18,4	16,9	16,0	17,9	15,5	19,3	21,0	23,4	21,4	16,3	18,2
F3	13,4	10,4	6,9	11,9	17,4	24,3	15,3	14,8	14,3	17,4	12,9	9,7	8,3
F4	61,8	82,9	84,6	79,5	93,5	99,5	94,0	95,3	70,2	82,6	95,5	68,8	69,4
F5, F8, F9	40,9	51,7	57,9	64,6	42,1	45,7	29,1	28,9	28,2	34,3	41,6	69,5	65,5
F6	7,5	7,6	4,0	6,9	6,4	8,0	5,6	6,6	5,5	8,8	7,9	5,5	4,0
F7	40,1	29,0	23,1	25,1	26,7	24,7	21,6	25,9	30,5	30,8	36,3	29,7	27,4
(F0, F2-F9)	253,0	267,9	287,5	309,1	319,5	366,1	265,3	291,9	269,0	333,8	452,5	351,0	359,1
Удельный вес в структуре всех психических расстройств, %													
F0	30,1	28,4	34,6	35,5	38,4	41,5	33,9	35,8	38,0	39,4	45,7	42,2	42,5
F2	6,9	6,1	6,2	5,3	4,9	4,8	5,7	6,5	7,7	7,2	5,4	4,7	5,4
F3	5,1	3,7	2,3	3,7	5,3	6,5	5,6	5,0	5,2	5,3	3,2	2,8	2,5
F4	23,8	29,9	28,4	25,0	28,5	26,5	34,3	32,1	25,6	25,4	24,1	19,9	20,7
F5, F8, F9	15,7	18,6	19,4	20,4	12,8	12,1	10,6	9,7	10,3	10,5	10,5	20,1	19,5
F6	2,9	2,8	1,3	2,2	1,9	2,1	2,0	2,2	2,0	2,7	2,0	1,6	1,2
F7	15,4	10,5	7,8	7,9	8,1	6,6	7,9	8,7	11,2	9,5	9,1	8,6	8,2
(F0, F2-F9)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Результаты проведенного исследования (Семенова Н.В., 2010; Случевская С.Ф., Семенова Н.В., 2010; Sluchevskaya S., Semenova N., 2010, 2011) показали, что первичная заболеваемость деменциями в Ленинградской области с 2000 по 2009 гг. увеличилась вдвое – с 283 до 568 случаев. В расчете на численность населения первичная заболеваемость возросла с 17,1 до 34,8 на 100 тысяч населения. Этот показатель в 2005-2006 гг. составлял 29,7-27,3 на 100 тысяч населения и превышал общероссийский показатель (22,3-22,5) в 1,2-1,4 раза.

Как показано в таблице 3.3, количество впервые зарегистрированных больных с шизофренией и бредовыми расстройствами (F20–F29, F84.0–F84.4) нелинейно прогрессировало. В 2000 г. было зарегистрировано 288 случаев, а в 2012 г. их стало уже 308, (+ 6,9% за 13 лет). Минимальные значения отмечались в 2006 году (247 человек), а максимальные – в 2009 году (375 человек). Показатель первичной заболеваемости также увеличился с 17,9$^{0}/_{0000}$ до 18,2$^{0}/_{0000}$, или на 1,7%, минимальные значения были отмечены в 2006 году (15,5$^{0}/_{0000}$), а максимальные – в 2009 году (23,4$^{0}/_{0000}$). Удельный вес шизофрении и бредовых расстройств в структуре первичной заболеваемости в течение 2000–2005 года постепенно снижался с 6,9% до 4,8%, затем к 2009 году он вырос до 7,2%, после чего снова снизился к 2012 году до 5,4%. В целом, за 13-летний период, несмотря на увеличение первичной заболеваемости шизофренией (как в абсолютных значениях, так и в расчете не численность населения), было отмечено небольшое снижение этого показателя, его колебания находились в пределах 4,8–7,7%

Количество впервые зарегистрированных аффективных расстройств (F30–F39) за 13 лет уменьшилось с 215 до 141, снижение, таким образом, составило 34,4%. Первичная заболеваемость аффективными расстройствами населения также уменьшилась – с 13,4$^{0}/_{0000}$ до 8,3$^{0}/_{0000}$, или на 38,1%. Удельный вес аффективных расстройств в структуре первичной заболеваемости снизился вдвое – с 5,1% до 2,5%.

Был проведен более подробный анализ первичной заболеваемости аффективными расстройствами населения ЛО в 2000-2009 гг. (Семенова Н.В., Незнанов Н.Г., 2011). Число впервые зарегистрированных аффективных

расстройств изменялось в течение 10 лет нелинейно, но в целом прослеживалась тенденция к возрастанию – с 215 до 279 человек (на 29,8%) в абсолютных значениях и с 13,4$^{0}/_{0000}$ до 17,4$^{0}/_{0000}$ (+ 29,9%). Удельный вес аффективных расстройств среди всех случаев впервые выявленных психических заболеваний за 10-летний период колебался в пределах 2,3-6,4%.

Первичная заболеваемость аффективными психозами в период 2000-2009 гг. у жителей ЛО монотонно возрастала с 2,6 до 5,9 случаев на 100 тысяч населения. В абсолютных значениях это увеличение произошло с 42 человек в 2000 г. до 94 человек в 2009 г. Прирост первичной заболеваемости за 10 лет составил 123,8%, то есть, количество впервые зарегистрированных аффективных психозов увеличилось более чем вдвое. Эти данные не соответствовали общероссийской ситуации, где показатель первичной заболеваемости аффективными психозами, наоборот, снизился на 36,6% – с 3,0$^{0}/_{0000}$ в 2000 г. до 1,9$^{0}/_{0000}$ в 2008 г. (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2006, 2008, 2010).

Первичная заболеваемость населения ЛО аффективными непсихотическими расстройствами возрастала нелинейно: минимальные значения регистрировались в 2001-2002 гг., а максимальное – в 2005 году. Итоговое увеличение количества за 10 лет составило 6,9% в абсолютных значениях (173 человек в 2000 г. и 184 в 2009 г.) и 7,5% в расчете на численность населения (10,7$^{0}/_{0000}$ и 11,5$^{0}/_{0000}$ соответственно). Эти данные оказались несколько ниже общероссийских показателей. Так, в 2000 г. в РФ регистрировалась первичная заболеваемость аффективными непсихотическими расстройствами на уровне 12,5$^{0}/_{0000}$, а к 2008 г. этот показатель вырос на 8% и составил 13,5$^{0}/_{0000}$ (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2006, 2008, 2010).

Согласно таблице 3.3, в 2000–2009 гг. увеличилось число впервые зарегистрированных невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (F40–F48) (Семенова Н.В., Киселев А.С., 2011; Семенова Н.В., Лупинов И.В., 2011). Их увеличение составило 18,5% – с 993 до 1177 случаев. Первичная заболеваемость психическими расстройствами этой группы увеличилась с 61,8$^{0}/_{0000}$ до 69,4$^{0}/_{0000}$, или на 12,3%. Удельный вес в структуре

первичной заболеваемости всеми психическими расстройствами за 13-летний период несколько снизился (с 23,8% до 20,7%), однако отмечались периоды существенного повышения этого показателя в 2006 и в 2007 годах – до 34,3% и 32,1% соответственно.

С 2000 г. по 2012 г. значительно увеличилось количество впервые зарегистрированных непсихотических и поведенческих расстройств детского и подросткового возраста (F50–F59, F80–F83, F84.5, F90–F98) – с 658 до 1110 случаев (на 68,7%). Первичная заболеваемость в этой группе также существенно увеличилась – с 40,9$^{0}/_{0000}$ до 65,5$^{0}/_{0000}$, или на 60%, однако удельный вес среди всех впервые выявленных психических расстройств возрос в меньшей степени – с 15,7% в 2000 году до 19,5 в 2012 г. Динамика рассматриваемых показателей отличалась волнообразным характером с максимальными значениями в 2003, 2011 и 2012 годах и минимальными – в 2006–2008 гг.

За 13 лет уменьшилось с 121 до 67 (на 44,6%) количество впервые зарегистрированных расстройств зрелой личности и поведения у взрослых (F60–F69). Первичная заболеваемость этими расстройствами также снизилась на 44,4% – с 7,2$^{0}/_{0000}$ до 4,0$^{0}/_{0000}$. Однако удельный вес расстройств зрелой личности и поведения у взрослых снизился более чем вдвое – с 2,9% в 2000 году до 1,2% в 2012 году. Динамика показателей в целом характеризовалась периодами подъема в 2005, 2009 и 2010 годах и периодами спада в 2002 и 2012 годах.

В 2000 г. было впервые зарегистрировано 644 больных умственной отсталостью (F70–F79), а в 2012 году – 464 больных. Снижение количества случаев умственной отсталости за 13-летний период составило 27,9%. Первичная заболеваемость умственной отсталостью снизилась почти на четверть – с 40,1$^{0}/_{0000}$ до 30,8$^{0}/_{0000}$, или на 23,2%. Удельный вес умственной отсталости среди всех впервые выявленных психических расстройств снизился: в 2000 году он составлял 15,4%, а в 2012 г. – лишь 8,2%.

Обобщенные данные, отражающие удельный вес рассматриваемых групп психических расстройств в структуре первичной заболеваемости, представлены на рисунке 3.5.

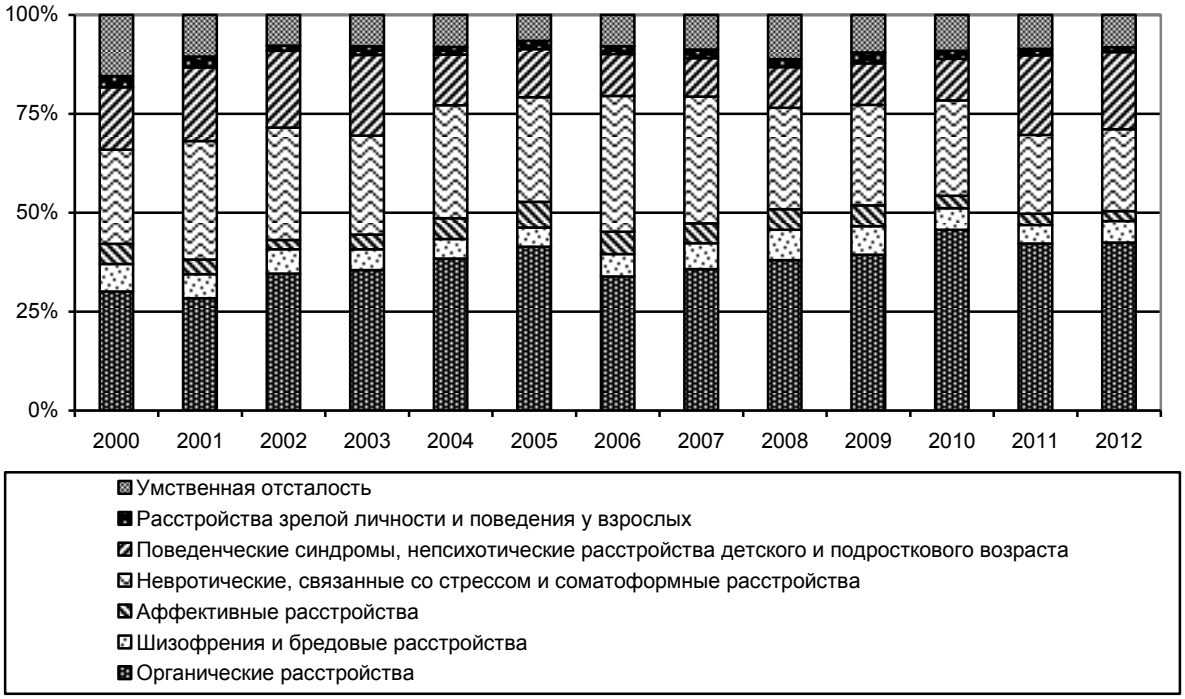

Рисунок 3.5 – Удельный вес диагностических групп психических расстройств в структуре первичной заболеваемости

В диагностической структуре первичной заболеваемости психическими расстройствами населения Ленинградской области на основании 13-летней динамики можно было выделить следующие тенденции (рисунок 3.5).

Органические психические расстройства обладали наибольшим удельным весом, при этом наблюдалась тенденция к его росту. Второе место занимали невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, удельный вес которых на протяжении 13 лет довольно значительно колебался, и в целом отмечена тенденция к его снижению.

Удельный вес непсихотических и поведенческих расстройств у детей и подростков, также как и доля умственной отсталости, в 2000 году находились на третьем месте, однако они имели разнонаправленные тенденции. Так, к 2012 году удельный вес непсихотических и поведенческих расстройств у детей и подростков вырос и приблизился к значениям невротических расстройств, продолжая оставаться на третьем месте в «ранге» диагностической структуры

первичной заболеваемости. А удельный вес умственной отсталости, наоборот, снизился почти наполовину и оказался на четвертой позиции.

Доля шизофрении и бредовых расстройств обладала слабой тенденцией к снижению нелинейного характера. Удельный вес аффективных расстройств, а также невротических и личностных нарушений у взрослых снизились за 13 лет вдвое, из них показатель удельного веса невротических и личностных нарушений у взрослых имел наименьшее значение.

Представляется важным дать характеристику заболеваемости психическими расстройствами, обусловленными эпилепсией. Следует подчеркнуть, что специальные исследования, посвященные изучению общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами у больных эпилепсией, являются достаточно редкими. По данным В. Милева и Р. Кировой (1982), распространенность психозов среди больных эпилепсией, состоящих под диспансерным наблюдением ПНД, составляет 8,2%. K.W. Bash и P. Mahnig (1984) указывали, что распространенность психозов в популяции больных эпилепсией, поступающих на стационарное лечение, достигает 60%. По данным Б.А. Казаковцева (1999), непсихотические психические расстройства или изменения личности без психоза и слабоумия регистрируются у 20,7% пациентов, страдающих эпилепсией и наблюдающихся у психиатров. Доля психозов без слабоумия составляет, по данным автора, 23,1%, психозов в сочетании со слабоумием – 41,1%, слабоумия без психоза – 10,6%.

М.Я. Киссин, анализируя почти сорокалетний опыт работы Санкт-Петербургского городского эпилептологического центра, приводит данные, свидетельствующие о прогрессивном росте психических расстройств у больных эпилепсией с 27% с середины 70-х годов XX века до 64% к 2008 г. (Киссин М.Я., Незнанов Н.Г., 2006; Киссин М.Я., 2009). Число больных с транзиторными нарушениями психической деятельности (сумеречными расстройствами сознания и эпилептическими психозами) практически не изменилось, оставаясь на уровне 1–2,5% больных эпилепсией. Существенные изменения произошли в группе больных с перманентными психическими расстройствами: больных с

эпилептическими изменениями личности за период 1990–2007 гг. стало меньше на 13%, чем было в 1970–1989 гг., а число пациентов со слабоумием уменьшилось более чем в три раза (с 23% до 7%). М.Я. Киссин подчеркивает, что в последние годы произошло значительное (в 3 раза) увеличение количества больных с транзиторными тревожными и аффективными расстройствами без выраженных изменений личности, и связывает это с патоморфозом заболевания, вследствие которого в настоящее время в клинической картине эпилепсии ведущее место занимают пограничные нервно-психические расстройства. К числу последних относятся и вторично-невротические образования, обусловленные особенностями личностного реагирования на заболевание и мало зависящие от прогредиентности эпилепсии (Киссин М.Я., 2009).

Таким образом, в последние десятилетия отмечается повышение научного интереса к психическим расстройствам при эпилепсии, особенно к группе непсихотических (транзиторных и перманентных) психических расстройств. Формируется новый подход к изучению влияния на функциональное состояние головного мозга эпилептического процесса, «маркерами» которого начинают выступать определенные психопатологические нарушения – тревожные, депрессивные, идеаторные, поведенческие, коммуникативные и т.п.

Проведенный нами анализ (Незнанов Н.Г., Громов С.А., Семенова Н.В., 2010; Незнанов Н.Г., Семенова Н.В., Киселев А.С., 2010; Семенова Н.В., Киселев А.С., 2010) позволяет сделать вывод, что распространенность и первичная заболеваемость психическими расстройствами, обусловленными эпилепсией, в Ленинградской области в 2000–2009 гг. в целом соответствовали общероссийским показателям (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2006, 2008). Однако заболеваемость эпилептическими психозами в 1,5–1,8 раз превышала общероссийские показатели, а распространенность непсихотических психических расстройств была в 1,2–1,8 раза ниже общих показателей по стране (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2006, 2008).

Темпы роста общей и первичной заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами при эпилепсии в Ленинградской области существенно отставали от общероссийских показателей. Это могло быть

обусловлено тем, что, с одной стороны, в последние годы больные эпилепсией наблюдались в большей степени неврологами, которые недостаточно выявляли пограничные психические расстройства, а с другой стороны, недостаточным вниманием врачей-психиатров, прежде всего, амбулаторного звена к этой группе психических нарушений. В этой связи представляется целесообразным усиление психообразовательной работы среди больных, ориентация их на консультативно-лечебную помощь со стороны ПНД и психиатрических кабинетов, в результате чего существенная доля больных эпилепсией, страдающих пограничными расстройствами, может получать адекватную и своевременную помощь.

Снижение изучаемых показателей в Ленинградской области в 2006–2009 гг. могло быть также обусловлено активной работой Областного эпилептологического центра. Врачи центра старались брать под наблюдение больных на ранних этапах развития эпилепсии, а также использовать современные методы диагностики и фармакотерапии, что позволило осуществлять более успешную профилактику психических расстройств.

Однако эта тенденция может отражать и негативные стороны оказания психоневрологической помощи населению Ленинградской области: низкая выявляемость психических расстройств (особенно аффективных и личностных) у больных с эпилепсией, недостаточная профессиональная информированность неврологов общесоматической сети и врачей-психиатров ПНД об особенностях клиники и терапии психических расстройств при эпилепсии, а также несвоевременная диагностика этих расстройств. Все это говорит о необходимости дополнительной специализации по эпилептологии врачей психиатрических кабинетов и ПНД, неврологов, более широкого внедрения послевузовских образовательных программ и циклов профессионального усовершенствования в области эпилептологии.

Таким образом, в Ленинградской области за период 2000–2012 гг. было выявлено увеличение как числа зарегистрированных психических расстройств, так и показателей болезненности и первичной заболеваемости в расчете на численность населения, что соответствовало общемировой (ВОЗ, 2001) и

российской (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2006, 2008, 2010; Социально-значимые заболевания населения России: статистические материалы, 2010, 2011, 2012) ситуации. В структуре общей и первичной заболеваемости психические расстройства преобладали у мужчин. Более 2/3 случаев психических расстройств пришлось на долю городского населения, хотя показатели заболеваемости из расчета на численность населения у городских и сельских жителей достоверно не различались. Наиболее высокими показатели распространенности и первичной заболеваемости в Ленинградской области оказались у детей и подростков, более низкими – в группе взрослого населения. Такой характер распространенности психических расстройств в возрастных группах соответствовал общероссийской ситуации.

В диагностической структуре болезненности психическими расстройствами населения Ленинградской области на основании 13-летней динамики были определены следующие тенденции. Органические психические расстройства обладали наибольшим удельным весом, при этом наблюдалась тенденция к его постоянному росту. Умственная отсталость занимала вторую позицию, ее доля в структуре общей заболеваемости постепенно снижалась.

Доля шизофрении и бредовых расстройств обладала слабой тенденцией к снижению, несмотря на то, что распространенность как в абсолютных значениях, так и в расчете на численность населения этой группы расстройств оставалась стабильной.

Удельный вес аффективных нарушений, а также невротических и личностных расстройств у взрослых имел волнообразную динамику с тенденцией к постепенному росту, а доля непсихотических и поведенческих расстройств у детей и подростков имела слабую тенденцию к снижению.

Диагностическая структура первичной заболеваемости характеризовалась следующими особенностями. Органические психические расстройства обладали наибольшим удельным весом, при этом наблюдалась тенденция к его росту.

Второе место занимали невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, удельный вес которых на протяжении 13 лет

довольно значительно колебался, и в целом наблюдалась тенденция к его снижению.

Удельный вес непсихотических и поведенческих расстройств у детей и подростков и доля умственной отсталости имели разнонаправленные тенденции: рост удельного веса непсихотических и поведенческих расстройств у детей и подростков и снижение почти вполовину удельного веса умственной отсталости. Доля шизофрении и бредовых расстройств обладала слабой тенденцией к снижению. Удельный вес аффективных расстройств, а также невротических и личностных нарушений у взрослых снизились на протяжении 13 лет вдвое, из них показатель удельного веса невротических и личностных нарушений у взрослых имел наименьшее значение.

3.3 Прогноз динамики заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения населения Ленинградской области до 2020 года

С целью оценки динамики заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения были произведены расчеты прогнозов этого показателя на период до 2020 года. Все прогнозы были сделаны при помощи построенных моделей линейной регрессии, в которых в качестве предиктора было использовано значение календарного года, в качестве зависимой переменной – соответствующий показатель.

Источниками данных и прогнозных значений численности населения Российской Федерации и Ленинградской области послужили: бюллетень «Предположительная численность населения Российской Федерации», выпускаемый Федеральной службой государственной статистики (2010); статистический сборник «Демографический ежегодник России» за 2010 год; а также статистические материалы официального сайта Федеральной службы государственной статистики (http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat). Прогноз

численности населения Российской Федерации (средний вариант), который использовался при расчете прогноза заболеваемости, приведен в Приложении А.

Регрессионный анализ был проведен в предположении, что значения заболеваемости зависят только от времени (год, поскольку исследуемые показатели рассчитывались за такой период). Были построены линейные модели по данным с 2000 по 2009 годы. Характеристики моделей: величина R^2 показывает, на сколько процентов изменчивость зависимой переменной объясняется изменчивостью предиктора, b_0 – свободный член, b_1 – коэффициент при предикторе. Уравнение линейной регрессии: $Y = b_0+b_1*X$, где Y – зависимая переменная, X – предиктор. Параметры построенных регрессионных моделей приведены в таблице 3.4.

Были рассчитаны прогнозные значения показателей общей и первичной заболеваемости для Российской Федерации и Ленинградской области на период с 2010 по 2020 годы, включая 95% доверительные интервалы (см. Приложение Б). Для показателей общей и первичной заболеваемости на 100 тысяч населения прогнозные значения были рассчитаны двумя способами. Для первого способа были взяты официальные прогнозы численности населения, и прогнозные значения общей и первичной заболеваемости в расчете на численность населения были рассчитаны как отношение прогнозных значений абсолютных показателей заболеваемости, полученным по построенным моделям, к официальным прогнозным значениям численности населения, в пересчете на 100 тысяч человек.

Для второго способа прогнозирования показателей заболеваемости в расчете на численность населения были использованы построенные модели для приведенных показателей. Результаты первого и второго способов различались недостоверно (см. Приложение Б), поэтому в дальнейшем при анализе использовался результат второго способа прогнозирования.

Как показано в таблице 3.4, при построении моделей линейной регрессии прогнозировалось снижение значений первичной заболеваемости в РФ как в абсолютных значениях, так и в расчете на 100 тысяч населения (все параметры моделей статистически значимы).

Таблица 3.4 – Результаты регрессионного анализа: динамика показателей общей и первичной заболеваемости (по данным 2000-2009 гг.)

Показатель	b_0	$p(b_0)$	b_1	$p(b_1)$	R^2
Общая заболеваемость в ЛО	-1896464,006	**0,000**	965,976	**0,000**	0,925
Первичная заболеваемость в ЛО	-88795,370	0,510	46,721	0,488	0,062
Общая заболеваемость в РФ	-56217117,83	**0,001**	30118,079	**0,001**	0,791
Первичная заболеваемость в РФ	11621906,115	**0,009**	-5529,139	**0,012**	0,567
Общая заболеваемость в ЛО на 100 тыс. населения	-133140,353	**0,000**	67,621	**0,000**	0,942
Первичная заболеваемость в ЛО на 100 тыс. населения	-7550,897	0,359	3,913	0,341	0,113
Общая заболеваемость в РФ на 100 тыс. населения	-54393,744	**0,001**	28,579	**0,000**	0,850
Первичная заболеваемость в РФ на 100 тыс. населения	7471,822	**0,022**	-3,540	**0,027**	0,525
Психозы и слабоумие, общая заболеваемость в ЛО	-592885,970	**0,000**	304,321	**0,000**	0,951
Непсихотические расстройства, общая заболеваемость в ЛО	-1303578,036	**0,000**	661,655	**0,000**	0,832
Психозы и слабоумие, общая заболеваемость в ЛО на 100 тыс. населения	-37125,127	**0,000**	19,053	**0,000**	0,925
Непсихотические расстройства, общая заболеваемость в ЛО на 100 тыс. населения	-81495,819	**0,000**	41,362	**0,000**	0,828
Психозы и слабоумие, первичная заболеваемость в ЛО	-151980,764	**0,002**	76,545	**0,002**	0,731
Непсихотические расстройства, первичная заболеваемость в ЛО	63185,394	0,546	-29,824	0,568	0,042
Психозы и слабоумие, первичная заболеваемость в ЛО на 100 тыс. населения	-9483,591	**0,002**	4,776	**0,001**	0,738
Непсихотические расстройства, первичная заболеваемость в ЛО на 100 тыс. населения	3914,878	0,544	-1,847	0,565	0,043

Примечание: жирным шрифтом выделены статистически значимые уравнения.

Отмечался рост значений первичной заболеваемости в ЛО как в абсолютных значениях, так и на 100 000 населения, однако этот рост был статистически незначим. Статистически незначимо снизился и показатель первичной заболеваемости непсихотическими расстройствами в ЛО как в абсолютных значениях, так и на 100 тыс. населения. Остальные показатели за имеющийся период имели устойчивый рост, построенные регрессионные модели статистически значимы, прогнозные значения также имели положительную динамику (см. Приложение Б, таблицу 3.4 и рисунки 3.6–3.13).

Графики динамики общей заболеваемости психическими расстройствами в РФ и в ЛО (в абсолютных значениях) приведены на рисунках 3.6 и 3.7.

Как видно из рисунков 3.6 и 3.7, была определена тенденция к росту заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами как в целом по России, так и в ЛО. В соответствии с рассчитанным прогнозом, общая заболеваемость в России к 2020 году вырастет по сравнению с 2009 годом на 10% (до 4 621 402 ± 198 784 человек), а в ЛО более значительно – на 25%, и составит 54 808 ± 3 541 человек.

Расчетный прогноз общей заболеваемости в относительных значениях (в расчете на численность населения) представлен на рисунке 3.8.

Согласно рисунку 3.8, распространенность психических расстройств в расчете на численность населения в Ленинградской области будет постепенно приближаться к общероссийскому уровню, к 2017 году показатели сравняются (3250 ± 175 случаев на 100 000 населения), а к 2020 году показатель общей заболеваемости в Ленинградской области (3454 ± 215,5 случаев на 100 000 населения) превысит общероссийский уровень (3336 ± 163,5 случаев на 100 000 населения) на 3,4%.

Более детальный анализ распространенности психических расстройств в ЛО представлен на рисунке 3.9. Оценивался прогноз по двум группам – группа психозов и состояний слабоумия и группа непсихотических психических расстройств.

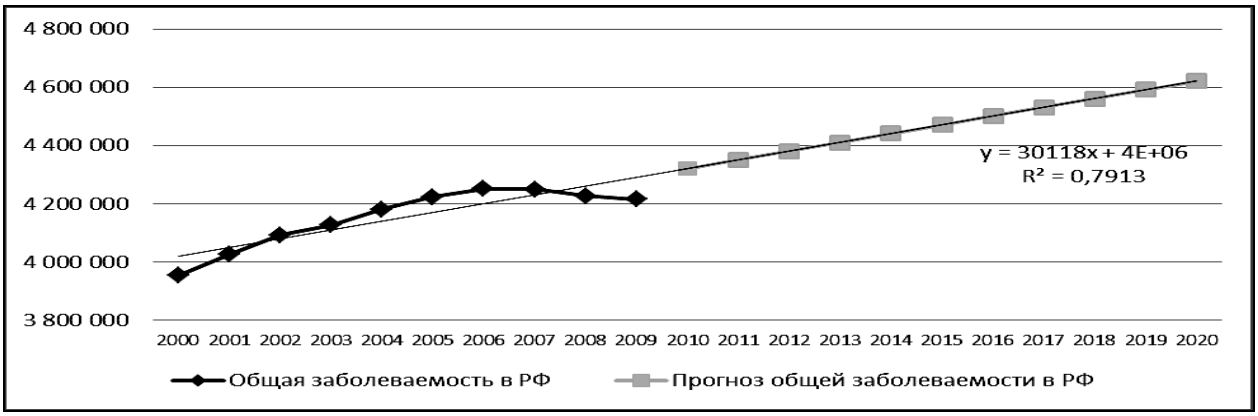

Рисунок 3.6 – Общая заболеваемость в РФ (количество человек). Данные (2000-2009 гг.) и прогноз (2010-2020 гг.)

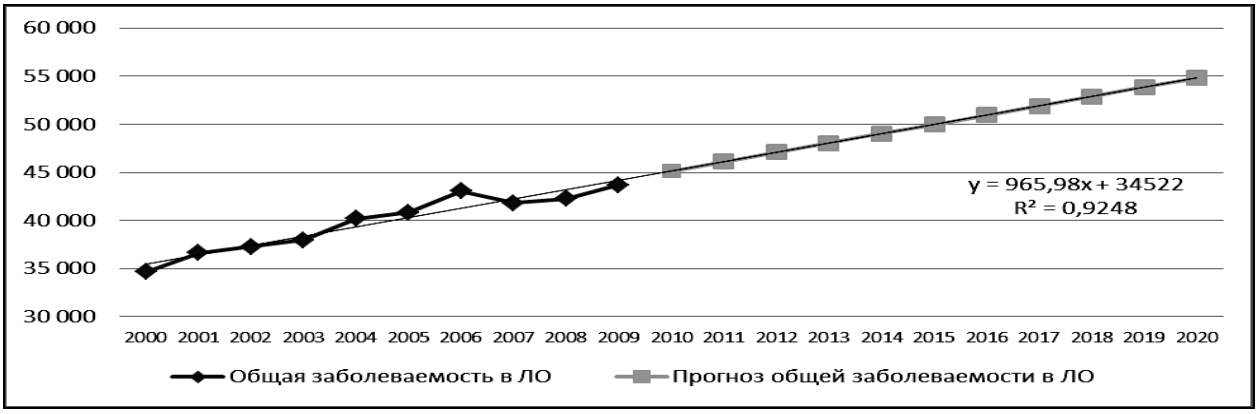

Рисунок 3.7 – Общая заболеваемость в ЛО (количество человек). Данные (2000-2009 гг.) и прогноз (2010-2020 гг.)

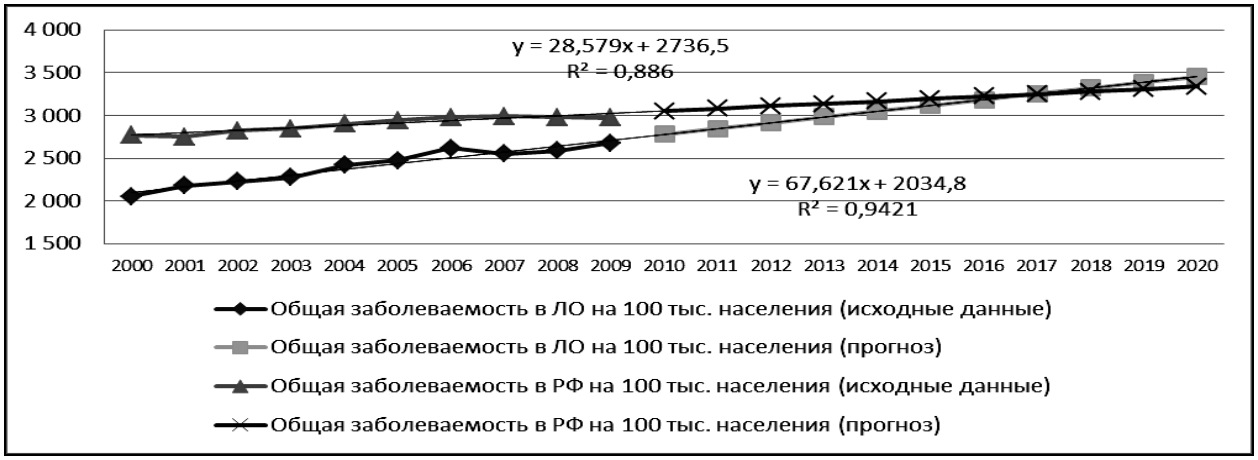

Рисунок 3.8 – Общая заболеваемость в РФ и ЛО (на 100 000 населения). Данные (2000-2009 гг.) и прогноз (2010-2020 гг.)

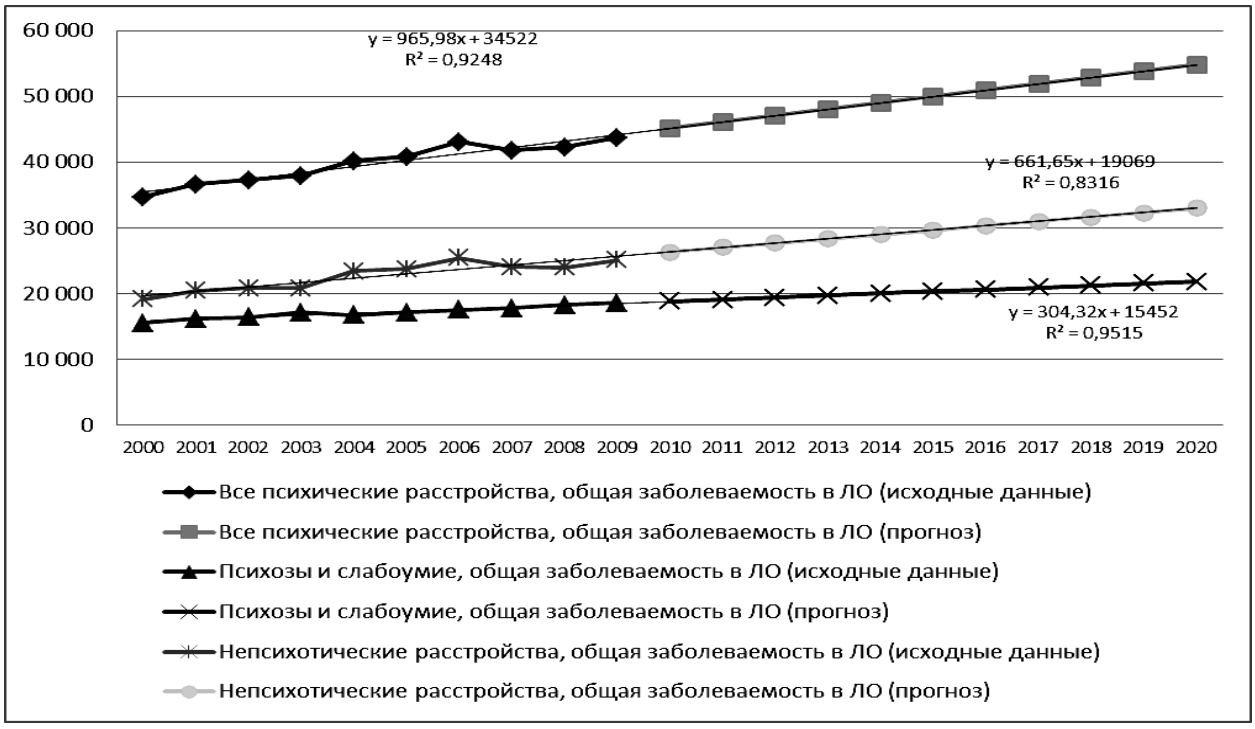

Рисунок 3.9 – Распространенность психических расстройств в ЛО (количество человек). Данные (2000-2009 гг.) и прогноз (2010-2020 гг.)

Согласно рисунку 3.9, увеличение распространенности психических расстройств к 2020 году ожидается в большей степени за счет роста числа непсихотических психических расстройств: с 25 125 случаев в 2009 г. до 32 964 ± 3827 в 2020 году (+ 31%). А прирост общей заболеваемости психозами и слабоумием, по прогнозным оценкам, составит лишь 13% – с 18 568 случаев в 2009 г. до 20 960 ± 883 в 2020 году.

Графики динамики первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами в Российской Федерации и в Ленинградской области (в абсолютных значениях) приведены на рисунках 3.10 и 3.11. Как видно из рисунка 3.10, первичная заболеваемость психическими расстройствами в России в течение последних 10 лет характеризовалась нелинейной динамикой с подъемом начиная с 2000 г. до максимальных значений 569 253 человека в 2004 году, затем постепенным снижением до минимального значения 506 906 человек в 2008 году и небольшим последующим ростом до 508 421 человека в 2009 году. Построенный по этим значениям прогноз показывает, что в период 2010–2020 гг.

ожидается снижение первичной заболеваемости до 453 045 ± 62 134 человек к 2020 году, что меньше значений 2009 года (508 421 человек) на 11% (все параметры моделей статистически значимы, $p < 0,05$).

В Ленинградской области (рисунок 3.11), несмотря на нелинейный характер кривой первичной заболеваемости, прослеживается более четкая тенденция к росту этого показателя. Расчеты прогноза также показывают увеличение первичной заболеваемости к 2020 году до 5581±2335 человек, что превысит значения 2009 года, однако этот рост показателей оказался статистически незначим ($p > 0,05$).

Рисунок 3.10 – Первичная заболеваемость в РФ (количество человек). Данные (2000-2009 гг.) и прогноз (2010-2020 гг.)

Рисунок 3.11 – Первичная заболеваемость в ЛО (количество человек). Данные (2000-2009 гг.) и прогноз (2010-2020 гг.)

Для сравнения ситуации в РФ и ЛО, данные по первичной заболеваемости в расчете на численность населения представлены на рисунке 3.12.

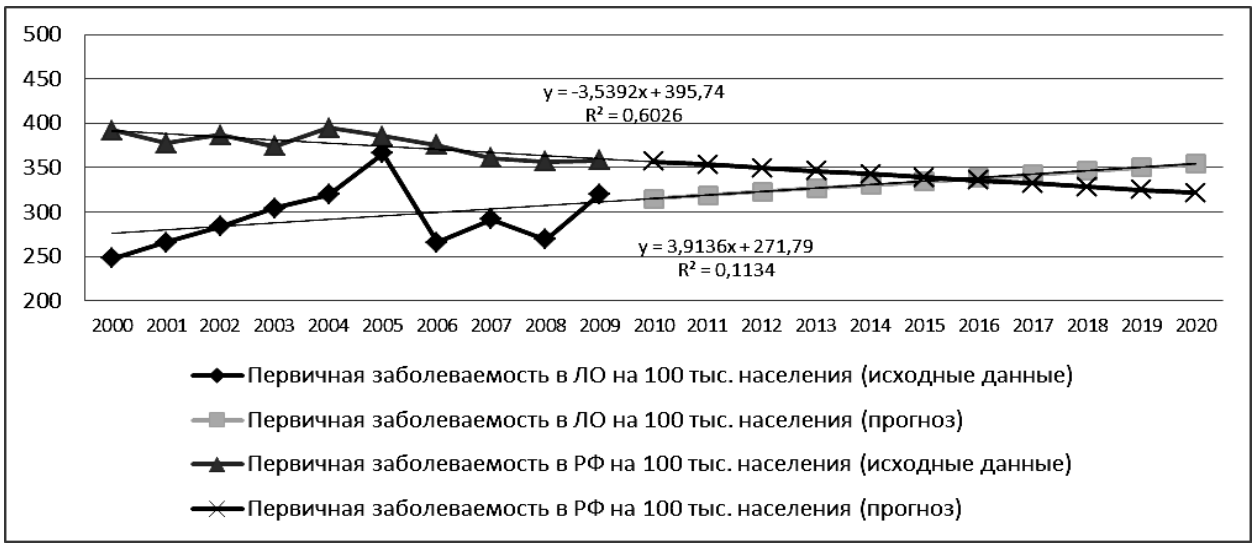

Рисунок 3.12 – Первичная заболеваемость в РФ и ЛО (на 100 000 населения). Данные (2000-2009 гг.) и прогноз (2010-2020 гг.)

Как показано на рисунке 3.12, динамика первичной заболеваемости в расчете на численность населения, также как и показателей в абсолютных значениях, в России и Ленинградской области характеризуется разнонаправленными тенденциями. По прогнозным оценкам, первичная заболеваемости в РФ будет постепенно снижаться, достигая к 2020 году значения 321±46 случаев на 100 тысяч населения, что ниже уровня 2009 года ($358{,}3\,^{0}/_{0000}$) на 10% (все параметры моделей статистически значимы, $p < 0{,}05$). В Ленинградской области, наоборот, возможно увеличение этого показателя до 353±141 случаев на 100 тыс. населения, что превысит уровень 2009 года ($320\,^{0}/_{0000}$) на 10%, однако эти данные не являются статистически значимыми ($p > 0{,}05$). Тем не менее, по результатам прогнозных оценок можно предполагать, в 2015–2016 гг. показатели первичной заболеваемости в РФ и ЛО будут находиться на сходном уровне.

Динамика показателей первичной заболеваемости в Ленинградской области была проанализирована более детально – были построены графики прогноза

первичной заболеваемости психозами и слабоумием и непсихотическими психическими расстройствами (рисунок 3.13).

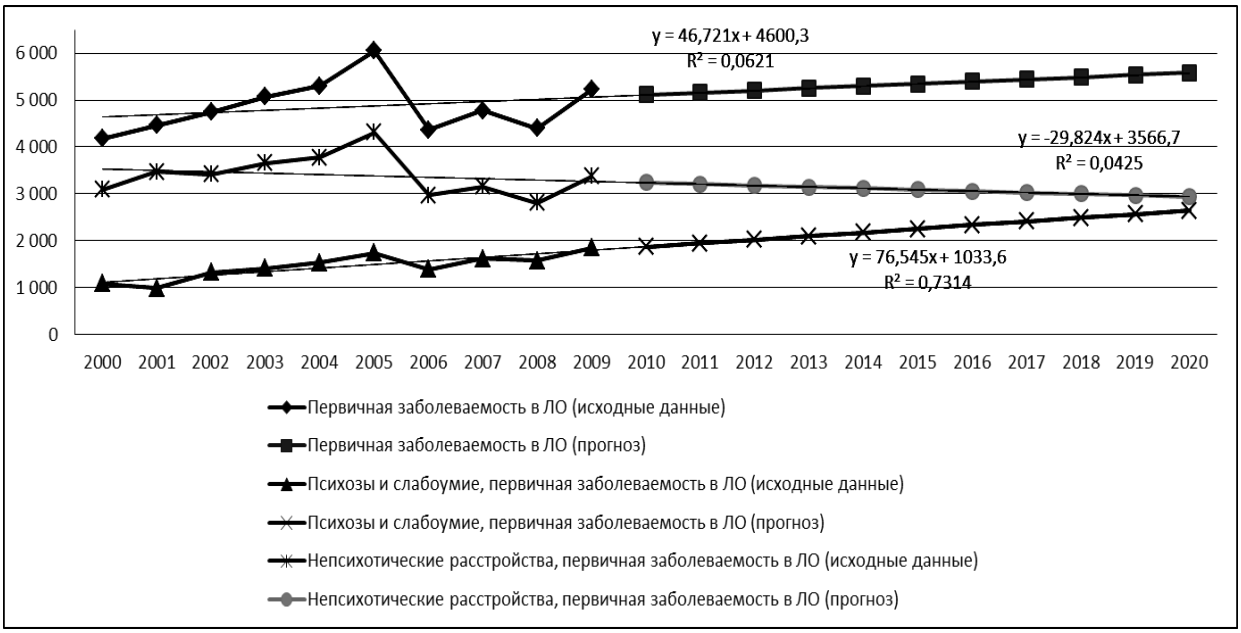

Рисунок 3.13 – Первичная заболеваемость психическими расстройствами в ЛО (количество человек). Данные (2000-2009 гг.) и прогноз (2010-2020 гг.)

Согласно рисунку 3.13, первичная заболеваемость всеми психическими расстройствами в Ленинградской области в большей степени была подвержена колебаниям за счет группы непсихотических расстройств. Статистически незначимо снизился показатель первичной заболеваемости непсихотическими расстройствами в ЛО как в абсолютных значениях, так и на 100 тыс. населения.

Следует подчеркнуть, что расчеты прогноза первичной заболеваемости непсихотическими расстройствами не являлись статистически значимыми, в отличие от группы психотических расстройств, где все параметры модели были статистически значимы и обнаруживали устойчивую тенденцию к росту. Так, по расчетным данным, количество впервые зарегистрированных психозов к 2020 году (2641 ± 596 человек) превысит показатель 2009 года на 42,5%. По-видимому, показатель первичной заболеваемости непсихотическими расстройствами более подвержен колебаниям за счет различных социальных, экономических,

миграционных и других факторов, которые не учитывались при построении данной математической модели.

Ниже, в таблице 3.5 приведены данные по общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами в России и Ленинградской области в 2010–2012 гг. в сравнении с прогнозными оценками.

Таблица 3.5 – Заболеваемость психическими расстройствами в сравнении с прогнозом (на 100 000 человек)

Год	Российская Федерация		Ленинградская область	
	Прогнозная оценка	Фактические данные[1]	Прогнозная оценка	Фактические данные[2]
Общая заболеваемость				
2010	2990 – 3111	2941,1 (↓)	2694 – 2863	2204,5 (↓)
2011	3009 – 3150	2894,4 (↓)	2749 – 2943	2283,6 (↓)
2012	3028 – 3188	2858,6 (↓)	2804 – 3024	2230,2 (↓)
Первичная заболеваемость				
2010	340 – 374	350,4	259 – 370	452,5 (↑)
2011	334 – 373	355,8	255 – 382	351,0
2012	327 – 372	328,3	251 – 394	359,1

Примечание: (↓) – ниже прогнозных значений; (↑) – выше прогнозных значений.

Согласно таблице 3.5, фактические значения общей заболеваемости и в Российской Федерации, и в Ленинградской области оказались в последние годы ниже прогнозируемых, в то время как показатели первичной заболеваемости укладывались в диапазон прогностических оценок и даже в 2010 году в Ленинградской области превышали верхнюю границу этого диапазона.

[1] Социально значимые заболевания населения России в 2012 году (статистические материалы). – М.: ФГБУ ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 2013.
[2] То же.

И.А. Митихиной с коллегами (2012) на основании системного, корреляционного и регрессионного анализа были разработаны эпидемиологические модели, связывавшие показатели болезненности и заболеваемости с основными медико-демографическими и социально-экономическими факторами. В частности, было доказано, что фактор депопуляции населения приводит к росту болезненности психическими расстройствами (на качественном уровне, по мнению авторов, этот эффект можно интерпретировать как «стресс депопуляции»), что и наблюдалось в период первого десятилетия XXI века. А стабилизация и, особенно, рост численности населения (т.е. ослабление «стресса депопуляции»), что и происходит в России в последние годы, приводит к уменьшению болезненности психическими расстройствами (Митихина И.А. и др., 2012).

Для показателя первичной заболеваемости, по мнению авторов, наиболее значимыми факторами являются число должностей психиатров и особенно психотерапевтов на 100 тысяч населения, а также смертность населения и отношение средней пенсии к среднему доходу. Исходя из предложенной модели (Митихина И.А. и др., 2012), наблюдаемый рост первичной заболеваемости, скорее всего, связан с увеличением числа врачей-психиатров и психотерапевтов (анализ штатной численности медицинских работников психиатрической службы Ленинградской области будет приведен в главе 5.

Таким образом, расчет прогностических оценок позволяет предполагать в Ленинградской области к 2020 году рост показателей общей и первичной заболеваемости, что требует проведения определенных изменений в организации психиатрической помощи населению. При этом предполагается, что увеличение количества случаев психических расстройств у населения в большей степени будет зависеть от непсихотических форм психической патологии. Эти данные будут учитываться при разработке региональной модели оказания психиатрической помощи населению Ленинградской области (см. главу 8).

ГЛАВА 4. АНАЛИЗ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО СОСТАВА БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

4.1 Медико-демографическая характеристика пациентов психиатрических больниц

В условиях модернизации здравоохранения большое внимание уделяется проблемам оказания психиатрической помощи населению и, в частности, реструктуризации стационарной психиатрической помощи. Оптимизация сети стационарных психиатрических учреждений имеет своей целью обеспечение гарантированного объема бесплатной специализированной медицинской помощи населению. Для решения этих задач немаловажное значение имеет информация о потребностях населения в стационарной психиатрической помощи, уровне госпитализации, а также о медико-демографических характеристиках контингента стационарных больных.

Было проведено исследование структуры и особенностей контингента больных с психическими расстройствами, госпитализированных в психиатрические стационары Ленинградской области, а также состояния и проблем стационарной психиатрической помощи в регионе (Семенова Н.В., 2011, 2012). В последние годы уровень госпитализации больных в психиатрические стационары РФ снизился, что было связано с развитием стационарзамещающих технологий и сокращением коечного психиатрического фонда. С 2000 по 2009 год коечный фонд в РФ сократился на 11% – с 172 394 до 153 687 коек (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2006, 2010). Снижение числа госпитализируемых больных в РФ носило медленный, но неуклонный характер и составило за 10 лет в абсолютных значениях 5,3% (в 2000 году было госпитализировано 675,7 тысяч человек, а в 2009 году 639,9 тысяч) и 2,7% в расчете на численность населения (показатель

госпитализации уменьшился с 464,1 до 451,3 на 100 000 населения) (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2006, 2010).

Аналогичная тенденция прослеживалась и в ЛО (Семенова Н.В., 2011), где уровень госпитализации больных с психическими расстройствами с 2000 по 2012 год уменьшился на 15,7% в абсолютных значениях (с 5607 человек в 2000 г. до 4728 в 2012 г.) и на 13,6% в расчете на численность населения – с 348,2$^{0}/_{0000}$ до 300,8$^{0}/_{0000}$ соответственно (в РФ аналогичный показатель в 2012 году составил 448,8$^{0}/_{0000}$). В то же время, ежегодные показатели уровня госпитализации в психиатрические стационары ЛО оказывались на 22–38% ниже общероссийских, а в расчете на численность населения эта разница составляла порядка 110$^{0}/_{0000}$–150$^{0}/_{0000}$ (рисунок 4.1).

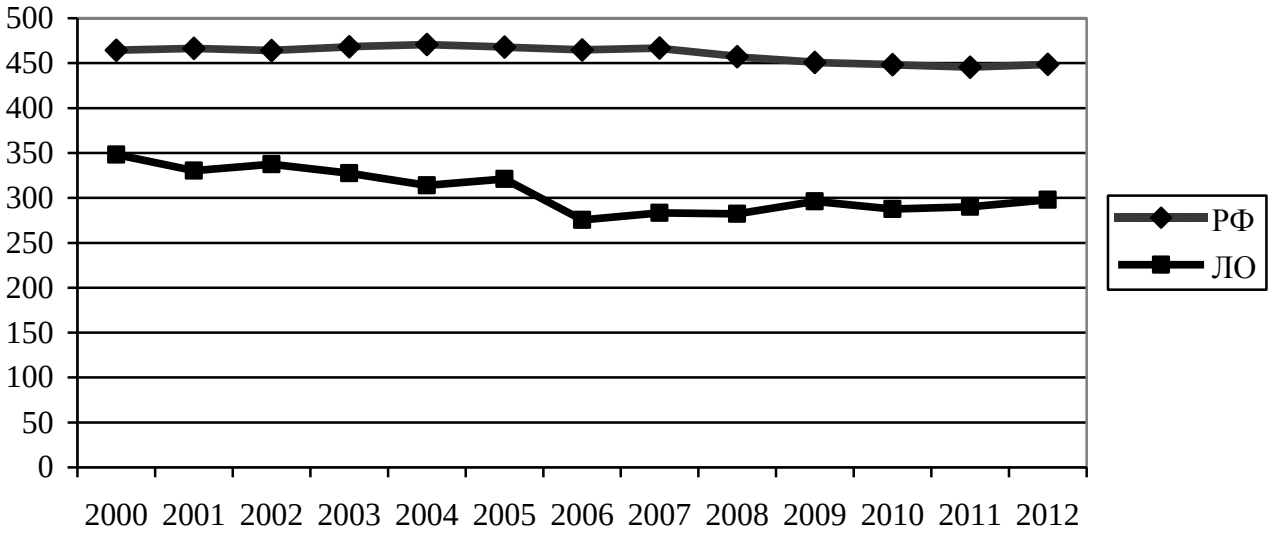

Рисунок 4.1 – Динамика показателей госпитализации психически больных в РФ и ЛО (на 100 000 населения)

В группе взрослого населения ЛО число госпитализированных больных снизилось за 13 лет с 4606 до 4420 человек (на 4,2%). Соответственно, уровень госпитализированной заболеваемости снизился на 4,6% – с 343,1$^{0}/_{0000}$ до 326,8$^{0}/_{0000}$. В группах детей и подростков уменьшение числа госпитализированных больных было выражено в гораздо большей степени. Так, в группе подростков 15–17 лет число госпитализированных снизилось за 13 лет в пять раз (на 80,5%) –

с 621 до 121 человек. Однако в расчете на численность населения показатель госпитализации снизился в меньшей степени – на 62,5% (с 754,4$^{0}/_{0000}$ до 281,4$^{0}/_{0000}$), поскольку с 2000 по 2012 год численность подростков, проживавших на территории Ленинградской области, сократилась почти вдвое – с 83 тысяч до 43 тысяч человек.

В группе детей в возрасте до 14 лет также наблюдалась существенная тенденция к снижению числа госпитализаций. Это снижение составило за 13 лет 50,8% – с 380 до 187 человек, а в расчете на численность населения еще больше – 57,7% (с 208 до 88 человек на 100 000 детского населения), поскольку количество детей к концу десятилетия увеличилось на 17% – со 182 тысяч до 213 тысяч.

Более подробно была проанализирована структура госпитализированной заболеваемости в 2000–2009 гг. (Семенова Н.В., 2011). На рисунке 4.2 отражено, как изменялась доля госпитализированных городских и сельских жителей в эти годы.

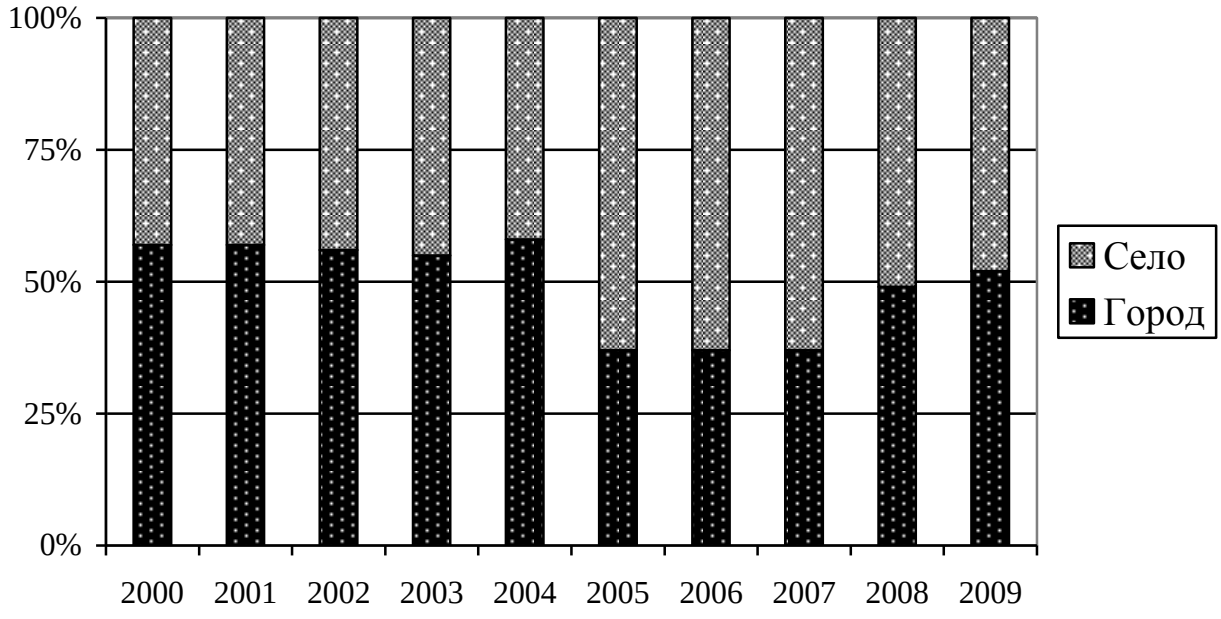

Рисунок 4.2 – Доли городских и сельских жителей среди всех госпитализированных больных (%)

Как показано на рисунке 4.2, в период 2000–2004 гг. в общем контингенте госпитализированных больных преобладали городские жители. В дальнейшем, в 2005–2007 гг. преобладали сельские жители, а в 2008–2009 гг. городские и сельские жители были представлены практически в равных долях. Однако, в расчете на численность населения, сельские жители лечились стационарно в 1,5–3,5 раза чаще, чем городские. Так, в 2000 году число госпитализированных сельских жителей составляло 6,39 на 1000 сельского населения, а городских – 4,21 на 1000 городского. К 2009 году эти показатели достигли значений 4,92 на 1000 сельского и 2,67 на 1000 городского населения соответственно. Наибольший дисбаланс показателей наблюдался в 2005 году, когда число госпитализированных сельских жителей в 3,5 раза превышало число городских – 7,30 случаев на 1000 сельского населения и 2,11 случаев на 1000 городского населения соответственно.

Эти данные позволяют предполагать более низкую доступность амбулаторной психиатрической помощи сельским жителям, и связанную с этим их более низкую обращаемость в психоневрологические диспансеры и кабинеты. Очевидно, что у жителей городов, имевших возможность на более ранних этапах развития психического расстройства получить в амбулаторных условиях специализированную помощь, а также после выписки из психиатрического стационара – наблюдаться и лечиться у психиатра амбулаторно, реже развивались состояния, требовавшие стационарного лечения. Территориальные особенности расположения психиатрических учреждений в регионе (подробное описание будет дано в главе 5) привели к тому, что в ряде случаев специализированная психиатрическая помощь населению сельских районов оказалась малодоступной.

В таблице 4.1 приведены данные о количестве госпитализированных больных по поводу различных диагностических групп психических расстройств в Ленинградской области в 2000–2009 гг., а также удельный вес различных диагностических групп психических расстройств в структуре всех госпитализированных больных (Семенова Н.В., 2011).

Таблица 4.1 – Динамика числа больных, госпитализированных в психиатрические стационары Ленинградской области

Группы расстройств	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**
Все психические расстройства										
абс. число, человек	5607	5319	5374	5233	5076	5170	4387	4560	4528	4830
на 1000 населения	3,48	3,30	3,37	3,27	3,14	3,21	2,76	2,83	2,82	3,01
Органические заболевания, включая симптоматические (соматогенные) психические расстройства (F00-F09)										
абс. число, человек	1572	1690	1625	1697	1661	1795	1462	1558	1483	1618
на 1000 населения	0,98	1,05	1,02	1,06	1,03	1,12	0,92	0,97	0,92	1,01
% от общего количества госпитализированных больных	28,1	31,8	30,2	32,4	32,7	34,7	33,3	34,2	32,7	33,5
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20-F29)										
абс. число, человек	2334	1995	2068	1939	1817	2090	1757	1893	1783	1858
на 1000 населения	1,45	1,24	1,30	1,21	1,12	1,30	1,10	1,18	1,11	1,16
% от общего количества госпитализированных больных	41,6	37,5	38,5	37,1	35,8	40,5	40,1	41,5	39,4	38,5
Аффективные психозы (F30-F39, часть)										
абс. число, человек	175	131	120	124	135	110	113	111	84	93
на 1000 населения	0,119	0,08	0,07	0,08	0,08	0,07	0,07	0,07	0,05	0,06
% от общего количества госпитализированных больных	3,1	2,5	2,2	2,4	2,6	2,1	2,6	2,4	1,9	1,9
Непсихотические психические расстройства (F30-F39 (часть), F40-F48, F60-F69, F80-F83, F84.5, F90-F98)										
абс. число, человек	576	585	712	691	678	524	494	441	656	777
на 1000 населения	0,36	0,36	0,45	0,43	0,42	0,33	0,31	0,27	0,41	0,48
% от общего количества госпитализированных больных	10,3	10,9	13,3	13,2	13,4	10,1	11,3	9,7	14,5	16,1
Умственная отсталость (F70-F79)										
абс. число, человек	950	918	849	782	785	651	561	557	522	484
на 1000 населения	0,59	0,57	0,53	0,49	0,49	0,40	0,35	0,35	0,33	0,30
% от общего количества госпитализированных больных	16,9	17,3	15,8	14,9	15,5	12,6	12,7	12,2	11,5	10,0

Согласно таблице 4.1, за 10 лет несколько увеличилось число госпитализированных по поводу органических психических расстройств (F00–F09) – на 2,9% в абсолютных значениях и на 3,3% в расчете на численность населения, что нашло отражение также и в увеличении доли больных, госпитализированных в связи с органическими психическими расстройствами с 28,1% до 33,5%. Также увеличилось, причем значительно (на 34,9% в абсолютных значениях и на 35,3% в расчете на численность населения) число больных, госпитализированных в психиатрические стационары Ленинградской области в связи с непсихотическими психическими расстройствами.

Доля госпитализированных пациентов с непсихотическими психическими расстройствами увеличилась с 10,3% до 16,1%. В эту группу были включены пациенты с аффективными непсихотическими расстройствами (F30–F39 (часть)), невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F40–F48), а также с поведенческими синдромами, непсихотическими расстройствами детского и подросткового возраста, расстройствами зрелой личности и поведения у взрослых (F60–F69, F80–F83, F84.5, F90–F98).

Однако в группах больных шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (F20–F29), аффективными психозами (F30–F39 (часть)) и умственной отсталостью (F70–F79), наоборот, отмечалось снижение показателей госпитализации (см. таблицу 4.1). Так, за 10 лет число госпитализированных больных шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (F20–F29) снизилось на 20% как в абсолютных значениях, так и в расчете на численность населения.

В группе пациентов с аффективными психозами эти показатели уменьшились почти вдвое – на 47%, так же как и в группе больных с умственной отсталостью – на 49%. Доля больных шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами, а также аффективными психозами практически не изменилась и составляла 36–41% и 2–3% соответственно. А вот удельный вес больных умственной отсталостью в общей когорте госпитализированных пациентов постепенно уменьшился с 17% до 10%.

Сравнение показателей госпитализации больных с психическими расстройствами в ЛО с общероссийскими данными (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2006, 2009, 2010) дало основание сделать вывод о том, что уровень госпитализированной заболеваемости пациентов различных диагностических групп в ЛО был более низкий, чем в целом в России. Так, например, число госпитализированных больных с психозами и состояниями слабоумия в ЛО в 2000 году (2,36‰) было на 7% ниже, чем в РФ (2,53‰), а в 2009 году – ниже уже на 25% (1,80‰ и 2,40‰ соответственно). Среди больных этой группы число госпитализаций по поводу шизофрении в 2000 г. в ЛО оказалось ниже, чем в России на 15,8% (1,45‰ и 1,72‰), а в 2009 г. – ниже на 27,8% (1,16‰ и 1,60‰ соответственно). Показатель госпитализации больных с умственной отсталостью в ЛО в 2000 году, наоборот, превысил общероссийский на 32,6% (0,59‰ и 0,44‰), а в 2009 году значительно снизился и уступал федеральному на 29,3% (0,30‰ и 0,43‰ соответственно). Число же больных, госпитализированных по поводу непсихотических расстройств, в ЛО было ниже федерального показателя в 4–5 раз: 0,36‰ против 1,78‰ в 2000 году и 0,41‰ против 1,70‰ в 2009 году соответственно.

В 2010-2012 гг. структура госпитализированной заболеваемости в ЛО выглядела следующим образом. Среди всех госпитализированных больных, пациентов с психозами и состояниями слабоумия было в 2010 году 2713 человек (60,3% от общего числа госпитализированных больных), в 2011 году – 3118 (64,2%), в 2012 году – 3039 (64,3%). Из числа больных с психозами и слабоумием, больных с органическими психозами и слабоумием было госпитализировано в 2010 году 956 человек (21,3%), в 2011 году – 1249 (25,7%), в 2012 году – 1243 (26,3%). Больные с шизофренией и бредовыми психозами составили в 2010 году 1695 человек (37,7% от общего числа госпитализированных больных), в 2011 – 1796 (37%), в 2012 – 1750 (37%), а больных с аффективными психозами насчитывалось в 2010 году 62 человека (1,4% от общего числа госпитализированных больных), в 2011 году – 73 (1,5%), а в 2012 – 46 (1%).

Больных с непсихотическими расстройствами было госпитализировано в 2010 году 1291 человек (28,7% от общего числа госпитализированных больных), в 2011 году – 1232 (25,4%), в 2012 году – 1207 (25,5%), а с умственной отсталостью в 2010 году 492 человека (10,9% от общего числа госпитализированных больных), в 2011 году – 506 (10,4%), в 2012 году – 482 (10,2%).

Таким образом, за 13 лет, с 2000 по 2012 гг., диагностическая структура контингента пациентов психиатрических стационаров Ленинградской области изменилась несущественно, хотя удельный вес различных диагностических групп изменился весьма значительно. Среди пациентов психиатрических больниц наибольшую часть составили больные, лечившиеся по поводу шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств, их доля изменилась незначительно – с 41,6% в 2000 году до 37% в 2012 году. Доля пациентов с органическими психическими заболеваниями, включая психозы и слабоумие и непсихотические расстройства, возросла, соответственно, с 28,0% до 38,3%, при этом прирост был обусловлен в большей степени больными с органическими непсихотическими расстройствами. Так, если в 2000 году среди всех госпитализированных больных органической группы (1471 человек) было 1273 больных с психозами и слабоумием (86,5%), а с непсихотическими расстройствами – 198 человек (13,5%), то в 2012 году больных с психозами стало 1243 человека (68,9%), а с непсихотическими расстройствами – 567 человек (31,1%).

Число пациентов с умственной отсталостью за 13 лет снизилось, в 2000 году такие больные составили 16,9%, а в 2012 году – 10,2%. Доля больных с непсихотическими расстройствами (за исключением органических непсихотических расстройств), наоборот, возросла с 10,3% до 13,7% соответственно. Доля пациентов с аффективными психозами уменьшилась за 10 лет с 3,1% до 1,0%.

Особого внимания заслуживают показатели госпитализации больных с заболеваниями, связанными с употреблением психоактивных веществ (ПАВ). Данные о количестве госпитализированных больных, в том числе по поводу алкогольных психозов и наркомании и токсикомании, приведены в таблице 4.2.

Таблица 4.2 – Динамика количества госпитализированных больных с заболеваниями, связанными с употреблением ПАВ

	2000	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
Заболевания, связанные с употреблением психоактивных средств (F10-F19)													
абс. число, человек	3399	2950	3097	3076	3007	2540	1823	1795	1785	1625	1616	1393	1236
на 1000 населения	2,11	1,83	1,94	1,93	1,86	1,58	1,15	1,12	1,11	1,01	1,03	0,86	0,75
%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Алкогольные психозы (F10.4-F10.7)													
абс. число, человек	1768	1800	1955	1982	1918	1658	1479	1557	1573	1435	1523	1286	1124
на 1000 населения	1,10	1,12	1,23	1,24	1,19	1,03	0,93	0,97	0,98	0,96	0,93	0,79	0,69
%	52,0	61,0	63,1	64,4	63,8	65,3	81,1	86,7	88,1	88,3	94,2	92,3	90,1
Наркомании и токсикомании (F11-F19)													
абс. число, человек	534	270	93	100	126	137	128	112	65	55	40	49	55
на 1000 населения	0,33	0,17	0,06	0,06	0,08	0,09	0,08	0,07	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03
%	15,7	9,2	3,0	3,3	4,2	5,4	7,0	6,2	3,6	3,4	2,5	3,5	4,4

Согласно таблице 4.2, общее количество больных, госпитализированных по поводу психических расстройств, связанных с употреблением ПАВ, за 13 лет снизилось в 2,8 раза как в абсолютных значениях, так и в расчете на численность населения. Количество госпитализированных больных с алкогольными психозами уменьшилось на 36% в абсолютных числах и на 37% в расчете на численность населения, а число больных с наркоманиями и токсикоманиями – практически в 10 раз: с 534 до 55 человек в абсолютных значениях и с 0,33 до 0,03 случаев на 1000 населения.

Удельный вес больных алкогольными психозами, госпитализированных в психиатрические стационары Ленинградской области, в когорте больных, госпитализированных по поводу заболеваний, связанных с употреблением ПАВ, увеличился с 52,0% до 90,1%, а больных наркоманиями и токсикоманиями, наоборот, уменьшился с 15,7% до 4,4%. В целом, показатель доли алкогольных психозов в общем числе госпитализированной заболеваемости наркологическими расстройствами, на протяжении последних трех лет превышает 90%, что свидетельствует об эффективности применения метода профилизации коек в психиатрических стационарах области.

Среди госпитализированных по поводу алкогольных психозов подавляющее большинство составляют взрослые в возрасте старше 18 лет. Лишь в 2001 г. было госпитализировано двое детей в возрасте до 14 лет с алкогольными психозами. В группе подростков 15–17 лет число госпитализированных было несколько выше, но также составляло единичные случаи: в 2001, 2002 и 2007 гг. – по 1 подростку, в 2004 – 6 человек и в 2010 – 2 человека.

Среди госпитализированных по поводу психических расстройств, связанных с наркоманией и токсикоманией, также подавляющее большинство составляли взрослые. Детей в этой диагностической группе было госпитализировано: в 2001 – 4 человека, в 2003 – 1 человек, в 2006 и 2007 – по 2 человека. В группе подростков 15–17 лет показатели госпитализации снизились на порядок: в 2000 г. стационарное лечение проходили 50 человек (9,4% всех госпитализированных по поводу наркоманий и токсикоманий), в 2001 г. – 13

человек (4,8%), в 2002 г. – 3 (3,2%), в 2003 г. – 7 (7,0%), в 2004 г. – 10 (7,9%), в 2005 г. – 1 (0,7%), в 2006 г. – 7 (5,5%), в 2007 г. – 1 (0,9%), в 2008 г. – 0, в 2009 г. – 1 (1,8%), в 2010 г. – 4 (10%), в 2011 – 0, в 2012 – 0.

Отмеченное в последние 13 лет снижение показателей госпитализации больных с заболеваниями, связанными с употреблением психоактивных веществ (особенно больных наркоманиями и токсикоманиями), скорее всего, не было связано с реальным уменьшением количества потребителей ПАВ. Одной из причин являлось развитие самостоятельной наркологической службы в регионе, включавшей областной наркологический диспансер со стационарным отделением, куда в последние годы был перенаправлен поток пациентов, требовавших стационарного лечения. Кроме того, нельзя не отметить, что некоторая часть больных с наркологическими расстройствами обращались за помощью в другие медицинские учреждения (в том числе негосударственные), помимо учреждений психиатрической и наркологической служб области. По данным А.А. Чуркина и Н.А. Твороговой (2009), в целом по стране доля таких больных была невелика, однако по отдельным территориям наблюдались случаи, когда до 50% больных составляли лица, обращавшиеся в другие медицинские учреждения. Также серьезной проблемой, по мнению авторов, являлось то, что определенное число больных психическими, включая наркологические, расстройствами, находились под диспансерным наблюдением не в психиатрических и наркологических, а в других (соматических) учреждениях системы Министерства здравоохранения и социального развития РФ, особенно это касалось детей и подростков. Так, в 2008 г. под диспансерным наблюдением в других учреждениях системы МЗСР РФ находилось в целом 0,2% больных с психическими и наркологическими расстройствами, а среди детей до 14 лет и подростков 15–17 лет – 6,1% и 9,1% соответственно (почти каждый десятый).

4.2 Медико-демографическая характеристика амбулаторных контингентов больных психическими расстройствами и расстройствами поведения

Данные, отражающие социально-демографические характеристики больных, наблюдавшихся в амбулаторной психиатрической службе Ленинградской области (Семенова Н.В., Незнанов Н.Г., 2010), представлены в таблицах 4.3–4.5 и на рисунке 4.3.

Таблица 4.3 – Характеристика амбулаторных пациентов по возрастным группам

Год	Общее количество наблюдаемых больных	Взрослые		Подростки 15-17 лет		Дети до 14 лет	
		Всего	%	Всего	%	Всего	%
2000	31209	23102	74,02	2172	6,96	5935	19,02
2001	31845	23686	74,38	2276	7,15	5883	18,47
2002	32187	24492	76,09	2002	6,22	5693	17,69
2003	33610	25916	77,11	2427	7,22	5267	15,67
2004	35588	28308	79,54	2444	6,87	4836	13,59
2005	37250	30135	80,90	2434	6,53	4681	12,57
2006	34901	28885	82,76	1987	5,69	4029	11,54
2007	35984	29935	83,19	1824	5,07	4225	11,74
2008	37511	31186	83,14	1958	5,22	4367	11,64
2009	38759	32528	83,92	1723	4,45	4508	11,63
2010	34791	30128	86,60	1106	3,18	3557	10,22
2011	34519	28509	82,59	1199	3,47	4811	13,94
2012	35107	28663	81,64	1281	3,65	5163	14,71

Как показано в таблице 4.3, в 2000–2012 гг. отмечалась тенденция к увеличению общего количества наблюдавшихся амбулаторной психиатрической службой больных (включая пациентов, находившихся на динамическом

диспансерном наблюдении и получавших консультативно-лечебную помощь). Так, если в 2000 г. контингент наблюдаемых больных составлял 31 209 человек, то к 2012 г. это количество увеличилось до 35 107 человек, то есть на 12,5%, с максимальным значением 38 759 человек в 2009 году.

За исследуемый период наблюдалось увеличение количества взрослых больных, взятых под наблюдение психоневрологическими учреждениями, – с 23 102 человек в 2000 г. до 28 663 человек в 2012 г. (на 24,1%). Также возросла и доля взрослых больных в общем контингенте наблюдаемых пациентов – с 74% в 2000 г. до 82% в 2012 г. Поскольку численность взрослого населения Ленинградской области за 13 лет практически не изменилась (колебания составили менее 1%), можно с уверенностью говорить о возрастании удельного веса взрослых больных в общем количестве наблюдаемых лиц с психическими расстройствами.

Количество наблюдавшихся подростков за 13 лет уменьшилось на 41% – с 2172 человек в 2000 г. до 1281 человека в 2012 г. (см. таблицу 4.3). Удельный вес подростков в общем контингенте наблюдаемых больных также уменьшился – с 7% в 2000 году до 3,7% в 2012. Однако за исследуемый период имело место сокращение численности подросткового населения Ленинградской области вдвое – с 86 300 в 2000 г. до 42 780 человек в 2012 г. При расчете числа наблюдаемых подростков на 100 000 подросткового населения было выявлено, наоборот, увеличение количества наблюдений в этой возрастной группе – с 2516,8$^{0}/_{0000}$ до 2994,4$^{0}/_{0000}$ соответственно, то есть на 19%. Таким образом, за 13 лет почти на пятую часть увеличилась доля лиц в возрасте 15–17 лет, нуждавшихся в амбулаторной психиатрической помощи, и если в 2000 г. таким нуждавшимся был каждый сороковой подросток, то к 2012 г. – уже каждый тридцатый.

Число наблюдавшихся детей в возрасте до 14 лет уменьшилось на 13% – с 5935 человек в 2000 г. до 5163 человек в 2012 году. Удельный вес детей в общем контингенте уменьшился с 19% до 14,7% соответственно. Численность же детского населения за 13 лет увеличилась на 18% – с 179 800 в 2000 г. до 212 700

человек в 2012 г. Показатель числа наблюдаемых психоневрологической службой детей в расчете на численность детского населения снизился на 26,5% – с $3300{,}9^{0}/_{0000}$ до $2427{,}4^{0}/_{0000}$ соответственно. Таким образом, за исследуемый период удельный вес детей, взятых под наблюдение амбулаторной психиатрической службой, в общем количестве детского населения, сократился на четверть. И если в 2000 г. каждый тридцатый ребенок в возрасте до 14 лет включительно наблюдался психиатрами, то к 2012 г. такое наблюдение уже осуществлялось в одном случае из сорока. Эти данные в совокупности свидетельствовали, скорее всего, не об улучшении психического здоровья детей в Ленинградской области, а о недостаточной выявляемости психических расстройств в детском возрасте и, как следствие, недостаточном наблюдении детей с психическими расстройствами амбулаторной психиатрической службой.

Половая структура контингента амбулаторных больных в ЛО представлена на рисунке 4.3.

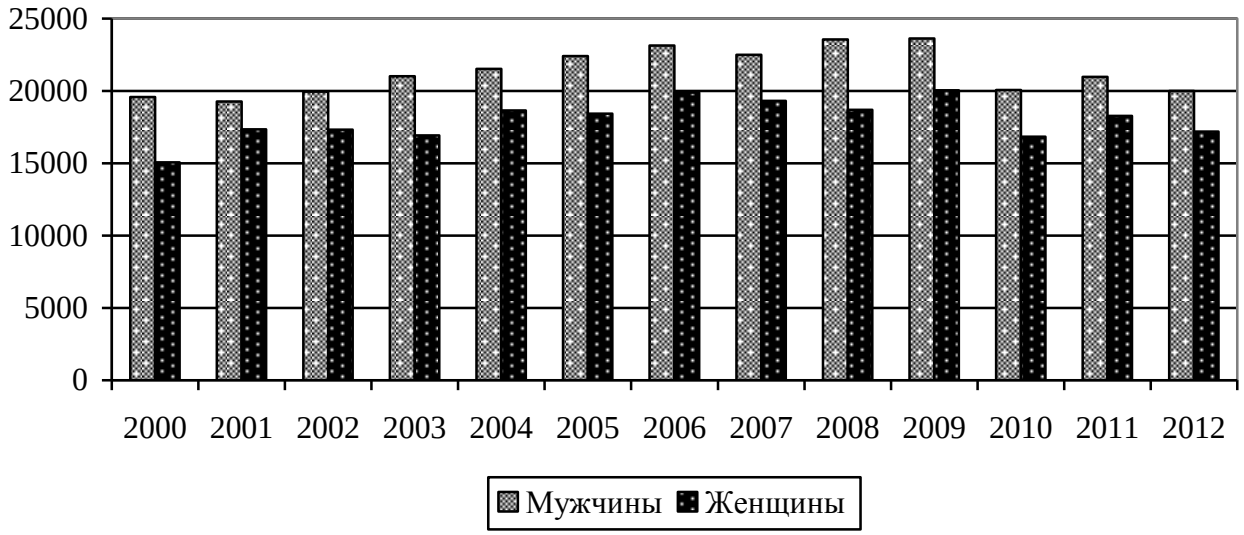

Рисунок 4.3 – Половой состав контингента пациентов амбулаторной психиатрической службы ЛО

На рисунке 4.3 можно видеть подтверждение уже описанного выше увеличения контингентов психически больных. Среди всех наблюдавшихся

пациентов преобладали мужчины. Удельный вес мужчин составлял в разные годы от 52,6% до 56,2%, а женщин – от 43,5% до 47,4%.

Население ЛО в 2000-2012 гг. на 66–67% состояло из городских жителей, а треть его (33–34%) составляли сельские жители. Распределение контингентов амбулаторных больных по месту проживания (город или сельская местность) представлено в таблице 4.4.

Таблица 4.4 – Распределение пациентов амбулаторной психиатрической службы Ленинградской области по месту проживания

Год	Общее количество наблюдаемых больных	Из них сельских жителей		Сельские подростки 15-17 лет		Сельские дети до 14 лет	
		Всего	% от общего количества наблюдаемых больных	Всего	% от всех наблюдаемых подростков	Всего	% от всех наблюдаемых детей
2000	31 209	10 671	34,19	850	39,13	2002	33,73
2001	31 845	10 197	32,02	1016	44,64	2019	34,32
2002	32 187	10 603	32,94	755	37,71	1927	33,85
2003	33 610	11 614	34,56	704	29,01	1973	37,46
2004	35 588	11 843	33,28	868	35,52	1314	27,17
2005	37 250	11 011	29,56	811	33,32	1071	22,88
2006	34 901	10 513	30,12	721	36,29	1338	33,21
2007	35 984	9 208	25,59	647	35,47	1248	29,54
2008	37 511	11 328	30,20	553	28,24	1707	39,09
2009	38 759	9 962	25,70	575	33,37	1385	30,72
2010	34 791	11 267	32,38	356	29,45	1136	27,16
2011	34 519	14 043	40,68	610	42,93	1938	36,14
2012	35 107	11 836	34,70	443	29,32	2005	35,93

По приведенным в таблице 4.4 данным можно было проследить общую тенденцию к снижению удельного веса сельских жителей среди общего контингента больных в период с 2000 по 2009 год, а затем увеличение этого

показателя. Так, если в 2000 г. сельские жители составляли 34,2% общего контингента, то к 2009 г. их доля уменьшилась до 25,7%, а к 2012 г. увеличилась до 34,7%. Аналогичная тенденция была прослежена и в группах сельских детей и подростков.

В абсолютных значениях количество проживающих в сельской местности наблюдаемых подростков с психическими расстройствами уменьшилось за 13 лет на 47,9% (с 850 до 443 человек), в группе взрослого населения было зафиксировано, наоборот, увеличение на 10,9%, а численность детской группы практически не изменилась (2002 ребенка в 2000 году и 2005 детей в 2012 году). Эти данные в совокупности свидетельствовали о недостаточной организации амбулаторной психиатрической помощи сельскому населению.

В таблице 4.5 приведены данные о численности и доле пациентов трудоспособного возраста, работавших, а также лишенных дееспособности в установленном законом порядке и находившихся под опекой.

Как видно из таблицы 4.5, почти половина контингента больных, наблюдавшихся амбулаторной психиатрической службой ЛО, составляли лица трудоспособного возраста. Их количество за 13-летний период увеличилось на 28,6% – пропорционально увеличению общего контингента больных с психическими и поведенческими расстройствами.

Среди всех больных работавшие (подавляющее большинство которых получало консультативно-лечебную помощь) составляли 12–21%, причем их доля в общем контингенте амбулаторных пациентов нелинейно повышалась, и максимальные значения были зафиксированы в 2003-2004 гг.

Количество работавших пациентов увеличилось за 13 лет на 74,7%. Доля больных, лишенных дееспособности и находящихся под опекой, повышалась от 0,7% в 2000 году до 3% в 2012 году, их абсолютное количество выросло за 13 лет в 5 раз – с 202 человек в 2000 году до 1046 человек в 2012 году.

Таблица 4.5 – Характеристика амбулаторных пациентов психиатрической службы Ленинградской области по социально-трудовому положению

Год	Лица трудоспособного возраста		Работающие		Находятся под опекой	
	Всего человек	% от общего числа больных	Всего человек	% от общего числа больных	Всего человек	% от общего числа больных
2000	14164	45,38	3845	12,32	202	0,65
2001	13906	43,67	4592	14,42	232	0,73
2002	14708	45,70	5328	16,55	254	0,79
2003	15092	44,90	6974	20,75	284	0,84
2004	16284	45,76	7348	20,65	397	1,12
2005	19212	51,58	7597	20,39	461	1,24
2006	18768	53,77	6605	18,92	471	1,35
2007	19024	52,87	6895	19,16	504	1,40
2008	17580	46,87	6330	16,88	610	1,63
2009	17792	45,90	7184	18,54	533	1,38
2010	17958	51,62	7445	21,40	619	1,78
2011	17441	50,53	6447	18,68	921	2,67
2012	18213	51,88	6717	19,13	1046	2,98

Данные о количестве больных, состоявших под наблюдением амбулаторно-поликлинических учреждений психиатрической службы ЛО на конец соответствующего года, представлены в таблице 4.6.

Как показано в таблице 4.6, в Ленинградской области, по состоянию на конец 2000 года, под диспансерным наблюдением находилось 18 619 больных. В конце 2012 года этот показатель составил 11 943 больных. Таким образом, количество диспансерных больных уменьшилось на 35,9%. Показатель общей заболеваемости в группе пациентов, находившихся под динамическим диспансерным наблюдением, в расчете на 100 тысяч населения составил по состоянию на конец 2000 года 1127,7 человек, к концу 2012 года – 728,2 больных. Снижение этого показателя за 13 лет произошло на 35,4%.

Таблица 4.6 – Контингенты психически больных, получавших диспансерную и консультативную помощь в ЛО в 2000-2012 гг.

Год	Больные, состоящие под диспансерным наблюдением			Больные, получающие консультативно-лечебную помощь		
	Всего	из них:		Всего	из них:	
		Подростки 15-17 лет	Дети до 14 лет		Подростки 15-17 лет	Дети до 14 лет
2000	18 619	1088	1603	12 590	1084	4332
2001	18 358	1052	1492	13 487	1224	4391
2002	17 211	683	1148	14 976	1319	4545
2003	16 738	671	1000	16 872	1756	4267
2004	15 861	637	947	19 727	1807	3889
2005	15 708	548	914	21 542	1886	3767
2006	15 116	518	890	19 785	1469	3139
2007	13 942	433	853	22 042	1391	3372
2008	13 006	428	851	24 505	1530	3516
2009	12 435	394	879	26 324	1329	3629
2010	11 503	374	805	23 288	732	2752
2011	11 818	379	845	22 701	820	3966
2012	11 943	391	902	23 164	890	4261

Согласно таблице 4.6, значительно снизилось число детей и подростков, находившихся под динамическим диспансерным наблюдением. Так, количество детей диспансерной группы за 13 лет уменьшилось с 1603 до 902 (на 43,7%). Количество подростков диспансерной группы снизилось почти втрое – с 1088 человек в 2000 г. до 391 в 2012 г. (на 64,1%). Количество взрослых больных, находящихся под динамическим диспансерным наблюдением, уменьшилось за 13 лет с 15 928 до 10 650 человек, или на 33,1%. Таким образом, темп снижения количества диспансерных больных был наиболее высок был в группе подростков (что можно было объяснить снижением численности подросткового населения в области за рассматриваемый период времени), а сокращение числа взрослых и детей диспансерной группы происходило более медленными темпами.

Как показано в таблице 4.6, в 2000 году в ЛО 12 590 пациентов получали консультативно-лечебную помощь. К 2012 году это число увеличилось до 23 164 человек (почти в два раза, или на 83,9%). Показатель распространенности психических расстройств среди пациентов, получавших консультативно-лечебную помощь, также вырос почти вдвое (на 85,4%) – с 762,5$^{0}/_{0000}$ в 2000 г. до 1413,3$^{0}/_{0000}$ в 2012 г.

Отмеченный значительный рост общего количества консультативных пациентов происходил неравномерно в разных возрастных группах. Так, число взрослых пациентов увеличилось с 11 073 в 2000 году до 18 013 человек в 2012 году (на 62,7%). В группе детей, получавших консультативно-лечебную помощь, число пациентов за 13 лет практически не изменилось – 4332 человека в 2000 году и 4261 человек в 2012 году. Однако, число подростков в консультативной группе, наоборот, уменьшилось на 17,9% – с 1084 до 890 человек соответственно. Таким образом, увеличение общего числа пациентов консультативной группы происходило за счет взрослых больных.

Доли диспансерных и консультативных больных в общем контингенте пациентов за рассматриваемый период времени значительно перераспределились (рисунок 4.4).

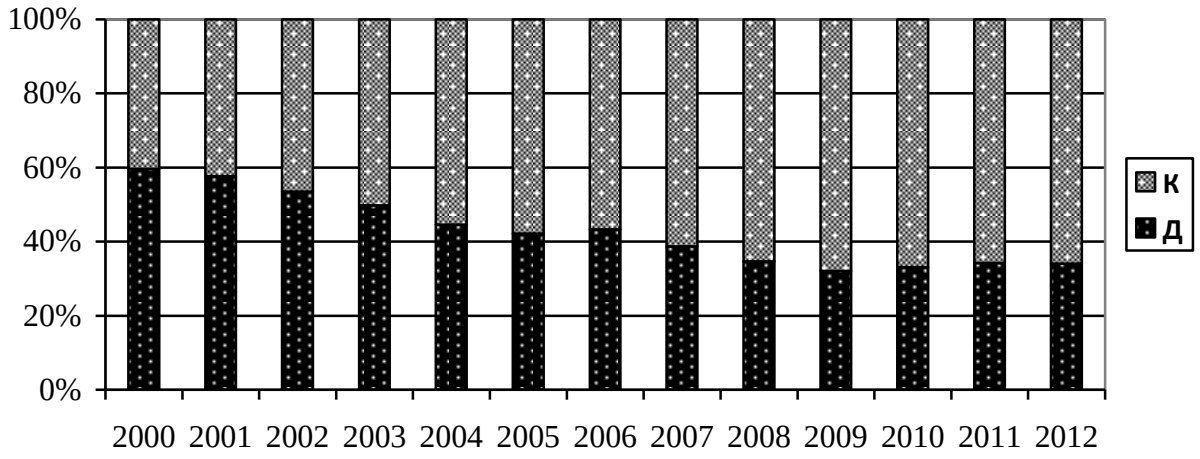

Рисунок 4.4 – Доли диспансерных и консультативных пациентов в общем контингенте психически больных

Как показано на рисунке 4.4, в 2000–2002 гг. отмечалось преобладание числа диспансерных больных над консультативными. Начиная с 2003 г. произошло постепенное снижение удельного веса пациентов, находившихся под динамическим диспансерным наблюдением, и увеличение доли больных, получавших консультативно-лечебную помощь, к 2012 году они составляли 34% и 66% соответственно. Аналогичная ситуация прослеживалась и в Российской Федерации в целом (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2006, 2008, 2010), где с 2003 года наблюдалось преобладание численности консультативной группы пациентов над диспансерной.

Был проведен сравнительный анализ контингентов больных, которым было определено динамическое диспансерное наблюдение, в Ленинградской области в сравнении с данными по Северо-Западному федеральному округу и РФ за 2000-2009 гг. (Семенова Н.В., Незнанов Н.Г., 2010). Данные о динамике численности диспансерной группы приведены в таблице 4.7.

Как показано в таблице 4.7, в течение 10 лет в Российской Федерации происходило прогрессивное снижение числа больных, находившихся под динамическим диспансерным наблюдением. Показатель распространенности психических расстройств (в расчете на численность населения) в Ленинградской области был ниже аналогичных показателей в Северо-Западном регионе и в Российской Федерации. Так, например, в 2000 году болезненность психическими расстройствами в Ленинградской области была ниже общероссийской на 15,5% и ниже показателя по Северо-Западному федеральному округу на 17,0%, в 2005 году – на 24,6% и 24,7%, в 2009 году – на 35,3% и 35,4% соответственно.

Согласно таблице 4.7, показатель болезненности психическими расстройствами и расстройствами поведения (в расчете на численность населения) за период 2000–2009 гг. снизился в Ленинградской области на 32,4%, в Российской Федерации – на 11,6%, в Северо-Западном федеральном округе – на 13,1%. Такое опережение темпов снижения распространенности психических расстройств, по сравнению с показателями регионального и федерального уровня, скорее всего, свидетельствовало о недостаточной выявляемости и

диспансеризации больных в Ленинградской области, снижении доступности специализированной психиатрической помощи населению, однако этот вывод требует отдельного рассмотрения и более детального анализа.

Таблица 4.7 – Динамика численности больных психическими расстройствами и расстройствами поведения, состоящих на динамическом диспансерном учете в лечебно-профилактических учреждениях на конец года

Год	Ленинградская область		Северо-Западный федеральный округ[1]		Российская Федерация[2]	
	Всего, человек	На 100 000 населения	Всего, человек	На 100 000 населения	Всего, человек	На 100 000 населения
2000	18 619	1127,7	192 800	1357,9	1 938 557	1334,1
2001	18 358	1101,6	186 707	1333,3	1 905 432	1317,9
2002	17 211	1043,3	183 079	1301,4	1 875 792	1303,9
2003	16 738	1019,5	178 156	1288,0	1 836 584	1283,9
2004	15 861	955,5	174 778	1272,9	1 806 000	1268,9
2005	15 708	950,3	171 913	1261,4	1 783 568	1259,7
2006	15 116	919,5	169 318	1249,6	1 763 965	1240,3
2007	13 942	851,3	165 048	1222,5	1 730 460	1218,6
2008	13 006	796,3	161 187	1197,3	1 695 831	1195,1
2009	12 435	762,0	158 557	1180,0	1 672 900	1178,9

Таким образом, за период 2000–2012 гг. в ЛО было зарегистрировано прогрессивное снижение числа больных, находившихся под динамическим диспансерным наблюдением. Показатель численности контингента диспансерной

[1] Данные взяты из официальных статистических сборников «Социально-значимые заболевания населения России» и «Здравоохранение в России» за 2003–2010 гг.

[2] То же.

группы больных (в расчете на численность населения) в ЛО был ниже аналогичного показателя в Северо-Западном регионе и в Российской Федерации, что свидетельствовало о недостаточной выявляемости и диспансеризации больных в регионе.

Наблюдалось перераспределение долей пациентов диспансерной и консультативной групп. В 2000–2002 гг. отмечалось преобладание количества диспансерных больных над консультативными, а с 2003 г. – рост удельного веса больных, получающую консультативно-лечебную помощь, и к 2012 году в Ленинградской области численность консультативной группы вдвое превосходила диспансерную.

4.3 Диагностическая структура больных диспансерной и консультативной групп

Данные о диагностической структуре больных диспансерной и консультативной групп представлены в таблице 4.8. Очевидно, что в структуре диспансерной группы больных преобладали пациенты, страдавшие психозами и/или слабоумием (53,7–66,1%), на долю больных с умственной отсталостью пришлось 22,6–36,1%, и наименьшим удельным весом (9,7–13,3%) обладала группа пациентов с непсихотическими психическими расстройствами.

В консультативной группе, наоборот, пациенты с непсихотическими психическими расстройствами преобладали (55,2–61,1%) над другими диагностическими группами. В 2000–2002 г. удельный вес пациентов с умственной отсталостью (20,1–22,6%) превышал долю больных психозами и/или слабоумием (17,4–19,4%), но начиная с 2003 года отмечена обратная картина: в диагностической структуре больных консультативной группы пациенты с психозами и/или слабоумием преобладали над лицами с умственной отсталостью (20,9–25,9% и 20,1–16,6% соответственно).

Таблица 4.8 – Диагностическая структура больных диспансерной и консультативной групп

Год	Больные, состоящие под диспансерным наблюдением			Больные, получающие консультативно-лечебную помощь		
	Психозы и (или) слабоумие	Непсихотические расстройства	Умственная отсталость	Психозы и (или) слабоумие	Непсихотические расстройства	Умственная отсталость
2000	9993	1909	6717	2400	7376	2814
2001	10287	1796	6275	2348	8226	2913
2002	9964	1736	5511	2908	8685	3383
2003	9864	1623	5251	3711	9762	3399
2004	9333	1624	4904	4120	12059	3548
2005	9552	1637	4519	4869	13087	3586
2006	8999	1664	4453	4906	11317	3562
2007	8814	1488	3640	5340	12373	4329
2008	8337	1724	2945	6329	13516	4660
2009	8220	1373	2842	6822	14660	4842
2010	7750	1187	2566	7259	12639	3390
2011	7697	1119	3002	6980	12504	3217
2012	7679	1177	3087	6924	13174	3066

Согласно таблице 4.8, отмеченное выше снижение (примерно на треть) количества больных диспансерной группы имело неравномерные темпы в различных диагностических группах. Так, за 13 лет количество диспансерных больных психозами и/или слабоумием уменьшилось на 23,2%, больных непсихотическими психическими расстройствами – на 38,3%, а лиц с умственной отсталостью – на 54,0% (в 2,2 раза). Рост числа больных консультативной группы также имел разные темпы в диагностических группах больных. Рост количества больных с психозами и/или слабоумием составил 188,5%, с непсихотическими психическими расстройствами – 78,6%, с умственной отсталостью – 9%.

Общее число больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства составило в 2000 г. 4178 человек, из них под

диспансерное наблюдение было взято 647 человек (15,5%) и 3531 человек (84,5%) получили консультативно-лечебную помощь. В 2012 году общее число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства составило 5686 человек, из них диспансерное наблюдение было установлено 352 пациентам (6,2%), а консультативно-лечебная помощь была оказана 5334 лицам (93,8%). Увеличение количества больных с первично диагностированным психическим расстройством составило за 13 лет 1508 человек, или 36,1%.

Динамика удельного веса диспансерной и консультативной групп больных в структуре показателя первичной заболеваемости психическими расстройствами в Ленинградской области представлена на рисунке 4.5.

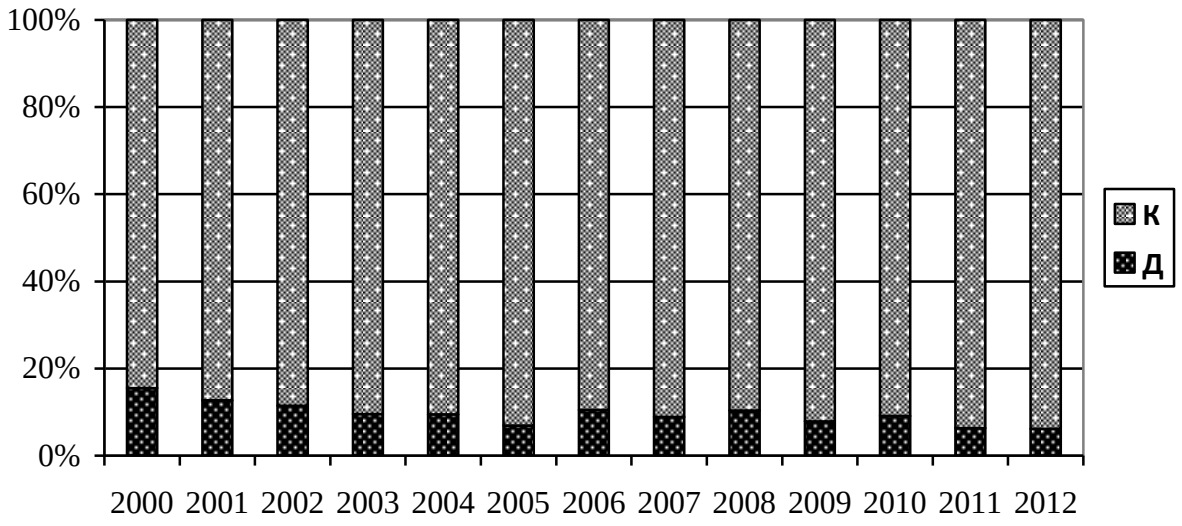

Рисунок 4.5 – Удельный вес диспансерной и консультативной групп больных в структуре первичной заболеваемости

Согласно рисунку 4.5, в структуре показателя первичной заболеваемости численность консультативной группы значительно преобладала над диспансерной. Так, в 2000 году доля пациентов с впервые выявленными психическими расстройствами, которым была оказана консультативно-лечебная помощь, составила 84,5%, а доля взятых под динамическое диспансерное наблюдение

больных – 15,5%. К 2012 году это соотношение еще более сдвинулось в сторону консультативной группы – 93,8% и 6,2% соответственно.

Такие данные говорили о том, что в последнее десятилетие подавляющему большинству пациентов, обратившихся впервые в лечебно-профилактические учреждения психиатрической службы в Ленинградской области, оказывалась консультативно-лечебная помощь, и только примерно в одном случае из десяти определялось динамическое диспансерное наблюдение.

Таким образом, в Ленинградской области в 2000-2012 гг. в диагностической структуре диспансерных больных более половины случаев приходилось на долю психозов и/или слабоумия, среди пациентов консультативной группы большая часть страдала непсихотическими психическими расстройствами и постепенно увеличивалась доля больных с психозами и/или слабоумием. Это можно трактовать как позитивные изменения в соответствии с действующим законодательством о психиатрической помощи и, как следствие, уменьшение стигматизации пациентов. За 13 лет увеличилась первичная заболеваемость психическими расстройствами, причем в ее структуре доминировали больные консультативной группы. Подавляющему большинству пациентов, обратившихся впервые в психиатрическую службу, оказывалась консультативно-лечебная помощь, и только в одном случае из десяти определялось динамическое диспансерное наблюдение.

4.4 Состояние и динамика инвалидности вследствие психических заболеваний

Психические расстройства являются второй по значимости причиной бремени болезней после заболеваний сердечно-сосудистой системы. По данным ВОЗ (2006), среди всех хронических заболеваний на психические расстройства приходится более 40%. На их долю приходится 19,5% всех лет жизни, утраченных

в результате инвалидности (DALYs). В разработке методов управления качеством психиатрической помощи анализ количественной и качественной структуры инвалидности вследствие психических заболеваний является важным звеном, позволяющим, с одной стороны, оценивать и планировать фармакоэкономические потребности, а, с другой стороны, развивать психосоциотерапевтические мероприятия для контингентов больных, страдающих психическими расстройствами (Семенова Н.В., 2010).

Общие данные о динамике инвалидности в связи с психическими заболеваниями в Ленинградской области в 2000–2012 гг. представлены в таблице 4.9. В 2000 г. число инвалидов составляло 11 920 человек, а к 2012 году оно увеличилось до 13 128 человек, или на 10,1%. В расчете на 100 тысяч населения число инвалидов в ЛО в 2000 г. составило 721,9, а в 2012 г. – 800,9 (+ 10,9%). В расчете на 100 диспансерных больных уровень инвалидности в 2000 г. был 64 человека, а к 2012 г. увеличился до 110 человек (на 71,9%).

Число инвалидов в расчете на 100 000 населения и на 100 больных диспансерной группы в ЛО превышало аналогичные показатели в РФ в целом. Так, по данным А.А. Чуркина, Н.А. Твороговой (2006, 2008), число инвалидов в РФ составило в 2000 г. 586,1 на 100 тыс. населения (аналогичный показатель в ЛО выше на 23,2%), в 2003 г. – 653,0$^{0}/_{0000}$ (на 15,1%), в 2004 г. – 673,1$^{0}/_{0000}$ (на 16,8%), в 2005 – 698,7$^{0}/_{0000}$ (на 11,2%), в 2009 – 710,7$^{0}/_{0000}$ (на 9,5%), в 2010 году – 724$^{0}/_{0000}$ (на 10,4%). Число инвалидов в расчете на 100 больных диспансерной группы в РФ насчитывало в 2000 г. 33,5 человека, в 2003 – 50,9, в 2004 – 53,1, в 2005 – 55,5, в 2006 – 57,3 человека. Аналогичный показатель в ЛО превышал общероссийский в эти годы на 91,0–44,8%–55,0%–47,2%–40,0% соответственно. Обращает на себя внимание, что с 2008 года численность инвалидов стала сопоставима с численностью группы диспансерного наблюдения, а с 2009 года даже превысила ее. Такие данные свидетельствовали о тяжелой степени инвалидиизации и десоциализации психически больных в ЛО, что, вероятно, было связано с недостатком реабилитационной направленности в работе психиатрической службы области.

Таблица 4.9 – Динамика инвалидности вследствие психических расстройств в Ленинградской области в 2000–2012 гг.

	Годы												
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Число инвалидов в связи с психическими расстройствами													
Абсолютное число	11920	12025	12608	12337	13046	12841	12121	12839	12730	12702	11970	12800	13128
На 100 тысяч населения	721,9	721,6	764,3	751,4	786,0	776,9	737,3	784,0	779,4	778,4	766,1	776,4	800,9
На 100 диспансерных больных	64,0	65,5	73,3	73,7	82,3	81,7	80,2	92,1	97,9	102,1	104,1	108,3	109,9
Прирост показателя на 100 тысяч населения за год (%)		–0,04	+5,9	–0,02	+4,6	–1,2	–5,1	+6,3	–0,6	–0,1	–1,6	+1,3	+3,2
Число психически больных, признанных инвалидами впервые в жизни													
Абсолютное число	576	410	434	345	410	368	352	338	292	321	438	441	341
На 100 тысяч населения	34,9	24,6	26,3	21,0	24,7	22,3	21,4	20,6	17,9	19,7	28,0	27,2	20,8
Прирост показателя на 100 тысяч населения за год (%)		–29,5	+6,9	–20,1	+17,5	–9,9	–3,8	–3,6	–13,4	+10,0	+42,1	–2,9	–23,5
Число инвалидов, работающих в ЛТМ													
Абсолютное число	18	0	47	39	44	0	0	0	1	0	1	1	1
В % к общему числу инвалидов	0,15	0	0,37	0,32	0,34	0	0	0	0,01	0	0,01	0,01	0,01

В общем числе инвалидов подавляющее большинство (88–91%) составляли больные I–II группы инвалидности, на долю инвалидов III группы приходилось 3–4%, и 6–8% составляли дети-инвалиды в возрасте до 17 лет. Следует отметить, что число инвалидов III группы и детей-инвалидов в ЛО было ниже, чем в целом по России (в 2010 году 9,4% и 11,4% соответственно). Таким образом, доля больных с тяжелой формой инвалидности превышал аналогичный показатель по РФ примерно на 10%. В структуре больных-инвалидов 29–33% составляли больные шизофренией, 27–31% – умственной отсталостью, 10–14% – эпилепсией, 3–7% – хроническими неорганическими психозами, 19–25% – больные с другими психическими расстройствами.

В 2000 г. было впервые признано инвалидами 576 человек, а в 2041 г. – 341 человек (– 40,8%). В расчете на 100 тысяч населения этот показатель уменьшился за 13 лет на 40,4% – с 34,9 в 2000 г. до 20,8 в 2012 г. Следует подчеркнуть, что показатель числа первично признанных инвалидами в ЛО был стабильно ниже общероссийского. А.А. Чуркин и Н.А. Творогова (2006, 2008) приводят такие данные о числе больных, признанных в РФ инвалидами впервые в жизни (в расчете на 100 тысяч населения): в 2000 г. – $38{,}8^0/_{0000}$, в 2003 – $34{,}7^0/_{0000}$, в 2004 – $34{,}7^0/_{0000}$, в 2005 – $38{,}5^0/_{0000}$, в 2006 – $36{,}3^0/_{0000}$. Число впервые признанных инвалидами психически больных в ЛО в указанные годы было ниже, чем в РФ на 8,9% – 39,5% – 28,8% – 41,3% – 41,0% соответственно.

В общем числе больных, впервые признанных инвалидами, подавляющее большинство (68–75%) составляли больные I–II группы инвалидности, на долю инвалидов III группы приходилось 4–9%, и 17–25% составляли дети-инвалиды в возрасте до 17 лет. В диагностической структуре первично признанных инвалидами в ЛО на больных шизофренией приходилось 25–31%, умственной отсталостью – 18–22%, эпилепсией – 4–11%, хроническими неорганическими психозами – 4–8%, другими психическими расстройствами – 28–45%. Показатели, отражающие ситуацию с трудовой реабилитацией инвалидов в Ленинградской области в 2000–2012 гг., представлены в таблице 4.10.

Таблица 4.10 – Показатели, отражающие трудовую реабилитацию инвалидов

	Годы												
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Число инвалидов трудоспособного возраста													
Абсолютное число	5753	6170	6438	6179	6259	4336	4133	5969	5380	4737	6828	5846	5995
В % к общему числу инвалидов	30,9	33,6	37,4	36,9	39,5	27,6	27,3	42,8	41,4	38,1	57,0	45,7	45,7
Число инвалидов, работающих на общем производстве													
Абсолютное число	175	205	270	232	202	416	368	477	368	263	407	376	369
В % к общему числу инвалидов	1,5	1,7	2,1	1,9	1,5	3,2	3,0	3,7	2,9	2,1	3,4	2,9	2,8
В % к общему числу работающих инвалидов	89,7	100	82,6	83,2	78,2	100	100	100	97,0	100	96,0	97,2	96,1
Число инвалидов, работающих в спеццехах													
Абсолютное число	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	16	10	14
В % к общему числу инвалидов	0	0	0	0	0	0	0	0	0,08	0	0,1	0,08	0,1
В % к общему числу работающих инвалидов	0	0	0	0	0	0	0	0	2,7	0	3,8	2,6	3,6
Число инвалидов, работающих в ЛТМ													
Абсолютное число	18	0	47	39	44	0	0	0	1	0	1	1	1
В % к общему числу инвалидов	0,15	0	0,37	0,32	0,34	0	0	0	0,01	0	0,01	0,01	0,01
В % к общему числу работающих инвалидов	10,3	0	17,4	16,8	21,8	0	0	0	0,3	0	0,2	0,3	0,5

Согласно таблице 4.10, число лиц трудоспособного возраста среди всех инвалидов составляло более одной трети (в среднем 30–40%) и изменялось в течение 13 лет нелинейно с максимальным значением в 2010 г. (6828 человек) и минимальным – в 2006 (4133 человека). В 2000 году число инвалидов трудоспособного возраста в ЛО составляло 5753 человека (30,9% от общего числа инвалидов), к 2012 г. этот показатель насчитывал 5995 человек (45,7%). Таким образом, число инвалидов трудоспособного возраста увеличилось за 13 лет на 4,2%. Общее число работающих инвалидов увеличилось вдвое – со 175 человек в 2000 году до 369 человек в 2012 г. (+ 110,8%). Подавляющее большинство работавших инвалидов составляли лица, работавшие на общем производстве (78–100%). Лишь с 2008 года незначительное количество инвалидов (10–16 человек) (2–3% работающих инвалидов и менее 1% всех инвалидов) работали в спеццехах. В лечебно-трудовых мастерских (ЛТМ) с 2008 г. работало мизерное количество больных – 1 человек, что составило 0,01% от общего числа инвалидов.

Таким образом, за период 2000–2012 гг. в ЛО был зарегистрирован рост контингента больных, имевших инвалидность вследствие психического заболевания, причем число инвалидов в расчете на 100 000 населения и на 100 больных диспансерной группы в ЛО превышало аналогичные общероссийские показатели в 1,4–1,9 раза. Наблюдалось снижение числа больных с впервые установленной инвалидностью, этот показатель в ЛО в течение всего 13-летнего периода наблюдения оставался ниже общероссийского.

С 2008 года число инвалидов практически сравнялось с числом больных, находившихся под динамическим диспансерным наблюдением, а с 2009 г. стало даже его превышать за счет больных консультативной группы. Объяснялось это не только дефицитом у психиатрической службы возможностей для социально-трудовой реабилитации (подтверждением чему служили низкие показатели числа инвалидов, работавших в спеццехах и ЛТМ), но и введением в 2005 г. дополнительных льгот для инвалидов и увеличением размера пенсии по инвалидности. Вместе с тем необходимо отметить, что ужесточился подход к признанию больных инвалидами, вследствие чего число больных, первично

признанных инвалидами вследствие психического заболевания, в ЛО в последние годы уменьшалось, причем более быстрыми темпами, чем в РФ в целом.

Такие данные свидетельствовали о тяжелой степени инвалидизации и десоциализации психически больных в Ленинградской области, что, вероятно, было связано с недостатком реабилитационной направленности в работе психиатрической службы области, в том числе с отсутствием или недостатком необходимых структур (дневных стационаров, лечебно-трудовых мастерских, общежитий для больных, утративших социальные связи и т.п.) и методов, особенно во внебольничном звене, а также с недостаточным и неэффективным обеспечением больных бесплатными современными лекарственными препаратами, что приводило к ухудшению прогноза психического заболевания и, как следствие, к инвалидизации пациентов.

ГЛАВА 5. СТРУКТУРА И ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

5.1 Учреждения и кадры психиатрической службы Ленинградской области

В структуру специализированной психиатрической помощи в Ленинградской области (рисунок 5.1) входит Ленинградский областной психоневрологический диспансер (ЛОПНД) со стационарными отделениями в поселках Рощино и Сланцы, а также Дружносельская, Ульяновская, Свирская психиатрические больницы и психиатрические отделения в Тихвинском областном наркологическом диспансере. Коечный фонд этих стационаров представлен в таблице 5.1. Указанные учреждения находятся в подчинении областной администрации.

Таблица 5.1 – Стационарный коечный фонд Ленинградской области в 2012 г.

Стационарное учреждение (подразделение)	Количество коек
Стационарное отделение ЛОПНД в п. Рощино	110
Стационарное отделение ЛОПНД в п. Сланцы	30
Дружносельская психиатрическая больница	615
Ульяновская психиатрическая больница	260
Свирская психиатрическая больница	220 (из них 30 детских)
2 психиатрических отделения в Тихвинском областном наркологическом диспансере	110
Профильное отделение для лечения наркологических психозов в Тихвинском областном наркологическом диспансере	40
Итого	1385

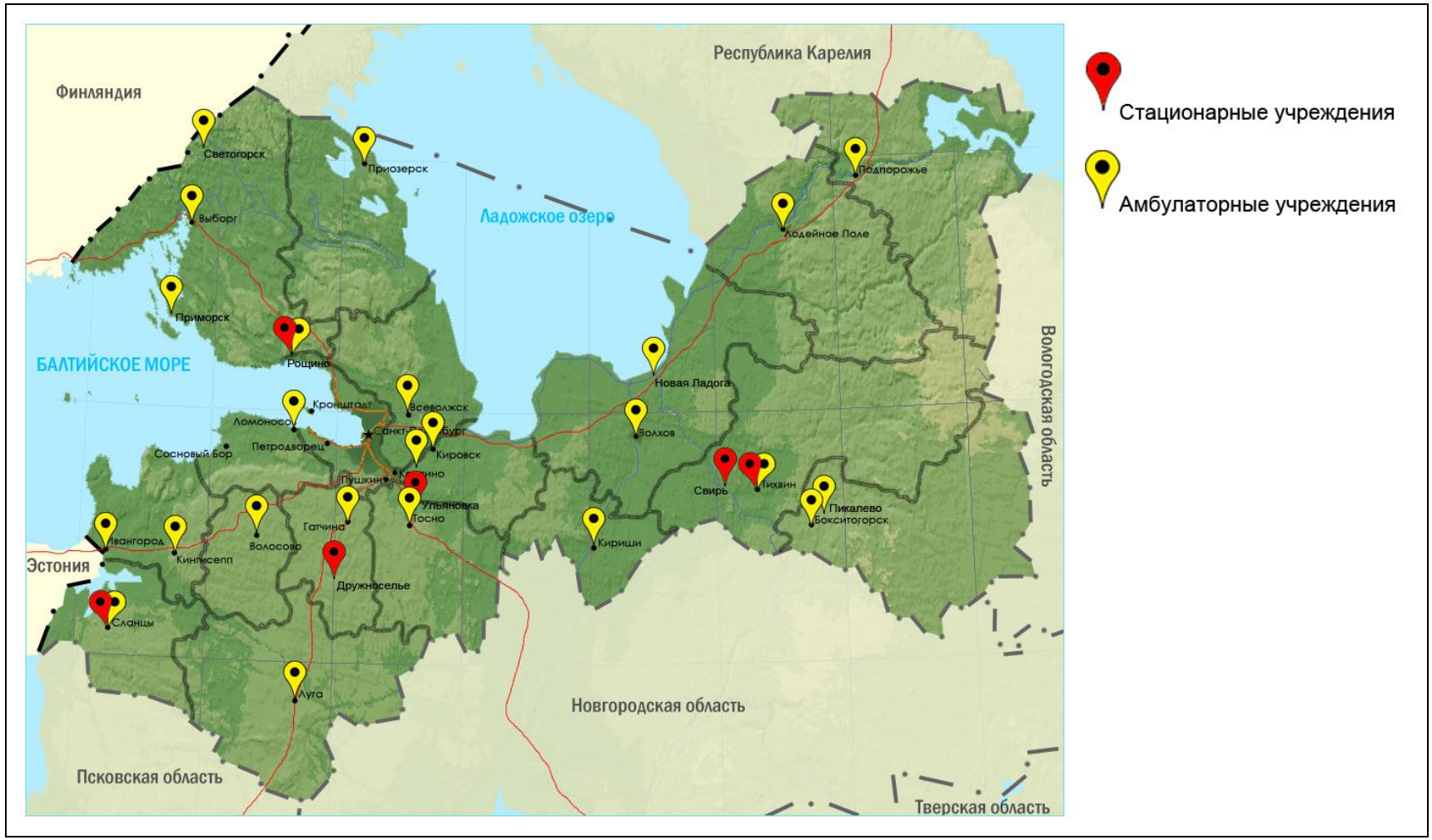

Рисунок 5.1 – Расположение психиатрических учреждений Ленинградской области

Амбулаторная психиатрическая помощь оказывается также в районных психоневрологических кабинетах, входящих в состав центральных районных больниц (ЦРБ), находящихся в ведении администрации районов. ЛОПНД оказывает врачам районных психоневрологических кабинетов консультационно-методическую помощь. В системе скорой медицинской помощи Ленинградской области отсутствуют специализированные психиатрические бригады, а их роль выполняют линейные бригады.

Территорию Ленинградской области составляют 17 районов (муниципальных образований). В 2000 г. на территории Ленинградской области работало 18 психоневрологических кабинетов (по одному в каждом районе, за исключением Выборгского района, где было развернуто два кабинета – в Выборге и Рощино). Количество занятых должностей врачей-психиатров для взрослых составляло 33 должности, для детей и подростков – 10,5, врачей-психотерапевтов – 2 должности.

В 2012 году в области амбулаторно-поликлиническую помощь больным с психическими расстройствами оказывало уже 25 психиатрических кабинетов для взрослых и 9 детских психиатрических кабинетов. Количество занятых должностей врачей-психиатров для взрослых составило 37,0 должности (+ 4 должности в сравнении с 2000 годом), для детей и подростков – 11,75 (+ 1,25), врачей-психотерапевтов – 2,5 должности (+ 0,5 должности).

Более подробно информация о расположении психиатрических кабинетов в населенных пунктах и о количестве занятых врачебных ставок представлена в таблице 5.2. Согласно таблице 5.2, амбулаторные психиатрические кабинеты, оказывавшие помощь взрослому населению, действовали в наиболее крупных районных центрах, отдельные детские и подростковые психиатрические кабинеты функционировали в 12 из 17 районов, а остальное детско-подростковое население получало помощь в ЛОПНД, расположенном в Санкт-Петербурге. Должности врачей-психотерапевтов были заняты лишь в ЛОПНД и в психиатрическом кабинете в г. Всеволожске.

Таблица 5.2 – Занятые должности врачей-психиатров
и врачей-психотерапевтов в районах Ленинградской области в 2009 г.

№ п/п	Районы	Кол-во психиатрических кабинетов в населенных пунктах района	Занятые должности врачей-психиатров психиатрических кабинетов		
			для взрослых	для детей и подростков	Психотерапевты
1	Бокситогорский	Бокситогорск 1 Пикалево 1	2,0	ЛОПНД	
2	Волосовский	Волосово 1	1,0	0,25	
3	Волховский	Волхов 1 Новая Ладога 1	1,5	1,0	
4	Выборгский	Выборг 1 Светогорск 1 Приморск 1 Рощино 1	6,75	1,25 и ЛОПНД	
5	Всеволожский	Всеволожск 1	4,5	1,0 и ЛОПНД	2,5
6	Гатчинский	Гатчина 1	3,0	ЛОПНД	
7	Киришский	Кириши 1	1,0	1,0	
8	Кировский	Кировск 1 Отрадное 1	2,5	1,0	
9	Кингисеппский	Кингисепп 1 Иван-Город 1	2,5	1,0	
10	Ломоносовский	Ломоносов 1	1,5	ЛОПНД	
11	Лужский	Луга 1	1,0	ЛОПНД	
12	Лодейнопольский	Лодейное Поле 1	1,0	0,5	
13	Подпорожский	Подпорожье 1	1,0	0,5	
14	Приозерский	Приозерск 1	2,0	ЛОПНД	
15	Тихвинский	Тихвин 1	2,0	1,0	
16	Тосненский	Тосно 1	0,75	0,75	
17	Сланцевский	Сланцы 1	1,25	0,5	
	ЛОПНД СПб	ЛОПНД 1	-	2,0	1,0
	ВСЕГО	25	35,25	11,75	3,5

Показатели укомплектованности должностей врачей-психиатров для взрослых составляли за большинство лет 100%, за исключением 2001 года (95,6%) и 2007 года (72%). Показатели укомплектованности штатов врачей-психиатров для детей составляли в 2000-2001 гг. 72,7%, а в последующие годы – 100%. Показатели укомплектованности врачей-психотерапевтов амбулаторной службы также составляли 100% за весь рассматриваемый период.

Данные о количестве посещений участковых психиатров за 2000–2012 годы представлены в таблице 5.3.

Таблица 5.3 – Динамика посещаемости участковых врачей-психиатров

Год	Количество посещений участковых психиатров для взрослых (в год)			Количество посещений участковых психиатров для детей и подростков (в год)		
	Всего	Из них по поводу заболевания		Всего	Из них по поводу заболевания	
		Кол-во	%		Кол-во	%
2000	159 692	95 161	59,6	38 453	25 681	66,8
2001	156 289	96 164	61,5	39 946	26 387	66,1
2002	132 360	87 992	66,5	35 504	23 132	65,2
2003	137 768	87 330	63,4	35 862	20 629	57,5
2004	138 084	90 468	65,5	36 848	20 569	55,8
2005	154 166	104 647	67,9	36 948	23 374	63,3
2006	162 997	98 251	60,3	32 196	18 348	57,0
2007	148 265	93 230	62,9	32 994	21 798	66,1
2008	169 377	101 953	60,2	38 913	26 475	68,0
2009	147 396	96 998	65,8	24 799	13 905	56,1
2010	138 713	99 207	71,5	28 096	14 711	52,4
2011	142 240	107 933	75,9	27 916	17 674	63,3
2012	136 975	95 282	69,6	32 142	18 612	57,9

Согласно таблице 5.3, за 13 лет наблюдалось в среднем порядка 140–150 тысяч посещений участкового психиатра для взрослых в год, из которых в среднем 65% (а в последние 3 года 70% и более) составляли визиты к врачу по поводу психического заболевания. Остальной процент составляли профилактические осмотры, консультации для получения справок для водительской комиссии, разрешений на некоторые виды профессиональной деятельности, на оружие и т.п. Аналогичная ситуация наблюдалась и в системе оказания психиатрической помощи детям и подросткам – в среднем порядка 32–35 тысяч посещений в год, из которых 60–65% составляли визиты по поводу заболевания.

Были произведены расчеты с целью определить, какое количество раз в год пациенты, наблюдавшиеся в амбулаторном психиатрическом звене, посещали по

поводу своего заболевания участкового врача-психиатра (учитывались как пациенты, находившиеся под динамическим диспансерным наблюдением, так и получавшие консультативно-лечебную помощь по обращению). Результаты расчетов (отдельно для группы взрослых пациентов и группы детей и подростков) приведены в таблице 5.4.

Таблица 5.4 – Число посещений участковых психиатров в год
(в расчете на одного больного)

Год	Взрослые			Дети и подростки		
	Число больных	Общее количество посещений в год	Число посещений на 1 больного в год	Число больных	Общее количество посещений в год	Число посещений на 1 больного в год
2000	23 102	95 161	4,12	8 107	25 681	3,17
2001	23 686	96 164	4,06	8 159	26 387	3,23
2002	24 492	87 992	3,59	7 695	23 132	3,01
2003	25 916	87 330	3,37	7 694	20 629	2,68
2004	28 308	90 468	3,20	7 280	20 569	2,83
2005	30 135	104 647	3,47	7 115	23 374	3,29
2006	28 885	98 251	3,40	6 016	18 348	3,05
2007	29 935	93 230	3,11	6 049	21 798	3,60
2008	31 186	101 953	3,27	6 325	26 475	4,19
2009	32 528	96 998	2,98	6 231	13 905	2,23
2010	30 128	99 207	3,29	4 663	14 711	3,15
2011	28 509	107 933	3,79	6 010	17 674	2,94
2012	28 663	95 282	3,32	6 444	18 612	2,89

Как показано в таблице 5.4, взрослые пациенты стали реже посещать участкового психиатра. За 13 лет этот показатель снизился с 4,12 до 3,32 посещений в год на 1 больного (на 19,4%). Дети и подростки также стали реже показываться участковому врачу, за 13 лет этот показатель снизился с 3,17 до 2,98 посещений в год на одного больного (на 6,0%).

Данные о посещаемости врачей-психотерапевтов приведены на рисунке 5.2.

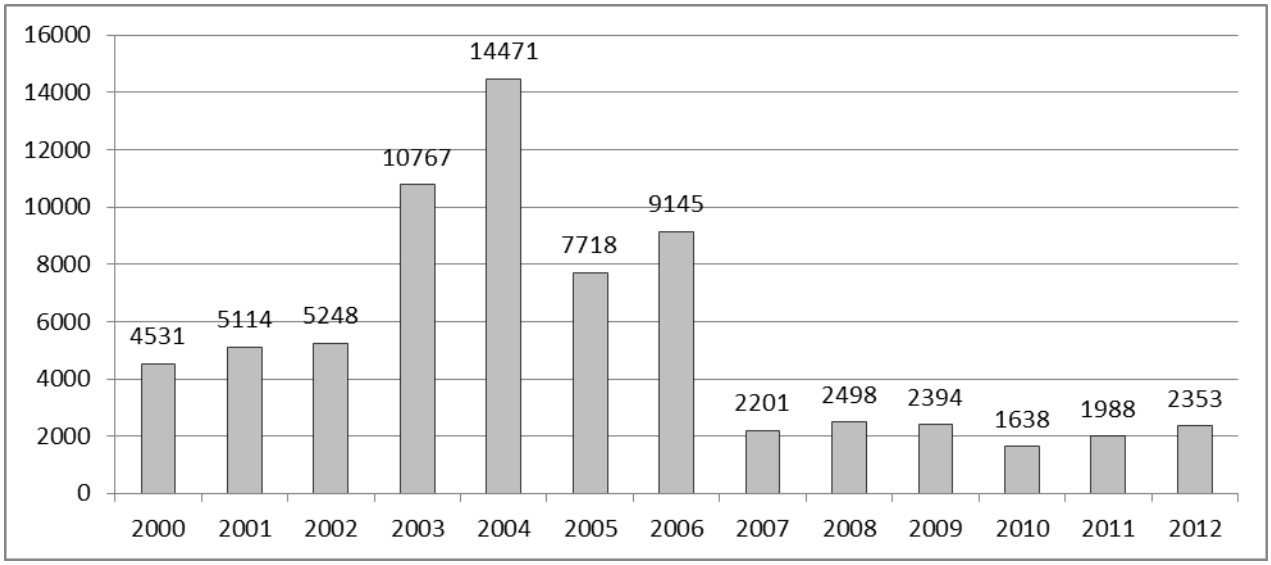

Рисунок 5.2 – Динамика посещаемости врачей-психотерапевтов амбулаторной психиатрической службы ЛО (число посещений в год)

Согласно рисунку 5.2, в 2000–2002 гг. число посещений психотерапевтов постепенно увеличивалось (с 4531 до 5248 визитов в год). В период 2003–2006 гг. наблюдалось значительное возрастание этого показателя с максимальным значением в 2004 году (14 471 визит), а с 2007 года – резкое снижение до уровня порядка двух тысяч посещений в год. Такая динамика частично объяснялась изменением штатной численности врачей-психотерапевтов в области (рисунок 5.3).

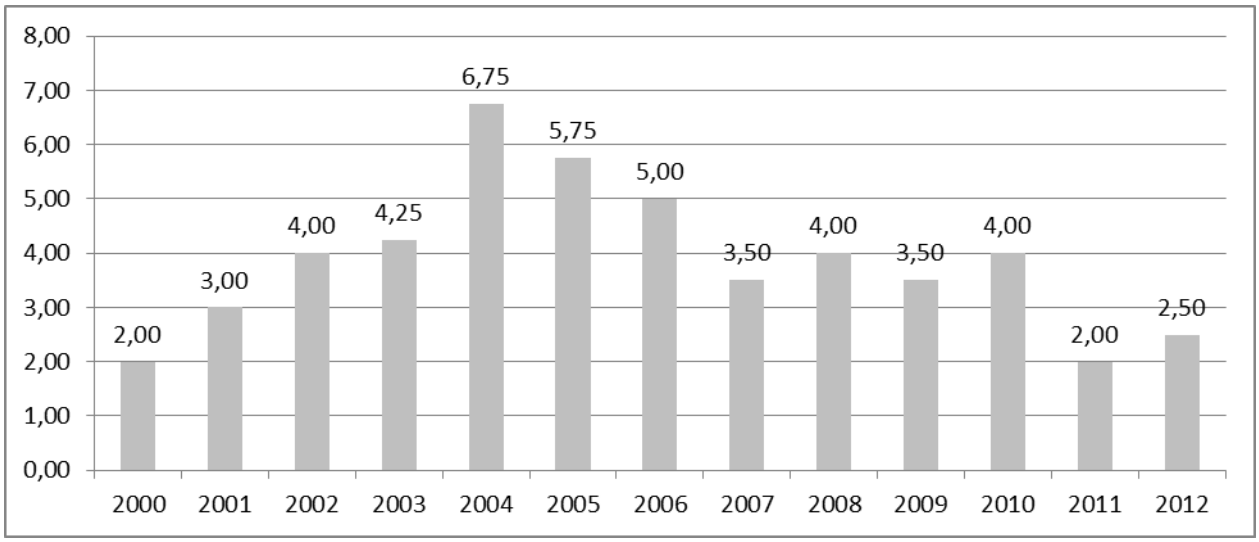

Рисунок 5.3 – Изменение штатной численности должностей врачей-психотерапевтов

Как видно на рисунке 5.3, профиль изменения числа посещений отчасти повторял профиль изменений кадровой численности психотерапевтов, с максимумом занятых ставок (6,75) в 2004 году. Однако, несмотря на то, что в 2007–2009 гг. занятые должности психотерапевтов составляли 3,5–4 ставки, число визитов к врачам было существенно ниже, чем в период 2000–2002 гг., когда штатная численность психотерапевтов была приблизительно на том же уровне (2–4 занятые ставки), а количество посещений выше более чем в два раза. Такие данные свидетельствовали о недостаточном охвате пациентов психотерапевтической помощью, при том, что показатели 2003–2006 гг. подтверждали ее востребованность.

Чтобы проверить высказанное предположение, были произведены расчеты количества посещений психотерапевта одним больным в течение года. Для расчетов была взята группа больных непсихотическими расстройствами, получавших консультативно-лечебную помощь по обращаемости (см. главу 4). Конечно, в реальной практике психотерапевтов могли посещать и больные других нозологических групп, но даже такая минимизированная расчетная группа продемонстрировала убедительные данные (таблица 5.5).

Из таблицы 5.5 видно, что число посещений психотерапевта (из расчета на одного пациента в год) с 2007 года значительно снизилось. Так, если в 2003–2004 гг. каждый больной расчетной группы с непсихотическими психическими расстройствами минимум один раз в год был на приеме у врача-психотерапевта, то в 2007–2012 гг. психотерапевта посещал всего лишь один пациент из пятидесяти. Учитывая возрастание заболеваемости населения непсихотическими расстройствами, показанное в главе 3, необходимо прилагать определенные усилия, направленные на увеличение доступности психотерапевтической помощи населению, о чем более подробно пойдет речь в 8 главе.

Показатель обеспеченности врачами-психиатрами, занятыми на амбулаторном приеме, в ЛО вырос с 0,26 на 10 тыс. населения (2000 год) до 0,27 на 10 тыс. (2012 год) – на 11,5%, однако остается крайне низким. Для сравнения – в 2009 году аналогичный общероссийский показатель составлял 0,6 на 10 тыс.

населения (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2010), то есть обеспеченность врачами психиатрами в ЛО была ниже, чем в России, более чем в два раза.

Таблица 5.5 – Показатели посещаемости врачей-психотерапевтов

Год	Число больных с непсихотическими психическими расстройствами, получавших консультативно-лечебную помощь по обращаемости	Количество посещений врачей-психотерапевтов в год	Число посещений врача-психотерапевта одним больным в год
2000	7 376	4 531	0,6
2001	8 226	3 995	0,5
2002	8 685	5 248	0,6
2003	9 762	10 767	1,1
2004	12 059	14 471	1,2
2005	13 087	7 718	0,6
2006	11 317	9 145	0,8
2007	12 373	2 201	0,2
2008	13 516	2 498	0,2
2009	14 660	2 394	0,2
2010	12 639	1 638	0,1
2011	12 504	1 988	0,2
2012	13 174	2 353	0,2

Показатель обеспеченности психотерапевтами, занятыми на амбулаторном приеме, в ЛО с 2000 по 2012 гг. практически не изменился и составил 0,01 на 10 тыс. населения. Аналогичный общероссийский показатель в 2009 г. составил 0,13 на 10 тыс., что превышало областной показатель более чем в десять раз.

Сравнительные данные расчетной нагрузки (количество посещений больными врача в год) на должность врача (фактическая функция врачебной должности) приведено в таблице 5.6.

Таблица 5.6 – Фактическая функция врачебной должности
(число посещений в год на одного врача)

Год	Психиатр участковый для взрослых	Психиатр участковый для детей и подростков	Психотерапевт
2000	4839,2	3662,2	2265,5
2001	4884,0	2421,0	1704,7
2002	4201,9	3021,6	1312,0
2003	4206,7	3260,2	2533,4
2004	4602,8	2947,8	2143,9
2005	4817,7	2955,8	1342,3
2006	4690,6	2384,9	1829,0
2007	4393,0	2693,4	628,9
2008	5211,6	2882,4	624,5
2009	4181,4	2110,6	684,0
2010	4661,2	2783,8	409,5
2011	4636,2	2296,5	994,0
2012	4226,1	2875,7	941,2

В таблице 5.6 показано, что фактическая функция должности участкового врача-психиатра (как для взрослых, так и для детей и подростков) значительно не менялась и составляла в среднем $4581 \pm 72{,}4$ и $2792 \pm 87{,}9$ визитов в год соответственно. А вот функция должности врача-психотерапевта за 13 лет значительно снизилась (на 58,5%), что вместе с крайне низким показателем обеспеченности врачами-психотерапевтами говорило о снижении доступности и качества психотерапевтической помощи. Следует отметить, что большинство должностей врачей-психотерапевтов было занято врачами-психиатрами по совместительству, либо врачи-психотерапевты совмещали работу более чем на одной ставке. Такая ситуация, обусловленная низким уровнем заработной платы врачей в амбулаторной службе и недоукомплектованностью штатов, приводила к тому, что уровень оказания психотерапевтической помощи населению оказывался недостаточным, о чем свидетельствовали описанные выше тенденции.

Социально-психологическая помощь больным с психическими расстройствами в амбулаторной службе оказывалась медицинскими психологами и социальными работниками. Специалистов по социальной работе в штате амбулаторной службы ЛО в 2000-2012 гг. не было. Сведения об изменениях штатной численности медицинских психологов и социальных работников представлены в таблице 5.7.

Таблица 5.7 – Занятые должности медицинских психологов и социальных работников

Год	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Медицинские психологи	1,5	2,0	3,0	3,0	4,0	4,25	6,0	6,75	6,75	6,25	6,75	8,75	9,0
Социальные работники	1,0	1,0	0	0	1,0	0	2,0	0,5	0,5	0	0	0	0

Согласно таблице 5.7, происходило постепенное увеличение штатной численности медицинских психологов с 1,5 ставки в 2000 году до 9 ставок в 2012 году (в 6 раз). Укомплектованность кадров медицинских психологов составляло 100% (кроме 2008 года – 77,4%). Показатели же занятых должностей социальных работников демонстрировали явную недостаточность (а с 2009 года и вовсе отсутствие) этих специалистов в амбулаторной службе области, укомплектованность кадрами социальных работников в 2000, 2001, 2004, 2006-2008 гг. не превышала 25%.

Как видно из приведенных в таблице 5.6 данных, отмечался значительный кадровый дефицит лиц с немедицинским образованием, работавших в амбулаторной психиатрической службе и призванных оказывать наряду с врачами-психиатрами психически больным необходимую реабилитационную, психологическую и социальную помощь. По мнению А.А. Чуркина и Н.А. Твороговой (2010), подобная кадровая «чехарда» в 2000–2009 гг., в результате которой количество занятых должностей то заметно возрастало, то так же

стремительно сокращалось, наблюдалась и в масштабах всей страны. Такая ситуация с кадрами явно не способствовала эффективной работе с больными, особенно в части их социальной и профессиональной адаптации.

Был проведен анализ кадровых ресурсов стационарной психиатрической службы ЛО в 2000–2009 гг. (Семенова Н.В.,2012). Основные показатели представлены в таблице 5.8.

Таблица 5.8 – Сведения о кадрах врачей-психиатров стационарной службы

Год	Число должностей		Число физических лиц, занятых в должностях
	Штатных	Занятых	
2000	105,75	100,75	55
2001	104,5	100,75	53
2003	111,75	110,25	48
2004	118,5	114	56
2005	114	107,5	50
2006	83,5	81	40
2007	80,25	75	45
2008	85	81,5	39
2009	97,5	97	43

Как видно из таблицы 5.8, за 10 лет произошло сокращение числа штатных должностей врачей психиатров (на 7,8%), занятых должностей (на 3,7%) и количества физических лиц (на 21,8%). Коэффициент совместительства вырос с 1,8 в 2000 году до 2,3 в 2009 году и значительно превысил общероссийские показатели (1,61 в 2009 году). Показатель укомплектованности кадрами врачей-психиатров в течение 10 лет изменялся мало и составлял порядка 94–98%.

Число должностей детских психиатров, работавших в стационарных психиатрических учреждениях (как штатных, так и занятых), оставалось стабильным на протяжении 2000–2008 года и составляло 3 единицы. Лишь в 2009

году произошло сокращение на 1 должность (и штатную, и занятую). А вот количество физических лиц составляло в 2000–2002 гг. три человека, в 2003–2005 гг. – два человека, в 2006–2009 гг. – один человек.

Основные сведения о кадрах врачей-психотерапевтов стационарной службы представлены в таблице 5.9.

Таблица 5.9 – Сведения о кадрах врачей-психотерапевтов стационарной службы

Год	Число должностей		Число физических лиц, занятых в должностях
	Штатных	Занятых	
2000	27,50	6	1
2001	10,50	6	2
2003	10,25	7,25	0
2004	7,75	7,75	0
2005	6,25	4,25	0
2006	11,25	3,25	0
2007	11,50	5	0
2008	2,25	0,5	0
2009	3,00	1	0

Как показано в таблице 5.9, изучаемый десятилетний период характеризовался практически полным регрессом стационарной психотерапевтической службы. Штатная численность психотерапевтов сократилась в 10 раз, не работало ни одно физическое лицо врач-психотерапевт, а на занятых должностях числились по совместительству стационарные врачи-психиатры, которые далеко не всегда проводили непосредственную психотерапевтическую работу с больными. Лишь в 2011 году в стационарном звене появился сертифицированный врач-психотерапевт, однако говорить о каком-то существенном революционном прорыве в плане охвата больных психотерапевтической помощью по-прежнему не приходится.

Данные о состоянии кадров с немедицинским образованием в стационарной психиатрической службе, приведены в таблице 5.10.

Таблица 5.10 – Сведения о кадрах медицинских психологов и социальных работников стационарной психиатрической службы

Год	Медицинские психологи			Социальные работники		
	Число должностей		Число физических лиц, занятых в должностях	Число должностей		Число физических лиц, занятых в должностях
	Штатных	Занятых		Штатных	Занятых	
2000	19	8,5	3	16,75	15,75	14
2001	20,75	19	8	17	17	13
2003	15	15	8	24,25	23	14
2004	19	18,5	10	28,25	26,75	15
2005	20	20	13	16,75	16,75	10
2006	25	20	6	17	15,5	12
2007	17,75	16	12	19,75	18,25	10
2008	14,00	13	12	19	18,5	12
2009	18,50	15,25	13	23,75	23,75	20

По сравнению с амбулаторной службой, ситуация со специалистами с немедицинским образованием, оказывавшими социально-психологическую помощь больным в психиатрических стационарах, выглядела значительно более оптимистичной. Согласно таблице 5.10, за 10 лет произошло увеличение как штатной численности должностей медицинских психологов и социальных работников, так и фактическое увеличение физических лиц – специалистов. Так, число медицинских психологов увеличилось с 3 до 13 человек (более чем в 4 раза), а социальных работников – с 14 до 20 человек (в 1,4 раза). Коэффициент

совместительства психологов на 2009 год составил 1,17, социальных работников – 1,19. За 2009 год прирост числа занятых специалистов в Ленинградской области опережал аналогичный показатель в Российской Федерации (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2010) – медицинских психологов на 17,3% против 0,2%, а социальных работников – на 28,4% против 13,3% соответственно.

В 2010–2012 гг. процессы развития социально-психологической помощи стационарным больным происходили неравномерно, что находило свое отражение и в изменении штатного состава медицинских психологов и социальных работников. Так, число занятых должностей психологов составляло 16,0 в 2010 году, 20,75 в 2011 году и 12,5 в 2012 году, социальных работников – 17,5 в 2010 году, 24,5 в 2011 году и 23,5 в 2012 году.

С 2010 года в стационарном звене внедрялся бригадный метод работы. Во всех психиатрических стационарах области были созданы полипрофессиональные бригады, в состав которых входили врач-психиатр, медицинский (клинический психолог) и/или врач-психотерапевт, социальный работник. В 2010 году бригадным методом было обслужено 1605 больных или 26% от числа пользованных больных (годовой норматив – 27%, выполнение – 96%). В 2011 году эти показатели составили 1574 человека или 26,4% от числа пользованных больных. При норме охвата бригадным методом 34% выполнение планового задания составило 77,6%. В 2012 году – 1627 человек или 34,3% от числа пользованных больных (норма – 40,0%, выполнение планового задания – 85,8%). Как видно из этих данных, от одной четверти до одной трети больных в психиатрических стационарах помощь оказывалась полипрофессиональным методом, однако какие-либо выводы о динамике показателей на основании всего трехлетнего срока работы делать было преждевременно.

Был проведен анализ данных, характеризовавших демографический состав и квалификацию медицинских кадров, на основании «Квалификационных характеристик» кадрового состава (83 единицы) (Семенова Н.В., 2012). Средний возраст медицинских работников амбулаторной службы составлял 50,9 ± 1,91 лет (средний возраст врачей был 50,6 ± 2,47 лет; средний возраст медицинских

сестер – 51,4 ± 3,13 лет). Почти две трети сотрудников амбулаторной психиатрической службы (61,3%) имели возраст старше 50 лет, а лица младше 35 лет составляли среди врачей 11,1%, а среди медицинских сестер 7,7%.

Стаж работы по специальности составлял в общей выборке 25,5 ± 1,99 лет; в группе врачей – 24,6 ± 2,56 лет, в группе медицинских сестер – 26,8 ± 3,25 лет. В группе врачей 16,7% имели высшую квалификационную категорию по специальности «Психиатрия», 27,8% – первую категорию, 5,6% – вторую категорию и 50% – не имели квалификационной категории. В группе медицинских сестер высшую категорию имели 46,2%, первую – также 46,2%, и не имели категории всего 7,7%. Таким образом, удельный вес работников, имевших квалификационную категорию, оказался значительно выше у медицинских сестер амбулаторной службы (92%), чем у врачей (50%). 11% врачей сообщили, что они являются членами научно-медицинских сообществ, а 16,7% имели научные публикации. Все врачи указали, что они имели действующие сертификаты по специальностям «Психиатрия», «Психиатрия-наркология» либо «Психотерапия». Среди медицинских сестер сертификаты по специальности «Сестринское дело в психиатрии» также имели 100% сотрудников. Почти четверть медицинских сестер (23,1%) имели различные награды и почетные звания, среди врачей были отмечены почетными званиями и наградами 22,2%.

Примерно такая же картина возрастного состава врачей и медицинского персонала наблюдалась и в стационарной службе. Изучение различных характеристик кадрового состава проведено на материале «Квалификационных характеристик» (112 единиц) и отчетных сведений за 2011 год отдела кадров Дружносельской психиатрической больницы (ДПБ) как самого крупного психиатрического стационара Ленинградской области (Семенова Н.В., 2012). Некоторые характеристики представлены в таблице 5.11, согласно которой в общем количестве работников, непосредственно задействованных в оказании помощи пациентам, более трети (39,7%) являлись лицами пенсионного возраста, и только 15,5% – молодежью в возрасте до 35 лет. В группе врачей эти показатели составляли 59,4% и 6,3%, среднего медицинского персонала – 32% и 18%,

младшего медицинского персонала – 31% и 14,6% соответственно. Таким образом, среди врачей был наиболее велик разрыв между специалистами пожилого возраста, которые составляли почти 60% общего количества, и мизерным числом молодых специалистов. При этом в ДПБ работало всего 6 врачей в возрасте от 35 до 50 лет, соответственно, три четверти врачебного персонала имели возраст старше 50 лет.

Таблица 5.11 – Общая характеристика кадрового состава ДПБ в 2011 г.

Должность	Количество работников	Из них:		Наличие сертификата по специальности
		В возрасте до 35 лет	Пенсионного возраста	
Врачи	32	2 (6,3%)	19 (59,4%)	30 (93,8%)
Психологи	10	4 (40%)	–	–
Психотерапевты	–	–	–	–
Средний медицинский персонал	172	31 (18,0%)	55 (32,0%)	172 (100%)
Младший медицинский персонал	281	41 (14,6%)	87 (31,0%)	–
Социальные работники	14	1 (7,1%)	6 (42,9%)	–
ВСЕГО	509	79 (15,5%)	202 (39,7%)	

Как видно из таблицы 5.11, значительно более благоприятна в возрастном плане была картина в среде среднего и младшего медицинского персонала, где лица пенсионного возраста составляли треть работающего контингента, а молодежь была представлена каждым пятым-седьмым сотрудником. Среди социальных работников пенсионеры составляли почти половину контингента (42,8%), а молодежь была представлена единственным работником. Согласно таблице 5.11, в ДПБ не было ни одного психотерапевта, а психологи составляли относительно «молодую» профессиональную группу: не было ни одного специалиста пенсионного возраста, а 40% составляла молодежь в возрасте до 35 лет.

100% медицинских сестер имели соответствующие сертификаты, 93,8% врачей также имели сертификаты специалистов, и лишь 6,2% врачей (2 человека) сертификатов по специальности не имели.

Таким образом, на основании результатов исследования можно было выделить следующие наиболее острые кадровые проблемы:

– общий кадровый дефицит, что приводило к высокому коэффициенту совместительства;

– дефицит молодых специалистов, высокий процент работников пенсионного возраста;

– высокая нагрузка на врачей – физических лиц, совмещавших должности, что приводило к снижению качества оказываемой ими помощи;

– отсутствие полустационарных структур и недостаток специалистов, занятых в психосоциальной и реабилитационной помощи пациентам (психологов, социальных работников);

– особенно острый дефицит психотерапевтов как в амбулаторном, так и в стационарном звене и, как следствие, – недостатки психосоциальной и реабилитационной помощи пациентам.

5.2 Сроки госпитализации больных в психиатрические стационары

В современных условиях модернизации здравоохранения особого внимания заслуживают вопросы оказания психиатрической помощи психически больным с длительными сроками пребывания в психиатрическом стационаре. Согласно эпидемиологическим данным, более 20% коечного фонда психиатрических стационаров занимают пациенты, находящиеся в больницах свыше 1 года, а в ряде психиатрических учреждений России эта цифра достигает 50–60%. Около 1/4 пациентов, находящихся в стационарах на конец года, составляют больные с длительными, более 1 года, госпитализациями (Гурович

И.Я., Голланд В.Б., Зайченко Н.М., 2000; Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2010). Таким образом, значительная часть стационарного коечного фонда, по сути «блокируется» хронизированными больными, потребляющими непропорционально большую часть ресурсов психиатрической службы.

В последние десятилетия в Ленинградской области, как и в России в целом, происходит сокращение коечного фонда психиатрических больниц и, соответственно, показателей госпитализации. С 2000 по 2012 год коечный фонд в ЛО сократился с 1820 до 1385 коек (на 23,9%). Обеспеченность койками снизилась с 11,3 до 8,4 коек на 10 000 населения (на 25,7%). Для сравнения, в РФ этот показатель составлял в те же годы соответственно 12,0 и 10,4 койки на 10 000 населения[1].

В структуре госпитализированных больных в ЛО 40–50% составляли сельские жители, а 50–60% – городские. Вместе с тем, поскольку численность сельского населения в рассматриваемый период времени была примерно вдвое меньше городского, уровень госпитализации сельских жителей был значительно выше, чем городских. Так, в 2000 году уровень госпитализации сельских жителей составлял 639 человек на 100 000 сельского населения, а городских – 421 на 100 000 городского, то есть уровень госпитализации сельских жителей превышал аналогичный показатель городских жителей в полтора раза. К 2009 году эта разница еще более увеличилась – 492 против 267 больных на 100 тысяч населения соответственно, то есть уровень госпитализации сельских жителей был почти вдвое выше, чем городских.

По данным А.А. Чуркина и Н.А. Твороговой (2006, 2010), в РФ за 2000–2009 гг. средняя длительность стационарного лечения в психиатрических больницах в общей когорте психически больных уменьшилась на 9%, преимущественно за счет больных психозами и слабоумием (на 12%) и шизофренией (на 16%), хотя в группах больных с умственной отсталостью и с

[1] Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения (статистическая информация), Минздравсоцразвития, 2009, 2013.

непсихотическими расстройствами она увеличилась (на 12% и 3% соответственно). Авторы объясняют снижение показателя длительности стационарного лечения в России развитием в последние годы стационарзамещающих технологий, новых форм внебольничной помощи психически больным, а также использованием современных фармакологических средств (атипичных антипсихотиков, селективных антидепрессантов и т.п.), вызывающих меньше побочных эффектов и осложнений и, следовательно, улучшающих комплайенс и позволяющих добиться более длительных и качественных ремиссий психических заболеваний.

Был проведен аналогичный анализ региональных показателей средней длительности пребывания больного на койке в общем контингенте госпитализированных больных и в различных диагностических группах, включая психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (ПАВ). Эти данные представлены в таблице 5.12.

Согласно таблице 5.12, средний срок госпитализации изменялся неравномерно как в общей когорте психически больных, так и по отдельным диагностическим группам. Так, период 2000–2002 гг. характеризовался тенденцией к снижению этого показателя во всех диагностических группах больных (за исключением заболеваний, связанных с употреблением ПАВ), а затем с 2003 по 2009 год наблюдался нелинейный его подъем с максимальными значениями в 2009 году (112,7 койко-дней). С 2010 по 2012 гг. регистрировалось значительное сокращение сроков госпитализации, соответствовавшее проводимым в последние годы реформам в сфере здравоохранения.

Самый длительный срок госпитализации приходился на долю больных, страдавших шизофренией, несколько меньший был в группе больных с психозами и слабоумием. В группе больных с умственной отсталостью средний срок госпитализации занимал третью по длительности позицию, а самыми короткими оказались сроки лечения больных с невротическими расстройствами и с заболеваниями, вызванными употреблением ПАВ.

Таблица 5.12 – Средняя длительность пребывания больного на койке (в днях)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Все психические расстройства	80,5	79,0	71,3	85,5	88,9	103,8	94,8	102,8	99,5	112,7	80,6	71,3	74,4
Психозы и состояния слабоумия	144,9	140,5	125,3	148,0	153,9	171,5	154,3	155,4	155,6	182,2	141,3	114,9	105,4
Шизофрения	171,0	169,9	137,7	169,4	185,4	228,4	185,5	188,9	189,6	225,5	157,5	134,3	120,5
Умственная отсталость	107,8	80,9	98,0	116,2	125,2	133,8	100,3	156,1	178,5	177,3	118,6	110,3	95,0
Непсихотические расстройства	40,3	37,1	40,5	60,5	54,5	49,5	57,8	63,6	51,8	54,0	40,9	40,9	48,8
Заболевания, связанные с употреблением ПАВ	14,9	18,2	20,2	23,1	21,6	22,7	24,9	19,5	18,7	22,1	22,0	17,4	15,4

В общей когорте больных за 13 лет средняя длительность госпитализации уменьшилась на 6,1 дня (на 9%). В группе больных, страдающих психозами и слабоумием, сокращение средней длительности стационарного лечения произошло более чем на месяц – на 35,5 дней (на 25,2%). У пациентов, страдавших шизофренией, средний срок стационарного лечения снизился на 50,5 дней (на 29,2%). В группе пациентов с умственной отсталостью срок лечения уменьшился на 12,8 дней (на 11,9%). В группе больных с непсихотическими психическими расстройствами, он наоборот, увеличился на 8,5 дней (на 21,1%), однако в 2010-2011 гг. он находился на уровне 2000 года (41 день).

Самый короткий срок стационарного лечения приходился на больных, у которых психические расстройства были связаны с употреблением ПАВ. В этой группе, несмотря на то, что с 2000 по 2010 гг. средний срок лечения вырос в полтора раза, в последние 2 года отмечалось его существенное снижение. В итоге за 13 лет этот показатель вырос на 0,5 дня (на 3,4%), что было сложно расценивать как отчетливую тенденцию. При проведении сравнительного анализа было установлено, что средняя длительность пребывания больного на психиатрической койке в ЛО значительно превышала аналогичный общероссийский показатель – как в общей когорте психически больных, так и в отдельных диагностических группах (рисунок 5.4). В период с 2000 по 2009 год разница областных и федеральных показателей длительности стационарного лечения увеличивалась. Так, если в 2000 г. средний срок пребывания на койке в стационарах ЛО в общей группе психически больных соответствовал общероссийскому уровню и был даже несколько его ниже (80,5 и 82,8 дня соответственно), то к концу 2009 года региональный показатель (112,7 дней) превысил федеральный (75,7 дней) на 48,9%.

На рисунке 5.4 видно, что такое же значительное превышение общероссийских показателей прослеживалось и в диагностических группах больных, проживавших в Ленинградской области. Эти различия не только не уменьшались, но все возрастали: разница между федеральными и областными показателями в пользу последних увеличилась в группе больных психозами и слабоумием – с 13% в 2000 году до 87% в 2009, в группе больных шизофренией – с

36% до 113%, в группе больных с умственной отсталостью – с 29% до 88% и в группе больных с непсихотическими расстройствами – с 3% до 34% соответственно.

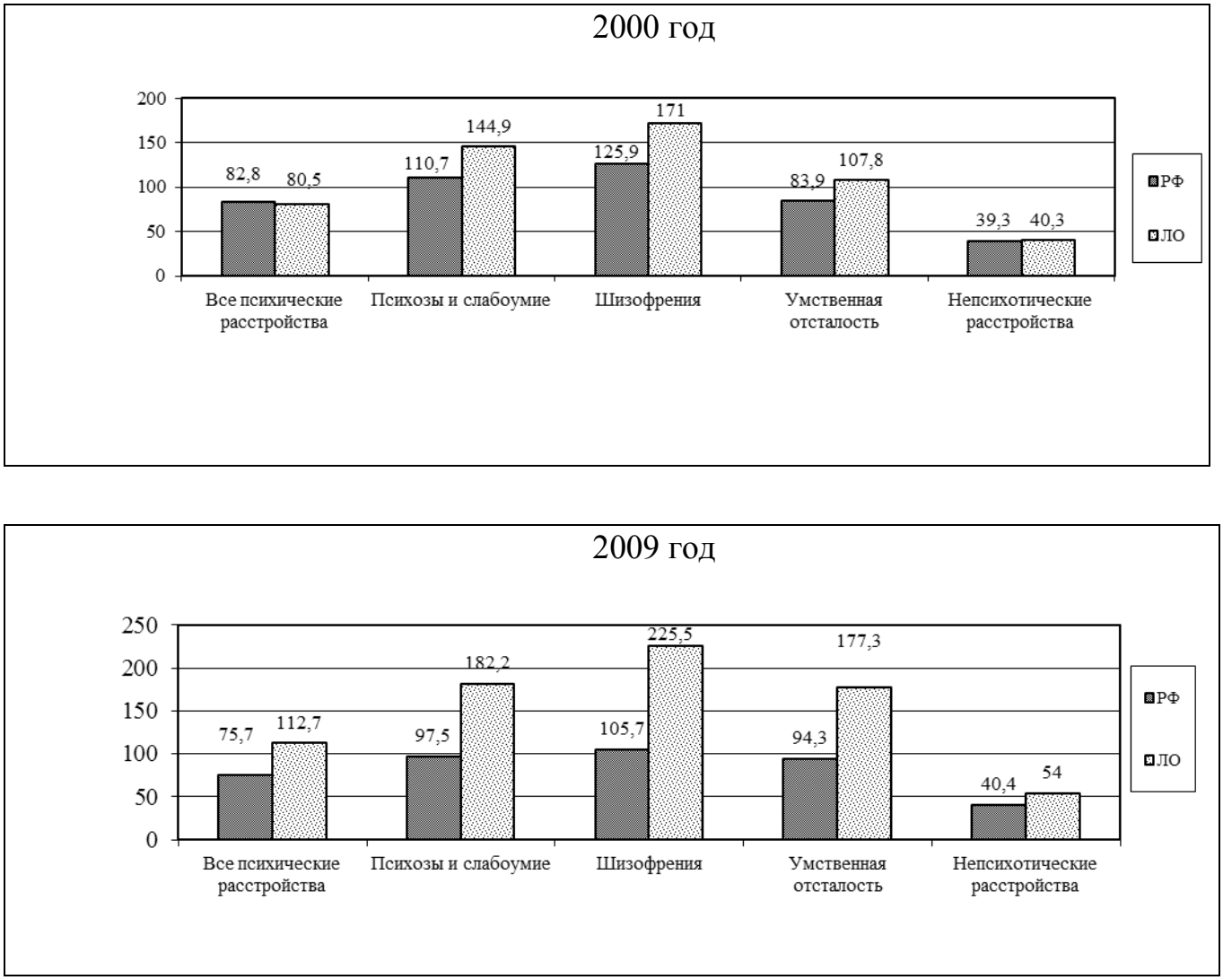

Рисунок 5.4 – Средняя длительность пребывания больного на койке в Российской Федерации и Ленинградской области в 2000 и 2009 гг.

Обращал на себя внимание тот факт, что в РФ за 10 лет средняя длительность стационарного лечения в психиатрических больницах в общей когорте психически больных уменьшилась (на 8,6%), преимущественно за счет больных психозами и слабоумием (на 11,9%) и шизофренией (на 16,0%), хотя в группах больных с умственной отсталостью и с непсихотическими расстройствами она увеличилась (на 12,4% и 2,8% соответственно). В

Ленинградской области средняя длительность стационарного лечения в этот период времени не только не уменьшилась, но значительно возросла: в общей когорте психически больных – на 17,9%, в группе больных психозами и слабоумием – на 25,7%, шизофренией – на 31,9%, умственной отсталостью – на 64,5% и непсихотическими расстройствами – на 34,0%.

По данным последних лет (2010–2012 гг.) можно было заключить, что средний срок стационарного лечения психически больных в ЛО значительно приблизился к общефедеральному уровню, но все равно несколько его превышал. Так, в 2010 году областной показатель превысил государственный[1] на 17% (80,6 дней в ЛО против 68,9 дней в РФ), в 2011 году – на 1,7% (71,3 против 70,1) в 2012 году – на 5,7% (74,4 против 70,4 соответственно).

В России высокая средняя длительность госпитализации в психиатрические стационары в немалой степени была обусловлена тем, что процент больных, находившихся на лечении более 1 года, оставался стабильно высоким и составлял 21–23% (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2006, 2010). Анализ ситуации с длительными госпитализациями был проведен и в ЛО. Данные о количестве больных, находившихся в стационарах ЛО более года, приведены на рисунке 5.5.

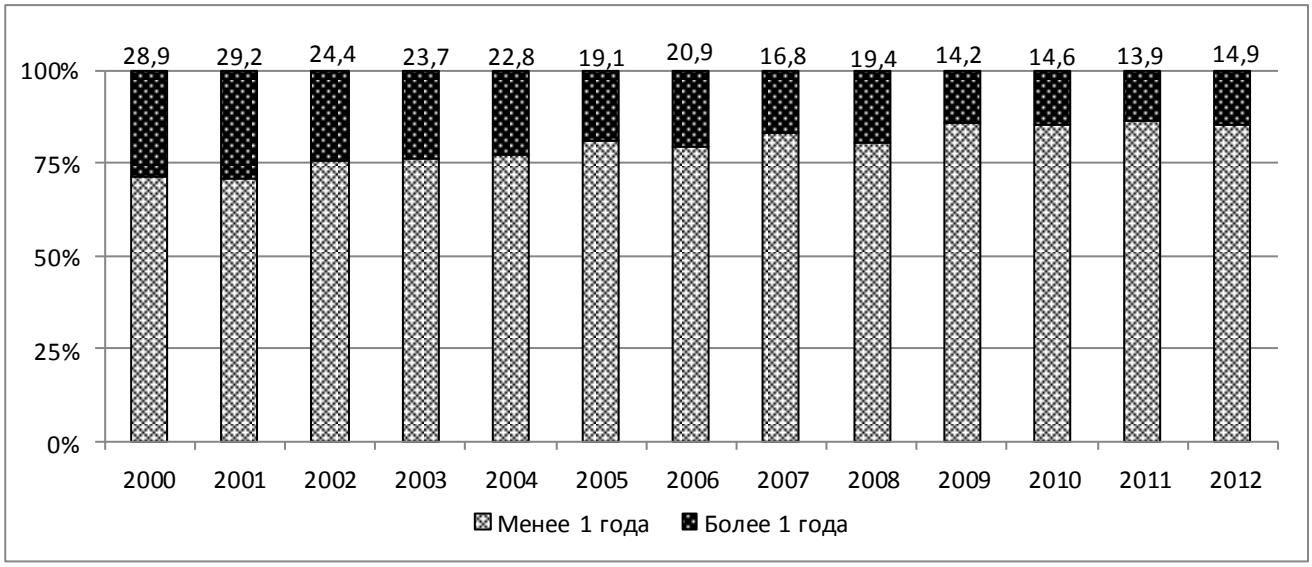

Рисунок 5.5 – Число больных, находившихся в стационарах ЛО более 1 года (%)

[1] Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения: статистические материалы, 2012, 2013.

Как показано на рисунке 5.5, в 2000 году число больных, находившихся в стационарах ЛО области более года, составляло 29% от общего числа госпитализированных больных. К 2012 году доля таких госпитализаций сократилась до 15%. Процент длительных госпитализаций в ЛО соответствовал или превосходил общероссийский уровень, за исключением последних лет, когда этот показатель в области становился ниже федерального.

Наиболее вероятными причинами больших сроков лечения, помимо высокого процента длительных (более 1 года) госпитализаций, являлись: утяжеление контингента стационарных больных (преобладание больных с шизофренией и органическими расстройствами), недостаток стационарзамещающих форм помощи, недостаточное обеспечение современными лекарственными средствами, нехватка технологий, направленных на реабилитацию, ресоциализацию, трудовую реабилитацию пациентов, отсутствие эффективной системы социальной поддержки и сопровождения психически больных и инвалидов.

В 2010 году при ЛОПНД была организована Специальная экспертная комиссия (СЭК) по повторным госпитализациям, которая вместе с главным внештатным психиатром Ленинградской области регулярно проводила выездные конференции в психиатрических стационарах области с участием участковых врачей-психиатров, в ходе которых осуществлялись клинические разборы всех случаев повторных госпитализаций.

По заключению СЭК, большая часть повторных госпитализаций была связана со следующими факторами:

а) с различными социально-психологическими проблемами психически больных и проблемами их наблюдения, лечения и реабилитации, решению которых препятствовало:

- недостаточное количество дневных психиатрических стационаров в районах области, (два дневных стационара в двух из 17-ти районов);
- отсутствие в амбулаторно-поликлиническом звене областной специализированной психиатрической помощи штатных должностей ряда специалистов (врачей-психотерапевтов, медицинских психологов,

социальных работников), на которых возлагалась значительная доля реабилитационной работы, и которые были сокращены в период 2006–2008 годов и сопровождались уходом из психиатрической службы этих специалистов;

– значительной недоукомплектованностью (до 58%) амбулаторно-поликлинического звена специализированной психиатрической помощи области врачами-психиатрами физическими лицами;

Все это, в целом, препятствовало как обеспечению доступности и качества оказания психиатрической помощи населению, так и организации бригадного метода ведения психически больных в амбулаторно-поликлиническом звене психиатрической помощи, а при реализации этого метода только в стационарном звене, отчетливо снижало его эффективность из-за отсутствия преемственности в работе по бригадному методу ведения психически больных между психиатрическими стационарами и психиатрическими кабинетами в районах.

б) с неэффективность системы обеспечения психически больных бесплатными лекарственными препаратами, что делало необходимые бесплатные лекарства для амбулаторного поддерживающего лечения практически недоступными для этих больных;

в) часть повторно госпитализируемых больных страдали наркологическими психотическими расстройствами (алкогольные психозы), и профилактика повторных госпитализаций этой группы больных не относилась к сфере деятельности специализированной психиатрической службы области.

Значительная часть длительных госпитализаций в стационары ЛО приходилась на больных, находившихся на принудительном лечении. В общем контингенте госпитализированных больных их доля составляла порядка 2–3%, однако средняя длительность пребывания на койке таких больных постоянно росла. Так, если в 2000 году средний срок принудительного стационарного лечения составлял 379,4 дня, то в 2009 году он достигал 593,4 дня. Причем среди больных, направленных на принудительное лечение, сохранялся довольно высокий процент повторных правонарушений и назначения повторных сроков

принудительного лечения (в 2008 году больные-рецидивисты составляли 29% от всех больных, находящихся на принудительном лечении, в 2009 году – 10%). Более подробный анализ случаев принудительного лечения будет представлен ниже (раздел 5.3).

Данные о первичных и повторных (в течение года) поступлениях больных в психиатрические стационары приведены в таблице 5.13.

Таблица 5.13 – Показатели первичных и повторных госпитализаций в психиатрические стационары ЛО

Год	Число больных, госпитализированных повторно в течение года	% от общего числа госпитализированных больных	Число больных, госпитализированных впервые в жизни	% от общего числа госпитализированных больных
2000	719	12,8	2562	45,7
2001	862	16,2	2225	41,8
2002	820	15,3	1801	33,5
2003	1360	26,0	1809	34,6
2004	1039	20,5	1774	34,9
2005	1008	19,5	1751	33,9
2006	770	17,6	1292	29,5
2007	1450	31,8	1296	28,4
2008	821	18,1	1127	24,9
2009	1013	18,7	1283	26,6
2010	880	14,4	2095	34,0
2011	637	10,2	2050	34,3
2012	757	12,7	1992	33,1

Из таблицы 5.13 видно, что процент повторных (в течение года) госпитализаций за 13 лет изменялся нелинейно, и в результате показатель 2012 года оказался сопоставим с показателем 2000 года. Наибольшее число повторных госпитализаций (31,8%) пришлось на 2007 год, наименьшее (10,2%) – на 2011 год. Для сравнения, процент повторных поступлений в психиатрические стационары в России в целом на протяжении последних 20 лет составлял порядка 21,5%, с незначительными колебаниями в десятые доли процента. Можно сделать вывод,

что число повторных госпитализаций в Ленинградской области по большей части времени и, особенно в последние годы был существенно ниже общероссийских значений. Это, скорее всего, было связано с внедрением в практику работы психиатрической службы области принципа «бюджетирования, ориентированного на результат», а также с работой Специальной экспертной комиссии по повторным госпитализациям.

Как показано в таблице 5.13, количество больных, госпитализированных в психиатрические больницы впервые в жизни, в период с 2000 по 2009 гг. практически линейно снижалось, а в последние три года наблюдались устойчивые значения этого показателя (33–34%). В целом за 13 лет число госпитализированных впервые в жизни уменьшилось на 22,2% – с 2562 случаев в 2000 г. до 1992 случаев в 2012 г. Доля больных, впервые в жизни поступивших в стационар, также уменьшилась: если в 2000 году это был каждый второй госпитализированный пациент, то в 2012 году – лишь каждый третий.

По всей видимости, снижение цифрового выражения данного показателя было связано с несколькими причинами. Во-первых, происходили демографические изменения структуры населения ЛО в сторону преобладания лиц более пожилого возраста. Общее постарение населения региона уменьшало долю лиц с первично возникающими эндогенными психозами, которые, как известно, считаются расстройствами, характерными для молодого возраста. Это приводило к изменению нозологического состава больных в сторону увеличения психических нарушений у лиц пожилого возраста. Во-вторых, сокращение количества лиц, поступивших впервые в жизни в психиатрический стационар, на фоне достаточно однородных и стабильных показателей общего числа госпитализаций, говорило о том, что происходило перераспределение пациентов в сторону преобладания хронических форм психических заболеваний над острыми. В-третьих, недостаточная укомплектованность участкового и районного звеньев психиатрической службы могла приводить к гиподиагностике впервые развившихся психических расстройств, особенно в сельских районах.

Таким образом, сокращение коечного фонда и уменьшение количества госпитализируемых больных в ЛО сопровождалось существенным (по некоторым группам больных – более чем в два раза) превышением средних сроков лечения в психиатрических больницах области по сравнению с общероссийскими показателями. Увеличение длительности госпитализаций происходило преимущественно за счет утяжеления контингента больных – пациентов с хроническими психическими расстройствами, нуждавшихся в частых и длительных госпитализациях. В то же время, уровень повторных госпитализаций больных с психическими расстройствами свидетельствовал также и о том, что амбулаторно-поликлинические учреждения не были готовы в полном объеме обеспечивать необходимую лечебную, реабилитационную и социальную помощь больным по месту их проживания.

5.3 Недобровольные госпитализации и принудительное лечение

В соответствии со ст. 29 «Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», *лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обусловливает:*

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Процедура недобровольной госпитализации осуществляется в соответствии со статьями 32–35 указанного «Закона».

Данные о количестве больных, госпитализированных в недобровольном порядке в психиатрические стационары Ленинградской области, приведены в таблице 5.14.

Таблица 5.14 – Сведения о больных, госпитализированных в недобровольном порядке в психиатрические стационары Ленинградской области

Годы	Общее число недобровольных госпитализаций		В связи с психическими расстройствами и расстройствами поведения		В связи с психическими расстройствами, вызванными злоупотреблением ПАВ	
	Количество человек	% от общего числа госпитализированных больных	Количество человек	% от общего числа недобровольных госпитализаций	Количество человек	% от общего числа недобровольных госпитализаций
2000	223	2,5	190	85,2	33	14,8
2001	130	1,6	130	100,0	0	0,0
2002	186	2,2	168	90,3	18	9,7
2003	197	2,4	152	77,2	45	22,8
2004	163	2,0	102	62,6	61	37,4
2005	188	2,4	147	78,2	41	21,8
2006	212	3,4	173	81,6	39	18,4
2007	273	4,3	228	83,5	45	16,5
2008	374	5,9	265	70,9	109	29,1
2009	301	4,7	229	76,1	72	23,9
2010	288	4,7	225	78,1	63	21,9
2011	297	4,8	235	79,1	62	20,9
2012	199	3,3	168	84,1	31	15,6

Из таблицы 5.14 видно, что число недобровольных госпитализаций возрастало к 2007–2008 гг., а затем снижалось к 2012 г. Эти тенденции носили нелинейный характер с минимальным значением 130 человек в 2001 году и максимальным – 374 человека в 2008 г. Несмотря на то, что в 2012 году по

сравнению с 2000 годом наблюдался отрицательный прирост этого показателя (– 10,8%), в целом, скорее, прослеживалась тенденция к увеличению числа недобровольных госпитализаций.

В 2000 году в психиатрические стационары ЛО в недобровольном порядке было госпитализировано 223 человека, что составило 2,5% от всех госпитализаций. К 2008 году доля недобровольных госпитализаций выросла до максимальных значений и составила 5,9% всех случаев стационарного лечения (301 человек). В 2009–2011 гг. этот показатель был стабильным и составлял 4,7–4,8%, а к 2012 году снизился до 3,3%. Общий прирост доли больных, госпитализированных в недобровольном порядке, составил за 13 лет 32%.

При сравнении областных показателей с общероссийскими (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2006, 2008, 2010), обращали на себя внимание два момента. Во-первых, процент недобровольных госпитализаций в ЛО был существенно (в 2–3 раза) ниже общероссийского уровня. Так, в 2005 году это соотношение было 2,4% в ЛО против 8,7% в РФ, а в 2009 году – 4,7% против 7,7% соответственно. А во-вторых, в то время как в РФ в 2005–2009 гг. наблюдалось неуклонное снижение недобровольных госпитализаций (с 8,7% в 2005 году до 7,7% в 2009 году), в ЛО, наоборот, процент недобровольных госпитализаций в этот период времени увеличивался (с 2,4% до 4,7% соответственно).

В структуре недобровольных госпитализаций большинство случаев было представлено больными с психическими расстройствами и расстройствами поведения, их доля составляла от 63% до 100%, в среднем 80,6%. Больные с психическими нарушениями, вызванными злоупотреблениями ПАВ, не превышали 37% госпитализированных в недобровольном порядке, их доля в среднем составляла 19,4%. Наименьшее значение (отсутствие недобровольно госпитализированных пациентов) наблюдалось в 2001 году, наибольшее количество в абсолютных значениях (109 человек) – в 2008 году, а наивысший процент – 37,4% (61 человек из 163 госпитализаций) – в 2004 году.

Среди недобровольно госпитализированных больных в РФ в 2005 году 81,9% составляли больные с психическими расстройствами, а 18,1% – с

наркологическими (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2006). В ЛО это соотношение в этом же году было на уровне 78,2% и 21,8% соответственно. В 2009 году в РФ больные с психическими расстройствами составили 85,2%, а с наркологическими – 14,8% (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2010), а в ЛО – 76,1% и 23,9% соответственно. Таким образом, в ЛО процент недобровольных госпитализаций в связи с психическими расстройствами был несколько ниже общероссийского уровня, а показатель недобровольных госпитализаций в связи с наркологическими расстройствами в небольшой степени преобладал над аналогичным общероссийским.

Более подробно была проанализирована диагностическая структура недобровольных госпитализаций в период с 2000 по 2009 год, данные анализа представлены на рисунке 5.6.

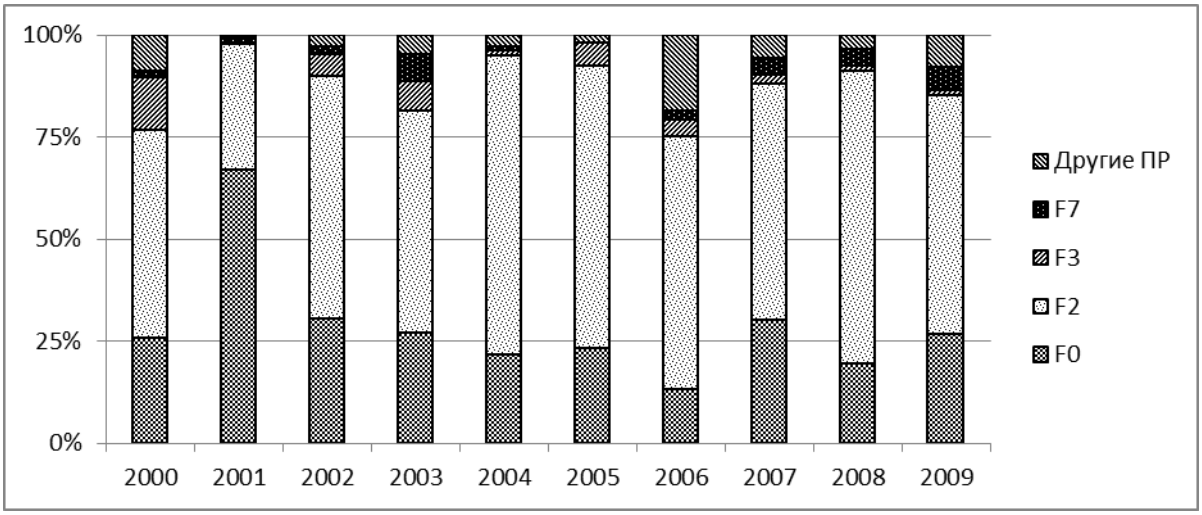

Рисунок 5.6 – Диагностическая структура недобровольных госпитализаций (группа психических расстройств и расстройств поведения)

Как показано на рисунке 5.6, наибольший процент недобровольных госпитализаций приходился на диагностическую категорию F2 (шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства), в разные годы он составлял 51–74% (в среднем за 10 лет 58,9%), за исключением 2001 года, когда большинство

недобровольных госпитализаций пришлось на долю больных с органическими психическими расстройствами, а на долю больных с шизофренией – лишь 30,8%.

Второй по значимости причиной недобровольных госпитализаций являлась диагностическая группа F0 – органические, включая симптоматические психические расстройства. В среднем доля больных этой группы в общем количестве недобровольных госпитализаций составила 28,5%, колебания этого показателя в разные годы отмечались на уровне 20–30%, за исключением 2001 года с максимальным показателем в 66,9% и 2006 года с минимальным – 13,3%.

Пациенты с аффективной патологией (диагностическая категория F3) составляли в среднем 4% всех недобровольно госпитализированных больных (рисунок 5.6). В 2000 году их количество было максимальным (12,6%), а в 2001 году минимальным (0%). В целом за 10 лет доля этих больных в структуре недобровольных госпитализаций сократилась и в последние три года держалась на уровне 1–2%. На долю пациентов с умственной отсталостью пришлось в среднем 2,9% недобровольных госпитализаций. Значения этого показателя за 10 лет не превышали 6,6% (в 2003 году), а в 2005 году не было оформлено ни одной недобровольной госпитализации. Тем не менее, в динамике последующих лет можно было отметить неуклонное увеличение доли недобровольно госпитализированных больных с умственной отсталостью – с 2,3% в 2006 году до 5,7% в 2009 году.

Другие психические расстройства (преимущественно непсихотического характера – невротические, поведенческие и личностные) составляли в среднем 5,8% недобровольных госпитализаций. Основной причиной госпитализации больных этой группы в недобровольном порядке являлись грубые поведенческие нарушения, проявлявшиеся непосредственно агрессивными или суицидальными тенденциями. Максимальное значение показателя госпитализации в этой диагностической группе отмечалось в 2006 году (18,5%), а минимальное – в 2001 году (0,8%). Кривая этого показателя носила зигзагообразный характер и не позволяла четко определить тенденции к его росту или, наоборот, снижению.

Аналогичная картина прослеживалась и в общероссийских показателях. Так, в 2005 году среди недобровольно госпитализированных больных 50,5%

пришлось на больных с шизофренией, а 18,7% – на больных с органическими психозами, в 2009 году – 46,4% на больных с шизофренией и 21,0% – на больных с органическими психозами (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2006, 2010).

Диагностическая структура недобровольных госпитализаций в психиатрические стационары ЛО в связи с психическими расстройствами, обусловленными злоупотреблениями ПАВ, представлена на рисунке 5.7.

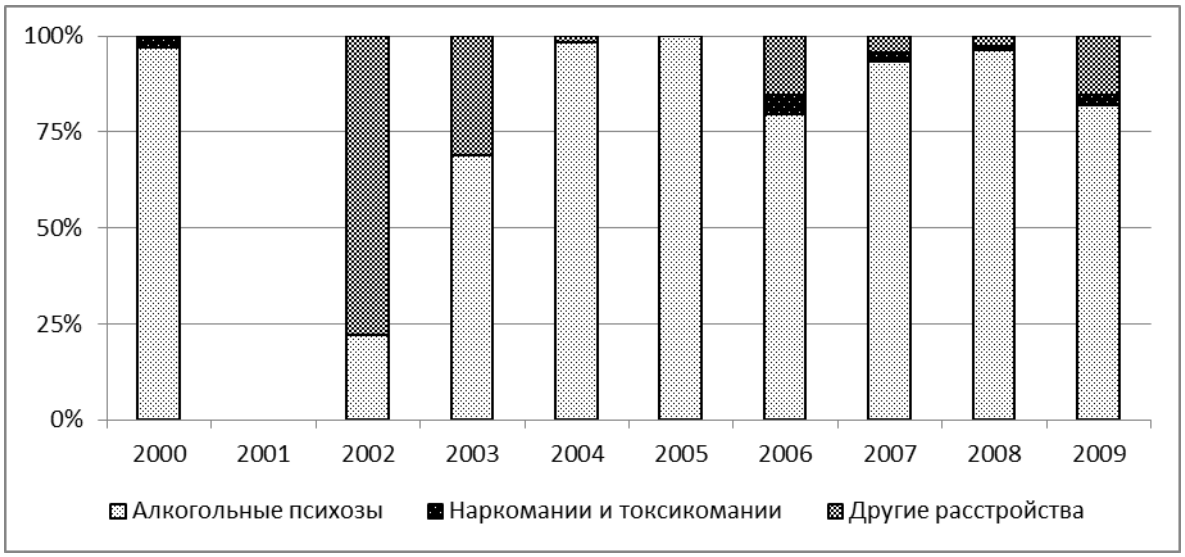

Рисунок 5.7 – Диагностическая структура недобровольных госпитализаций (группа психических и поведенческих расстройств вследствие злоупотребления ПАВ)

Согласно рисунку 5.7, основной причиной недобровольных госпитализаций в группе больных с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными злоупотреблениями ПАВ, были алкогольные психозы. За исключением 2001 года, когда недобровольных госпитализаций в этой группе больных не было, и 2002 года, где более чем три четверти недобровольных госпитализаций относилось к другим расстройствами вследствие злоупотребления ПАВ, алкогольные психозы составляли подавляющее большинство (в среднем 82%) от всех случаев недобровольных госпитализаций. На долю наркоманий и токсикоманий, как причин госпитализаций в

недобровольном порядке, приходилось в разные годы от 0% до 5% (в среднем 1,4%), а на другие расстройства – в среднем 14,8% (от 0% в 2000, 2001 и 2005 гг. до 77,8% в 2002 году).

Как уже отмечалось выше, порядка 2–3% госпитализированных больных составляли больные, находившиеся по определению суда на принудительном лечении. Был проведен подробный анализ ситуации с принудительным лечением за период 2000–2009 гг. Данные о количестве и возрастном составе больных, находившихся на принудительном лечении на конец года, представлены в таблице 5.15.

Таблица 5.15 – Состав больных, находившихся на принудительном стационарном лечении на конец отчетного года

Год	Взрослые		Подростки		Всего	Из них в отделениях специализированного типа	
	Количество человек	%	Количество человек	%		Количество человек	%
2000	180	95,7	8	4,3	188	66	35,1
2001	191	92,3	16	7,7	207	71	34,3
2002	214	95,1	11	4,9	225	69	30,7
2003	166	97,1	5	2,9	171	66	38,6
2004	165	95,9	7	4,1	172	62	36,0
2005	166	90,2	18	9,8	184	68	37,0
2006	195	97,5	5	2,5	200	129	64,5
2007	201	97,1	6	2,9	207	119	57,5
2008	186	98,4	3	1,6	189	61	32,3
2009	183	99,5	3	1,6	186	59	31,7

Как видно из таблицы 5.15, в среднем ежегодно на принудительном лечении в стационарах ЛО находилось порядка 180 взрослых лиц. Число подростков на принудительном лечении составляло от 3 до 18 человек, или 2–10% от общего числа лиц, которым было назначено принудительное лечение. В качестве

положительной тенденции можно было отметить снижение за 10 лет числа подростков, которым было определено принудительное лечение. Около трети больных, находившихся на принудительном лечении (а в 2006–2007 гг. более половины), пребывали в отделениях специализированного типа, что говорило о тяжести совершенных ими общественно опасных деяний (ООД).

В 2010–2012 гг. сохранялся тот же уровень принудительного лечения. Оно было определено 192 больным в 2010 году, 198 больным в 2011 году (из которых 59 человек, или 29,8% находились в отделениях специализированного типа) и 177 больным в 2012 году (56 человек, или 31,6% в специализированных отделениях).

Ниже, в таблице 5.16, представлены данные о количестве больных, поступивших на принудительное лечение в течение года, среди которых выделено число больных, ранее уже находившихся на принудительном стационарном лечении, а также совершивших повторные ООД в течение года после выписки с предыдущего принудительного лечения.

Таблица 5.16 – Количество больных,
поступивших на принудительное лечение в течение года

Год	Число больных, поступивших на принудительное лечение	Из них ранее находились на принудительном лечении		В том числе последнее ООД совершили в течение года после прекращения предыдущего принудительного лечения	
		Количество человек	%	Количество человек	%
2000	128	16	12,5	3	18,8
2001	157	34	21,7	2	5,9
2002	179	38	21,2	2	5,3
2003	87	30	34,5	0	0
2004	138	17	12,3	4	23,5
2005	134	0	0	0	0
2006	134	43	32,1	4	9,3
2007	101	18	17,8	5	27,8
2008	113	31	27,4	2	6,5
2009	112	36	32,1	6	16,7

Согласно таблице 5.16, существенное (до одной трети) число больных, находившихся на принудительном лечении, в прошлом уже совершали различные ООД и в связи с этим лечились принудительно в психиатрическом стационаре. В единичных случаях (до 6 человек в год) пациенты после прекращения принудительного лечения совершали повторные ООД в течение года.

К сожалению, предметом настоящей работы не являлся анализ взаимосвязи между тяжестью совершенных больными ООД, тенденцией к рецидивам и особенностями психопатологической картины заболевания и терапевтической тактики, хотя такое исследование может представлять несомненный интерес.

5.4 Исходы и результаты лечения в психиатрических больницах

Основными объективными критериями оценки эффективности стационарного лечения являются такие клинически важные показатели как исходы и результаты лечения. Общие данные, отражающие основные диагностические группы контингента больных, выбывших из психиатрических стационаров ЛО, представлены в таблице 5.17. Число выбывших больных за 13 лет снизилось почти на треть (на 35,9%), что было связано с описанными выше (глава 4, раздел 4.2) изменениями в оказании стационарной психиатрической помощи – сокращением коечного фонда и укорочением сроков лечения больных в стационаре.

Согласно таблице 5.17, в диагностической структуре контингента выбывших больных четко прослеживались следующие тенденции. Увеличилась доля больных, госпитализация которых была связана с проявлениями психических расстройств (с 58% в 2000 году до 78% в 2012 году), и уменьшился процент госпитализированных пациентов с расстройствами, обусловленными употреблением ПАВ (с 36% до 21% соответственно). Кроме того, уменьшилось число больных, госпитализированных в психиатрический стационар в связи с проведением обследования и экспертизы (судебно-психиатрической и экспертизы годности к военной службе). За 13 лет

число таких больных уменьшилось практически в 10 раз, и с 2004 года их доля не превышала 1%.

Таблица 5.17 – Диагностическая структура контингента выбывших их стационара больных

Год	Число выбывших больных	Из общего числа выбывших больных					
		Больные с психическими расстройствами		Больные с заболеваниями, связанными с употреблением ПАВ		Признано здоровыми	
		Количество человек	%	Количество человек	%	Количество человек	%
2000	9445	5440	57,6	3400	36,0	605	6,4
2001	9009	5480	60,8	2921	32,4	608	6,7
2002	8569	5333	62,2	3093	36,1	143	1,7
2003	8530	5327	62,5	3092	36,2	111	1,3
2004	8238	5239	63,6	2925	35,5	74	0,9
2005	7981	5287	66,2	2646	33,2	48	0,6
2006	6277	4354	69,4	1860	29,6	63	1,0
2007	6393	4547	71,1	1794	28,1	52	0,8
2008	6385	4563	71,5	1771	27,7	51	0,8
2009	6581	4886	74,2	1642	25,0	53	0,8
2010	6269	4611	73,6	1614	25,7	44	0,7
2011	6271	4841	77,2	1387	22,1	43	0,7
2012	6051	4744	78,4	1255	20,7	52	0,9

Основные данные об исходах лечения (за исключением выписанных домой) представлены на рисунке 5.8. Подавляющее большинство пациентов (85–95% в разные годы, в среднем порядка 90%) были выписаны домой. Согласно рисунку 5.8, в учреждения социальной защиты (психоневрологические интернаты)

переводилось в среднем 5–6% больных. 2–4% исходов лечения составили переводы в другие психиатрические стационары. Смертность в психиатрических больницах области за рассматриваемый период времени неуклонно снижалась – с 333 человек в 2000 году до 72 в 2012 году, что, соответственно, составило 3,3% и 1,2%. Таким образом, показатель больничной летальности снизился за 13 лет в 2,75 раза.

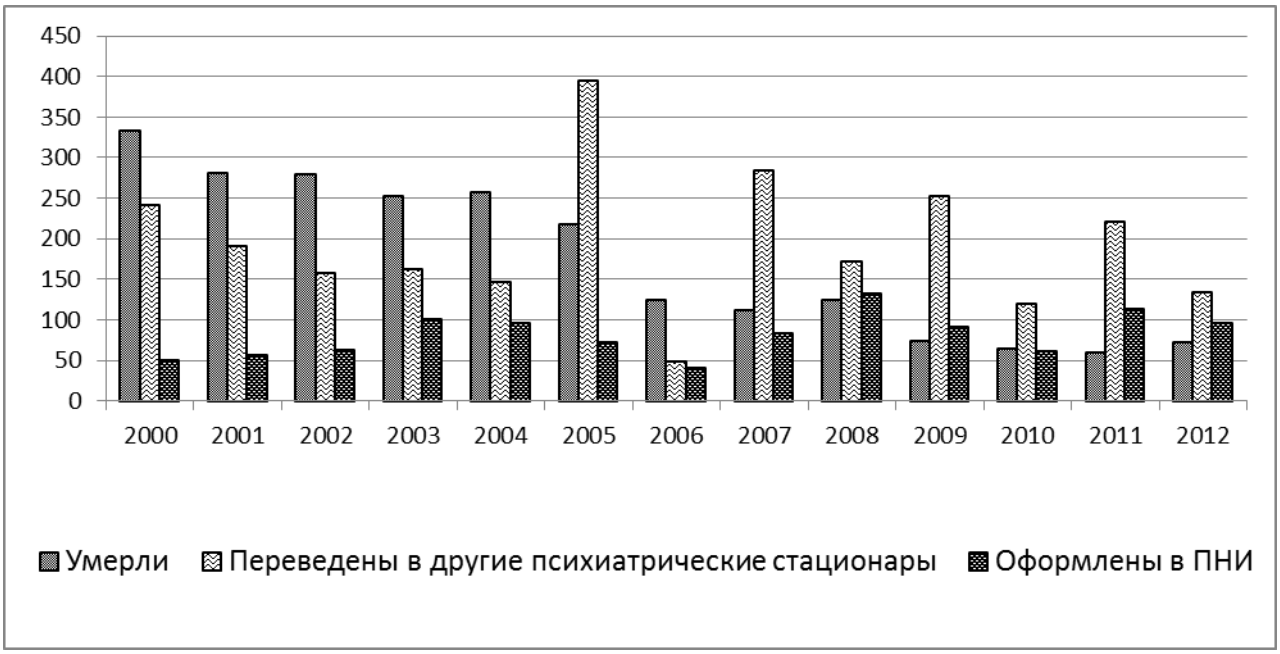

Рисунок 5.8 – Исходы лечения в психиатрических стационарах ЛО

Среди умерших в стационаре смерть от несчастных случаев была зарегистрирована у 1 человека в 2000 г. (0,3% от общего числа умерших и 0,010% от общего числа выбывших из стационара), у 1 человека в 2005 г. (0,4% и 0,012%) и у 1 человека в 2006 году (0,8% и 0,016% соответственно). Завершенные суициды были зарегистрированы: по 1 человеку в 2001, 2002, 2003 гг. (0,4% от общего числа умерших и 0,011% от общего числа выбывших из стационара), в 2009 и 2011 гг. (1,4% и 0,015% соответственно) и по 2 человека в 2004 г. (0,8% и 0,923%) и в 2007 г. (1,8% и 0,030% соответственно). Все остальные летальные исходы составили случаи смерти от сопутствующих соматических заболеваний.

Одним из показателей эффективности деятельности психиатрического стационара является оценка состояния пациента на момент его выписки из больницы, то есть результат лечения. Исследование результатов лечения было проведено на основании статистического анализа отобранных случайным образом 1220 «Статистических карт выбывших из психиатрического (наркологического) стационара» больных, проходивших лечение в самой крупной психиатрической больнице ЛО – ГУЗ «Дружносельская психиатрическая больница» за период с 2000 по 2009 гг.

Основные результаты анализа, проведенного по пяти переменным («выздоровление (выраженное улучшение)», «улучшение состояния», «состояние без изменений», «ухудшение состояния» и «смерть»), характеризующим качество оказанной лечебной помощи и контингент пролеченных больных, представлены в таблице 5.18.

Таблица 5.18 – Результаты лечения в психиатрических стационарах ЛО (n=1220)

Результаты лечения	Количество больных	%	Кумулятивный %
Выздоровление (выраженное улучшение)	190	15,6	15,6
Улучшение состояния	724	59,3	74,9
Состояние без изменений	263	21,6	96,5
Ухудшение состояния	2	0,2	96,6
Смерть	41	3,4	100,0
Итого	1220	100,0	

Согласно таблице 5.18, три четверти пролеченных больных выписывались с улучшением состояния (59,3%) или выздоровлением (15,6%). У 22% больных состояние в процессе лечения не менялось, у 0,2% пациентов наблюдалось ухудшение состояния в ходе госпитализации, и у 3,4% больных наступила смерть.

При анализе взаимосвязи результата лечения с диагнозом заболевания оказалось, что в исследуемой выборке 8,7% обследованных (107 человек) имели заключение «психически здоров», «акцентуация характера» и «пограничное

расстройство личности». Это были пациенты, госпитализированные для проведения стационарной психиатрической экспертизы, чаще всего, экспертизы годности к военной службе. Такие пациенты, не имевшие установленного диагноза психического расстройства, были исключены из дальнейшего анализа. В итоге распределение больных приобрело следующий вид (таблица 5.19).

Таблица 5.19 – Результаты лечения в психиатрических стационарах ЛО (n=1113)

Результаты лечения	Количество больных	%	Кумулятивный %
Выздоровление (выраженное улучшение)	189	17,0	17,0
Улучшение состояния	724	65,0	82,0
Состояние без изменений	157	14,1	96,1
Ухудшение состояния	2	0,2	96,3
Смерть	41	3,7	100,0
Итого	1113	100,0	

Как видно из таблицы 5.19, после исключения психически здоровых лиц, вошедших в категорию «Состояние без изменений», произошло существенное перераспределение результатов лечения. Так, выздоровление отмечалось уже у 17% больных, а улучшение состояния у 65%. Совместно они составили в итоге 82%. У 14% больных состояние в процессе лечения не изменилось, у 0,2% пациентов наблюдалось ухудшение состояния в ходе госпитализации, и у 3,7% больных наступила смерть.

Аналогичные данные приводят и другие исследователи. В частности, на примере Орловской Областной ПБ показано, что за период 1995–2004 гг. показатель «выздоровление» колебался на уровне 3–13% от общего количества выписанных больных (без учета умерших), «улучшение состояния» – от 71% до 86%, «без изменений» – 11–22%, «ухудшение состояния» – 0,1–0,4% соответственно (Некрасов М.А., Путилин Н.В., 2007).

Исследуемая группа пациентов Дружносельской ПБ (n = 1113) характеризовалась следующим распределением по полу: 808 мужчин (72,6%) и

305 женщин (27,4%). Средний возраст обследуемых составил 36,5 ± 0,5 лет, минимальный возраст – 2 года, максимальный – 94 года. Среди обследованных было 10% детей в возрасте до 14 лет (110 человек), 5% подростков 15–17 лет (52 человека) и 85% взрослых от 18 лет и старше (947 человек).

Госпитализировано впервые в жизни было 499 человек (44,9%), повторно – 423 (38,9%), повторно в течение года – 181 (16,3%).

579 обследованных (52,1%) имели образование ниже среднего, в том числе 59 человек (5,3%) не учились вообще, а 104 человека (9,4%) – обучались в школах для умственно отсталых. Полное среднее и среднее специальное образование было у 486 человек (43,7%), а полное или неполное высшее – у 46 (4,1%).

В качестве источника средств к существованию 221 человек (19,9%) имели постоянную работу, 565 (50,8%) находились на иждивении государства (пенсия по инвалидности, по старости, стипендия и т.п.) и 327 человек (29,4%) находились на иждивении родственников или имели иные источники дохода. 26 человек (2,4%) имели инвалидность 1 группы, 327 человек (30,5%) – инвалидность 2 группы, 4 человека (0,4%) – инвалидность 3 группы, 28 (2,6%) являлись детьми-инвалидами, а 687 (64,1%) не имели группы инвалидности.

Диагностическая структура пациентов с различными результатами лечения выглядела следующим образом. Результат лечения «Выздоровление (выраженное улучшение») наблюдался у 189 пациентов (17% общей выборки), из них 64% (102 человека) были госпитализированы в связи с алкогольными психозами (F10.5), 21% (40 человек) – другими психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя (F10, кроме F10.5), 5% (10 человек) – психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением опиоидов (F11), 3% (6 человек) – аффективными расстройствами (F3), 2% (4 человека) – органическими расстройствами (F05 и F06), по 1% (по 2 человека) – шизофренией (F20), расстройствами личности (F6) и расстройствами психологического развития (F8) и по 0,5% (по 1 человеку) – невротическими расстройствами (F4) и умеренной умственной отсталостью (F71).

«Улучшение состояния» было отмечено у 724 человек (65% общей выборки). Из них 31% (220 человек) были госпитализированы по поводу шизофрении (F20), 25% (182 человека) – психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя или опиоидов (F10, F11), 22% (160 человек) – органических психических расстройств (F0), 17% (123 человека) – умственной отсталости различной степени выраженности (F70–F72), другие диагностические группы были представлены в незначительном количестве (до 2%).

«Состояние без изменений» было отмечено у 157 больных (14% общей выборки). Среди этих пациентов было 46% (73 человека) с умственной отсталостью (F70–F72), 22% (35 человек) – с расстройствами личности и поведения (F6), 20% (31 человек) – с органическими психическими расстройствами (F0), 5% (7 человек) – с шизофренией (F20), другие диагностические группы были представлены в количестве до 2%.

«Ухудшение состояния» в ходе госпитализации было зафиксировано у двух больных (0,2% общей выборки) – с органическим расстройством личности (F07.0) и с легкой умственной отсталостью (F70). Смерть наступила у 41 человека (3,7% общей выборки), из них 75% (31 человек) страдали органическими психическими расстройствами (F0), 15% (6 человек) – алкоголизмом, 10% (4 человека) – шизофренией.

Для анализа взаимосвязи результатов лечения и пола были построены таблицы сопряженности и применен точный критерий Фишера. Были выявлены значимые различия в частоте встречаемости показателей результатов лечения у мужчин и у женщин (таблица 5.20).

Как видно из таблицы 5.20, у мужчин чаще, чем у женщин, встречались результаты «Выздоровление (выраженное улучшение)» и «Состояние без изменений», а у женщин – чаще «Улучшение состояния» и «Смерть». По показателю «Ухудшение состояния» статистически значимых различий в зависимости от пола определено не было.

Распределение по месту жительства (город или село) в исследуемой выборке оказалось следующим: 438 человек (39,4%) составили городские жители,

616 человек (55,3%) – сельские жители и 59 человек (5,3%) – лица БОМЖ. Для анализа взаимосвязи результатов лечения и места жительства больных (городская или сельская местность) были построены таблицы сопряженности и применен точный критерий Фишера, лица БОМЖ при этом не учитывались.

Таблица 5.20 – Взаимосвязь результатов лечения (РЛ) и пола пациентов

Результаты лечения (РЛ)		Пол			Уровень значимости
		М	Ж	Всего:	
Выздоровление (выраженное улучшение)	n	150	39	189	**p=0,025**
	% по РЛ	79,37	20,63	100,00	
	% по полу	18,56	12,79	16,98	
Улучшение состояния	n	494	230	724	**p<0,001**
	% по РЛ	68,23	31,77	100,00	
	% по полу	61,14	75,41	65,05	
Состояние без изменений	n	140	17	157	**p<0,001**
	% по РЛ	89,17	10,83	100,00	
	% по полу	17,33	5,57	14,11	
Ухудшение состояния	n	2	0	2	p=1,000
	% по РЛ	100,00	0,00	100,00	
	% по полу	0,25	0,00	0,18	
Смерть	n	22	19	41	**p=0,011**
	% по РЛ	53,66	46,34	100,00	
	% по полу	2,72	6,23	3,68	
Всего:	n	808	305	1113	
	% по РЛ	72,60	27,40	100,00	
	% по полу	100,00	100,00	100,00	

Примечание: здесь и далее жирным шрифтом выделены статистически значимые различия.

Были выявлены статистически значимые различия в частоте результатов лечения «Выздоровление (выраженное улучшение)» и «Улучшение состояния» у городских и сельских жителей (таблица 5.21).

Таблица 5.21 – Взаимосвязь результатов лечения (РЛ) и места жительства (МЖ)

Результаты лечения (РЛ)		Место жительства (МЖ)			Уровень значимости
		Город	Село	Всего:	
Выздоровление (выраженное улучшение)	n	49	128	177	**p<0,001**
	% по РЛ	27,68	72,32	100,00	
	% по МЖ	11,19	20,78	16,79	
Улучшение состояния	n	307	377	684	**p=0,008**
	% по РЛ	44,88	55,12	100,00	
	% по МЖ	70,09	61,20	64,90	
Состояние без изменений	n	59	92	151	p=0,702
	% по РЛ	39,07	60,93	100,00	
	% по МЖ	13,47	14,94	14,33	
Ухудшение состояния	n	1	1	2	p=1,000
	% по РЛ	50,00	50,00	100,00	
	% по МЖ	0,23	0,16	0,19	
Смерть	n	22	18	40	p=0,259
	% по РЛ	55,00	45,00	100,00	
	% по МЖ	5,02	2,92	3,80	
Всего:	n	438	616	1054	
	% по РЛ	41,56	58,44	100,00	
	% по МЖ	100,00	100,00	100,00	

Как видно из таблицы 5.21, у сельских жителей статистически значимо чаще, чем у городских, наблюдалось «Выздоровление (выраженное улучшение)», а у жителей города чаще, чем у жителей села – «Улучшение состояния». По другим показателям результатов лечения статистически значимых различий между городскими и сельскими жителями получено не было.

При дальнейшем более углубленном анализе было выявлено, что сельские жители чаще, чем городские, госпитализировались в ДПБ в связи с психическими расстройствами, связанными с употреблением ПАВ (69,9% госпитализированных сельских жителей), в основном, в связи с алкогольными психозами (делирием и галлюцинозом). Лечение этой группы психических расстройств обычно

заканчивалось «Выздоровлением (выраженным улучшением)», что и объясняло описанные выше значимые различия в результатах лечения. Такая ситуация, в свою очередь, с одной стороны, свидетельствовала о распространенности тяжелого алкоголизма среди населения сельской местности, а, с другой стороны, косвенно подтверждала уже отмеченные недостатки в оказании психиатрической помощи сельским жителям.

5.5 Новые формы и методы медико-социальной помощи

В настоящее время и отечественный, и зарубежный опыт организации психиатрической помощи, основанный на процессах деинституционализации, свидетельствует о необходимости развивать различные внестационарные формы помощи больным, целью которых является не столько медикаментозная коррекция болезненного состояния пациента, сколько его реабилитация и ресоциализация.

Новая концепция психиатрической помощи также предполагает, что стационарная помощь должна облегчать доступ к ней пациентам, которые в ней действительно нуждаются, и с таким набором диагностических, лечебных и медико-социальных мероприятий, и такой продолжительности, которая конкретному больному действительно необходима.

Вышедший в июле 2012 года Приказ Минздравсоцразвития от 17.05.2012 г. № 566н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения», постулирует следующий порядок:

1) психиатрическая помощь организуется только в составе либо психиатрической больницы, которой дается право и на амбулаторно-поликлиническую помощь, либо в составе психоневрологического диспансера; организация психиатрической помощи в составе многопрофильного ЛПУ не

допускается (кроме психотерапевтического кабинета и психотерапевтического стационара);

2) весь объем первичной психиатрической медико-санитарной помощи оказывается не одним психиатрическим кабинетом (психоневрологическим отделением), как ранее, а теперь распределяется между несколькими типами кабинетов и амбулаторных отделений, являющихся дневными стационарами:

- кабинет участкового врача-психиатра;
- кабинет активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения;
- психотерапевтический кабинет;
- дневной психиатрический стационар;
- отделение интенсивного оказания психиатрической помощи (дневной стационар);
- медико-реабилитационное отделение (дневной стационар);
- отделение медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях (бригадное полипрофессиональное обслуживание);

3) в структуру психиатрических больниц, кроме существующих, введены отделения нового типа:

- медико-реабилитационное отделение;
- медико-реабилитационное отделение для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи (общежитие);
- больница может иметь в своей структуре отделение «Телефон доверия», а также кабинет медико-социально-психологической помощи (суицидологический);

4) в структуру психоневрологического диспансера и психиатрической больницы возвращены лечебно-трудовые (производственные) мастерские (ЛТМ);

5) работа всего медицинского персонала стационарной и амбулаторной психиатрической помощи организуется по принципу полипрофессиональных

бригад (психиатр, медицинский психолог, социальный работник); в связи с этим в амбулаторное звено психиатрической помощи возвращены медицинские психологи, специалисты по социальной работе и социальные работники;

6) порядок подтверждает необходимость организации скорой психиатрической помощи (приказ МЗ РФ от 08.04.1998 № 108 «О скорой психиатрической помощи»);

7) психотерапевтические кабинеты и психотерапевтические стационары могут быть организованы как в составе психиатрических учреждений, так и в составе многопрофильных ЛПУ; психотерапевтический стационар может быть самостоятельной медицинской организацией (юридическим лицом).

Таким образом, впервые введенный в практику психиатрической помощи в РФ порядок ее оказания, определяет безусловный перенос усилий психиатрической помощи на амбулаторный уровень с выраженным акцентом на многоуровневую реабилитацию и организацию работы медицинского персонала по принципу полипрофессиональных бригад, с сохранением при этом необходимого уровня и объема стационарной помощи.

К сожалению, сокращение коечного фонда и снижение уровня госпитализации в ЛО не сопровождались развитием полу- и внестационарных форм помощи в регионе в необходимом объеме. В конце 90-х годов XX столетия были упразднены лечебно-трудовые мастерские, и до сегодняшнего дня трудовая реабилитация психически больных практически не проводилась. В 2000–2006 году в области существовал лишь один дневной стационар на 9–11 койко-мест. Количество пролеченных в этом дневном стационаре больных прогрессивно снижалось с 618 человек в 2000 году до 371 в 2006 году, с 2007 года он перестал функционировать. С 2010 года, в соответствии с Региональной целевой подпрограммой Ленинградской области, была организована работа двух дневных стационаров для лечения психически больных – в г. Гатчина и в г. Выборг. Общее количество сметных койко-мест составило 15, из них 5 в Гатчине и 10 в Выборге, среднегодовых – 15. Некоторые показатели работы дневных стационаров за 2010–2012 гг. приведены в таблице 5.22.

Таблица 5.22 – Показатели работы дневных стационаров

Показатель	2010	2011	2012
Общее количество пролеченных больных	227	287	347
Из них в Гатчине (5 койко-мест)	23	135	148
В Выборге (10 койко-мест)	204	152	199
Общее количество проведенных выписанными больными койко-дней	3356	3879	4284
Из них в Гатчине (5 койко-мест)	226	1616	1793
В Выборге (10 койко-мест)	3130	2263	2491

Согласно таблице 5.22, в целом за три года работы отмечался рост объемов оказанной психиатрической помощи дневными стационарами, что свидетельствовало о высокой нуждаемости в полустационарной форме помощи и о некотором расширении за последние два года ее возможностей в области. Однако дальнейшее развитие этого вида медицинской помощи было затруднено в связи с отсутствием необходимой инициативы руководителей ЛПУ муниципальных районов по переданным им полномочиям по оказанию психиатрической помощи населению.

Число среднегодовых мест дневных стационаров в области в 2010–2012 гг. составило 0,086 на 100 диспансерных больных. Для сравнения, аналогичный показатель в России в 2010 годы составил 1,016. Таким образом, охват полустационарными формами психиатрической помощи в Ленинградской области оказался почти в 12 раз ниже общероссийского, что, конечно, отрицательно сказывалось на качестве оказываемой помощи. Острый недостаток дневных стационаров и приводит к тому, что удлинялись сроки стационарного лечения, и часть больных с психическими расстройствами, которые могли бы лечиться в дневных стационарах, вынуждены необоснованно госпитализироваться в психиатрические больницы. Это, с одной стороны, повышало затраты на психиатрическую помощь, а с другой стороны, снижало качество

психиатрической помощи, особенно в части психосоциальной реабилитации, и усиливало стигматизацию пациентов.

С 2010 года в системе оказания психиатрической помощи населению Ленинградской области был внедрен метод «бюджетирования, ориентированного на результат» (БОР) – альтернативный затратному подход к бюджетному процессу, обеспечивающий прямую увязку бюджетных расходов с результатами бюджетных услуг для общества. Целями внедрения БОР являлись:

- повышение качества и доступности медицинской помощи населению;
- усиление подотчетности исполнительных органов власти в сфере здравоохранения обществу;
- усиление связи между приоритетами государственной политики в сфере здравоохранения и структурой бюджетных расходов;
- улучшение качества информации об объемах медицинской помощи и их финансированию для принятия управленческих решений;
- повышение эффективности бюджетных расходов.

В рамках БОР в Ленинградской области реализовались методы лечения и реабилитации полипрофессиональной бригадой.

В 2010 году получили курс лечения и реабилитации бригадным методом 1605 больных, или 26% от числа пользованных больных. При этом годовой норматив был установлен на уровне 27% от общего числа пользованных больных, а его фактическое выполнение составило 96%.

В 2011 году бригадным методом было обслужено 40,7% больных (1972 человека). При нормативе 34% фактическое выполнение составило 120%.

В 2012 году лечение и реабилитация бригадным методом были проведены 1627 больным, или 34,4% пользованных больных (годовой норматив – 40%, фактическое выполнение планового задания – 85,8%). Причины таких колебаний показателей, отражавших фактическое выполнение плановых заданий, не являлись очевидными и требовали отдельного изучения.

С 01 октября 2011 г. в ЛОПНД было организовано отделение «Телефон доверия» (ТД), которое оказывало населению круглосуточно экстренную

психологическую помощь. Его работу обеспечивали 6 консультантов (врачи-психиатры, врачи-психотерапевты, медицинские психологи).

За 2012 год было получено 2688 звонков. Из всех звонков: информационно-справочные – 8%, «пустые» (розыгрыши, молчащие звонки, и т.п.) – 25%, проблемные – 67%.

Были проанализированы некоторые медико-демографические показатели, характеризовавшие звонивших абонентов. К сожалению, подробная статистическая информация получена не была, так как специфика работы телефона доверия не предусматривала регулярный сбор информации о каждом абоненте.

Преимущественно звонили женщины (60%), мужчины составили 40%. По возрасту клиенты ТД распределились следующим образом: 5% – дети и подростки младше 18 лет, 85% – взрослые в возрасте от 19 до 60 лет, около 1% – лица старше 60 лет; у 9% абонентов возраст не был определен.

По территориальной принадлежности обратившихся (из тех, кто назвал своё место пребывания) жители Ленинградской области и жители Санкт-Петербурга распределились примерно одинаково (по 48%). Поступали также звонки от иногородних жителей (Воронеж, Мурманск, Москва, Сыктывкар, Бологое, Малогбек, Владикавказ и др., в целом их доля составила 3%). В ряде случаев местонахождение обратившихся не могло быть установлено (1% звонивших).

Проблемы, с которыми абоненты обращались к консультантам ТД, распределились следующим образом. Проблемы взаимоотношений и проблемы, связанные с различными заболеваниями, составили две одинаковые по численности группы по 45%. В структуре проблем в связи с заболеваниями, проблемы психического здоровья составили 25%, злоупотребление алкоголем и созависимые отношения – 21%, общемедицинские проблемы – 12%.

Среди других причин обращений были: социальные проблемы (бедность, утрата жилья, проблемы с пенсионным и соц. обслуживанием, общение с чиновниками и др.) – в среднем 3%, утрата (смерть близкого человека и др.) – около 1%, суицид и суицидальное поведение – около 0,8%, насилие – 1–2% (в

отдельные месяцы), личностные проблемы (одиночество, тревожность, недостаток общения, проблемы выбора и т.п.) – до 20%.

При анализе обращений клиентов стала очевидной нехватка населению ЛО психологической и психотерапевтической помощи и актуальность организации кабинета медико-социально-психологической помощи в ГКУЗ ЛОПНД.

Консультантами ТД была оказана следующая помощь:

- беседа, включающая выслушивание и поддержку – 92% от проблемных звонков;
- информирование и рекомендации – до 15%;
- психотерапия, психологическое консультирование – до 30%;
- рекомендации обратиться на очный приём к специалистам – 3%.

По результатам телефонного консультирования в большинстве случаев у абонентов были достигнуты положительные результаты (улучшение эмоционального состояния, принятие какого-либо решения, выражение благодарности в адрес консультантов и т.д.). По результатам проведенного анализа обращений консультантам были даны указания активнее приглашать пациентов на очные консультации.

Таким образом, в 2000–2012 гг. в Ленинградской области происходило сокращение коечного фонда на фоне острого дефицита полустационарных и стационарзамещающих форм помощи, что приводило к недостаточному обеспечению населения специализированными психиатрическими койками. Эти структурные процессы сопровождались снижением уровня госпитализации и изменением соотношения городских и сельских жителей в сторону увеличения уровня госпитализации последних. В то же время первичная заболеваемость психическими расстройствами у сельских жителей была достоверно ниже, чем у городских (см. главу 3). Все это позволило сделать вывод о существенных недостатках в выявлении психических расстройств и оказании необходимой психиатрической помощи жителям сельской местности на догоспитальном этапе. Сельские жители, у которых дебютировало психическое заболевание, не обращались в амбулаторную сеть и не получали необходимой помощи вплоть до

выраженной экзацербации психических и поведенческих нарушений, требовавших лечения уже только в условиях психиатрического стационара.

Средние сроки лечения в психиатрических больницах области превышали общероссийские показатели по некоторым группам больных более чем в два раза. Наиболее вероятными причинами большого среднего срока стационарного лечения в ЛО, помимо высокого процента длительных (более 1 года) госпитализаций «по социальным показаниям» и в связи с назначением принудительного лечения, являлись: утяжеление контингента стационарных больных (преобладание больных с психозами и слабоумием), отсутствие стационарзамещающих форм помощи, нехватка технологий, направленных на медицинскую и социальную (в том числе трудовую) реабилитацию, отсутствие эффективной системы социальной поддержки и сопровождения психически больных и инвалидов.

С сожалением приходится констатировать, что провозглашаемая на федеральном уровне модернизация психиатрической службы в части, касающейся реформы психиатрических стационаров, сопровождалась сокращением коечного психиатрического фонда без подкрепления на региональном уровне организационными процессами, позволявшими амбулаторной службе в необходимой мере оказывать медицинскую помощь и осуществлять медико-социальную реабилитацию пациентов во внестационарных условиях. Метод бюджетирования, ориентированного на результат, не в полной мере оправдывал возложенные на него ожидания, что, скорее всего было связано с тем, что психиатрические учреждения области были в большей степени ориентированы не на цели, задачи и результаты деятельности, а на покрытие острых текущих потребностей в возникающих затратах. Развитие различных форм полу- и внестационарных форм медико-социальной помощи в регионе, к сожалению, находится пока в состоянии зарождения, при этом явно прослеживается востребованность и острая нехватка таких форм помощи населению.

ГЛАВА 6. КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ УЧАСТНИКОВ ПРОЦЕССА ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

6.1 Результаты психологического исследования и социологических опросов пациентов: субъективная удовлетворенность лечением

На современном этапе развития психиатрической помощи, в рамках ее ориентации на оказание медико-социальной услуги, усилия органов здравоохранения нацелены на создание системы управления качеством. Повышение качества медицинской помощи в психиатрических службах предусматривает создание демократической атмосферы, широкое участие пациента в процессе оказания помощи, более активную бригадную работу и постоянное повышение стандартов лечения (ВОЗ, 2001; Солохина Т.А., 2003).

Крайне важным для оценки качества психиатрической помощи оказывается применение клинико-социологических методов исследования, что позволяет выяснить общественное мнение о психиатрии, определить отношение пациентов и их родственников к психиатрическим учреждениям, установить степень удовлетворенности оказываемой помощью, а также выявить, каковы, с точки зрения респондентов, достоинства и недостатки оказываемой им помощи (Сосновский А.Ю., 1995; Солохина Т.А., 2003).

Одним из основополагающих требований при создании современной системы управления качеством психиатрической помощи является участие в ее оценке потребителей этой помощи – пациентов и членов их семей (Солохина Т.А., 2003; Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д., 2007). Такой подход ориентирует работу медицинских служб, прежде всего, на удовлетворение нужд и потребностей конечного пользователя специализированной (психиатрической) медицинской услуги. Оценка субъективной удовлетворенности практически

важна тем, что является не только одной из характеристик результата лечения, но и фактором, влияющим на дальнейший ход течения болезни в зависимости от положительного или отрицательного влияния на комплайенс пациента после выписки (Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д., 2007). Комплексная оценка субъективной удовлетворенности пациентов лечением выявляет «слабые» стороны и недостатки в оказании больным психоневрологической помощи. Полученная информация помогает сфокусировать усилия врачей и руководителей лечебно-профилактического учреждения на проблемных вопросах и повысить эффективность и качество оказываемых населению медицинских услуг в данной области.

Исследование субъективной удовлетворенности пациентов качеством оказываемой психоневрологической помощи было проведено на базе Дружносельской психиатрической больницы (ДПБ) Ленинградской области и Ленинградского областного психоневрологического диспансера (Семенова Н.В., Киселев А.С., 2011). Общее число наблюдений составило 415 человек. Из них 341 человек был обследован в ДПБ с помощью «Опросника субъективной удовлетворенности лечением» (Приложение В), 30 пациентов ДПБ заполнили «Анкету изучения мнения пациента о качестве и доступности стационарной психоневрологической помощи» (Приложение И) и 44 больных, наблюдавшихся в ЛОПНД, ответили на вопросы «Анкеты изучения мнения пациента о качестве и доступности амбулаторной психоневрологической помощи» (Приложение К).

Среди пациентов ДПБ, которых обследовали с помощью «Анкеты изучения мнения пациента о качестве и доступности стационарной психоневрологической помощи», 70% находились в приемном покое до направления на соответствующее отделение менее 1 часа. Каждый четвертый пациент (26,7%) осматривался врачом несколько раз в день. 73,3% респондентов отметили ежедневные осмотры лечащего врача и лишь 3,3% указали на отсутствие ежедневных врачебных осмотров. В связи с этим вполне ожидаемыми оказались высокие оценки, которые дали пациенты своим лечащим врачам: 73,3% пациентов оценили отношение к ним лечащих врачей на 5 баллов, 26,7% – на 4 балла и лишь 3,3% – на 3 балла.

Почти $^{2}/_{3}$ респондентов очень высоко (на 5 баллов) оценили отношение к больным медицинских сестер и младшего медицинского персонала, около $^{1}/_{4}$ больных выставили оценку 4 балла. Однако 10% пациентов выбрали оценку 3 балла и ниже. Достаточно высоко респондентами было оценено и качество медицинской помощи, оказываемой в стационаре: 36,7% опрошенных оценили его на 5 баллов, 46,7% – на 4 балла и 16,6% – на 3 балла и ниже.

Высоко была оценена и организация работы в больнице: лишь 6,7% опрошенных дали оценки 2 балла и ниже, 13,4% – 3 балла, а 43,3% респондентов оценили ее на 4 балла и 36,7% – на 5 баллов. Определенным подтверждением удовлетворенности полученной медицинской помощью являлось то, что 73,3% пациентов отметили в анкетах намерение в дальнейшем при необходимости продолжить лечение в данном стационаре. Однако 10% респондентов предпочли бы другую больницу, а 16,7% участников не имели четкого мнения.

Ранжирование причин неудовлетворенности пациентов показало, что наиболее часто в анкетах отмечалось плохое санитарно-гигиеническое состояние мест общего пользования (36,7%) и палат (8,9%), плохое качество питания (12,2%) и недостаточное медикаментозное обеспечение (7,7%). Эти данные свидетельствовали, что пациентов волновало не только качество лечения, но и условия пребывания в стационаре.

Среди больных, наблюдавшихся в ЛОПНД и ответивших на вопросы «Анкеты изучения мнения пациента о качестве и доступности амбулаторной психоневрологической помощи», 88,6% наблюдались ЛОПНД более 1 года. 45,4% опрошенных тратили на дорогу более 2 часов и 43,2% – от 1 до 2 часов, испытывая при этом небольшие (38,6%), значительные (59,1%) и исключительные (2,3%) затруднения. Тратили не более 15 минут в ожидании очереди в регистратуру 90,1% пациентов, в очереди на прием к врачу – 81,8%. Однако 4,5% опрошенных ожидали приема врача более 1 часа.

47,7% респондентов считали, что им были проведены все необходимые диагностические процедуры, а 52,3% – что им было правильно назначено лечение, однако существенная часть пациентов была не согласна с этими утверждениями

(18,2% и 25% соответственно), а 34,1% и 22,7% соответственно не имели четкого мнения по данным вопросам. Приобретение назначенных лекарственных препаратов вызывало у большинства пациентов (56,8%) значительные затруднения, у 31,8% – небольшие затруднения, а по 5,7% респондентов отмечали «отсутствие трудностей» и «исключительные затруднения».

При исследовании удовлетворенности отдельными характеристиками оказываемой помощи было установлено, что 68,2% пациентов были удовлетворены ими в средней и высокой степени. 18,2% пациентов оценили свою удовлетворенность как низкую, а 13,6% опрошенных не были удовлетворены исследуемыми параметрами медицинской помощи. При ранжировании причин неудовлетворенности наиболее низкий рейтинг получили обеспечение пациентов необходимыми медикаментами, оснащение ЛПУ диагностическим оборудованием и комфортность помещений, а наивысший ранг – отношение к больным врачей и медицинских сестер, качество лечения и психологическая атмосфера в медицинском учреждении.

Лишь каждый пятый опрошенный (20,5%) указал, что он всегда обращался при ухудшении самочувствия в ЛОПНД; почти столько же респондентов (22,7%) при ухудшении самочувствия обращались за медицинской помощью «почти всегда». В то же время половина участников опроса (50%) признались, что они обращались к врачу редко, а 6,8% – не обращались вообще. Побочные действия лекарств встречались у 93,2% больных, в том числе: постоянно – у 4,5%, почти всегда – у 11,4%, часто – у 65,9%, редко – у 11,4%. Лишь у 6,8% пациентов побочные действия лекарств на всем длиннике лечения отсутствовали.

Тем не менее, большинство опрошенных (79,5%) показали, что хотели бы продолжать лечение в данном медицинском учреждении. Выбор другого психиатрического учреждения предпочли бы 9,1% респондентов, а не имели четкого мнения по этому вопросу 11,4% участников опроса.

С помощью «Опросника субъективной удовлетворенности лечением» (СУЛ) в ДПБ обследовали 341 больного – 262 пациента в I квартале 2010 г., 79 – во II квартале. Данные о степени удовлетворенности представлены в таблице 6.1.

Таблица 6.1 – Распределение показателей удовлетворенности по кварталам

Удовлетворенность	I квартал		II квартал		Всего
	n	%	n	%	n
Низкая	2	0,76	1	1,27	3
Средняя	92	35,11	8	10,13	100
Высокая	168	64,12	70	88,61	238
Всего	262	100	79	100	341

Как видно из таблицы 6.1, во II квартале 2010 г. изменилось процентное соотношение пациентов со средней и высокой степенью удовлетворенности. Низкий уровень удовлетворенности у пациентов отмечался в единичных случаях: у двух человек (1%) в I квартале и у одного человека (1%) – во втором. Уменьшилась доля пациентов со средней степенью удовлетворенности с 35% в I квартале до 10% – во II. Значительно выросла доля пациентов с высокой степенью удовлетворенности лечением – с 64% до 89% соответственно.

Изменение основных показателей структуры субъективной удовлетворенности по данным СУЛ за два квартала представлены в таблице 6.2.

Таблица 6.2 – Изменение основных показателей структуры субъективной удовлетворенности (M ± m)

Квартал	Показатели (субшкалы) опросника				
	Результаты лечения	Отношения врач – больной	Бытовые условия и окружающая обстановка	Стигма-тизация	Суммарный показатель
I	33,87 ± 0,48	28,59 ± 0,42	19,42 ± 0,35	5,92 ± 0,16	87,80 ± 1,13
II	37,48 ± 0,65	31,97 ± 0,65	21,82 ± 0,62	5,68 ± 0,25	96,96 ± 1,68
p	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p = 0,434$	$p < 0,001$
Максимально возможное число баллов	45,0	36,0	30,0	9,0	120,0

Согласно таблице 6.2, во II квартале наблюдалось достоверное повышение таких показателей, как «Результаты лечения», «Отношения врач–больной», «Бытовые условия и окружающая обстановка», а также суммарного показателя субъективной удовлетворенности. Показатель субшкалы «Стигматизация» достоверно не изменился.

Повышение значений показателей «Результаты лечения», «Отношения врач–больной» было обусловлено тем, что врачи и медицинский персонал, получившие информацию об удовлетворенности пациентов лечением в I квартале, стали в дальнейшем уделять больше внимания созданию психологически комфортной обстановки в отделениях, нуждам и потребностям пациентов. Это привело к улучшению адаптации пациентов, повышению доверия к врачам и, как следствие, к улучшению комплайенса. Изменения показателя «Бытовые условия и окружающая обстановка» объяснялись, скорее всего, происходящими ремонтными работами, улучшением качества питания, улучшением санитарного состояния палат и мест общего пользования и т. п.

Для сравнительного анализа результатов по отдельным параметрам опросника было произведено усреднение значений субшкал (см. Приложение В). В итоге наиболее высокую оценку у пациентов в I квартале получил показатель «Отношения врач–больной» (высокий уровень удовлетворенности). На втором месте находился показатель «Результаты лечения» (также высокий уровень удовлетворенности). Значения показателей «Бытовые условия и окружающая среда» и «Стигматизация» находились на третьей позиции и попали в диапазон средней степени удовлетворенности.

Во II квартале также наибольшие оценки получил показатель «Отношения врач–больной» (высокий уровень удовлетворенности), на втором месте по-прежнему находился показатель «Результаты лечения» (высокий уровень удовлетворенности). Достоверное повышение показателя «Бытовые условия и окружающая среда» позволило ему занять третье место и перейти в диапазон высокой степени удовлетворенности. По-прежнему наиболее низкие оценки были по субшкале «Стигматизация» (средний уровень удовлетворенности).

Гендерный анализ показателей опросника представлен в таблице 6.3.

Таблица 6.3 – Гендерные различия показателей удовлетворенности по кварталам

Квартал	Пол	Число пациентов	Показатели СУЛ, (M ± m)				
			Результаты лечения	Отношения врач-больной	Бытовые условия и окружающая обстановка	Стигматизация	Суммарный показатель
I	Ж	77	37,78 ± 0,65	31,92 ± 0,54	23,17 ± 0,59	6,70±0,28	99,57±1,57
I	М	85	32,25 ± 0,58	27,20 ± 0,52	17,86 ± 0,38	5,59±0,18	82,90±1,31
II	Ж	29	36,52 ± 1,23	30,62 ± 1,40	20,72 ± 1,19	5,86±0,44	93,72±3,38
II	М	50	38,04 ± 0,74	32,76 ± 0,61	22,46 ± 0,70	5,58±0,31	98,84±1,78
I квартал, М–Ж, p			0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
II квартал, М–Ж, p			-	-	-	-	-
Ж, I–II кварталы, p			-	-	0,001	-	-
М, I–II кварталы, p			0,001	0,001	0,001	-	0,001

Как показано в таблице 6.3, в I квартале оценки женщин по всем показателям были достоверно выше, чем у мужчин. Во 2-м квартале эти различия стали статистически незначимыми. Изменения произошли только за счет пациентов мужского пола: при сравнении показателей за I и II кварталы среди мужчин было выявлено достоверное улучшение по всем показателям, за исключением субшкалы «Стигматизация». Среди женщин при сравнении показателей за I и II кварталы статистически значимых изменений, за исключением достоверного снижения показателя «Бытовые условия и окружающая обстановка» во II квартале, выявлено не было.

Проведенное исследование показало, что в наибольшей степени пациенты были удовлетворены теми характеристиками психиатрической помощи, которые были связаны с межличностными отношениями в системе «потребитель–поставщик» (врач–больной): отношением к ним врачей и медицинского персонала, их внимательностью, эмпатичностью, общей психологической атмосферой в медицинском учреждении. Также довольно высоко пациенты как амбулаторной,

так и стационарной службы оценили удовлетворенность непосредственными результатами обследования и лечения.

Ряд индикаторов «качества структуры», отражавших материально-техническое и лекарственное обеспечение, удобство территориального расположения, состояние и комфортность помещений, а также возможность приобретать необходимые медикаменты, получили у пациентов наиболее низкие оценки. Также обращает на себя внимание то, что в наименьшей степени больные были удовлетворены отношением социума к психиатрии в целом и к статусу психиатрического пациента в частности. Стабильно низкие оценки по субшкале «Стигматизация» отражали опасения респондентов, что контакт с психиатрической службой мог негативно отразиться на их учебной или производственной ситуации, жизненных планах, отношении к ним окружающих и привести к возможным профессиональным и правовым ограничениям.

Таким образом, проведение регулярных социологических опросов и мониторинг субъективной удовлетворенности пациентов лечением в учреждениях психиатрического профиля могут использоваться для формирования системы управления качеством психиатрической помощи.

6.2 Результаты исследования родственников пациентов: отношение к психофармакотерапии

Вопросам эффективности фармакотерапии при лечении психических расстройств в последнее время уделяется повышенное внимание. Основной задачей врача становится не снятие болезненных симптомов и купирование обострения, а длительная медикаментозная терапия, позволяющая добиваться стабилизации состояния, профилактики рецидивов и оптимального социального функционирования пациента (Незнанов Н.Г., Вид В.Д., 2004). Немаловажную роль в решении этих вопросов играет комплайенс, или «согласие пациента следовать рекомендациям врача» (Лапин И.П., 2000).

Среди множества факторов, влияющих на комплайенс, рассматривается и отношение родственников к назначенной пациенту психофармакотерапии. Известно, что семья может по-разному влиять на отношение больного к лечению. При благоприятных вариантах близкие родственники оказывают пациенту финансовую, социальную и психологическую поддержку, настраивая пациента следовать предписаниям врача. В других случаях семья прямо или косвенно может препятствовать лечению, формируя у пациента негативное отношение к лекарствам и к психиатрической помощи в целом.

Известно, что в разных культурах, странах и социальных группах вероятность проживания психически больных людей со своей семьей значительно разнится. Например, в Италии до 70% пациентов проживают в семьях, а в США эти данные варьируют: у коренных американцев эта цифра составляет всего 17%, в то время как в латиноамериканских семьях она достигает 85%. В России процент пациентов с шизофренией, проживающих в семьях, достигает 80–85% (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2009; 2010).

При этом факт проживания больного в семье имеет свои положительные стороны, но одновременно рождает немало проблем. При адекватном отношении к болезни семья дает пациентам огромный ряд преимуществ, обеспечивая социальную и финансовую поддержку, защиту от изоляции, бездомности и стрессовых жизненных ситуаций. Но в то же время, реакция семьи на болезнь и ее лечение бывает разнообразной и неоднозначной. Прежде всего, это обусловлено тем, что хроническое психическое заболевание касается не только пациента, а носит межличностный, социальный и культуральный характер (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2009; 2010).

В исследовании Ю.И. Аблахатова (2001) было показано, что у больных шизофренией эффективность проводимой психофармакотерапии зависела не только от непосредственного химического действия препарата, но в значительной степени была обусловлена целым рядом факторов, характеризовавших плацебо-реактивность больного. Автор подчеркивает, что высокая распространенность отрицательных плацебо-реакторов и микст плацебо-реакторов среди пациентов с

психическими расстройствами требует от врача специальных усилий для установления терапевтического комплайенса (Аблахатов Ю.И., 2001).

Н.Б. Лутова и О.В. Макаревич (2010) показали, что различные факторы, формирующие комплаентность больного, обнаруживают высокую степень корреляции с типом семейного отношения к лечению. Авторы подчеркивали, что, не имея реальных знаний, семья формирует искаженное представление о заболевании и о возможностях терапии, иногда переоценивая возможности медикаментозного лечения, а иногда обесценивая его.

С помощью методики «Структурированное интервью для родственников психически больных» (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2009) было обследовано 165 человек – родственников больных, находящихся на стационарном лечении в ДПБ ЛО (Семенова Н.В., 2013). Среди опрошенных было 133 женщины (80,6%) и 32 мужчины (19,4%), средний возраст – 56 ± 5 лет. Из них 119 человек (72,1%) – родители пациентов, 39 человек (23,7%) – супруг или супруга, 3 человека (1,8%) – сыновья или дочери и 4 человека (2,4%) – другие родственники.

Используемая методика предполагает изначально выделение 4 типов отношения членов семьи и/или референтных лиц к проводимому медикаментозному лечению – «враждебный», «отстраненный», «манипулирующий» и «поддерживающий» типы. Однако в связи с результатами, полученными в ходе настоящего исследования, была проведена корректировка изначального разделения, а также внесены некоторые дополнительные данные (рисунок 6.1).

Как показано на рисунке 6.1, из 165 человек, принявших участие в исследовании, после обработки материала у 94 респондентов (57% от общего числа) были определены четкие типы отношения к фармакотерапии: тип 3 («манипулирующий») – 11 испытуемых (6,7%), тип 4 («поддерживающий») – 83 испытуемых (50,3%). Типы 1 («враждебный») и 2 («отстраненный») в данной выборке не были определены ни у одного участника исследования. 71 респондент (43%) дали такие ответы, по которым нельзя было отнести их к четырем вышеописанным типам, и им был присвоен дополнительный тип 0 – «неопределенный».

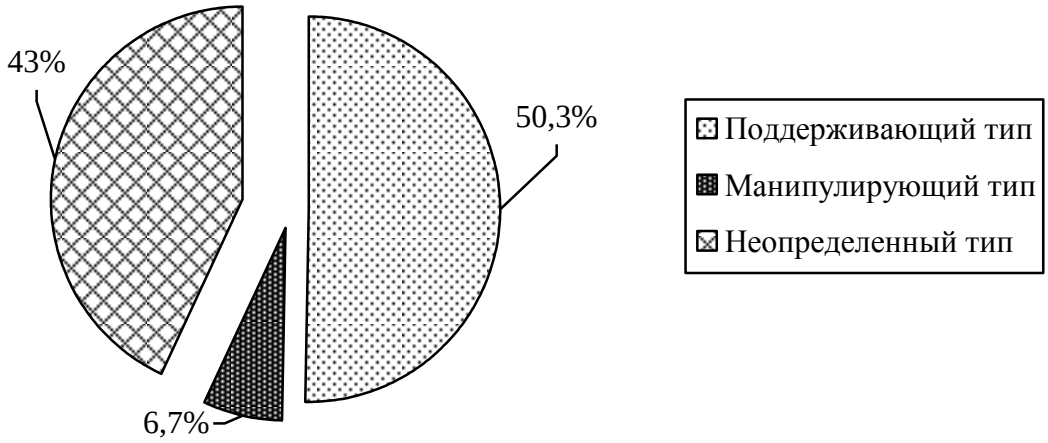

Рисунок 6.1 – Распределение респондентов по типу отношения к психофармакотерапии

Таким образом, половина обследованных респондентов проявляли оптимальный для комплайенса тип отношения к лекарственной терапии. Среди оставшейся половины подавляющее большинство не имели определенной позиции, и лишь небольшой процент (менее 7%) – проявляли неблагоприятное (неконструктивное) отношение к проводимой больным психофармакотерапии.

При анализе различий в зависимости от пола респондентов (построение таблиц сопряженности), выявленные различия были статистически недостоверны ($p = 0,272$), т.е. мужчины и женщины относились к психофармакотерапии сходным образом. При анализе различий в зависимости от возраста респондентов с применением метода дисперсионного анализа достоверных различий в сравниваемых группах также получено не было ($p = 0,471$).

Для проверки предположения о связи типа отношения родственников с отделением, в которое был госпитализирован пациент (нозологическая специфика контингента отделения, стиль работы врачей и персонала и т.п.), также были построены таблицы сопряженности и вычислен уровень значимости с применением точного критерия Фишера. Уровень значимости составил 0,204, статистически значимые различия выявлены не были.

Было проверено предположение, что тип отношения родственников зависел от пола пациента. Всего данные по принадлежности к полу были собраны для 120 пациентов (73% от общей выборки), среди которых было 69 женщин (57,5% от выборки по полу) и 51 мужчина (42,5% от выборки по полу). При построении таблиц сопряженности статистически значимых различий для данных групп получено не было ($p = 0,858$).

При проверке гипотезы о том, что отношение родственников может различаться в зависимости от того, впервые или повторно больной и его родственники контактировали с психиатрической службой, были выделены две группы респондентов. Первая группа – 36 человек (21,8%) состояла из родственников больных, госпитализированных впервые в жизни, вторая – 129 человек (78,2%) – из родственников повторно госпитализированных больных, в том числе повторно в течение календарного года. При построении таблиц сопряженности статистически значимых различий для данных групп также не было выявлено ($p = 0,375$).

Таким образом, проведенное исследование типа отношения родственников к проводимой больным психофармакотерапии показало, что среди родственников стационарных больных в половине случаев представлено конструктивное отношение «поддерживающего типа». Этот тип поведения близкого окружения характеризовался заинтересованностью в поддержании контакта с лечащим врачом-психиатром, готовностью к сотрудничеству в триаде «врач–больной–семья», высокой степенью комплайенса. Небольшой процент (6,7%) родственников с «манипулирующим» типом поведения и отсутствие в исследовании «враждебного» и «отстраненного» типов у родственников больных свидетельствовали о невысоком уровне конфликтных ситуаций в семьях душевнобольных в плане отношения к медикаментозному лечению. Тем не менее, среди родственников оказалось достаточно большое количество (43%) людей с «неопределенным» типом отношения. Такой тип может являться «мишенью» для психообразования в среде ближайшего окружения психически больного с целью формирования осознанного положительного отношения к лечению.

6.3 Результаты социологического опроса врачей и руководителей ЛПУ психиатрического профиля: качество психиатрической помощи и основные проблемы при ее оказании

С целью исследования мнения врачей и руководителей ЛПУ о качестве и доступности психиатрической помощи был проведен социологический опрос с использованием специальной «Анкеты» (Приложение Л). В анкетировании приняли участие 63 специалиста из различных регионов Российской Федерации (Семенова Н.В., 2010). Среди опрошенных было 34 женщины (54%) и 29 мужчин (46%). Возраст респондентов составлял от 24 до 61 года, средний возраст – 42,9 ± 1,23 года. Стаж работы по специальности составил 17,4 ± 1,2 года.

40 опрошенных (63,5%) имели высшую квалификационную категорию, 8 человек (12,7%) – первую, 3 (4,8%) – вторую и 11 (17,5%) респондентов указало на отсутствие квалификационной категории. 59 опрошенных (93,6%) указало на наличие у них сертификата специалиста, у 16 человек (25,4%) сертификаты имелись по двум специальностям, и у 6 человек (9,5%) – по трем.

57,1% (36 респондентов) являлись руководителями ЛПУ или структурных подразделений ЛПУ, 27 человек (42,9%) – врачами (психиатрами, психотерапевтами, наркологами). 11 человек (17,5%) работали на момент опроса в стационарной психиатрической службе, 34 человека (54,0%) – в амбулаторной службе, 2 (3,2%) – в дневных стационарах и 15 человек (23,8% опрошенных) – совмещали работу в амбулаторной и стационарной службе.

Среди опрошенных 3 человека (4,8%) отметили, что они полностью удовлетворены существующим законодательством в области психиатрии, 24 человека (38,1%) считали его в целом приемлемым, но требующим небольших доработок, 30 человек (47,6%) полагали, что законодательство требует существенных доработок, и 3 человека (5%) оценили его как неудовлетворительное.

Организация амбулаторной психиатрической помощи в России была признана неудовлетворительной 12 респондентами (22,2%). 29 человек (46%)

считали, что амбулаторная психиатрическая служба требует существенной модернизации. 13 человек (20,6%) считали ее в целом удовлетворительной, но требующей незначительных изменений. Ни один из респондентов не отметил, что он полностью удовлетворен системой амбулаторной психиатрической помощи в России. Однако, оценивая организацию амбулаторной психиатрической помощи в своем учреждении, респонденты дали более высокие оценки. Так, 21 человек (33,3%) – считали организацию амбулаторной психиатрической помощи в своем учреждении в целом удовлетворительной, но требующей значительного реформирования, 25 (39,7%) – требующей небольших изменений и 2 человека (3,2%) считали, что никаких совершенствований амбулаторной психиатрической службы в том учреждении, где они работают, не требуется. И лишь 5 человек (9,4%) считали организацию амбулаторной помощи в своем учреждении неудовлетворительной.

Мнения относительно организации стационарной психиатрической помощи в России разделились следующим образом: 10 человек (17,9% опрошенных) считали ее неудовлетворительной, 25 (39,7%) – в целом приемлемой, но требующей существенного реформирования и 21 (33,3%) – удовлетворительной, но требующей небольших совершенствований. Ни один из респондентов не указал, что существующая система стационарной психиатрической помощи в России оптимальна и не требует реформирования. Что касается организации стационарной психиатрической помощи в своем учреждении, то и в ответах на этот вопрос оценки респондентов были выше, чем для общероссийской системы в целом. Так, только 2 человека (3,2%) считали организацию стационарной психиатрической помощи в своем учреждении неудовлетворительной, 19 человек (30,2%) – в целом удовлетворительной, но требующей доработок, 33 (52,4%) – то есть чуть более половины – хорошей и требующей лишь незначительных изменений и 6 человек (9,5%) – отличной и не требующей никаких совершенствований.

Две трети опрошенных – 43 человека (68,3%) – оценили свою нагрузку по основному месту работы как высокую, 18 (28,6%) – как среднюю, и 2 человека

(3,2%) – как низкую. Подавляющее большинство опрошенных (52 человека, или 82,5%) отметили, что за последние 5 лет их нагрузка возросла, 4 человека (6,3%) считали, что за последние 5 лет их нагрузка уменьшилась и 7 человек (11,1%) затруднились ответить, как изменилась их нагрузка за последние 5 лет. На вопрос, увеличилась ли нагрузка в связи с изменением числа пациентов, состоявших под динамическим диспансерным наблюдением, 25,4% респондентов (16 человек) ответили положительно, 7,9% (5 человек) – отрицательно, 47,6% (30 человек) этой связи не отметили, а 19% (12 человек) затруднились с ответом. Однако почти половина опрошенных (29 человек, или 46%) связали увеличение нагрузки с ростом численности пациентов, получавших консультативно-лечебную помощь, 33,3% (21 человек) этой связи не отметили, 3 человека (4,8%) считали, что в связи с изменением числа консультативных пациентов их нагрузка уменьшилась, а 10 человек (15,9%) затруднились с ответом.

На вопрос, актуальна ли проблема неукомплектованности штатов врачей в своем учреждении, 69,8% (44 человека) ответили положительно, 27% (17) – отрицательно, и 3,2% (2 респондента) не знали ответа (рисунок 6.2).

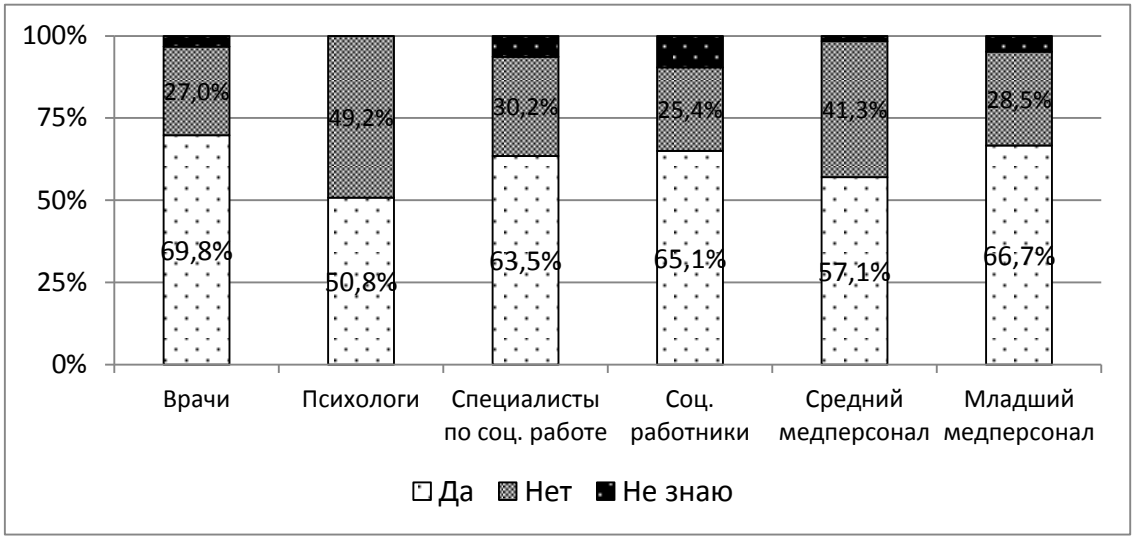

Рисунок 6.2 – Актуальность проблемы неукомплектованности штатов

Согласно рисунку 6.2, мнения об укомплектованности штатов психологов разделились поровну: 32 человека (50,8%) отметили эту проблему как актуальную, 31 человек (49,8%) – как неактуальную. 63,5% (40 человек) считали для своего учреждения актуальной проблему неукомплектованности штатов специалистов по социальной работе и 65,1% (41 человек) – социальных работников. Более половины опрошенных (57,1%) отметили в своем учреждении нехватку средних медицинских работников и 42 (66,7%) – младшего медицинского персонала.

Доступность амбулаторной психиатрической помощи в своем учреждении 4 респондента (6,3%) оценили как неудовлетворительную, 10 человек (15,9%) как удовлетворительную, 17 (27%) – как хорошую, 23 (36,5%) – как отличную и 9 человек (14,3%) затруднились с ответом. Доступность стационарной психиатрической помощи в своем учреждении была оценена респондентами следующим образом: 2 человека (3,2%) – неудовлетворительно, 8 (12,7%) – удовлетворительно, 21 (33,3%) – хорошо, 27 (42,9%) – отлично и 5 (7,9%) не имели мнения по данному вопросу.

Качество амбулаторной психиатрической помощи в своем учреждении оценили на «отлично» 4 респондента (6,3%), на «хорошо» – 28 (44,4%), на «удовлетворительно» – 19 (30,2%), «неудовлетворительно» – 4 (6,3%) и затруднились с ответом 8 человек (12,7% опрошенных). Качество стационарной помощи в своем учреждении получило следующие оценки: «отлично» - 9 человек (14,3%), «хорошо» – 36 (57,1%), «удовлетворительно» – 11 (17,5%), затруднились с ответом 7 человек (11,1%). Оценку «неудовлетворительно» не указал ни один респондент.

Систему взаимодействия между амбулаторной и стационарной службой в своем учреждении респонденты оценили в 11,1% случаев (7 человек) как «отличную», 52,4% (33) как «хорошую» и 28,6% (18) – как «удовлетворительную». Неудовлетворительные оценки были отмечены тремя респондентами (4,8%) и крайне неудовлетворительные – одним (1,6%). Еще один человек (1,6%) затруднился с ответом на данный вопрос.

Оценки «хорошо» и «удовлетворительно» за преемственность в лечении и реабилитации пациентов между амбулаторной и стационарной службами в своем учреждении были выставлены одинаковым количеством респондентов – по 24 человека (по 38,1%). Оценили преемственность на «отлично» 4 человека (6,3%). Неудовлетворительные оценки выставили 9 человек (14,8%) и 3 (3,2%) затруднились с ответом.

Более половины опрошенных (37 человек, или 57,8%) подтвердили существование мультидисциплинарных бригад в своем учреждении. Указали, что в связи с работой мультидисциплинарных бригад качество обслуживания пациентов повысилось значительно – 12 человек (19% опрошенных), повысилось незначительно – 18 (28,6%), не изменилось – 6 (9,5%) и 27 человек (42,9%) не имели четкого мнения по данному вопросу.

Мнения опрошенных относительно показателей удовлетворенности «качеством структуры» показаны на рисунке 6.3.

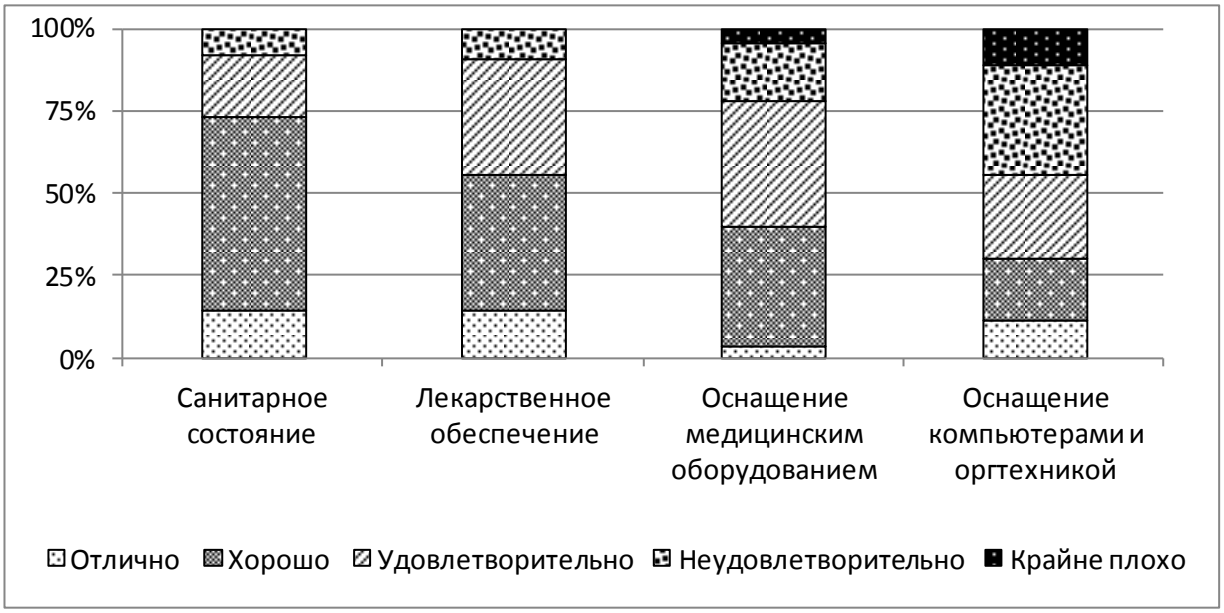

Рисунок 6.3 – Показатели удовлетворенности качеством структуры

Согласно рисунку 6.3, санитарное состояние помещений в своем ЛПУ оценили на «отлично» 9 человек (14,3%), «хорошо» – 37 (58,7%),

«удовлетворительно» – 12 (19%) и «неудовлетворительно» – 5 (7,9%). Уровень лекарственного обеспечения своего учреждения был указан как «отличный» в 14,3% ответов респондентов (9 человек), «хороший» – в 41,3% (26), «удовлетворительный» – в 34,9% (22) и «неудовлетворительный» – в 9,5% случаев (6 человек).

Оснащение ЛПУ медицинским оборудованием респонденты оценили следующим образом: «отличное» – 2 человека (3,2%), «хорошее» – 23 (36,5%), «удовлетворительное» – 24 (38,1%), «неудовлетворительное» – 11 (17,5%) и «крайне неудовлетворительное» – 3 (4,8%). Оснащение компьютерной и оргтехникой: «отличное» – 7 человек (11,1%), «хорошее» – 12 (19%), «удовлетворительное» – 16 (25,4%), «неудовлетворительное» – 12 (19%) и «крайне неудовлетворительное» – 7 (11,1%). Половина респондентов (32 человека, или 50,8%) указали, что в работе своего ЛПУ используются медицинские информационно-аналитические системы (электронные истории болезни, системы электронного учета пациентов и т.п.).

На рисунке 6.4 представлено распределение ответов респондентов по удовлетворенности условиями труда в своем учреждении.

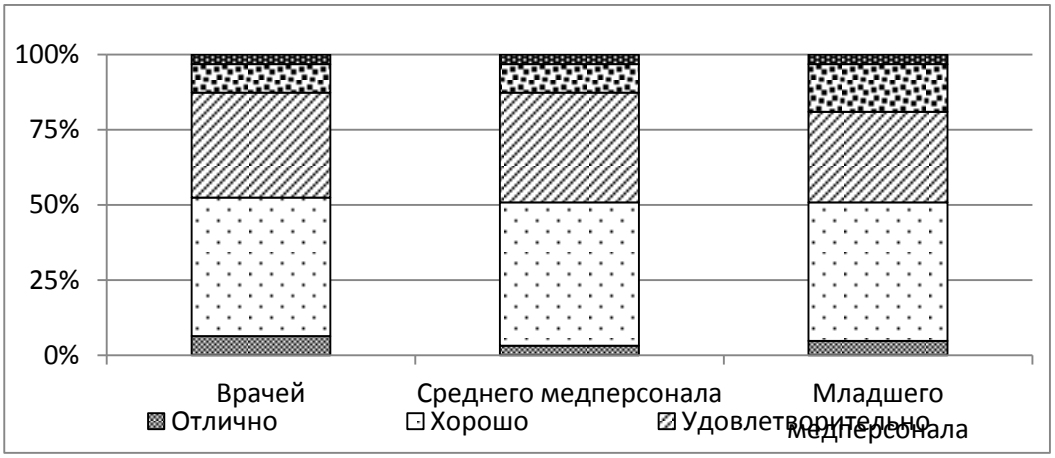

Рисунок 6.4 – Условия труда работников психиатрических учреждений

Согласно рисунку 6.4, условия труда врачей в своем учреждении почти половина опрошенных (29 человек, или 46%) оценили как «хорошие», 4 человека (6,3%) – как «отличные», 22 человека (33,9%) – «удовлетворительные», 6 (9,5%) – «неудовлетворительные» и 2 (3,2%) – «крайне неудовлетворительные» (рисунок 6.4). Условия труда среднего медицинского персонала: «отличные» – 2 человека (3,2%), «хорошие» – 30 (47,6%), «удовлетворительные» – 23 (36,5%), «неудовлетворительные» – 6 (9,5%) и «крайне неудовлетворительные» – 1 (1,6%). Условия труда младшего медицинского персонала: «отличные» – 3 человека (4,8%), «хорошие» – 29 (46%), «удовлетворительные» – 19 (30,2%), «неудовлетворительные» – 8 (12,7%) и «крайне неудовлетворительные» – 2 (3,2%).

На рисунке 6.5 приведены данные о том, как участники опроса оценили качество ведения медицинской документации в тех медицинских учреждениях, где они работали. Более половины респондентов (37 человек, или 58,7%) оценили качество ведения медицинской документации (историй болезни, амбулаторных медицинских карт, иной документации) в своем учреждении как «хорошее», еще 4 человека (6,3%) – «отличное». Оценку «удовлетворительно» выставили 19 человек (30,2%), а «неудовлетворительно» – всего 1 респондент (1,6%).

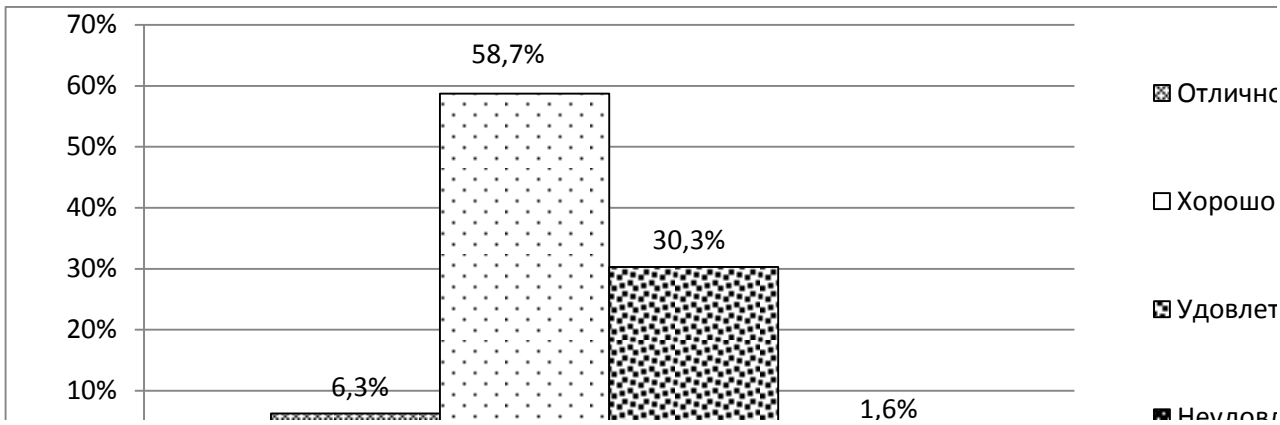

Рисунок 6.5 – Качество ведения медицинской документации

Удовлетворенность жильем респонденты оценили следующим образом: 13 человек (20,6%) – «отлично», по 16 человек (25,4%) – «хорошо» и

«удовлетворительно», 8 (12,7%) – «неудовлетворительно» и 9 (14,3%) – «крайне неудовлетворительно». Удовлетворенность заработной платой: 1 человек (1,6%) – «отлично», 15 человек (23,8%) – «хорошо», 19 (30,2%) – «удовлетворительно», 17 (27%) – «неудовлетворительно» и 10 (15,9%) – «крайне неудовлетворительно». Только треть опрошенных (21 человек, или 33,3%) указали, что они получают местные (региональные) доплаты.

90,5% респондентов (57 человек) отметили в анкетах, что они имели возможность повышать свой профессиональный уровень, а 9,5% (6 человек) – что такой возможности не имели. 60,3% (38 человек) регулярно проходили курсы повышения квалификации, 13 человек (20,6%) – курсы повышения квалификации проходили редко, 98,4% (62 человека) повышали свой профессиональный уровень путем чтения специальной литературы, 92,1% (58 человек) отметили, что они принимали участие в научно-практических конференциях, семинарах и других форумах, и 8 человек (12,7%) указали в качестве формы повышения своего профессионального уровня супервизию.

46% опрошенных (29 человек) указали, что их ЛПУ взаимодействовало с общественными организациями родственников психически больных. Большинство респондентов (47 человек, или 74,6%) полагали, что наличие общественных организаций родственников психически больных способствовало повышению качества психиатрической помощи. Более половины опрошенных (36 человек, или 57,1%) ответили, что в их учреждениях существовала система психообразования для больных и их родственников, а в ЛПУ более чем двух третей респондентов (45 человек, или 71,4%) применялись социально-ориентированные психотерапевтические методы (арт-терапия, милье-терапия и т.п.). Более половины участников опроса (35 человек, или 55,6%) указали, что в их учреждениях проводились исследования (опросы, анкетирование) удовлетворенности больных качеством оказываемой им помощи.

В конце анкеты участников опроса просили самостоятельно сформулировать наиболее актуальные для них проблемы в их профессиональной деятельности. На этот вопрос ответили 42 человека. Респонденты указали на следующие трудности:

- низкий уровень заработной платы врачей и медицинского персонала (14 человек, или 33,3% опрошенных);
- нехватка образования, сложность или невозможность повышать свой профессиональный уровень в связи с отсутствием бесплатных курсов повышения квалификации, малым количеством лекций, семинаров и научно-практических конференций (12 человек, или 28,6%);
- низкая материально-техническая база ЛПУ, нехватка диагностического оборудования и компьютерной техники (8 человек, или 19%);
- несовершенство законодательной базы в области психиатрии – 6 человек (14,3%);
- избыточное количество учетно-отчетной документации, мелочный контроль вышестоящих органов – 6 человек (14,3%);
- низкий уровень профессиональной подготовки врачей – 6 человек (14,3%);
- высокая нагрузка на врачей – 6 человек (14,3%);
- нехватка кадров в медицинских учреждениях – 5 человек (11,0%);
- низкий уровень финансирования психиатрической службы – 5 человек (11,0%);
- недоступность для большинства больных современных лекарственных средств – 5 человек (11,0%);
- проблемы взаимодействия специалистов (в частности, психиатров и психотерапевтов, членов мультидисциплинарных бригад, врачей амбулаторной и стационарной служб и т.п.) – 4 человека (9,5%);
- неудовлетворительные условия труда врачей и пребывания пациентов – 3 человека (7,1%);
- конкуренция между биологически и психотерапевтически ориентированными специалистами – 3 человека (7,1%);
- профессиональное выгорание – 3 человека (7,1%);
- отсутствие оценки потребностей пациента при оказании психиатрической помощи – 2 человека (4,8%);

- «стигма места работы», негативное отношение общества к психиатрии – 2 человека (4,8%);
- избыточная ответственность врачей-психиатров перед пациентами за решение социальных вопросов, которые должны решаться государством – 2 человека (4,8%);
- алкоголизм среди населения – 2 человека (4,8%);
- неграмотное и непрофессиональное руководство на уровне Министерства здравоохранения – 2 человека (4,8%);
- отсутствие системы преемственности между образовательными и практическими учреждениями здравоохранения – 2 человека (4,8%);
- несовершенство МКБ-10 – 1 человек (2,4%);
- система госзакупок – 1 человек (2,4%);
- отсутствие нормативно-правовых документов, регламентирующих работу психологов – 1 человек (2,4%);
- отсутствие соцпакета для врачей – 1 человек (2,4%);
- «технический» подход к наркологии – 1 человек (2,4%);
- терапевтический нигилизм психиатров – 1 человек (2,4%);
- утечка интеллекта из России – 1 человек (2,4%).

На основании приведенных результатов социологического опроса удалось сформулировать следующие выводы относительно мнения врачей и руководителей психиатрических учреждений о существующей системе психиатрической помощи.

Более половины опрошенных высказали неудовлетворенность существующим законодательством в области психиатрии, которое требовало существенных доработок, и в современном виде, несмотря на решение многих правовых вопросов и фокусировку внимания на правах пациента, по сравнению с советским периодом, являлось источником актуальных проблем. Также более половины респондентов высказали существенные замечания к организации амбулаторной и стационарной психиатрической помощи в России, которые требовали определенной модернизации существующей системы.

Две трети опрошенных считали слишком высокой рабочую нагрузку на врачей-психиатров, причем подавляющее большинство респондентов указали, что эта нагрузка значительно возросла за последние пять лет, и связали это увеличение с ростом численности больных консультативной группы. При этом более половины респондентов указали на недостаточную укомплектованность штатов в своих ЛПУ всеми специалистами (врачами, психологами, специалистами по социальной работе), средним и младшим медицинским персоналом, что, естественно, приводило к возрастанию нагрузки на сотрудников.

По мнению большинства опрошенных, психиатрическая помощь населению являлась доступной, а качество оказываемой помощи – «хорошим» или «удовлетворительным». Взаимодействие амбулаторной и стационарной служб более половины участников опроса считало «хорошим», однако существующие проблемы преемственности в работе амбулаторной и стационарной служб позволили большей части респондентов оценить показатель преемственности в работе лишь «удовлетворительно».

На наш взгляд, следует особо подчеркнуть наличие существенного блока низких (20–38%) и неудовлетворительных (7–30%) оценок в ответах, касавшихся санитарного состояния помещений, оснащения медицинской и компьютерной техникой, лекарственного обеспечения. Недостаточность финансирования и слабо развитая материально-техническая база психиатрических учреждений являлись, по мнению участников опроса, одной из наиболее значимых проблем, существенно снижавших качество медицинской помощи населению. Однако условия труда врачей, среднего и младшего медицинского персонала не менее половины респондентов оценило как «хорошие» и «отличные».

Две трети участников опроса оценили качество ведения медицинской документации как «хорошее» и «отличное». Несмотря на существующий кадровый дефицит и проблемы материально-технического обеспечения, большинство респондентов указало, что в работе психиатрических учреждений широко применяются современные медицинские и информационные технологии – мультидисциплинарные бригады, медицинские информационно-

аналитические системы, социально-ориентированные методы психотерапии, социологические опросы для изучения мнения больных, взаимодействие с общественными организациями родственников психически больных, психообразовательные программы для пациентов.

Почти треть участников опроса оказались не удовлетворены своими жилищными условиями и уровнем заработной платы. Низкая заработная плата врачей и персонала выступала в качестве наиболее актуальной профессиональной проблемы. Не менее значимым, по мнению респондентов, являлось отсутствие доступной системы непрерывного профессионального образования и повышения квалификации. Практически все респонденты указали в качестве основного метода профессионального роста – чтение специальной литературы и участие в различных научно-практических форумах, а также относительно регулярное прохождение курсов повышения квалификации, однако, по мнению опрошенных, для достижения желаемого уровня высокой профессиональной компетентности этого было явно недостаточно.

Таким образом, ожидания руководителей психиатрических ЛПУ и врачей-психиатров относительно развития психиатрической помощи в России сводились к следующим положениям: совершенствование законодательной базы в области психиатрии; модернизация (но не кардинальная перестройка!) существующей системы оказания психиатрической помощи; увеличение финансирования и развития материально-технической базы психиатрических учреждений; ликвидация кадрового дефицита, в том числе путем увеличения заработной платы, усиления социальной защищенности и поднятия престижа профессии; создание доступной и эффективной системы непрерывного профессионального образования, желание и готовность профессионально совершенствоваться и использовать в работе новые медицинские и информационные технологии; смещение приоритета психиатрической помощи на нужды и потребности пациентов.

6.4 Особенности синдрома выгорания у медицинских работников психиатрических учреждений

Во всем мире синдром выгорания (burnout syndrome) принято считать отличительным признаком развития личности профессионала в области так называемых «помогающих профессий» (Maslach C., Goldberg J., 1998; Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P., 2001). К ним относят, в частности, педагогов, социальных работников, психологов и врачей. Последние попадают в группу риска развития синдрома выгорания из-за длительного общения с пациентами, требующего эмпатии, полного погружения в проблемное поле пациента, высокой ответственности, пренебрежения личными переживаниями.

Особенно значима проблема выгорания в тех отраслях медицины, где даже самое непосредственное участие врача в жизни пациента не может позволить достичь полного его выздоровления (Much K. et al., 2005; Ogresta J. et al., 2008). То есть профессиональный стресс особенно сильно сказывается на медицинских работниках, обслуживающих пациентов с труднокурабельными хроническими заболеваниями. К этому контингенту медицинских работников относят и персонал психиатрических клиник.

Синдром эмоционального выгорания среди медицинских работников психиатрического профиля активно обсуждался в иностранной и отечественной литературе в последние десятилетия (Лозинская Е.И., 2007; Pedrini L. et al., 2009). Зарубежные исследования выявили достоверные различия в причинах развития синдрома выгорания: в Хорватии более значимыми, чем во Франции, являются высокая рабочая нагрузка, низкая квалификация и заработная плата, неудовлетворительные условия труда (Jovanovic N. et al., 2009), в Италии – это молодой возраст, недостаточная поддержка более опытных коллег, несоответствие ожиданий профессиональным реалиям (Pedrini L. et al., 2009). Российские психиатры чаще отмечали завышенную рабочую нагрузку, низкий уровень заработной платы, а также неуверенность в себе в случае отсутствия положительной динамики в состоянии пациента (Лозинская Е.И., 2007).

В настоящее время наиболее признанным является определение синдрома эмоционального выгорания, данное C. Maslach, который объясняет феномен «burnout» как физическое, эмоциональное и умственное истощение в социальных профессиях (Maslach C., Goldberg J., 1998). Эмоциональное выгорание является защитным механизмом, который позволяет нивелировать профессиональный стресс, однако, может приводить к возникновению патологических проявлений. К таковым относятся потеря интереса к работе, снижение качества выполняемых обязанностей, усталость, ощущение профессиональной неполноценности, снижение самооценки.

Современные исследования раскрывают множество причин развития синдрома выгорания (Лозинская Е.И., 2007; Maslach C., et al., 2001; White R.A., 2006; Ogresta J. et al., 2008; Jovanovic N. et al., 2009), однако нельзя считать этот вопрос полностью изученным ввиду отсутствия достаточного объема исследований для окончательного формирования представлений о причинах, механизмах развития, последствиях, методах профилактики и коррекции данного патологического состояния.

С целью изучения основных параметров синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников психиатрических учреждений было проведено специальное исследование (Семенова Н.В., Петрова Е.В., Алехин А.Н., 2011). Использовалась клинико-психологическая методика «Системный индекс синдрома перегорания» на основе теста MBI (Maslach Burnout Inventory), где выделяются четыре основных параметра: «эмоциональное истощение», «деперсонализация», «редукция профессиональных достижений», «скука» (Лозинская Е.И., Лутова Н.Б., Вид В.Д., 2007). Для статистической обработки применялось программное обеспечение SPSS 19.0. Использовался общепринятый уровень значимости различий 5%.

Исследование проводилось в психиатрических стационарах (ПБ) и психоневрологических диспансерах (ПНД) Ленинградской области. В исследовании приняли участие 183 респондента – медицинских работника.

Респонденты были разделены на четыре группы, соответственно профессии. Группа 1: 13 врачей-психиатров ПНД (7,1%), средний возраст 43 ± 2 года, средний стаж работы 14 ± 2 лет. Группа 2: 62 медицинских сестры ПНД (33,9%), средний возраст 42 ± 2 года, средний стаж работы 14 ± 2 лет. Группа 3: 13 врачей-психиатров ПБ (7,1%), средний возраст 50 ± 3 лет, средний стаж работы 19 ± 4 лет. Группа 4: 95 медицинских сестер ПБ (51,9%), средний возраст 46 ± 1 лет, средний стаж работы 21 ± 1 год.

По результатам дисперсионного анализа медицинские сестры ПБ имели достоверно больший стаж работы по специальности, чем медицинские сестры ПНД ($F = 3,5$, $p = 0,02$). Также значимые различия были выявлены по параметру «часы работы с пациентами в неделю» ($F = 13,36$, $p < 0,01$): у врачей-психиатров ПБ этот показатель был ниже, чем у медицинских сестер ПБ, а у врачей-психиатров ПНД – ниже, чем у медицинских сестер ПНД.

Из общего количества медицинских работников 47,5% отметили, что не испытывали разочарование в настоящей работе, 37,2% – сомневались в ответе на этот вопрос, 13,7% испытывали разочарование до известной степени, и только 1,6% были очень разочарованы в своей настоящей работе. Врачи и медицинские сестры ПБ были достоверно чаще разочарованы работой по сравнению с врачами и медицинскими сестрами ПНД ($p = 0,03$, критерий Манна-Уитни).

Длительность пребывания среднего медицинского персонала ПБ на больничном листе была достоверно больше, чем у медицинского персонала ПНД ($p = 0,02$, точный критерий Фишера).

В таблице 6.4 представлены данные по основным параметрам синдрома выгорания в четырех исследовательских группах. По результатам дисперсионного анализа были получены статистически значимые различия в группах по параметру «деперсонализация» ($F = 3,19$, $p = 0,03$). Проведены попарные сравнения по методу Манна-Уитни: у врачей-психиатров ПБ показатель деперсонализации (4,64 ± 1,1) оказался достоверно ($p = 0,04$) ниже, чем у медицинских сестер ПБ (7,89 ± 0,47).

Таблица 6.4 – Основные параметры синдрома выгорания
у медицинских работников психиатрических учреждений

Параметры синдрома выгорания	Профессия	Средний балл ± ошибка среднего
Эмоциональное истощение (норма – менее 17 баллов)	Врач-психиатр ПБ	17,75 ± 3,89
	Врач-психиатр ПНД	11,23 ± 1,82
	Медицинская сестра ПБ	15,71 ± 0,75
	Медицинская сестра ПНД	14,00 ± 0,85
	Всего	14,94 ± 0,57
Деперсонализация (норма – менее 5 баллов)	Врач-психиатр ПБ	4,64 ± 1,10
	Врач-психиатр ПНД	5,46 ± 0,99
	Медицинская сестра ПБ	7,89 ± 0,47
	Медицинская сестра ПНД	6,57 ± 0,53
	Всего	7,07 ± 0,33
Редукция профессиональных достижений (норма – более 33 баллов)	Врач-психиатр ПБ	27,36 ± 3,14
	Врач-психиатр ПНД	31,92 ± 1,31
	Медицинская сестра ПБ	30,88 ± 0,79
	Медицинская сестра ПНД	32,12 ± 0,99
	Всего	31,16 ± 0,58
Системный индекс синдрома выгорания (возможные колебания значения индекса – от 0 (минимальное) до 1 (максимальное))	Врач-психиатр ПБ	0,58 ± 0,08
	Врач-психиатр ПНД	0,45 ± 0,04
	Медицинская сестра ПБ	0,56 ± 0,02
	Медицинская сестра ПНД	0,50 ± 0,02
	Всего	0,53 ± 0,01
Скука (норма – менее 3 баллов)	Врач-психиатр ПБ	2,28 ± 0,31
	Врач-психиатр ПНД	1,87 ± 0,20
	Медицинская сестра ПБ	1,95 ± 0,07
	Медицинская сестра ПНД	1,70 ± 0,09
	Всего	1,89 ± 0,05

Значимые различия ($F = 2,71$, $p = 0,05$) были получены в группах и по параметру «системный индекс синдрома выгорания». Попарные сравнения по методу Манна-Уитни показали, что этот показатель у медицинского персонала ПБ ($0,56 \pm 0,02$) был значимо выше ($p < 0,05$), чем у медицинских сестер ПНД ($0,50 \pm 0,02$).

По параметру «скука» по результатам дисперсионного анализа также были получены статистически значимые различия ($F = 2,82$, $p = 0,04$) в группах сравнения. При попарных сравнениях по методу Манна-Уитни было установлено, что этот показатель был достоверно ($p = 0,01$) выше у медицинских сестер ПБ ($1,95 \pm 0,07$), чем у медицинских сестер ПНД ($1,70 \pm 0,09$).

В ходе исследования было установлено, что медицинские сестры ПБ в среднем имели больший стаж работы, чем медицинские сестры ПНД. Этим, возможно, объяснялись различия по параметру «скука» и «системный индекс синдрома выгорания» в вышеуказанных группах: медицинский персонал стационара был более подвержен формированию синдрома выгорания, чем медицинский персонал ПНД. Данные обстоятельства могли приводить к более частым и длительным периодам болезни у медицинских сестер стационара, которые достоверно больше времени проводили на больничном листе в сравнении со средним медицинским персоналом ПНД.

Также статистические данные указывали на высокий уровень неудовлетворенности профессиональными достижениями среди работников психиатрических учреждений, как у мужчин, так и у женщин. Большинство респондентов старались сдерживать собственные эмоции и решать проблему. Общий индекс синдрома выгорания был выше у женщин, которые в большей степени испытывали признаки эмоционального истощения и безразличия по отношению к пациентам. Также женщины в большей степени беспокоились об обстановке на рабочем месте, уделяя внимание интерьеру и условиям труда. Мужчины же в большей степени были способны к сохранению эмпатии.

Медицинские работники психиатрических учреждений в большинстве случаев субъективно не ощущали разочарования в выбранной профессии, несмотря на то, что в общении с пациентами, по результатам «Системного индекса» у них были выражены такие проявления деперсонализации как безразличие, формальное выполнение профессиональных обязанностей, снижение способности к эмпатии. Однако медицинские сестры и врачи ПБ достоверно чаще разочаровывались в своей работе, чем медицинские работники ПНД. Самый

высокий уровень деперсонализации был выявлен в группе среднего медицинского персонала ПБ, а самый низкий – в группе врачей ПБ, что объяснялось необходимостью медицинских сестер больше времени проводить в непосредственном общении с психически больными.

6.5 Исследование толерантности у врачей психиатрической службы

Актуальность проблемы толерантности в профессиональной среде обусловлена в первую очередь проблемой толерантности в самом обществе. В России, как и во всем мире, происходит все большее расслоение общества по социальным, религиозным, экономическим и иным признакам, обостряются межэтнические отношения. Локальные войны, терроризм, национальная и религиозная нетерпимость на межгосударственном уровне тесно связаны с возрастанием конкуренции, нетерпимости и насилия на уровне взаимодействия отдельных индивидов. Предметом особого внимания в психологии и смежных с ней гуманитарных науках является проблема развития толерантной позиции личности, что отражает реакцию общественного сознания на процесс нарастания агрессивности на всех уровнях человеческого бытия (Гершунский Б.С., 2001). В современном мире возникает практическая необходимость воспитания членов общества в духе терпимости и миролюбия, чему способствует популяризация толерантности как жизненной стратегии, дающей возможность успешного построения взаимоотношений и сохранения внутреннего равновесия, гармонии и целостности собственного внутреннего мира (Скрипкина Т.П., 2002).

Имеющееся многообразие работ по толерантности касается главным образом теоретических разработок в сфере философии и национальной политики, где толерантность рассматривается как социальное явление, определяющее межгосударственные, межгрупповые взаимоотношения (Шалин В.В., 2000); достаточно широко представлены психолого-педагогические исследования по

формированию толерантности в процессе образования и воспитания (Липман М., 1995; Boisvert C., 2004; Zenasni F., Besançon M., Lubart T., 2008).

В последние десятилетия активно изучается психологическая природа данного явления (Асмолов А.Г., 2000; Деркач А.А., Зазыкин В.Г., Селезнева Е.В. и др., 2003), рассматривается личностная обусловленность развития толерантного общественного сознания (Скрипкина Т.П., 2002; Лабунская В.А., 2003). Толерантность изучается в процессе педагогического взаимодействия (Байбаков А.М., 2004; Николаева М.А., 2004), взаимоотношений в малых группах (Коломинский Я.Л., 2000), как основа межкультурной коммуникации, в контексте отношения общества к психически больным (Flament C., 1999; Rosen N. O., Knäuper B., Sammut J., 2007). При этом имеются лишь единичные работы по исследованию толерантности в профессиональной среде помогающих профессий (Кожухарь Г.С., Петрова А.Н., 2006).

Наиболее полным представляется определение толерантности, данное Л.А. Беляевой (2003): толерантность – важнейший мировоззренческий принцип нравственной направленности, необходимый для гармонизации отношений в социокультурном пространстве «я и другой», «свой и чужой».

Для проверки гипотезы о том, что в профессиональной психиатрической и психотерапевтической среде высокий уровень образования в широком понимании этого слова связан с более высокой толерантностью, было проведено исследование с целью изучения этнических, социальных и других аспектов толерантности у специалистов, работающих в сфере психиатрии и психотерапии, а также поиска взаимосвязи толерантности и различных аспектов образования (Федоров Я.О., Семенова Н.В., 2011).

В исследовании приняли участие 85 врачей и психологов из различных регионов РФ с развитой структурой психотерапевтической помощи. Исследование проводилось путем анонимного анкетирования. Социально-демографические данные специалистов включали такие характеристики как пол, возраст, длительность получения высшего образования, семейное положение, а также различные аспекты профессионального образования – личную терапию

(тренинговая психотерапия или дидактический анализ, когда будущий психотерапевт сам выступает в роли клиента), профессиональные тренинги (супервизии, интервизии, клинические разборы, балинтовские группы) и постдипломное образование (курсы повышения квалификации, обучающие семинары).

В экспериментально-психологической части были использованы две методики: экспресс-опросник «Индекс толерантности» (Г.У. Солдатова, О.А. Кравцова, О.Е. Хухлаев, Л.А. Шайгерова, 2002) (Приложение Е) и краткий опросник качества жизни ВОЗКЖ-26 (WHOQOL-BREF) (Приложение Ж). Стимульный материал экспресс-опросника «Индекс толерантности» составляют утверждения, отражающие отношение к окружающему миру, другим людям, социальные установки в различных сферах взаимодействия. В методику включены утверждения, выявляющие отношение к некоторым социальным группам и коммуникативные установки. Три субшкалы данного опросника направлены на диагностику этнической, социальной толерантности и толерантность как черты личности. Субшкала «этническая толерантность» выявляет отношение человека к представителям других этнических групп и установки в сфере межкультурного взаимодействия. Субшкала «социальная толерантность» позволяет исследовать толерантные и интолерантные проявления в отношении различных социальных групп (меньшинств, преступников, психически больных людей), а также изучать установки личности по отношению к некоторым социальным процессам. Субшкала «толерантность как черта личности» включает пункты, диагностирующие личностные черты, установки и убеждения, которые в значительной степени определяют отношение человека к окружающему миру.

Стимульный материал опросника ВОЗКЖ-26 представлен утверждениями, отражающими субъективное восприятие КЖ. Каждый из вопросов представляет собой значение определенной из сфер: физической, психологической, социальной и сферы окружающей среды. Общая итоговая оценка вычисляется путем вычисления среднего от суммы всех сфер КЖ.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью стандартных математико-статистических процедур с использованием программного пакета SPSS. Для количественных данных использовался дисперсионный анализ с пост-хок тестами по методу Бонферрони, для качественных признаков были построены таблицы сопряженности и применен точный критерий Фишера. Связь типов толерантности с остальными показателями анализировались в зависимости от типа показателя: для количественных применялся коэффициент корреляции по Пирсону, для бинарных признаков рассчитывались статистические характеристики соответствующих групп и проведены сравнения по дисперсионному анализу. Использовался общепринятый уровень значимости 5%.

Испытуемые были разделены на 3 группы, исходя из характера профессии. Группа 1 (31 человек) – психиатры (не практиковавшие психотерапевтическую работу с больными), группа 2 (38 человек) – психотерапевты (врачи-психотерапевты и психологи, активно использовавшие методы психотерапевтической и психологической коррекции), группа 3 (16 человек) – психиатры-психотерапевты (врачи-психиатры, совмещавшие работу в качестве и психиатров, и психотерапевтов).

В группе 1 преобладали мужчины – 58%, в группе 2 – женщины (79%), в третьей группе мужчин и женщин было поровну. Средний возраст в группах 1 и 3 был примерно одинаковым, 37 ± 10 и 38 ± 7 лет соответственно, так же как и стаж работы – 12 ± 9 и 12 ± 5 лет соответственно. В группе 2 возраст был старше – 43 ± 9 года, а стаж по специальности меньше – около 9 ± 6 лет.

Для психотерапевта практически любой направленности важнейшим фактором профессионального образования является собственная личная терапия, когда будущий специалист выступает в роли клиента. Это позволяет специалисту прийти в профессию с определенным представлением о том, «как работает» тот вид психотерапии, которую он выбрал, и, что даже более важно, понять и проработать собственные проблемы. К сожалению, система профессионального образования психиатров не предусматривает подобного тренинга, хотя значительная часть врачей заинтересована в подобном самоисследовании.

Характер различных аспектов профессионального образования представлен на рисунках 6.6 и 6.7.

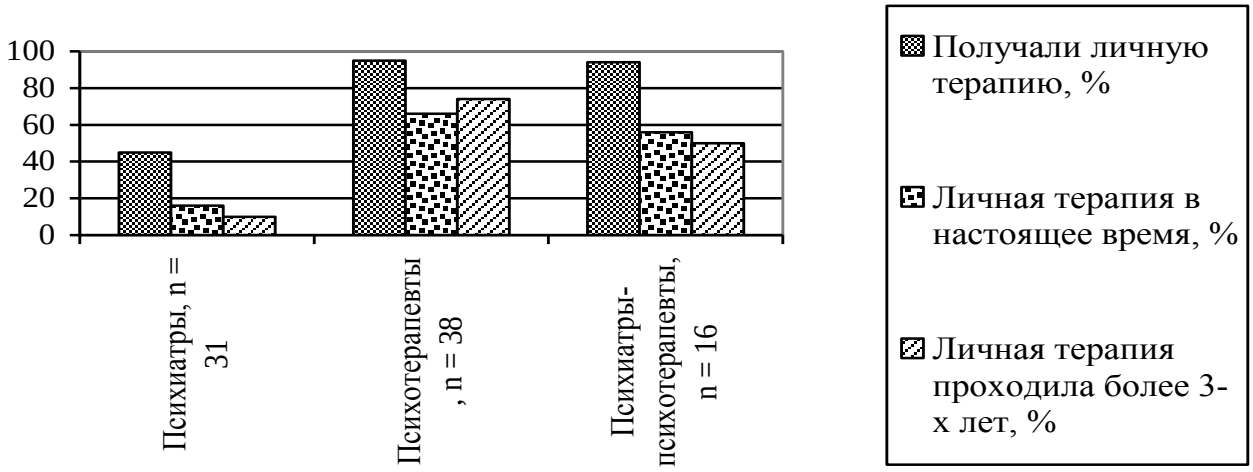

Рисунок 6.6 – Особенности личной терапии

Согласно рисунку 6.6, более высокий уровень прохождения личной терапии наблюдался в группах 2 и 3, что и понятно, учитывая саму систему психотерапевтической подготовки. Так, 95% психотерапевтов проходили личную терапию, причем у 75% она длилась более трех лет, а 66% проходили ее на момент участия в исследовании. Схожая картина наблюдалась у психиатров-психотерапевтов: 94% получали личную терапию, у половины она длилась более трех лет и 56% имели терапию на момент исследования.

Несмотря на иную систему образования, 45% психиатров имели личную терапию, у 10% она носила длительный характер (более 3-х лет), а 16% проходили ее в период проведения исследования. Однако следует признать, что эти данные скорее отражали положение дел с личной терапией психиатров в психиатрических учреждениях, где психотерапевтическая помощь была хорошо развита как по объему, так и по профессиональному уровню практикующих специалистов, поскольку настоящее анкетирование врачей проводилось в учреждениях с развитой психотерапевтической составляющей.

На рисунке 6.7 представлены особенности профессионального образования.

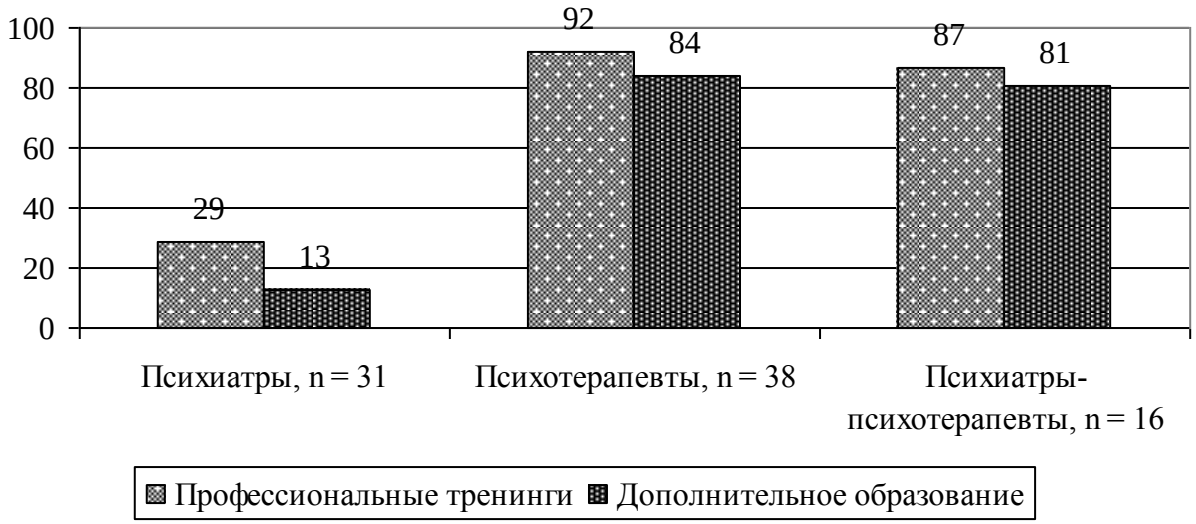

Рисунок 6.7 – Особенности профессионального образования

Как показано на рисунке 6.7, профессиональное образование у врачей было представлено в двух аспектах. Во-первых, в виде профессиональных тренингов – это супервизии, интервизии, балинтовские группы и клинические разборы. Во-вторых, в виде дополнительного постдипломного образования, главным образом, курсов повышения квалификации и обучающих семинаров.

У психотерапевтов отмечались более высокие показатели: 92% регулярно участвовали в профессиональных тренингах и 84% регулярно получали дополнительное (постдипломное) образование. Была близка к группе психотерапевтов группа психиатров-психотерапевтов, соответственно 87% и 81%. Только 29% психиатров участвовали в профессиональных тренингах и 13% получали дополнительное образование, выходившее за рамки обязательных курсов повышения квалификации, проводимых раз в 5 лет.

Полученные данные свидетельствовали, что у психиатров имелся интерес к психологическому (психотерапевтическому) исследованию собственной личности. Это не в полной мере учитывается при современной подготовке специалиста. Включение в систему профессиональной подготовки психиатра личной терапии (в интернатуре, ординатуре) послужило бы решению как минимум двух задач – профессиональной гигиене (профилактике профессионального выгорания) и

расширению представлений о возможностях современной психотерапии, в том числе при работе с душевнобольными, что способствовало бы реальному развитию помощи в рамках биопсихосоциальной модели психических заболеваний.

Как было показано в разделе 6.3, одной из самых актуальных проблем для врачей-психиатров является отсутствие доступной системы непрерывного профессионального образования и повышения квалификации. А в качестве своих экспектаций относительно совершенствования организации психиатрической помощи в России психиатры указывали создание доступной и эффективной системы непрерывного профессионального образования и выражали желание и готовность профессионально совершенствоваться и использовать в работе новые медицинские и информационные технологии.

Еще одним доводом в пользу необходимости включения в программу подготовки психиатров освоение практических навыков психотерапевтической работы и прохождение личной психотерапии служит высокий уровень эмоционального выгорания. Результаты отечественных исследований (Лозинская Е.И., 2006) указывают на высокий уровень неудовлетворенности врачей-психиатров профессиональными достижениями, а в общении с пациентами у них выявлялись такие проявления деперсонализации как безразличие, формальное выполнение профессиональных обязанностей, снижение способности к эмпатии. В то же время пациенты, наблюдавшиеся в психиатрических учреждениях и выступавшие в роли потребителей медицинских услуг, придавали наибольшее значение именно эмпатийному отношению врача, его личностным характеристикам. Не случайно, что при исследовании субъективной удовлетворенности лечением в психиатрическом стационаре наиболее высокие оценки у пациентов получил показатель «Отношения врач–больной» (см. раздел 6.1).

При сравнении показателей толерантности (таблица 6.5) в трех указанных группах были выявлены различия: у психиатров-психотерапевтов уровень общей и этнической толерантности был достоверно выше, чем у психиатров и недостоверно выше, чем у психотерапевтов. Социальная толерантность также была недостоверно выше в третьей группе.

Таблица 6.5 – Показатели толерантности в исследуемых группах

Толерантность	Психиатры, n = 31	Психотерапевты, n = 38	Психиатры-психотерапевты, n = 16
Общая	89,4 ± 8,83*	93,3 ± 9,18	97,3 ± 7,73*
Этническая	28,4 ± 4,43*	29,3 ± 5,06	32,1 ± 3,77*
Социальная	30,6 ± 4,22	31,9 ± 4,30	33,5 ± 3,39
Как черта личности	30,5 ± 3,17	32,0 ± 2,59	31,9 ± 2,75

Примечание. Значения указаны в виде: среднее значение ± среднее квадратическое отклонение. * – статистически значимые различия по группам, $p < 0,005$.

Можно предположить, что наличие двух систем в подходе к пациенту – медицинской (биологически-ориентированной) и психологической (гуманистической) увеличивает возможность специалиста принять различные взгляды, идеи, мировоззренческие позиции и т.д. В целом специалисты показали уровень толерантности на границе среднего и высокого (средний уровень от 61 до 99 баллов, высокий – более 100). Такие результаты показали респонденты, для которых было характерно сочетание как толерантных, так и интолерантных черт. В одних социальных ситуациях они вели себя толерантно, в других могли проявлять интолерантность. При этом группа психиатров-психотерапевтов вплотную приближалась к людям с выраженными чертами толерантной личности, но без размывания «границ толерантности», которое могло быть связано с психологическим инфантилизмом, тенденциями к снисходительности и безразличию. В таких случаях показатель общей толерантности превышал 115 баллов.

Результаты корреляционного анализа показали несколько достоверных взаимосвязей, имевших, однако, слабый характер (таблица 6.6).

Таблица 6.6 – Взаимосвязь субшкал «Индекса толерантности» с другими показателями (показатели коэффициента корреляции, R)

Толерантность	Время, затраченное на высшее образование, лет	Возраст, лет
Общая	0,313*	0,215*
Этническая	0,223*	0,130
Социальная	0,215*	0,197
Как черта личности	0,313*	0,182

Примечание: ***** – статистически значимые различия по группам, $p < 0,005$.

Как видно из таблицы 6.6, время, затраченное на получение высшего образования, положительно коррелировало со всеми сферами толерантности и ее общим значением. Общая толерантность также положительно коррелировала с возрастом специалиста. Причина такой взаимосвязи требует дальнейшего изучения, но можно высказать два предположения. Первое – психическая дифференциация (по К. Ясперс), которая формируется как на основе профессионального образования, так и на основе простого жизненного опыта, стимулирует более терпимое отношению к жизни (Ясперс К., 1997). Второе – люди с более высокой толерантностью имеют больше ресурсов и возможностей более длительно учиться и дольше жить. Это может быть связано с тем, что высокая толерантность уменьшает напряженность внутрипсихических конфликтов и способствует лучшему взаимодействию с окружающими.

Известно, что одним из критериев, отражающих динамику ментальных, психологических и социальных составляющих психического здоровья, является показатель качества жизни. Всемирная организация здравоохранения определяет качество жизни как «восприятие людьми своего положения в жизни в контексте культуральных и ценностных ориентаций и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами». Речь идет о субъективных оценках, включающих самоощущение человека, восприятие им своего состояния

и положения в жизни в зависимости от системы ценностей, целей и ожиданий. Качество жизни представляет собой интегративный показатель, не только отражающий удовлетворенность личности отдельными сторонами жизни – здоровьем, работой, финансовым положением, семейными взаимоотношениями, но и по информативности превышающий сумму составляющих его отдельных оценок. Научная литература последних десятилетий изобилует публикациями о качестве жизни пациентов с различной патологией, однако исследования, посвященные качеству жизни врачей, практически не встречаются.

Данные, полученные при заполнении респондентами краткого опросника качества жизни ВОЗКЖ-26 (WHOQOL-BREF), представлены в таблице 6.7. В таблице обозначены основные сферы (физическая, психическая, социальная сферы, окружающая среда) и общая оценка качества жизни (общий балл). Числовые данные представлены в виде «среднее значение показателя ± стандартная ошибка среднего».

Таблица 6.7 – Показатели качества жизни в исследуемых группах

Сферы качества жизни	Психиатры, n = 31	Психотерапевты, n = 38	Психиатры-психотерапевты, n = 16
Физическая сфера	3,2 ± 0,45	3,3 ± 0,40	3,4 ± 0,56
Психическая сфера	3,7 ± 0,46	3,9 ± 0,38	3,7 ± 0,58
Социальная сфера	3,7 ± 0,69	3,5 ± 0,58	3,7 ± 0,68
Сфера окружающей среды	3,4 ± 0,49	3,5 ± 0,39	3,3 ± 0,50
Общий балл	3,5 ± 0,57	3,5 ± 0,48	3,5 ± 0,59

Как показано в таблице 6.7, оценки респондентов по всем сферам превышали средние значения показателей (3 балла), при этом наиболее высокие оценки отмечались в психической и социальной сферах, а наиболее низкие – в физической сфере и сфере окружающей среды.

Статистически значимых различий между группами психиатров, психотерапевтов и психиатров-психотерапевтов в различных сферах качества жизни выявлено не было, а общий балл во всех группах оказался одинаковым, что было вполне объяснимо, исходя из сходных социально-демографических и профессиональных характеристик всех респондентов.

По результатам дисперсионного анализа показателей внутри групп было установлено, что у психиатров показатели психической и социальной сферы были статистически значимо выше ($p < 0,001$), чем показатели физической сферы, а у психотерапевтов – оценка психической сферы была статистически значимо выше, чем физической сферы, социальной сферы и окружающей среды (для всех $p < 0,001$). В группе психиатров-психотерапевтов показатели всех четырех сфер получили сходные оценки, и статистически значимых различий между показателями сфер получено не было.

По результатам корреляционного анализа была выявлена отрицательная взаимосвязь ($p < 0,05$) между толерантностью как чертой личности и качеством жизни в сфере окружающей среды, имевшая, однако, слабый характер (коэффициент корреляции $r = –0,25$). То есть более высоко воспринимаемое качество жизни специалиста в сфере его взаимодействия с окружающей средой (удовлетворенность материальным достатком, окружением, информацией и т.д.) было связано с более негативным отношением к окружающему миру. И наоборот, чем хуже респондент оценивал качество своего окружения, тем выше была толерантность как черта характера. Можно высказать предположение, что оценка своего социального окружения как недостаточно хорошего помогает человеку иметь бóльшую терпимость и соответственно бóльшую приспособляемость (возможность идти на компромиссы) к негативным условиям существования.

Взаимосвязь толерантности с другими показателями определялась путем сравнения двух групп исследуемых на основе определенного признака. Результаты дисперсионного анализа в отношении взаимосвязи уровня толерантности с различными аспектами образования приведены в таблице 6.8.

Таблица 6.8 – Взаимосвязь толерантности с различными аспектами образования

Толерантность	Признак	N	Среднее	СКО	p
Второе высшее образование					
Как черта личности, баллы	Нет	53	30,89	2,96	0,03
	Есть	32	32,31	2,63	
Дополнительное образование					
Как черта личности, баллы	Нет	27	30,48	3,25	0,04
	Есть	58	31,86	2,65	
Участие в профессиональных тренингах					
Общая, баллы	Нет	27	89,63	9,00	0,04
	Да	58	94,03	8,96	
Социальная, баллы	Нет	27	30,44	4,39	0,05
	Да	58	32,36	4,01	
Как черта личности, баллы	Нет	27	30,52	2,62	0,05
	Да	58	31,84	2,96	

Примечание: СКО – среднее квадратическое отклонение (σ)

Как видно из таблицы 6.8, показатели толерантности как черты личности были статистически значимо выше у специалистов, имевших второе высшее образование и регулярно получавших дополнительное послевузовское образование. У специалистов, принимавших участие в дополнительных тренингах (супервизии, интервизии и балинтовские группы), был достоверно выше уровень практически всех показателей толерантности. Таким образом, подтвердилась гипотеза, что образование специалиста в различных его формах (второе высшее, постдипломное, профессиональные тренинги) связано с более высокой толерантностью. Вопрос, что же является первичным – образование или толерантность (образование формирует более высокую толерантность или изначально более высокая толерантность потенциирует специалиста постоянно

самосовершенствоваться и способствует получению образования), остается открытым.

Результаты анализа взаимосвязи толерантности и личной терапии специалиста приведены в таблице 6.9.

Таблица 6.9 – Взаимосвязь толерантности и личной терапии

Толерантность	Признак	N	Среднее	СКО	p
Получали личную терапию					
Общая, баллы	Нет	20	90,15	9,10	0,17
	Есть	65	93,40	9,10	
Проходят личную терапию в настоящее время					
Общая, баллы	Нет	46	92,20	9,07	0,63
	Есть	39	93,15	9,35	

Примечание: СКО – среднее квадратическое отклонение (σ)

Как показано в таблице 6.9, не отмечалось достоверной взаимосвязи между личной терапией и толерантностью. Тем не менее, можно было говорить о тенденции, согласно которой у специалистов, имевших личную терапию, уровень толерантности был выше. Вероятно, процесс самопознания и разрешения личных конфликтов меньше влияет на возможность терпимого отношения к другим точкам зрения, чем образование. Это может косвенно свидетельствовать о том, что толерантность больше связана с мировоззренческими аспектами личности, чем со сферой актуальных конфликтов.

Таким образом, проведенное исследование позволило рассмотреть некоторые прикладные стороны толерантности и качества жизни у специалистов помогающих профессий и сделать следующие выводы о связи между толерантностью и образованием, а также качеством жизни:

1. Толерантность была достоверно выше у психиатров-психотерапевтов по сравнению с психиатрами и недостоверно выше по сравнению с психотерапевтами.

2. Толерантность была достоверно выше у специалистов, имевших второе высшее образование, регулярно получавших дополнительное постдипломное образование и участвовавших в профессиональных тренингах, таких как балинтовские группы, интервизии и супервизии.

3. В структуре качества жизни у психиатров максимальную оценку получили показатели психической и социальной сферы, они были достоверно выше показателей физической сферы, а у психотерапевтов – оценка психической сферы оказалась достоверно выше, чем у всех остальных сфер.

4. Качество жизни специалиста в сфере его взаимодействия с окружающей средой негативно коррелировало с толерантностью как чертой личности.

ГЛАВА 7. ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦАХ

Контроль качества в медицине, в том числе в психиатрии, приобретает все большее значение (Гурович И.Я., Кирьянова Е.М., Шмуклер А.Б., 1999; Голдобина О.А., Трешутин В.А., 2005; Солохина Т.А., 2003; Солохина Т.А., Ястребов В.С., 2003; Ястребов В.С., Солохина Т.А., 2003). Особое внимание данным вопросам уделяет Всемирная Организация Здравоохранения. Так, в 2006 году ВОЗ опубликовала свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья (ВОЗ, 2006). В документе отмечается важность проблемы обеспечения качества по ряду причин: надлежащее качество услуг для людей, страдающих психическими расстройствами, гарантирует получение необходимой помощи, которая приводит к положительным результатам, улучшению качества жизни, обеспечивает поддержку и помогает сохранить семью; для поставщиков услуг качество гарантирует эффективность и результативность их работы; для лиц, формирующих политику, качество является ключом к улучшению психического здоровья населения, гарантирующим соответствие затраченных средств полученным результатам и обеспечивающим финансовую отчетность.

В Российской Федерации планомерность решения задач повышения качества медицинской помощи затруднена отсутствием общепринятых методик оценки его исходного уровня. В настоящее время, в соответствии с действующими приказами Минздрава РФ, основным при проведении контроля качества медицинской (в том числе психиатрической) помощи в лечебно-профилактических учреждениях нашей страны является метод экспертных оценок (Сабанов В.И., Иваненко В.В., 2006). Трудно решаемой проблемой при экспертизе качества медицинской помощи вообще и качества ведения историй болезни, в частности, являлось отсутствие до конца 2012 года утвержденных протоколов и

стандартов ведения больных с психическими расстройствами и оформлению медицинской документации.

В связи с тем, что на момент проведения данного этапа исследования отсутствовали утвержденные стандарты специализированной медицинской помощи при психических расстройствах, нами проводилась нестандартизованная экспертная оценка случаев стационарного лечения больных (Семенова Н.В., 2012). Качество медицинской помощи определялось методом интегрированной оценки. Инструментом, позволявшим количественно оценивать качественную сторону процесса оказания медицинской помощи, послужила специально разработанная «Карта экспертной оценки лечения пациента в психиатрическом стационаре» (Приложение М). При разработке «Карты…» использовались различные нормативные документы, включавшие как Приказы Министерства здравоохранения, так и организационно-распорядительную документацию, созданную в различных стационарных психиатрических учреждениях.

Одним из модельных документов при разработке «Карты…» стали «Правила заполнения медицинской документации в Новгородской областной клинической больнице». В 1998 году в Новгородской областной клинической больнице для собственных нужд на основании действующих «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», Приказов Министерства здравоохранения – № 1030 от 14.10.80 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения», регламентирующего, в основном, учетные формы, но не их содержание, № 818 от 09.06.86 «О сокращении затрат времени на ведение медицинской документации и упразднение ряда учетных форм», № 82 от 29.04.94 «Положение о порядке проведения патологоанатомических вскрытий», № 5 от 13.01.95 «О мерах по совершенствованию временной нетрудоспособности» и инструкции о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, – были разработаны и утверждены приказом главного врача «Правила заполнения медицинской документации в Новгородской областной клинической больнице». Этот документ был опубликован (Семенова И.А., Асадуллаев М.Р., 2003) и

получил широкое распространение как образец организационно-распорядительной документации в различных ЛПУ. В «Правилах…» наиболее полно и четко прописаны требования к ведению медицинской документации, содержанию записей лечащего врача и комиссионных осмотров, объемам, срокам и кратности диагностических обследований.

Другим важным документом послужили методические рекомендации «Управление плановой госпитализацией в многопрофильной больнице» № 2001/144, утвержденные Статс-секретарем – заместителем Министра здравоохранения Российской Федерации Е.Д. Дедковым 9 ноября 2001 г. (Алексеев Н.А., Якушев А.М., 2001). Эти методические рекомендации были разработаны в целях повышения эффективности использования коечного фонда стационаров, сокращения числа необоснованных госпитализаций, реструктуризации стационарной медицинской помощи и содержали ряд конкретных критериев экстренной и плановой стационарной помощи.

При разработке «Карты…» использовалось также Приложение к приказу Департамента здравоохранения города Москвы от 09.06.2003 г. № 350 «Правила ведения истории болезни в наркологическом стационаре».

В связи с отсутствием на момент проведения экспертной оценки стандартов оказания помощи при психических расстройствах, утвержденных как на федеральном, так и на региональном уровне, в качестве норматива диагностических и лечебных мероприятий было использовано клиническое руководство, утвержденное приказом Минздрава РФ от 6 августа 1999 г. № 311 «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств» (Краснов В.Н., Гурович И.Я., 1999).

Разработанная в рамках настоящего исследования «Карта экспертной оценки лечения пациента в психиатрическом стационаре» состояла из блоков, отражавших сбор информации о пациенте, диагностические исследования, лечебные мероприятия и качество оформления медицинской документации. По каждому из блоков выставлялась оценка по следующей шкале: «отлично» – 3 балла, «хорошо» – 2 балла, «удовлетворительно» – 1 балл, «неудовлетворительно» – 0

баллов. Результирующая общая интегративная оценка представляла собой среднюю арифметическую оценку блоков.

Также в процессе анализа рассчитывался общий оценочный показатель по каждому из блоков для всего количества экспертируемых медицинских документов. Полученным интегрированным показателям присваивалась определенная градация, рассчитанная по следующим формулам, исходя из того, что в каждую градацию должно было входить не менее 70% случаев с максимальной по градации оценкой, а остальные 30% – с оценкой, меньшей на один балл:

- «отлично» = (3 x 0,7 x n + 2 x 0,7 x n) / n = (2,1 n + 0,6 n)/ n = 2,7, где n – это количество экспертируемых документов
- «хорошо» = (2 x 0,7 x n + 1 x 0,7 x n) / n = (1,4 n + 0,7 n)/ n = 2,1
- «удовлетворительно» = (1 x 0,7 x n + 0 x 0,7 x n) / n = 0,7

Таким образом, диапазон градаций оценок выглядел так:

- от 2,70 до 3,00 баллов – «отлично»;
- от 2,10 до 2,69 баллов – «хорошо»;
- от 0,70 до 2,09 – «удовлетворительно»;
- менее 0,7 – «неудовлетворительно».

Экспертной оценке были подвергнуты 300 стационарных историй болезни взрослых пациентов, находившихся на стационарном лечении в ДПБ в 2011 г., после выписки и закрытии истории болезни. Отбор медицинских документов производился случайным методом. От проведения экспертной оценки отклонялись истории болезни пациентов, поступивших на обследование по направлению военкоматов, больных, длительно находящихся в психиатрической больнице «по социальным показаниям» – в процессе оформления документов и ожидании своей очереди для перевода в ПНИ, а также поступивших на принудительное лечение по определению суда.

Общие сведения о подэкспертном материале представлены в таблице 7.1. Среди пациентов, чьи истории болезни были отобраны для проведения

экспертной оценки, было практически поровну мужчин и женщин. Средний возраст пациентов составил 45,8 ± 2,12 лет. Самому младшему пациенту было 18 лет, самому старшему – 89 лет. Из общего числа всех пациентов 18 человек (6%) составили недееспособные пациенты, а 16 (5,3%) – случаи недобровольной госпитализации в психиатрический стационар. Основанием для всех случаев недобровольной госпитализации послужил критерий «а» статьи 29 «Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» – непосредственная опасность для себя или окружающих.

Таблица 7.1 – Количественные показатели,
характеризующие материал и результаты экспертной оценки

Наименование показателя	Количество (%)
Истории болезни, подвергнутые экспертной оценке	300 (100%)
Из них мужчины	152 (50,7%)
Женщины	148 (49,3%)
Поступили в ДПБ: впервые в жизни	69 (23%)
повторно	194 (64,7%)
повторно в текущем году	36 (12%)
ранний возврат	1 (0,3%)
Из общего числа:	
психические расстройства	273 (91%)
наркологические расстройства	27 (9%)
Из общего числа:	
недееспособные пациенты	18 (6%)
недобровольные госпитализации	16 (5,3%)

Согласно таблице 7.1, почти пятая часть больных (23%) была госпитализирована впервые в жизни. Наибольшая часть – две трети (64,7%) – состояла из пациентов, ранее уже лечившихся в ДПБ, но в течение последнего года

госпитализированных впервые. 12% пациентов были госпитализированы повторно в данном году. У одного больного был зарегистрирован ранний возврат по социальным показаниям (невозможность самостоятельного проживания), и он был вновь госпитализирован спустя 5 дней после выписки с целью дальнейшего оформления в ПНИ.

Из общей группы больных подавляющее число (91%) составили пациенты с психическими расстройствами, а 9% – больные наркологического профиля. По диагностическим группам пациенты распределились следующим образом: шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20–F29) – 148 человек (49,3%); деменции различной этиологии (F00–F02) – 75 человек (25%); алкогольные психозы (F10.4–F10.5) – 27 (9%); органические психические и поведенческие расстройства (F06–F07) – 23 (7,7%); умственная отсталость (F70–F79) – 17 (5,7%); аффективные расстройства (F30–F39) – 10 (3,3%).

По социальному положению 9 человек (3%) были учащимися и студентами, 14 пациентов (4,7%) были рабочими, 18 (6%) – служащими, 32 (10,7%) – пенсионерами по возрасту, 42 (14%) – безработными и 185 (61,7%) – инвалидами по психическому заболеванию (преимущественно 2 группы). Интересно отметить, что служащие были только женщины, а рабочие и безработные – в основном мужчины (безработной была только 1 женщина и 1 женщина рабочей профессии). Пенсионеры по возрасту и инвалиды были представлены по половому признаку практически в равных пропорциях.

Средний срок лечения в общей выборке пациентов составил $91{,}7 \pm 6{,}04$ дней, минимальный срок нахождения в стационаре составил 3 дня, максимальный – 210 дней. Средняя длительность пребывания на койке у мужчин и женщин достоверно различалась – $62{,}6 \pm 5{,}69$ у мужчин и $110{,}3 \pm 9{,}57$ у женщин ($p < 0{,}01$ по методу дисперсионного анализа). Связано это было с очевидными различиями в «краткосрочных» по длительности стационарного лечения диагностических категориях. Группа алкогольных психозов со средними сроками лечения $7{,}5 \pm 0{,}42$ дня была представлена преимущественно мужчинами (78% пациентов с данным диагнозом), также мужчины преобладали в группе органических психических и

поведенческих расстройств (72%), где средний срок стационарного лечения был 48,5 ± 7,67 дней.

Средние сроки лечения по другим диагностическим группам у мужчин и женщин существенно не различались. Средняя длительность лечения при аффективных психозах составила 62,7 ± 4,47 дней, при шизофрении – 84,7 ± 7,65, при старческих психозах и слабоумии – 99,2 ± 8,22, при умственной отсталости – 111,4 ± 10,39 дней.

Подавляющее большинство – 89% поступивших больных были направлены в больницу врачами-психиатрами: 62 пациента (20,6%) были направлены врачом скорой психиатрической помощи, 180 (60%) – врачом-психиатром ПНД или психиатрического кабинета, еще 28 больных (9,3%) переведены из психиатрических больниц. Из психоневрологических интернатов было переведено 17 человек, или 5,7%. Остальные пациенты либо явились в больницу самостоятельно (8 человек, или 2,6%), либо были направлены непсихиатрическими (соматическими) лечебными учреждениями (5 человек, или 1,6%).

Практически равное количество пациентов – 118 и 123 человека (39,3% и 41%) были доставлены в больницу бригадой скорой психиатрической помощи и сантранспортом соответственно. Самостоятельно или в сопровождении родственников прибыли 59 человек (19,7%). Среди всех стационированных больных недобровольные госпитализации составили 3,7% (11 человек). Замечаний по оформлению недобровольной госпитализации (своевременность комиссионного осмотра, полнота отражения в медицинской документации психического состояния больного, своевременность направления документов в суд и т.п.) не было сделано ни в одном случае.

У всех пациентов при поступлении отмечалось удовлетворительное общее состояние. Средняя длительность пребывания в приемном отделении составила 34,3 ± 1,86 мин. Наименьшее время пребывания (10 мин) было отмечено у 14 пациентов (4,7%), а наибольшее – 1 час 10 минут – у 1 больного (0,3%). Большинство пациентов (73,6%) провели в приемном покое от 20 до 50 минут, максимально часто встречающееся время пребывания в приемном покое в общей

выборке (мода) составило 30 минут. Полное совпадение диагноза приемного покоя и клинического диагноза наблюдалось в 161 истории болезни (53,7%), неполное совпадение – в 134 случаях (44,7%), полное несовпадение – в 5 случаях (1,7%). Нарушение сроков установления клинического диагноза наблюдалось в двух случаях (0,7%). В одном случае пациенту, поступившему с диагнозом «Алкогольный делирий», клинический диагноз был установлен на пятый день госпитализации *(и/б № 1945, мужчина, 1971 г.р., госпитализирован на 5 отделение 17.10.2011, клинический диагноз установлен 21.10.11)*. В другом случае у пациента, госпитализированного в связи с органическим бредовым расстройством, запись о комиссионном осмотре и установлении клинического диагноза была сделана на 21 день госпитализации *(и/б № 2430, мужчина, 1987 г.р., госпитализирован на 11 отделение 25.12.2010, клинический диагноз установлен 18.01.11)*.

Исходы заболевания распределились следующим образом: 73,7% (221 человек) были выписаны домой, 13,3% (40 человек) были переведены в психоневрологические интернаты, 7,7% (23 человека) были переведены в другие психиатрические стационары, и 3% (9 человек) были переведены в непсихиатрические (соматические) стационары.

В ходе анализа были отмечены следующие результаты лечения: у 28 больных (9,3%) наблюдалось выздоровление, а у 272 человек (90,7%) – улучшение психического состояния. Случаев ухудшения состояния и смертельных исходов в экспертируемом материале выявлено не было.

Рекомендации при выписке содержались во всех подвергнутых экспертной оценке медицинских документах. Преобладали медикаментозные назначения, они имелись в 89,3% историй болезни (у 268 человек), при этом рекомендации использования пролонгов (модитен-депо, галоперидола деканоат и клопиксол-депо) были отмечены в 116 случаях (38,6%). Также достаточно часто, в 64,6% случаев (194 истории болезни) имелись рекомендации дальнейшего динамического диспансерного наблюдения у психиатра по месту жительства. 56 больным (18,7%) была рекомендована после выписки консультативно-лечебная

помощь психиатра по обращаемости, и 50 человек (16,7%) не имели рекомендаций дальнейшего наблюдения у психиатра. Ни в одной истории болезни не содержалось рекомендаций по дальнейшей психотерапевтической и реабилитационной помощи пациентам. В девяти случаях (3%) в медицинской документации имелись рекомендации по решению социальных вопросов: пациентам пожилого и старческого возраста с диагнозом деменции было рекомендовано оформление в ПНИ, некоторым пациентам было рекомендовано обратиться в бюро МСЭ для получения инвалидности.

Инвалидность по психическому заболеванию при выписке отмечалась у 180 человек (60%), при этом первая группа инвалидности была у 10 пациентов (3,3%), вторая – у 157 пациентов (52,3%), и третья группа – у 14 (4,7%). Инвалидность по соматическому заболеванию (вторая группа) имелась у 14 больных (4,7%).

Общая оценка медицинской документации по разделу «Сбор информации о пациентов» оказалась достаточно высокая – $2{,}91 \pm 0{,}04$, то есть «отлично». Практически во всех историях болезни были представлены существенные данные по анамнезу жизни и заболевания, имелись копии медицинских сведений из амбулаторной службы, из психиатрических стационаров, прилагались копии документов, подтверждающих статус опекуна для недееспособных больных.

Замечания по разделу «Сбор информации о пациентах» (рисунок 7.1) имелись лишь в двух случаях (0,7% экспертируемых документов), причем оба случая были связаны с первичными госпитализациями в ДПБ.

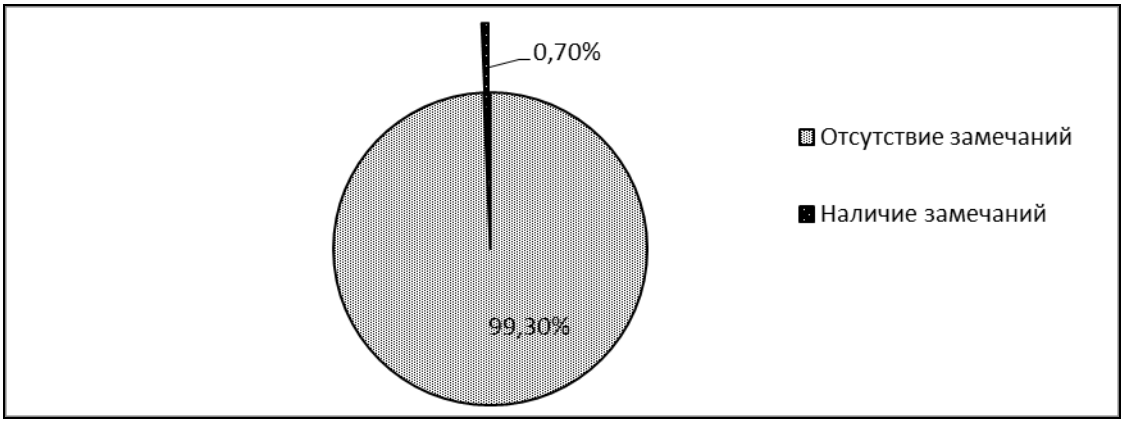

Рисунок 7.1 – Наличие замечаний по разделу «Сбор информации о пациенте»

В одном случае был недостаточно собран объективный анамнез заболевания (*и/б № 1941, больной Б.Е.В., 63 года, лечился с 16.10.2011 по 29.10.2011*), тем более что диагностически пациент был сложным. В другом случае не были запрошены и подшиты в историю болезни медицинские сведения о предыдущей госпитализации пациента в другую психиатрическую больницу, а анамнез был собран исключительно со слов больного (*и/б № 1988, пациент М.А.В., 1975 г.р., лечился с 21.10.2011 по 24.11.2011*).

Общая оценка историй болезни по разделу «Диагностические исследования» оказалась ниже, чем у блока «Сбор информации о пациенте», и составила 2,11 ± 0,05 баллов, то есть на нижней границе оценки «хорошо».

Некоторые показатели оценки выполнения нормативов по разделу «Диагностические исследования» приведены в таблице 7.2.

Согласно таблице 7.2, практически всем больным при поступлении был выполнен диагностический минимум (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи). Исключение составил один пациент, госпитализированный в связи с алкогольным делирием, срок госпитализации которого составил всего 3 дня. В его истории болезни отсутствовали результаты клинического и биохимического анализов крови, несмотря на то, что эти исследования дежурным врачом были назначены. Поскольку пациент поступил в пятницу вечером, а был выписан в понедельник, эти анализы взять у больного не успели.

Другие анализы, которые также необходимо проводить при поступлении (анализ кала на яйца глистов, на бактерии кишечной группы, мазки из носа и зева на наличие дифтерийной палочки), были выполнены более чем в 95% случаях. Повторно эти виды анализов при наличии показаний (чаще всего, перед переводом больных в психоневрологический интернат) были выполнены более чем в 80% случаев.

Анализы крови у особых контингентов и при первичном оформлении пациентов в ПНИ (кровь на ВИЧ, сифилис и на маркеры гепатитов В и С) были выполнены при наличии показаний в 100% случаев.

Таблица 7.2 – Выполнение нормативов по разделу «Диагностические исследования»

Вид диагностического исследования		Расчет норматива (кол-во чел.)	Фактич. выполн. (кол-во чел.)	% выполн.
Клинический анализ крови:	при поступлении	300	299	99,7%
	по показаниям	69	69	100%
Биохимический анализ крови:	при поступлении	300	299	99,7%
	по показаниям	46	37	80,4%
Общий анализ мочи:	при поступлении	300	300	100%
	по показаниям	74	74	100%
Анализ кала на я/г:	при поступлении	300	286	95,4%
	при наличии показаний	0	0	-
Мазок на BL:	при поступлении	300	289	96,4%
	при наличии показаний	47	38	80,8%
Анализ на диз. группу:	при поступлении	300	298	99,3%
	при наличии показаний	55	46	83,6%
Форма 50:	(при наличии показаний)	32	32	100%
RW:	(при наличии показаний)	32	32	100%
Анализ крови на маркеры гепатитов В и С (при наличии показаний)		14	14	100%
ФЛГ (Rg-грамма грудной клетки): 1 раз в год		279	233	83,5%
ЭКГ:	при поступлении	300	208	69,3%
	по показаниям	27	9	33,3%
Другие инструментальные виды обследования (по показаниям):				
	ЭЭГ	23	9	39,1%
	МРТ	75	0	0%
	Допплерография	28	0	0%

Флюорограмма (или рентгенограмма легких) была выполнена в 83,5% необходимых случаев. ЭКГ при поступлении была сделана 69% пациентов, а в дальнейшем при наличии показаний – только в одном случае из трех. Чаще всего не выполнялась контрольная ЭКГ у пожилых больных с нарушениями сердечного ритма и проводимости.

ЭЭГ была выполнена лишь у 39% больных, имевших непосредственные показания – судорожные припадки в клинической картине заболевания. МРТ и допплерография, в связи с отсутствием диагностических возможностей, не были выполнены ни одному из пациентов. При анализе медицинской документации

было отмечено, что данные виды обследования пациентам не проводились и в других медицинских учреждениях, и ни разу не были рекомендованы при выписке из больницы.

Рекомендованные нормативными документами каждому госпитализированному пациенту консультации терапевта, невролога и окулиста в комплексе были проведены 14-ти из 69 впервые поступивших больных (20,3%) и 32 госпитализированным повторно (13,8%). Гинекологом было осмотрено 89 (60,1%) из 148 женщин. Однако, во всех случаях жалоб больных и наличия показаний, консультации специалистов были назначены и проведены. Помимо терапевта, невролога и окулиста, при наличии показаний пациентов консультировали и другие специалисты – ЛОР, стоматолог, хирург, фтизиатр, эндокринолог, дерматовенеролог.

Экспериментально-психологическое обследование было проведено 23 из 69 первичных больных. Еще одному впервые госпитализированному пациенту было проведено две консультации психолога с целью психокоррекции и формирования установки на трезвость. Таким образом, всего 34,8% впервые поступивших больных были обследованы психологом. Среди повторных пациентов этот показатель оказался аналогичным (34,6%) – 80-ти больным из 231 было проведено экспериментально-психологическое обследование, причем одному пациенту дважды (при поступлении и перед выпиской, в связи с проведением дифференциальной диагностики между депрессией и деменцией), а еще одному пациенту – три раза (в связи с дальнейшим направлением его на амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу).

Почти 90% историй болезни получили замечания, по разделу «Диагностические исследования» (рисунок 7.2). Замечания по данному разделу отсутствовали лишь в 10,7% (32 историй болезни). Наибольшая часть замечаний была связана с отсутствием повторных анализов через 30 дней от начала госпитализации (64,6%), плановых консультаций специалистов при поступлении: – терапевта (24,6%), невролога (33,8%), окулиста (56,9%), гинеколога (20% соответственно), отсутствием данных инструментального обследования (70%).

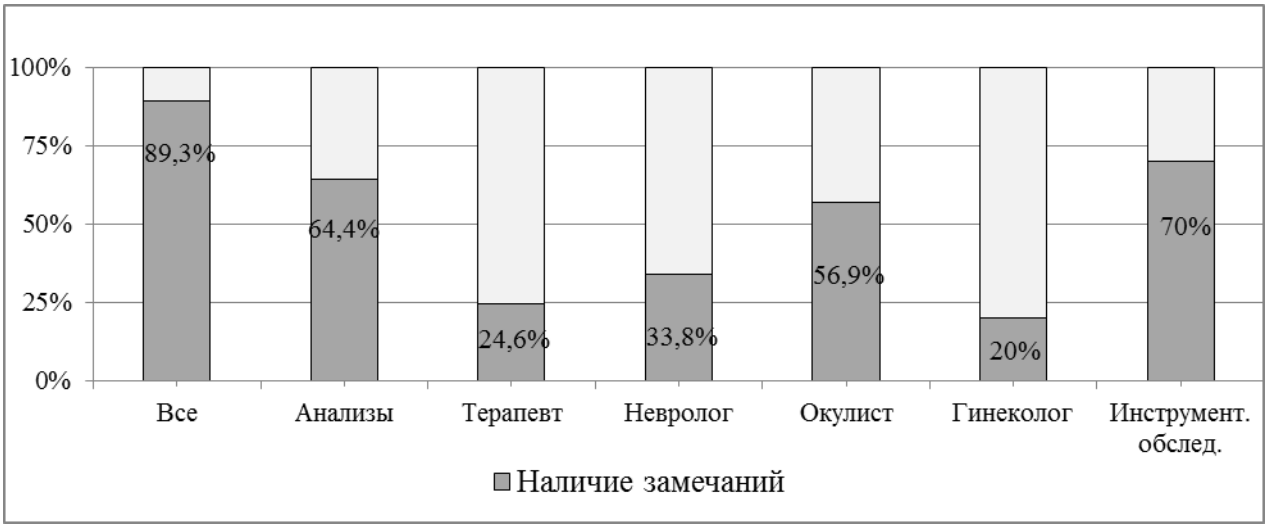

Рисунок 7.2 – Основные группы замечаний по разделу «Диагностические исследования»

Среди причин, по которым не были выполнены нормативы по разделу «Диагностические исследования», можно было выделить следующие:

- отсутствие медицинской диагностической техники для проведения исследований;
- отсутствие взаимодействия с другими медицинскими учреждениями, такую технику имеющими;
- отсутствие внутренней организационно-распорядительной документации, регламентирующей объем и срок выполнения диагностических исследований и процедур;
- недостаточный внутренний контроль выполнения диагностических мероприятий.

Анализ отклонений средних сроков лечения в ДПБ от средних сроков стационарного лечения по России для данного заболевания показал, что отклонение от среднероссийских показателей для общей группы всех психических расстройств составляло 16 дней в пользу ДПБ. Иными словами, средний срок лечения в ДПБ был на 21% выше общероссийского. Однако были выявлены некоторые различия в сроках лечения при разных заболеваниях (рисунок 7.3).

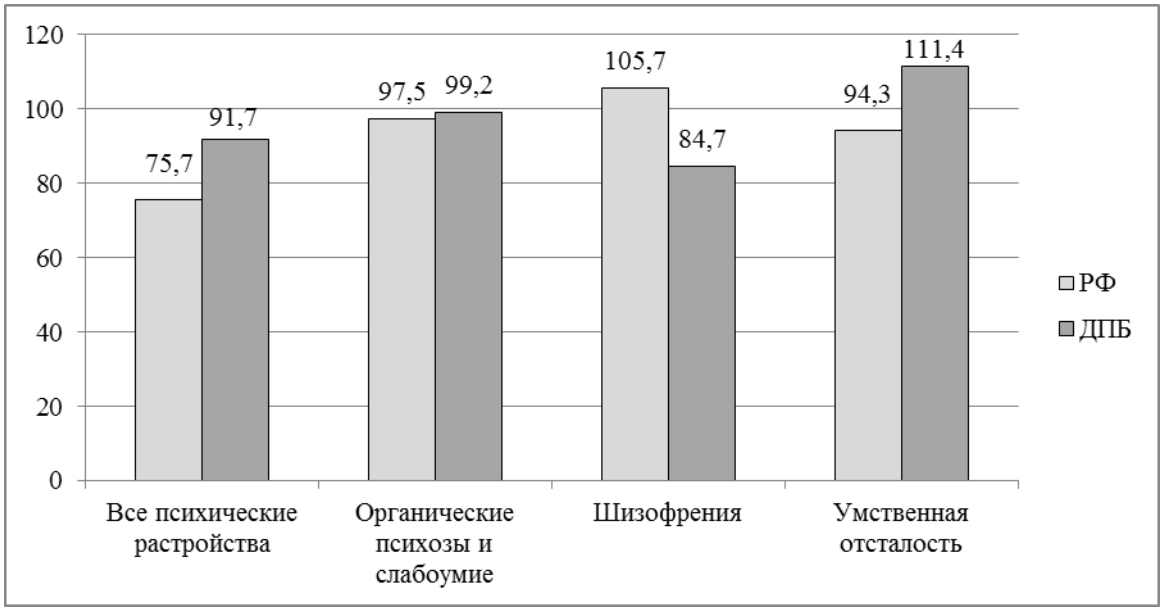

Рисунок 7.3 – Средние сроки лечения в ДПБ и в РФ (в днях)

Как видно на рисунке 7.3, госпитализация при органических психозах и слабоумии имела практически одинаковую продолжительность (разница в 1,7 дня или на 1,7% в пользу ДПБ). Длительность стационарного лечения шизофрении в ДПБ оказалась на 20,3 дня (на 19,2%) короче, чем в РФ, что, возможно, было связано с тем, что в экспертной оценке не участвовали медицинские документы больных, длительно находившихся в психиатрической больнице «по социальным показаниям» – в процессе оформления документов и ожидании своей очереди для перевода в ПНИ, а также поступивших на принудительное лечение по определению суда. А вот срок лечения в ДПБ больных с умственной отсталостью, наоборот, превысил общероссийский показатель на 17,1 дней (то есть на 18,1%). Причинами такого расхождения являлись, скорее всего, не недостатки стационарной терапии, а так называемые «социальные показания» – невозможность выписать пациента из-за того, что в домашних условиях не был организован необходимый уход и наблюдение за состоянием пациента.

Оценка лечебных мероприятий проводилась по двум направлениям – медикаментозная терапия и вспомогательные методы лечения. В плане медикаментозной терапии наиболее часто (90,7%) пациентам назначались нейролептики, причем в 41,5% случаях применялись нейролептики

пролонгированного действия (галоперидола деканоат, модитен-депо, клопиксол-депо); транквилизаторы (производные бензодиазепина) получали 54,7% больных, антидепрессанты – 18,5%, антиконвульсанты – 13,8%, препараты лития – 7,7%. По количеству одновременно назначаемых препаратов пациенты разделились следующим образом (рисунок 7.4).

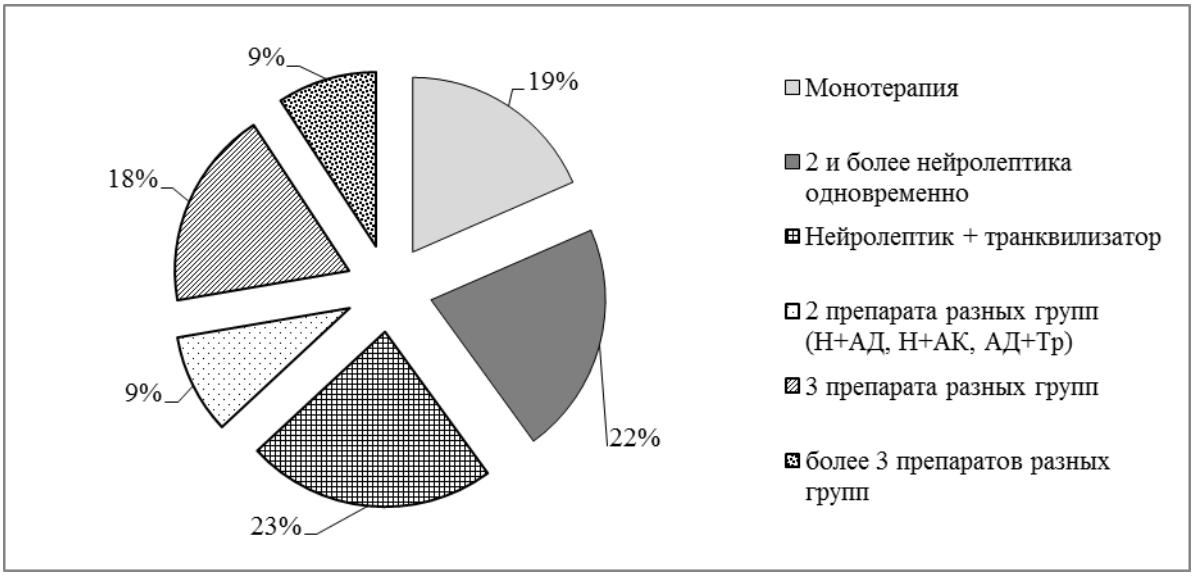

Рисунок 7.4 – Назначения лекарственных препаратов

(Примечание: Н – нейролептик, АД – антидепрессант, АК – антиконвульсант, Тр – транквилизатор.

Как показано на рисунке 7.4, монотерапия наблюдалась в 19% случаях (57 человек), причем 12% (36 человек) составляли случаи терапии типичным нейролептиком, и по 3% (по 9 человек) – антиконвульсантом или транквилизатором. Одновременное назначение двух и более нейролептиков имело место в 22% случаев (66 человек), причем 4,7% (14 человек) составили случаи сочетания типичных и атипичных нейролептиков. Почти такую же часть (23% или 69 человек) составили назначения комбинации нейролептиков и транквилизаторов. Другие сочетание двух препаратов разных групп (например, нейролептика и антидепрессанта, нейролептика и антиконвульсанта, антидепрессанта и транквилизатора) наблюдалось в 9% случаев (27 человек).

Рациональность психофармакотерапии оценивалась исходя из рекомендаций упомянутого выше «Клинического руководства: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств» (1999). Нерациональная психофармакотерапия наблюдалась более чем в четверти случаев. Из них 18% (54 человека) составили нерекомендованные сочетания трех препаратов разных групп: (нейролептик + антидепрессант + транквилизатор) – 9% (27 человек); (нейролептик + антиконвульсант + литий) – 4,3% (13 человек); (нейролептик + антиконвульсант + транквилизатор) – 4,7% (14 человек)), и 9% (27 человек) – назначения четырех и более препаратов разных лекарственных групп (полипрагмазия).

Лечение нейролептическими препаратами проводилось в большинстве случаев (67,7%) средними дозами лекарств; в 26% случаях применялись высокие дозы, и в 6,3% – низкие.

Современные атипичные нейролептики (рисперидон, кветиапин, оланзапин) были назначены 17 первичным больным (24,6% всех впервые поступивших пациентов). Среди повторно госпитализированных доля больных, получавших лечение атипичными нейролептиками, была ниже – 15,6% (36 человек из 231), им назначались такие препараты как оланзапин (зипрекса, заласта), зипрасидон (зелдокс), арипипразол (абилифай), сертиндол (сердолект), рисперидон. Среди всех больных, получавших нейролептики, доля пациентов, которым были назначены атипичные антипсихотики, составила 20,3%.

Современные антидепрессанты назначались больным достаточно часто: среди 60 больных, которым были назначены антидепрессанты (20% от общего числа больных), 32 пациента (53,3%) получали трициклические антидепрессанты (амитриптилин, анафранил, коаксил), а остальные 28 (46,7%) – современные препараты из групп СИОЗС (пароксетин), ИОЗСН (венлафаксин) и комбинированных серотонин- и мелатонинэргических АД (агомелатин). Дозы антидепрессантов в подавляющем большинстве случаев были средними (92,3%); в 1,5% случаях применялись высокие дозы, и в 6,2% – низкие.

Вспомогательная терапия была назначена 69 пациентам (23%). Из этой группы с 32 больными (10,7%) проводилась психотерапевтическая (преимущественно групповая арт-терапия) и психокоррекционная работа, 23 пациента (7,7%) были направлены на физиотерапевтическое лечение (преимущественно по поводу сопутствующей соматической патологии) и 14 пациентов (4,6%) участвовали в процессах трудовой реабилитации (в гончарном цехе и на больничной кухне).

Биологические методы лечения (электросудорожная, инсулино-коматозная терапия) не применялись ни в одном случае. Ни в одной истории болезни не было рекомендаций для долечивания в дневном стационаре (хотя показания для этого имелись как минимум в 13,7% случаев). К сожалению, в Ленинградской области в 2011 году функционировало всего два дневных стационара – в г. Гатчина (5 койко-мест) и в г. Выборг (10 койко-мест). Конечно, такой маленький фонд мест в дневных стационарах не мог обеспечить потребности пациентов во внебольничных формах лечения и реабилитации. Также ни в одном медицинском документе не содержалось информации о наличии показаний для долечивания в санатории или о направлении больных на долечивание в санатории. По-видимому, этот вид лечебно-профилактической помощи являлся для больных с психическими расстройствами практически недоступным.

В целом общая оценка по разделу «Лечебные мероприятия» оказалась на уровне «хорошей» – $2{,}46 \pm 0{,}12$ балла. Эффект от проводимой терапии был полностью отражен в 66,3% историй болезни. Соответствие терапии выставленному диагнозу было отмечено в 95,3% истории болезни, соответствие клиническим рекомендациям – в 75,3% случаев. Комбинации назначаемых лекарственных препаратов были признаны рациональными в 73,7% случаев.

Однако важно подчеркнуть, что примерно четверть пациентов получали медикаментозное лечение, не соответствовавшее утвержденным нормативным рекомендациям и не отвечавшее критериям рациональной психофармакотерапии. Эти случаи требовали более серьезного анализа в каждом конкретном случае, о чем руководству больницы были даны соответствующие рекомендации.

Более подробно анализ замечаний по разделу «Лечебные мероприятия» приведен на рисунке 7.5.

Рисунок 7.5 – Замечания по разделу «Лечебные мероприятия»

Согласно рисунку 7.5, наибольшее количество замечаний (23%) было связано с назначением трех и более препаратов одной группы. Преимущественно это были нерациональные сочетания типичных нейролептиков в таблетированной и пролонгированной инъекционной форме. У одного больного *(женщина, 37 лет, и/б № 129, находилась в ДПБ с 25.01.11 по 23.03.11 с диагнозом «Органическое заболевание головного мозга со слабоумием и редкими судорожными припадками», шифр F02.8)* имелись назначения одновременно трех антиконвульсантов – бензонала по 100 мг 3 раза в день, финлепсина по 50 мг дважды в день и вальпарина по 300 мг дважды в день – при отсутствии судорожных припадков и контрольной ЭЭГ в течение нескольких лет.

Второй по частоте группой замечаний (18%) оказались случаи полипрагмазии (неоправданного назначения пяти и более лекарственных препаратов одновременно). Наиболее часто применялись сочетания двух-трех нейролептиков (иногда таблетированные формы в сочетании с пролонгами), плюс

один-два антидепрессанта разных групп, плюс антиконвульсанты в качестве нормотимика (иногда с присоединением дополнительно солей лития) и плюс один-два транквилизатора бензодиазепиновой группы.

В качестве примеров подобных назначений можно привести следующие клинические случаи.

Случай 1. *Мужчина, 25 лет, и/б № 1868, лечился в ДПБ с 06.10.11 по 27.10 11 (21 день). Диагноз направившего учреждения (районный психокабинет): «Органическое заболевание головного мозга со слабоумием и тревожно-депрессивным синдромом»; диагноз при поступлении: «Депрессивный синдром». Клинический диагноз (установлен 06.10.11): «Органическое заболевание головного мозга с изменением личности, слабоумием и психическими нарушениями», шифр F02.6. При поступлении пациенту была назначена терапия: тизерцин по 25 мг 3 раза в день, сибазон по 2 мл внутримышечно 3 раза в день, эвефелон (венлафаксин) по 37,5 мг 2 раза в день. Через два дня при описании неустойчивого, сниженного настроения и жалоб на бессонницу к терапии были добавлены: аминазин 2 мл внутримышечно на ночь, вальпарин по 300 мг 2 раза в день, энкорат хроно 300 по 1 таблетке 2 раза в день, циннаризин по 1 табл. 3 раза в день, фенотропил по 100 мг 2 раза в день. Спустя 6 дней пациенту были отменены инъекции сибазона. Еще через 7 дней инъекция аминазина на ночь была заменена таблетированной формой 25 мг. На 21-й день пребывания пациент был выписан с рекомендациями наблюдения психиатра по месту жительства и продолжением приема поддерживающей терапии: тизерцин 25 мг 3 раза в день, эвефелон 37,5 мг 2 раза в день, аминазин 25 мг на ночь, феназепам 1 мг на ночь, вальпарин 300 мг 2 раза в день, энкорат хроно 300 – 2 раза в день.*

Случай 2. *Женщина, 61 год, и/б № 2160, лечилась в ДПБ с 19.11.10 по 27.04.11 с диагнозом «Шизофрения, параноидная форма», шифр F20.0. При поступлении пациентке была назначена терапия: хлорпротиксен по 50 мг 2 раза в день, азалептин по 25 мг 3 раза в день, анафранил 25 мг утром, велаксин по 37,5 мг 2 раза в день, карбамазепин по 200 мг 2 раза в день, феназепам по 1 мг 3 раза в день. Через три месяца были отменены антидепрессанты, и терапия была*

изменена следующим образом: клопиксол по 2 мг 3 раза в день, клопиксол-депо 200 мг (1 мл) 1 раз в 2 недели, тегретол по 200 мг 2 раза в день, седалит (ионы лития) 300 мг днем, азалептин 50 мг на ночь, феназепам 1 мг на ночь. На этой терапии пациентка и была выписана.

Замечания, связанные с нерациональной комбинацией типичного и атипичного нейролептика, составили восьмую часть (13%) общего числа отмеченных недостатков. Наиболее часто наблюдались сочетания перорального атипичного антипсихотика с одним типичным нейролептиком в таблетированной форме и другим – в виде пролонга.

Случай 3. *Мужчина, 32 года, и/б № 1696, находился в ДПБ с 30.07.11 по 01.11.11 с диагнозом «Шизофрения, параноидная форма», шифр F20.0. Получал терапию: оланзапин 10 мг/сут, азалептин 100 мг/сут, галоперидола деканоат 100 мг (2 мл) 1 раз в 2 недели.*

Случай 4. *Мужчина, 24 года, м/б № 1930, находился в ДПБ с 14.10.11 по 27.12.11 с диагнозом «Хроническое органическое бредовое расстройство», шифр F06.2. Получал терапию: оланзапин 10 мг/сут, тералиджен 25 мг/сут, ламолеп 25 мг/сут, клопиксол-депо 200 мг (1 мл) 1 раз в 3 недели.*

Отсутствие сосудистой и нейрометаболической терапии при наличии показаний (14% всех отмеченных нарушений) наблюдалось у 28 пациентов. Это составило 37,3% от числа больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга и 9,3% от общего количества экспертируемых историй болезни. Отсутствие или несвоевременное назначение антидепрессантов при наличии показаний (описание депрессивного состояния при поступлении или в дневниках наблюдения) составило десятую часть выявленных недостатков лечения. Такие нарушения нормативов лечения наблюдались у 23 пациентов (7,7% от общего числа больных).

Случай 5. *Женщина, 32 года, и/б № 1961, находилась в ДПБ с 18.10.11 по 21.11.11. Поступила в психиатрическую больницу впервые в жизни, диагноз направившего учреждения (районный психокабинет): «Депрессивный синдром», диагноз при поступлении тот же. Клинический диагноз «Депрессивный эпизод*

средней степени тяжести» (шифр F31.10) был установлен 19.10.11, однако антидепрессант (рексетин 30 мг/сут) был назначен только 01.11.11 (через 12 дней после установления диагноза), а до этого пациентка получала терапию нейролептиками и транквилизаторами (эглонил 300 мг/сут, сибазон 10 мг/сут).

Случай 6. *Женщина, 43 года, и/б № 1869, находилась в ДПБ с 06.10.11 по 15.12.11. Диагноз направившего учреждения (районный психокабинет): «Шизофрения параноидная, обострение», диагноз при поступлении: «Астено-депрессивный синдром», клинический диагноз «Шизофрения, параноидная форма, декомпенсация дефекта» (шифр F20.00). При поступлении в статусе описана депрессивная симптоматика: сниженное настроение, идеаторная и моторная заторможенность, нарушение сна и аппетита, похудание. Получала лечение нейролептиками (тизерцин, галоперидол, рилептид (рисперидон), модитен-депо, клопиксол-депо). За неделю до выписки пациентке был назначен карбамазепин по 200 мг 2 раза в день.*

Нерациональное сочетание двух нейролептиков пролонгированного действия было отмечено в 7% всех сделанных замечаний. Такое сочетание (чаще всего клопиксола-депо и галоперидола деканоата или модитена-депо и галоперидола деканоата) наблюдалось у 12 пациентов (4% от общего числа больных). Такой же процент оказался у необоснованно длительного назначения нейролептиков в инъекционной форме (13 больных или 4,5%) и неадекватной (чаще всего, недостаточной) дозе лекарственных средств (12 человек или 4%). В последней группе нарушения касались, в основном, дозы антидепрессантов или нормотимиков (антиконвульсантов и препаратов лития).

Случай 7. *Женщина, 35 лет, и/б № 2459, находилась в ДПБ с 30.12.10 по 09.06.11. с диагнозом «Шизофрения, параноидная форма» (шифр F20.0). Получала терапию: зелдокс 60 мг/сут, карбамазепин 400 мг/сут, галоперидола деканоат 50 мг (1 мл) 1 раз в 2 недели (1 и 3 недели месяца), клопиксол-депо 200 мг (1 мл) 1 раз в две недели (2 и 4 недели месяца).*

Случай 8. *Женщина, 34 года, и/б 1079, находилась в ДПБ с 15.16.10 по 11.01.11. Поступила с диагнозом «Аффективно-бредовой синдром», диагноз*

клинический: «Шизофрения, параноидная форма» (шифр F20.0). В приемном покое пациентка подписала согласие на госпитализацию и на лечение галоперидолом, аминазином и феназепамом. При поступлении была назначена терапия: sol. Aminazini 0,5% - 2,0 ml + sol. Haloperidoli 0,25% - 2,0 ml + sol. Phenazepami 0,1% - 2,0 ml внутримышечно по 3 раза в день № 10, затем еще на 12 дней назначены инъекции аминазина с галоперидолом в той же дозе два раза в сутки, а феназепам в инъекциях - на ночь. Никаких указаний в дневниковых записях на психомоторное беспокойство, поведенческие нарушения или отказ от приема таблетированных препаратов не было. После 22-дневного курса инъекций пациентка была переведена на пероральный прием нейролептиков в сочетании с пролонгами.

Случай 9. *Женщина, 61 год, и/б № 2160, находилась в ДПБ с 19.11.10 по 27.04.11. с диагнозом «Шизофрения, параноидная форма» (шифр F20.0). При поступлении была описана тревожно-депрессивная симптоматика, назначен велаксин 37,5 мг 1 раз в день, карбамазепин 200 мг 1 раз в день и хлорпротиксен по 30 мг 2 раза в день. В течение двух месяцев в дневниках описывается неустойчивое состояние, сниженный эмоциональный фон, тревожность, нарушения сна. 25.01.11 к терапии присоединены азалептин 50 мг на ночь, клопиксол-депо 200 мг (1 мл) 1 раз в месяц, доза карбамазепина увеличена до 400 мг/сут. В описаниях статуса сохраняются указания на сниженное, неустойчивое настроение, тревожность. Еще через месяц к терапии присоединены соли лития (седалит 300 мг днем), а велаксин отменен. Рекомендации при выписке: клопиксол-депо 200 мг (1 мл) 1 раз в месяц, тегретол по 200 мг 2 раза в день, азалептин 50 мг на ночь, седалит 300 мг днем, клопиксол по 2 мг 3 раза в день.*

Общая оценка по разделу «Оформление медицинской документации» оказалась самой низкой – на уровне «удовлетворительной» (1,82 ± 0,10 балла). 267 историй болезни (89%) получили замечания по оформлению и качеству ведения записей. Анализ замечаний по группам представлен на рисунке 7.6.

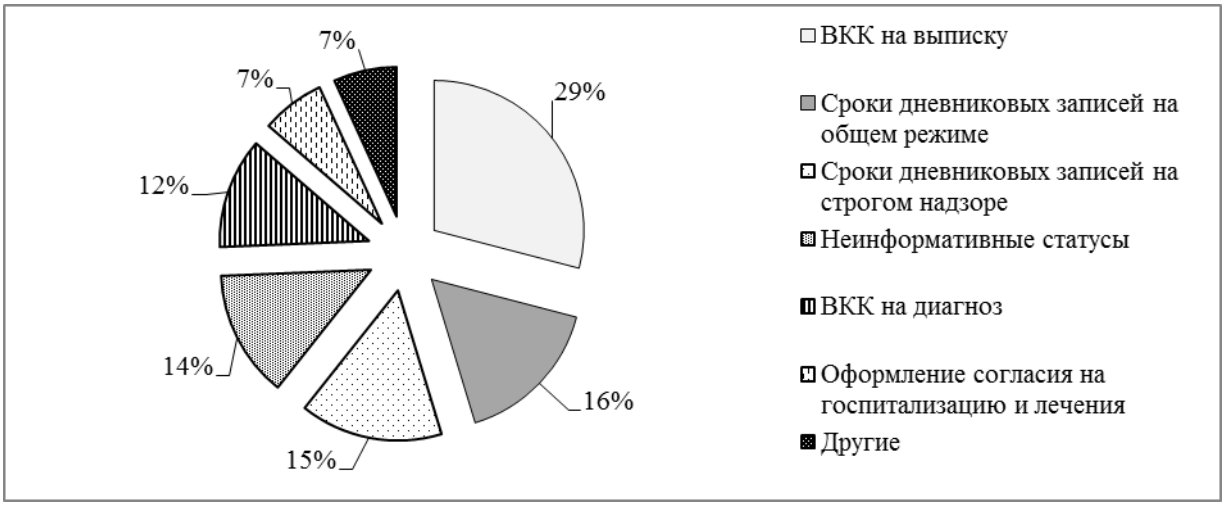

Рисунок 7.6 – Замечания по разделу «Оформление медицинской документации»

Согласно рисунку 7.6, максимальное число замечаний – почти треть всех нарушений (156 историй болезни или 52% всех экспертируемых документов) – получило оформление комиссионного осмотра на выписку. В частности, в записях отсутствовало описание динамики состояния больного на фоне лечения, не был описан психический статус при выписке, не был сформулирован заключительный диагноз или отсутствовало его обоснование (в случае несовпадения с клиническим диагнозом, установленным при поступлении), отсутствовали рекомендации.

Также значительное количество замечаний было сделано в адрес сроков дневниковых записей. В 87 историях болезни (29% общего числа экспертируемых документов) описания статусов больных, находящихся на общем режиме, делались лечащими врачами не чаще чем через 7 и даже через 10 дней. В 83 историях болезни (27,7%) дневниковые записи больных, находящихся на I режиме (строгий надзор), делались реже, чем в три дня.

Неинформативные, скудные, формальные статусы и дневниковые записи были отмечены в 73 историях болезни (24,3% от общего числа экспертируемых документов). Дефекты оформления комиссионного осмотра при поступлении больного были выявлены в 64 историях болезни (21,3%). Чаще всего они заключались в формальном описании статуса пациента, несоответствии описываемого статуса пациента устанавливаемому диагнозу, отсутствии

обоснования диагноза, отсутствии плана лечения, отсутствии комиссионного характера осмотра (заведующий отделением и лечащий врач являлись одним физическим лицом).

Дефекты оформления бланков согласия на госпитализацию и лечение были выявлены в 37 историях болезни (12,3% от общего числа экспертируемых документов). Наблюдалось отсутствие фамилии или подписи врача на бланке, отсутствие указания метода лечения в бланке согласия на лечение. В двух историях болезни согласие пациента на госпитализацию было получено, а подписи в бланке согласия на лечение не было. К другим нарушениям, представленным в наименьшем количестве, были отнесены следующие: 23 случая или 7,7% от общего числа больных составили дефекты оформления титульного листа истории болезни (не вынесен заключительный диагноз, не указано время поступления, отсутствие подписи заведующего отделением, не указана дата установления или шифр клинического диагноза и т.п.); 13 случаев (4,3%) – формальные дефекты медицинских сведений (отсутствие указаний на то, что пациент признан недееспособным, в медсведениях указаны результаты осмотра невролога, в истории болезни записи консультации невролога нет, отсутствие данных анализов и обследования, отсутствие рекомендаций при выписке и т.п.); в 1 случае (0,3%) отсутствовала запись комиссионного осмотра на предоставление лечебного отпуска пациенту.

Общая интегративная оценка по всем разделам «Карты экспертной оценки…» составила $2{,}3 \pm 0{,}05$ баллов, что соответствовало уровню оценки «хорошо».

Таким образом, несмотря на хороший уровень интегрированного показателя качества стационарной психиатрической помощи, в ходе анализа выявлены следующие основные предотвратимые нарушения: недовыполенение плановых диагностических нормативов; нерациональная психофармакотерапия (у четверти пациентов); острый дефицит реабилитационных мероприятий; отсутствие актуальной внутренней организационно-распорядительной документации, регламентирующей объем и срок выполнения диагностических исследований и

процедур, а также требования к ведению медицинской документации; недостаточный внутренний контроль качества ведения медицинской документации.

Указанные основные недостатки вполне могут быть устранены, с одной стороны, путем более четкой регламентации требований на административном уровне (информационные сообщения на общебольничных конференциях, издание соответствующих приказов и инструкций и т.п., усиление контроля со стороны заведующих отделений, начмедов, создание группы экспертов по качеству, системой взысканий и поощрений за выявленные или отсутствующие нарушения и т.п.), а с другой – повышением уровня профессиональной компетентности врачей, проведением регулярных лекций, семинаров на тему современных подходов и методов психофармакотерапии, психотерапии и реабилитации при различных психических расстройствах.

В связи с утверждением в 2011 г. Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения и в 2012 г. – стандартов первичной медико-санитарной, специализированной и скорой медицинской помощи при различных психических расстройствах, в дальнейшем в ходе экспертной оценки необходимо проводить сопоставление объема и кратности фактических лечебно-диагностических мероприятий с нормативами, регламентированными стандартами.

ГЛАВА 8. РЕГИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ И ПОДХОДЫ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ ЕЕ КАЧЕСТВА

8.1 Многоуровневая модель организации психиатрической помощи населению с интеграцией в первичную медицинскую сеть

В соответствии с принципами организации медицинской помощи все службы должны осуществлять не только комплексное обследование и лечение больных, но также стремиться предотвращать развитие психических расстройств и применять систему мер по раннему выявлению психических расстройств, их профилактике и возможно раннему лечению. К настоящему времени большинство моделей психиатрической помощи сконцентрированы на людях с психическими расстройствами, нуждающихся в специализированных службах, и не уделяют достаточного внимания профилактике и раннему вмешательству в службах первичного звена медицинской помощи.

Проблемы психического здоровья – важный источник бремени во всем мире, и ключевая рекомендация Всемирной организации здравоохранения состоит в том, что лечение психических расстройств должно начинаться на уровне первичного звена (WHO, 2001). Охрана психического здоровья в первичной медицинской сети была определена как предоставление основных профилактических и лечебных мероприятий в области охраны психического здоровья в первой точке контакта с системой здравоохранения (WHO, 2001).

Настоящая глава посвящена разработке и описанию региональной модели организации медицинской помощи лицам с психическими расстройствами на основе многоуровневого взаимодействия специализированной психиатрической службы и первичной медицинской сети. В качестве научно-методологической основы была использована концепция, которая разрабатывалась специалистами

ВОЗ (Pincus H., 1987; Mechanic D., 1997; WHO, 2001; Bower P., 2002; Bower P., Gilbody S., 2005), с учетом основных задач и направлений реформирования психиатрической помощи в России (Гурович И.Я., 2005, 2007, 2009; Чуркин А.А., 2009; Александровский А.А., 2009).

Известны зарубежные работы, доказывающие эффективность моделей психиатрической помощи, интегрированной в общемедицинскую практику. В качестве успешных примеров можно привести модели совместного ведения (collaborative management) пациентов в первичной медицинской сети при депрессивных расстройствах (Badamgarav E. et al., 2003; Bijl D. et al., 2004), панических расстройствах (Roy-Byrne P. P. et al., 2001), в детской (Bower P., 2001) и гериатрической (Cole M. G., 2002) практике, при злоупотреблениях алкоголем (Bartels S. J. et al., 2004) и наркотиками (Dey P. et al., 2002).

P. Bower и S. Gilbody (2005), подытожив данные систематических обзоров в этой области, предложили модель медицинской помощи, разработанную для системы первичного здравоохранения, которая нацелена на всех людей в популяции. Такой подход позволяет охватить работу с психически больными на всех уровнях, начиная от скринингового обследования в первичном звене и систематического выявления случаев заболевания и определения групп риска до оказания специализированной помощи. Работа учреждений здравоохранения по многоуровневому методу позволяет решать проблемы от предотвращения психического расстройства до лечения индивида с наиболее тяжелым психическим расстройством.

Согласно этой модели, доступ к психиатрической помощи включает в себя прохождение через пять уровней и три фильтра между сообществом и специализированной психиатрической помощью (рисунок 8.1).

Первый уровень включает в себя общую популяцию населения, второй уровень – пациентов с легкими психическими расстройствами, выявляемыми в первичной медицинской сети, третий уровень – пациентов с «общими психическими расстройствами», а четвертый и пятый уровень – пациентов, нуждающихся в специализированной психиатрической помощи.

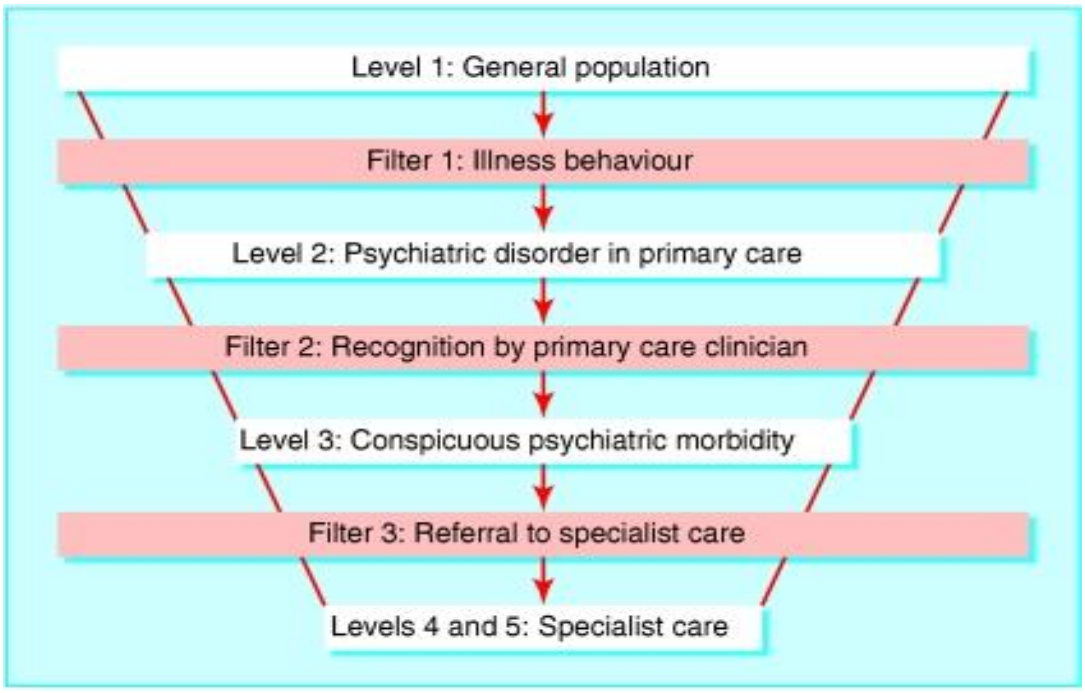

Рисунок 8.1 – Модель медицинской помощи лицам с психическими расстройствами (Bower P., Gilbody S., 2005)

Уделяя определенное внимание наличию у пациента желания и возможности обратиться за психиатрической помощью (фильтр 1), эта модель особенно придает важность действиям врача первичной медицинской сети, способность которого обнаруживать психические отклонения (фильтр 2) и личное отношение к психиатрической службе (фильтр 3) представляют собой основные препятствия для оказания помощи. В модели также подчеркивается снижение доли пациентов, получающих доступ к более высоким уровням специализированной психиатрической помощи.

Bower & Gilbody (2005) приводят свою типологию проблем психического здоровья, обнаруживаемых в первичной медицинской сети (таблица 8.1), а также проводят различие между «серьезными и долгосрочными психическими расстройствами» (тип 1 в таблице) и «общими психическими расстройствами» (типы 2–4). Хотя первичная медицинская помощь играет важную роль в профилактике и поддерживающей терапии «тяжелых» нарушений, «общие» расстройства, как правило, рассматриваются в качестве основной компетенции первичной медицинской помощи и в настоящее время являются ее фокусом.

Таблица 8.1 – Типология нарушений психического здоровья, выявляемых в первичной медицинской сети (по Bower P., Gilbody S., 2005)

Тип	Описание	Пример нарушения	Текущий уход
1	Тяжелые (серьезные и долгосрочные) психические расстройства, которые не проходят спонтанно и являются основной причиной инвалидности	Шизофрения, органические расстройства, биполярное расстройство	Включает в себя первичный и вторичный уход, специализированное психиатрическое медикаментозное лечение
2	Четко определенные нарушения, связанные с инвалидностью, для которых существуют эффективные фармакологические и психологические методы лечения	Тревожные депрессии, чистая депрессия, генерализованная тревога, паническое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство	Лечение (психофармакотерапию и психотерапию) обычно можно проводить в первичной медицинской сети
3	Нарушения, при которых более показаны психотерапевтические методы лечения, а лекарственные препараты играют ограниченную роль	Фобии, соматизированные расстройства, ПТСР, расстройства пищевого поведения, хроническая усталость	Редко выявляются на уровне первичного звена, и только небольшая часть пациентов попадает к специалистам
4	Состояния, которые, как правило, проходят спонтанно	Тяжелая утрата, расстройства адаптации	Поддерживающая психологическая или психотерапевтическая помощь

Как видно из таблицы 8.1, каждый тип нарушений может поддаваться различным процедурам (таким как общая поддержка, психофармакотерапия и психотерапия), и эти различные виды лечения доступны на разных уровнях описываемой модели (Bower P., Gilbody S., 2005).

В связи с происходящим в последние годы реформированием отечественного здравоохранения традиционные разделы психиатрической службы также подвергаются значительным изменениям. Психиатрическая служба осуществляет переход от преимущественно медицинской к биопсихосоциальной модели оказания психиатрической помощи, развивая полипрофессиональный (бригадный) подход к ее оказанию, различные формы психосоциальной терапии и реабилитации, интеграцию с первичной медицинской сетью (Гурович И.Я., 2005, 2007, 2009; Чуркин А.А., 2009; Александровский А.А., 2009).

В этой связи актуальным является разработка модели, направленной на внедрение современных принципов оказания психиатрической помощи городскому и сельскому населению и формирование системы обеспечения качества проводимых лечебных мероприятий.

Внедрение многоуровневой модели на базе интеграции отдельных видов психиатрической помощи в первичное звено здравоохранения позволит изменить существующее положение с оказанием психиатрической помощи населению. Так, в настоящее время значительный процент психических расстройств, выявляемый при сплошных обследованиях, не попадает в поле зрения психиатрических учреждений. Это обусловлено тем, что между обществом и психиатрической помощью стоят преграды (фильтры), избирательно проницаемые для лиц с психическими расстройствами. Предлагаемая нами модель (Семенова Н.В., 2012, 2013) состоит из пяти уровней, каждый из которых соответствует определенному этапу приближения к психиатрической помощи (рисунок 8.2).

Графически модель представлена в виде пирамиды с широким основанием. Мероприятия по психопрофилактике, их диапазон и интенсивность уменьшаются от основания пирамиды к ее вершине, а интенсивность специализированных (психофармакотерапевтических, психотерапевтических, социореабилитационных) психиатрических вмешательств, наоборот, возрастает. По мере приближения к вершине пирамиды происходит и значительное уменьшение численности обслуживаемых контингентов больных и групп населения за счет активного участия первичного звена здравоохранения в психопрофилактике, выявлении

пациентов с факторами риска развития психических расстройств, диагностики и лечения легких и умеренно выраженных психических расстройств в амбулаторных условиях. В результате на вершине пирамиды (то есть на пятом уровне) сосредотачивается относительно небольшое число пациентов с тяжелыми психическими расстройствами.

Рисунок 8.2 – Многоуровневая модель организации психиатрической медицинской помощи населению

В модели представлены пять уровней психических расстройств с возрастающей степенью тяжести и при снижающемся показателе распространенности, начиная с общей популяции населения и до индивидов с психическими расстройствами в крайне тяжелой стадии. В таблице 8.2 более подробно представлены субъекты и медицинские мероприятия, предусмотренные данной моделью.

Таблица 8.2 – Многоуровневая модель организации психиатрической помощи населению

Уровень	Когорта населения	Степень выраженности психической патологии	Медицинские учреждения, оказывающие помощь	Медико-социальные мероприятия
1 уровень	Общая популяция населения	Психические расстройства и факторы риска их развития отсутствуют	Центры здоровья, первичная медицинская сеть, офисы врачей общей практики (семейных врачей)	Формирование здорового образа жизни, психогигиена, общественная профилактика психических расстройств
2 уровень	Когорта населения с факторами риска развития психических расстройств	Психические расстройства могут отсутствовать, но имеются факторы риска их развития	Центры здоровья, первичная медицинская сеть, офисы врачей общей практики (семейных врачей), психиатрические и психотерапевтические кабинеты в территориальных поликлиниках	Общественная и индивидуальная первичная профилактика психических расстройств
3 уровень	Когорта населения с пограничными и начальными (легкими) психическими расстройствами	Легкие (начальные) непсихотические психические расстройства	Первичная медицинская сеть, офисы врачей общей практики (семейных врачей), психиатрические и психотерапевтические кабинеты в территориальных поликлиниках, мультидисциплинарные бригады на базе поликлиник и ЦРБ	Психофармакотерапия, психотерапия, вторичная профилактика
4 уровень	Преимущественно пациенты, получающие консультативно-лечебную помощь в ПНД	Умеренно выраженные психические расстройства	Специализированная психиатрическая служба: ПНД, дневные и ночные стационары, психотерапевтические центры	Психофармакотерапия, психотерапия, психосоциальная реабилитация, трудотерапия, вторичная и третичная профилактика
5 уровень	Преимущественно пациенты, находящиеся на динамическом наблюдении в ПНД, проживающие в ПНИ, госпитализированные в ПБ	Выраженные, тяжелые и осложненные психические расстройства	Специализированная психиатрическая служба: ПНД, дневные и ночные стационары, психиатрические больницы, общежития для психически больных, психоневрологические интернаты	Биологическая и фармакологическая терапия, психосоциальная реабилитация, социально-психологическое сопровождение, третичная профилактика

Первый уровень обозначает общую популяцию населения без психических расстройств и без специфических факторов риска их развития.

Второй уровень – когорта населения, подверженная риску, и количество людей, которые, вероятно, проконсультируются у врачей общей практики в течение года (260–315 человек на 1000 населения в год).

Третий уровень включает ту часть популяции, у которой будут зафиксированы психические симптомы, продолжающиеся по меньшей мере одну неделю в течение календарного года (185–230 человек на 1000 населения в год). Эти симптомы, как правило, носят непсихотический характер и не ограничивают жизнедеятельность человека.

Четвертый уровень включает тех, кому участковый терапевт (или врач общей практики) поставит окончательный диагноз психического расстройства (50–170 человек на 1000 населения в год) и назначит лечение психотропными средствами. Часть этой подгруппы будет направлена к специалистам в сфере психического здоровья в продолжение года (30–33 человека на 1000 населения в год).

Пятый уровень отражает тех пациентов, которые получат специализированную психиатрическую помощь (12–14 человек на 1000 населения в год) в учреждениях психиатрической службы (психоневрологических диспансерах и кабинетах, дневных стационарах, психиатрических больницах и т.п.).

Согласно таблице 8.2, диапазон и интенсивность медицинских мероприятий возрастают в направлении от первого уровня к пятому. В этом плане вмешательства нацелены на то, чтобы приостановить переход индивидов на последующие уровни (профилактика) и перевести их на предыдущие (интенсивное лечение/поддерживающая терапия). Границы между уровнями неотчетливые, и движение между уровнями не обязательно должно быть поэтапным. Например, у индивида с факторами риска инфекционное заболевание может спровоцировать тяжелое психическое расстройство (например, развитие синдрома экзогенной психической спутанности, что может привести к переходу с уровня 2 на уровень 5); лечение инфекционного заболевания может способствовать разрешению психоза через астенический синдром, что приведет

пациента к переходу на уровень 3. Прежде чем прибегнуть к мероприятиям более высоких уровней, следует применять мероприятия более низких при условии, что они являются адекватными и целесообразными для этого состояния.

Уровень 1. Общая профилактика психических расстройств. Этот уровень представлен общей популяцией населения без психических расстройств и без специфических факторов риска их развития. Мероприятия, способствующие укреплению здоровья, должны быть нацелены на сохранение большинства населения на этом уровне, на предотвращение развития или на задержку начала психических расстройств с использованием методов общей или первичной профилактики. Например, при цереброваскулярном заболевании возможно развитие деменции и депрессии. Для уменьшения проявлений цереброваскулярного заболевания необходимо устранять факторы риска сосудистых заболеваний – курение, сахарный диабет, высокое кровяное давление, ожирение, высокое содержание холестерина и гомоцистеина в крови. Другие методы, способствующие укреплению психического здоровья и сохранению когнитивного функционирования, включают регулярные физические и умственные упражнения, активное социальное взаимодействие, рациональное питание (Skoog I. et al., 1999; Cassidy F., Carroll B.J., 2002; de la Torre J.C., 2004; Thomas A.J. et al., 2004).

Эти методы следует применять в масштабе всего населения, проводя широкие образовательные кампании силами муниципальных отделов здравоохранения. Психообразование в виде, например, «Школ здоровья», приближенное к месту жительства, может способствовать популяризации здорового образа жизни, так как межличностные отношения как источник передачи информации более эффективно способствуют изменению поведения (Donovan R., 2004). Благоприятные результаты, которые можно было бы получить на этом уровне, включают улучшение КЖ, снижение затрат на медицинскую помощь и повышение продуктивности профессиональной деятельности.

Первым фильтром (между первым и вторым уровнем) на пути к получению специализированной психиатрической помощи стоит желание пациента

обратиться за этой помощью. Решение человека обусловлено четырьмя основными факторами: тяжестью проблемы, индивидуальной склонностью человека опираться на чью-то поддержку, доступностью соответствующих служб и наличием альтернативных ресурсов. Именно повышение уровня подготовки врачей первичной медицинской сети в области диагностики и лечения психических расстройств может способствовать повышению проницаемости этого фильтра за счет возможности получения качественной медицинской помощи в «альтернативном» (не-психиатрическом) медицинском учреждении.

Уровень 2. Пациенты с факторами риска развития психических расстройств: избирательная профилактика. На этом уровне у индивидов высока вероятность развития психического расстройства, обусловленного наличием факторов риска. Это гетерогенная группа, в которую входят лица с соматическими заболеваниями, с высокой частотой коморбидными с психическими расстройствами (ИБС, гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа, хроническая обструктивная болезнь легких, ВИЧ и т.п.), с психосоматическими расстройствами, нарушениями в когнитивной сфере, лица с острыми соматическими заболеваниями и другими факторами риска развития делирия; а также индивиды, злоупотребляющие алкоголем или другими психоактивными веществами, с рекуррентным расстройством настроения или с психозом в анамнезе, но в данный момент без каких-либо симптомов. В эту же группу могут быть включены лица, подлежащие обязательной диспансеризации в соответствии с действующими нормативными актами (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 4 февраля 2010 г. № 55н «О порядке проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» и др.), и лица, профессиональная деятельность которых связана с повышенным уровнем стресса (летчики, учителя, полицейские, пожарные и т.д.). Также в группу могут быть включены индивиды, перенесшие состояние острого стресса в недавнем времени (утрата близких, потеря работы, угроза жизни и т.п.).

Такие пациенты обычно обращаются за помощью к врачам-терапевтам или неврологам. Имеющиеся у этих пациентов расстройства часто не распознаются

общепрактикующими врачами, и больные остаются без соответствующей помощи (Незнанов Н.Г. и др., 2003; Schurman R.A. et al., 1985). В случае если у терапевта или невролога не хватает ресурсов для идентификации психической патологии этой части населения, то эта группа попадает в так называемую неучтенную группу психических расстройств или «лечебную пропасть» (WHO, 2005).

Повышение профессиональной компетентности врачей первичного звена в области клиники, диагностики и лечения психических расстройств позволит оказывать этой группе населения более качественную медицинскую помощь. Функцией врача первичной медицинской сети на этом уровне является индивидуальная профилактика развития психической патологии. Она может включать психотерапевтические и психокоррекционные мероприятия, а также психофармакотерапию, назначаемую врачом первичной медицинской сети с целью профилактики развития психических нарушений или предотвращения их рецидивов. Данные научной литературы подтверждают эффективность подобной профилактической работы (Rasmussen A. et al., 2003).

Лица, у которых, по данным анамнеза, в прошлом были расстройства настроения, составляют еще одну группу высокого риска. Эффективность предотвращения рецидивов можно повысить, оптимально комбинируя антидепрессанты, назначаемые в течение соответствующего периода времени, с психотерапией (Reynolds C.F. et al., 1992).

Мероприятия, осуществляемые на этом уровне, предполагают наличие у врачей общей практики определенного уровня психиатрических знаний и навыков распознавания психической патологии, а также разработанных стандартов лечебной помощи этим категориям пациентов, включающим рекомендации по психотерапии и психофармакотерапии. От способности врача распознавать психические расстройства у пациентов зависит проницаемость второго фильтра (между вторым и третьим уровнем) для пациентов. Эта способность в свою очередь зависит от многих факторов, таких как техника собеседования (зрительный контакт, тщательность выяснения жалоб, характер задаваемых вопросов: открытые, направляющие вопросы), уровня подготовки по медицине

(прохождения тематических курсов), личности врача (личностная и ценностная ориентации на профессию).

H.C. Schulberg и его коллеги (1987) пришли к выводу, что в целом врачи общей практики склонны к гиподиагностике психических расстройств (с количеством ошибок от 50% до 80%). J.N. Marks и его сотрудники (1979) отмечали у врачей с высокой способностью к идентификации психических расстройств заинтересованность своими пациентами, увлеченность психиатрией, более высокий возрастной ценз и обширный профессиональный опыт. Тщательный анализ показал, что такие врачи активно задают пациентам вопросы психологического содержания, избегают профессионального жаргона, лучше знают своих больных и стремятся к приобретению дополнительных профессиональных навыков. По данным некоторых авторов, большинство врачей общей практики испытывают сложности с консультированием больных с психическими расстройствами и хотели бы пройти дополнительное обучение (Sahhar D., O'Connor D., 2004).

Совершенствование подготовки врачей первичной медицинской сети в области диагностики и лечения психических расстройств может способствовать повышению доступности психиатрической помощи за счет получения качественной помощи в «альтернативном» (не-психиатрическом) медицинском учреждении.

Уровень 3. Начальные (легкие) психические расстройства. На этом уровне находится та часть популяции, у которой фиксируются психопатологические симптомы на приеме у врача общей практики, продолжающиеся по меньшей мере одну неделю в течение календарного года. Особо следует отметить, что чаще иных групп населения посещают врачей общей практики пожилые люди.

Как уже отмечалось в главе 1, в России частота психических расстройств у пациентов, обращающихся в общемедицинскую сеть, оказывается довольно высока – от 30% до 80% по данным разных исследователей. Отчасти такие цифры

могут быть обусловлены наличием третьего фильтра, затрудняющего получение необходимой медицинской помощи.

Третий фильтр (между третьим и четвертым уровнем) не позволяет пациенту с диагностированным терапевтом (врачом общей практики, неврологом или другим интернистом) психическим расстройством быть направленным на консультацию к психиатру. Этот фильтр стоит между первичным звеном здравоохранения и специализированной психиатрической службой, значительно уменьшая официально регистрируемую распространенность психических расстройств (с 10% до 2%).

Столь затрудненная «проницаемость» свидетельствует о важности этого фильтра, если так много пациентов не могут его пройти. Он зависит от многих причин, в том числе, и от уровня профессионализма, опыта и личного отношения врача первичного звена к психиатрической службе (Незнанов Н.Г. и др., 2003; Iliffe S., De Lepeleire J., Van Hout H. et al., 2005).

Этот фильтр оказывается избирательно проницаемым только для тяжелых психическим расстройств, таких как шизофрения, аффективные расстройства, эпилепсия и так далее. Он плохо пропускает такие состояния, как расстройства адаптации, невротические расстройства, легкие когнитивные расстройства, маскированные депрессии, психофизиологические нарушения (бессонница, головная боль напряжения), деменции. Эти состояния составляют в Великобритании четвертую часть всех заболеваний, с которыми постоянно встречаются врачи общей практики (HMSO, 1986). Психиатрическая служба встречается лишь с небольшим количеством «легких» душевных расстройств, значительно изменяя показатели распространенности психических заболеваний. Так, показатель аффективных расстройств (на 1000 человек) в психиатрической практике составляет 1,47 против 3,0 в терапевтической практике; депрессий – 5,35 против 28,0; неврозов – 2,46 против 35,7; расстройств адаптации – 1,74 против 26,7 (Голдберг Д, Хаксли П., 1999).

Таким образом, тяжесть психических расстройств является важным фактором, обуславливающим прохождение пациента через третий фильтр.

Повышение уровня профессиональных знаний будет способствовать лучшему пониманию врачами первичного звена характера психических нарушений и своевременному направлению пациентов к специалистам-психиатрам.

Уровень 4. Умеренно выраженные психические расстройства. Этот уровень включает тех пациентов, которым врач общей практики поставит диагноз психического расстройства и направит к специалистам-психиатрам, а также подгруппу популяции, которая обратится в учреждения специализированной психиатрической службы самостоятельно. Этому уровню соответствуют пациенты, которые получают консультативно-лечебную помощь в специализированных амбулаторных или внебольничных психиатрических учреждениях.

По диагностическим группам к этому уровню относятся пациенты с умеренно выраженными психическими расстройствами, в первую очередь с непсихотическими психическими расстройствами – органическими (F04; F06.3–F06.9; F07), аффективными (F30.0–F30.1; F31.0–F31.1; F31.3–F31.4; F31.7; F32.0–F32.2; F33.0–F33.2; F33.4; F34), невротическими (F4), поведенческими (F5), личностными (F6), расстройствами развития (F8; F9), легкой и умеренной умственной отсталостью без грубых поведенческих нарушений (F70–F71), легкими и умеренными деменциями различной этиологии (F00–F03), а также с легкими и умеренно выраженными психотическими расстройствами – органическими (F06.0–F06.2; F05), шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (F2 – часть), аффективными (F3 – часть).

Эти больные нуждаются в специальных мероприятиях (в первую очередь, психофармакотерапевтических), которые в основном должны осуществляться по месту жительства в рамках специализированной психиатрической помощи (консультативное наблюдение ПНД, лечение в специализированных психиатрических дневных стационарах).

Фильтр между четвертым и пятым уровнем отражает, насколько готовы пациенты, будучи направленными на консультацию к психиатру, получить психиатрическую помощь. Желание и психологический настрой наблюдаться и

лечиться у психиатра (и, следовательно, комплайенс) в большей мере зависит от уровня стигматизации психиатрических услуг в обществе. Важным фактором является и качество самой предоставляемой услуги. Улучшение обслуживания пациентов в учреждениях психиатрической службы может, в свою очередь, повысить рейтинг психиатрического учреждения и увеличить проницаемость этого фильтра.

Уровень 5. Тяжелые и осложненные психические расстройства. Для лиц с психическими расстройствами, нуждающихся во вмешательствах уровня 5, характерна не только тяжесть симптомов, но и контекст и сложность случая заболевания. Усугубляющие факторы могут включать отсутствие семейной поддержки, источников средств к существованию, инвалидность по психическому заболеванию, а также множественные соматические заболевания и инвалидность вследствие патологии со стороны физического здоровья.

К этому уровню относятся пациенты с хроническими, затяжными психическими расстройствами, сопровождающимися частыми обострениями и прогредиентным характером течения заболевания. В эту группу традиционно включаются пациенты с прогредиентными, часто обостряющимися формами шизофрении (F20), органическими психозами (F06.0–F06.2; F05), тяжелыми деменциями различной этиологии с грубыми явлениями психической спутанности и бредовыми состояниями (F00–F03), тяжелые психотические формы моно- или биполярного расстройства с континуальным течением, агрессивным или аутоагрессивным поведением (F31; F33), эпилептическими психозами (F05.x2, F06.02–F06.22), грубыми личностными и поведенческими нарушениями на фоне органической патологии головного мозга, когнитивного снижения или умственной отсталости (F06; F07, F71–F73). Обострения заболевания у таких больных могут часто сопровождаться неадекватным, асоциальным, агрессивным или суицидальным поведением, что обуславливает необходимость срочных, а временами и недобровольных госпитализаций в психиатрические стационары.

Эти пациенты нуждаются в динамическом диспансерном наблюдении специализированной психиатрической службой, а при обострении состояния –

лечении в специализированных психиатрических стационарах. Помимо медицинских вмешательств (биологических, психофармакологических, психотерапевтических и психокоррекционных), такие больные нуждаются в значительных усилиях служб социально-психологической помощи и социального сопровождения, поскольку из-за выраженности болезненной симптоматики они не способны к самостоятельному социальному функционированию.

Представленная модель организации психиатрической помощи по многоуровневой схеме составляет основу для комплексного планирования. Она охватывает профилактику психических расстройств на уровне всей популяции населения, а также оказание помощи в учреждениях специализированного типа при наиболее тяжелых расстройствах. Эта модель также предусматривает постепенное наращивание интенсивности психиатрической помощи в соответствии с тяжестью расстройств (см. рисунок 8.2).

Целевое финансирование более низких уровней может снизить спрос на службы более высокого уровня, что, во-первых, соответствует принципам профилактической медицины и, во-вторых, позволяет снизить расходы на дорогостоящие виды специализированной психиатрической помощи (например, стационарное лечение) за счет «задержки» пациентов на более «общих» и менее специализированных формах помощи и поддержки.

Предлагаемая модель позволяет, во-первых, оптимизировать нагрузку специализированной психиатрической службы за счет делегирования некоторых функций по психопрофилактике, выявлению групп населения с повышенным рисом развития психических расстройств и расстройств поведения учреждениям, оказывающим населению первичную медицинскую помощь. Во-вторых, для каждого уровня определены как потребители медицинских услуг по профилактике, диагностике и лечению психических расстройств, так и субъекты, оказывающие эти услуги. Эти составляющие, по сути, позволяют обеспечить качество структуры региональной психиатрической службы.

8.2 Научное обоснование региональной системы обеспечения качества психиатрической помощи

Как уже отмечалось в главе 1, качество медицинской помощи имеет сложную, многокомпонентную структуру, и в соответствии с «триадой Донабедиана» принято выделять качество структуры, качество технологии (процесса) и качество результата (Donabedian A., 1988, 1990, 1992). При этом предполагается, что структурное качество должно создавать условия для обеспечения технологического качества, которое, в свою очередь, должно обеспечивать качество результата (Стожаров В.В., 2005). Поэтому при формировании научно обоснованной системы обеспечения качества психиатрической помощи населению крупного субъекта Российской Федерации необходимо определить перечень мероприятий, позволяющих обеспечить все компоненты качества.

Основой структурного качества, безусловно, является предлагаемая многоуровневая модель психиатрической медицинской помощи. Вместе с тем, наряду с формированием современной модели психиатрической помощи и определением принципов ее взаимодействия с другими учреждениями здравоохранения, прежде всего первичного звена здравоохранения, необходимо предусмотреть другие составляющие структурного качества, включающие:

– оптимальность мощности и обеспечение территориальной доступности учреждений, оказывающих медицинскую помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения;

– соблюдение рекомендуемых Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи нормативов объемов амбулаторной и стационарной психиатрической помощи;

– соблюдение требований к зданиям и помещениям учреждений психиатрического профиля, устанавливаемых строительными нормами и правилами (СНиП 31-06-2009) и санитарными правилами и нормами (СанПиН 2.1.3.2630-10);

– материально-техническое оснащение учреждений психиатрического профиля;

– лекарственное обеспечение;

– обеспеченность психиатрических больниц и психоневрологических диспансеров (кабинетов) квалифицированными кадрами, доступной и качественной системой последипломной подготовки специалистов, а также создание оптимальных условий труда для врачей, медицинского и не-медицинского персонала;

– создание в каждом учреждении психиатрического профиля эффективной системы внутреннего контроля качества медицинской помощи, а на уровне органа управления здравоохранением – системы контроля качества психиатрической помощи населению региона; основой для создания подобной системы может послужить «Автоматизированная технология экспертизы качества медицинской помощи» (Чавпецов В.Ф. и соавт., 2005).

Результаты выполненного исследования свидетельствуют о неполном соответствии мощности психиатрических больниц области рекомендуемым нормативам, что затрудняет выполнение установленных объемов стационарной психиатрической помощи. В соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи рекомендованы следующие объемы стационарной медицинской помощи по психиатрии: уровень госпитализации (число госпитализированных на 1000 жителей в год) – 6,0; средняя длительность пребывания на психиатрической койке 79,5 дней; число койко-дней круглосуточного пребывания на психиатрических койках на 1000 жителей в год: 477,44 койко-дня (в том числе на 1000 взрослого населения – 451,72 койко-дня, на 1000 детского населения – 25,72 койко-дня).

Весьма острой остается проблема территориальной доступности стационарной и амбулаторной психиатрической помощи для населения различных муниципальных районов области, о чем свидетельствуют не только существенные различия в уровне госпитализированной заболеваемости городского и сельского населения, но и результаты анкетирования пациентов

психиатрических учреждений. Данная проблема усугубляется тем, что Ленинградская область занимает большую территорию с относительно низкой и крайне неравномерной плотностью населения.

Вопросы территориальной доступности амбулаторной психиатрической помощи решаются путем расширения сети психиатрических кабинетов и благодаря включению в состав районных поликлиник и ЦРБ кабинетов психотерапевтов. Единственным способом решения территориальной доступности стационарной психиатрической помощи является медико-санитарное зонирование территории области.

Территория Ленинградской области напоминает форму «бабочки», центром которой является другой субъект Российской Федерации – г. Санкт-Петербург, а в левом (западном) и в правом (восточном) крыльях «бабочки» размещаются муниципальные районы Ленинградской области (см. рисунок 2.5). Психиатрические больницы и стационарные психиатрические отделения размещены по территории области крайне неравномерно (см. рисунок 5.1). Поэтому для повышения доступности и улучшения организации стационарной психиатрической помощи целесообразно формирование восточной и западной медико-санитарных зон.

Согласно такой схеме зонирования, для оказания стационарной психиатрической помощи населению западной зоны будут предназначены:

- стационарное отделение ЛОПНД в п. Рощино (110 коек);
- стационарное отделение ЛОПНД в п. Сланцы (30 коек);
- Дружносельская психиатрическая больница (615 коек);
- Ульяновская психиатрическая больница (260 коек).

Для оказания стационарной психиатрической помощи жителям восточной зоны будут предназначены:

- Свирская психиатрическая больница (220 коек, из них 30 детских);
- психиатрические отделения в Тихвинском областном наркологическом диспансере (110 коек).

– профильное отделение для лечения наркологических психозов в Тихвинском областном наркологическом диспансере (40 коек)

Столь выраженный дисбаланс мощности стационарных психиатрических отделений в двух медико-санитарных зонах вполне оправдан, так как большая часть населения области проживает именно в западной зоне.

Как и в большинстве субъектов РФ, психиатрические больницы в Ленинградской области расположены в старых зданиях с высоким уровнем износа, архитектурно-планировочные решения которых не соответствую современным направлениям развития психиатрической помощи. В постсоветский период существенно замедлились темпы строительства стационарных учреждений различного профиля, в том числе и психиатрических больниц. Соответственно, снизился интерес проектных организаций к разработке современных проектов больниц с учетом их функциональной направленности.

Поэтому обеспечение структурного качества по разделу «Здания и помещения больниц» предусматривает выполнение лицензионных требований и условий, в том числе требований СНиП 31-06-2009 «Общественные здания и сооружения» и СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», касающихся нормативов площади в расчете на 1 койку (психиатрические койки общего типа: для взрослых – 6 м^2, для детей – 5 м^2; надзорного типа – 7 м^2), размещения зданий психиатрических больниц на определенном расстоянии от других общественных и жилых зданий, обеспечения противопожарной безопасности, предупреждения внутрибольничных инфекций и т. д.

Следствием централизации стационарной психиатрической помощи становится увеличение радиуса обслуживания и снижение территориальной доступности стационарной помощи для больных с психическими расстройствами, что наряду с длительной госпитализацией пациентов является одной из причин ослабления социальных связей, прежде всего, внутрисемейных. К сожалению, из-за низкой плотности и относительно небольшой численности населения даже в самых крупных районных центрах, строительство новых психиатрических

больниц в Ленинградской области нецелесообразно. Поэтому для решения данной проблемы особенно актуальным является развитие стационарзамещающих технологий и создание дневных стационаров на базе как психиатрических больниц, так и психоневрологических диспансеров и кабинетов.

Вышедший в июле 2012 года Приказ Минздравсоцразвития от 17.05.2012 г. № 566н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения», постулирует следующий порядок:

1) психиатрическая помощь организуется только в составе либо психиатрической больницы, которой дается право и на амбулаторно-поликлиническую помощь, либо в составе психоневрологического диспансера; организация психиатрической помощи в составе многопрофильного ЛПУ не допускается (кроме психотерапевтического кабинета и психотерапевтического стационара);

2) весь объем первичной психиатрической медико-санитарной помощи оказывается не одним психиатрическим кабинетом (психоневрологическим отделением), как ранее, а теперь распределяется между несколькими типами кабинетов и амбулаторных отделений, являющихся дневными стационарами:

- кабинет участкового врача-психиатра;
- кабинет активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения;
- психотерапевтический кабинет;
- дневной психиатрический стационар;
- отделение интенсивного оказания психиатрической помощи (дневной стационар);
- медико-реабилитационное отделение (дневной стационар);
- отделение медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях (бригадное полипрофессиональное обслуживание);

3) в структуру психиатрических больниц, кроме существующих, введены отделения нового типа:

- медико-реабилитационное отделение;
- медико-реабилитационное отделение для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи (общежитие);
- больница может иметь в своей структуре отделение «Телефон доверия» и кабинет медико-социально-психологической помощи (суицидологический);

4) в структуру психоневрологического диспансера и психиатрической больницы возвращены лечебно-трудовые (производственные) мастерские (ЛТМ);

5) работа всего медицинского персонала стационарной и амбулаторной психиатрической помощи организуется по принципу полипрофессиональных бригад (психиатр, медицинский психолог, социальный работник); в связи с этим в амбулаторное звено психиатрической помощи возвращены медицинские психологи, специалисты по социальной работе и социальные работники;

6) порядок подтверждает необходимость организации скорой психиатрической помощи (приказ МЗ РФ от 08.04.1998 № 108 «О скорой психиатрической помощи»);

7) психотерапевтические кабинеты и психотерапевтические стационары могут быть организованы как в составе психиатрических учреждений, так и в составе многопрофильных ЛПУ; психотерапевтический стационар может быть самостоятельной медицинской организацией (юридическим лицом).

Таким образом, впервые введенный в практику психиатрической помощи в РФ порядок ее оказания определяет безусловный перенос усилий психиатрической помощи на амбулаторный уровень с выраженным акцентом на многоуровневую реабилитацию и организацию работы медицинского персонала по принципу полипрофессиональных бригад, с сохранением при этом необходимого уровня и объема стационарной помощи.

В связи с обязательностью исполнения всеми медицинскими организациями с 01.01.2013 г. вышедшего Порядка оказания психиатрической помощи, необходимо проведение реорганизации психиатрической службы Ленинградской области. На совещании областных врачей-психиатров, прошедшем 18.07.2012 г. было проведено обсуждение Приказа № 566н и принято коллегиальное решение: рекомендовать Комитету по здравоохранению в соответствии с Порядком переподчинить районные психиатрические кабинеты и ввести их в состав психиатрических больниц и Ленинградского областного психоневрологического диспансера в соответствие с ранее принятым зонированием оказания населению стационарной психиатрической помощи. Таким образом, будет оказываться:

- в ГКУЗ ЛОПНД – амбулаторная психиатрическая помощь жителям г. Выборга и Выборгского района, г. Приозерска и Приозерского района (амбулаторно-поликлиническая психиатрическая помощь жителям г. Сланцы и Сланцевского района оказывается диспансером с 2011 года);
- в ГКУЗ ЛО «Дружносельская психиатрическая больница» – амбулаторная психиатрическая помощь населению г. Гатчины и Гатчинского района, г. Луги и Лужского района, Ломоносовского района, г. Волосово и Волосовского района, г. Кингисеппа, г. Иван-Город и Кингисеппского района;
- в ЛО ГКУЗ «Ульяновская областная психиатрическая больница» – амбулаторная психиатрическая помощь населению г. Тосно и Тосненского района, г. Кировска и Кировского района, г. Всеволожска и Всеволожского района, г. Кириши и Киришского района.
- в ЛО ГКУЗ «Свирская психиатрическая больница» – амбулаторная психиатрическая помощь жителям г. Лодейное Поле и Лодейнопольского района, г. Подпорожье и Подпорожского района, г. Волхова и Волховского района;

Психиатрические кабинеты, обслуживающие г. Тихвин и Тихвинский район, г. Бокситогорск, г. Пикалево и Бокситогорский район, которые, согласно зоне стационарного обслуживания, относятся к психиатрическому стационару

Тихвинского межрайонного наркологического диспансера (ТМНД), могут быть введены в состав данного учреждения только при условии вывода ТМНД из состава наркологической службы Ленинградской области с образованием нового юридического лица – ГКУЗ «Тихвинская психиатрическая больница». Основанием для такого преобразования является то, что:

- в данном учреждении на 110 из 150 коек (73%) оказывается психиатрическая помощь;
- Приказ № 566н позволяет психиатрическим учреждениям оказывать медицинскую помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения, вызванных употреблением психоактивных веществ (т.е. наркологическую) без каких-либо ограничений (Приложение к приказу «Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения», п. 2), что позволяет сохранить учреждению 40 наркологических коек;
- Порядок не предусматривает оказание психиатрической помощи наркологическим медицинским учреждением.

При проводимых преобразованиях в общей структуре психиатрической службы области ГКУЗ ЛОПНД остается головным учреждением. Все психиатрические учреждения области подчиняются ему по организационно-методическим вопросам с утверждением плановых показателей и осуществлением контроля над объемом и качеством их работы; общее же руководство психиатрической службой остается за главным внештатным психиатром Комитета по здравоохранению Ленинградской области.

При планировании развития психиатрической службы области на перспективу, следует решить два стратегических вопроса:

1) «кадровый голод» на фоне «старения» кадров: дефицит врачей (занятые должности) для обслуживания взрослых составляет 67%, детско-подростковых –

28%[1], при среднем возрасте участковых врачей-психиатров 50,6±2,5лет, медицинских сестер 51,4±3,1 лет; лиц не старше 35 лет среди врачей 11,1%, среди медицинских сестер 7,7%; кадры медицинских психологов, социальных работников – отсутствуют, психотерапевтов – 3,5 ставки на область (1,5 – в ГКУЗ ЛОПНД). Примерно такая же возрастная картина наблюдается и в кадровом составе психиатрических стационаров.

2) возможность непрерывного эпидемиологического мониторинга распространенности психических расстройств и расстройств поведения и деятельности психиатрической службы, что позволит своевременно принимать тактические и стратегические решения, наиболее точно планировать экономические затраты.

Первая проблема может быть решена:

- привлечением выпускников медицинских ВУЗов, жителей Ленинградской области, путем оплаты им интернатуры по психиатрии (психотерапии), предоставления служебного жилья под их обязательство проработать в районах области не менее 5–10 лет;
- целевым обучением выпускников школ с приобретением профессии врача, медицинского психолога, специалиста по социальной работе с теми же обязательствами с их стороны.

Вторая проблема решается путем создания в Ленинградской области единой Медицинской информационной системы – «МИС–психиатрия» с последующим внедрением электронных амбулаторных и стационарных медицинских карт, дистанционным видео-консультированием больных в отдаленных населенных пунктах, дистанционным обучением специалистов и т.п. До настоящего времени, психиатрическая служба, не будучи субъектом ОМС, не была включена в процесс информатизации по программе модернизации здравоохранения Ленинградской области.

---

[1] Расчет производился согласно требованию Территориальной программы государственных гарантий на 2011 г. по нормативу посещений к психиатрам на 1000 населения.

Во исполнение Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения в Ленинградской области необходимо:

- в Дружносельской психиатрической больнице – организовать медико-реабилитационное отделение для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи (общежитие) на 50 коек в помещении бывшего детского психиатрического отделения;
- в Свирской психиатрической больнице и Ульяновской психиатрической больнице – организовать отделения для принудительного лечения общего типа (с соответствующим оснащением) мощностью до 30 коек (для организации требуемого режима, ликвидации накопления больных, находящихся на принудительном лечении в обычных психиатрических отделениях, профилактики побегов и повторных общественно опасных действий больных, находящихся на стационарном принудительном лечении);
- расширить дневные психиатрические стационары в г. Выборге и г. Гатчине (на базе уже имеющихся дневных стационаров мощностью на 15 пациенто-мест);
- организовать дневные психиатрические стационары в г. Волхове, г. Всеволожске, г. Тосно, г. Кировске, г. Лодейное Поле, г. Тихвине;
- организовать кабинеты активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения в районных центрах (при наличии необходимых кадров);
- создать палаты «мать и дитя» (нет аналогов в России) в детском психиатрическом отделении Свирской психиатрической больницы, что может дать положительные результаты в реабилитации детей с психическими расстройствами.

В ряде крупных населенных пунктов области можно привлечь к работе, выделив ставки, специалистов, которые ранее работали в психиатрических

кабинетах, и ушли в связи с ликвидацией должностей – социальных работников, медицинских психологов, психотерапевтов.

Также целесообразно организовать: в Дружносельской психиатрической больнице – подростковое отделение с психотерапевтической и экспертной составляющей, а в Ульяновской психиатрической больнице – геронтопсихиатрическое отделение.

Скорая психиатрическая помощь (СПП) является видом гарантированной государством психиатрической помощи. В современной системе психиатрической службы ей принадлежит особенно важная роль, поскольку основной задачей психиатрической бригады является оказание скорой психиатрической помощи в случаях внезапного развития или обострения психического расстройства в любом месте пребывания пациента, включая медицинские учреждения. Как уже отмечалось в главе 5, в Ленинградской области отсутствуют специализированные станции скорой психиатрической помощи, а «психиатрические» вызовы обслуживаются линейными бригадами скорой помощи.

В плане обеспечения структурного качества назревшей является проблема организации специализированной скорой психиатрической помощи в регионе. Она не должна предназначаться преимущественно лишь для населения крупных городов; необходимо создание предпосылок для расширения охвата этим видом помощи и сельской местности. С учетом местных условий должен решаться вопрос, будет ли психиатрическая бригада входить в структуру станции скорой помощи или являться составной частью психоневрологического диспансера, психиатрической больницы или центральной районной больницы.

В перспективе, необходимо организовать в городах с численностью населения от 50 тысяч жителей, включая сельское, скорую психиатрическую помощь в соответствие с приказом МЗ РФ от 08.04.1998 № 108 и Порядком оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи (приказ МЗ РФ от 20.06.2013 № 388н). В ряде районов (Гатчинский, Тосненский, Лодейнопольский) СПП можно организовать в составе областных психиатрических больниц (Порядок оказания скорой медицинской помощи позволяет это).

В настоящее время скорая психиатрическая помощь в России преимущественно (почти на 84%) находится в ведении общей скорой медицинской помощи и значительно реже – в структуре учреждений психиатрической службы. Включение скорой психиатрической помощи в структуру учреждений психиатрической службы позволяет:

– оперативно знакомиться с имеющейся в психоневрологическом диспансере информацией о пациенте до выезда бригады к месту вызова, данных о его склонности к общественно опасным действиям и др.;

– получать информацию от участковых психиатров, сотрудничать с ними при осуществлении госпитализации, оперативно используя фельдшерские бригады, а также получать сведения из стационара, позволяющие оценить правильность принятых решений;

– поддерживать более высокий уровень психиатрической квалификации сотрудников психиатрических бригад, быть в курсе всех новых требований, нормативных положений, а также использовать новые психотропные средства и методы лечения.

Утрата преимуществ сотрудничества с другими учреждениями, оказывающими психиатрическую помощь, может особенно отрицательно сказываться при децентрализации скорой психиатрической помощи в наиболее крупных городах при включении психиатрических бригад в подстанции общемедицинской скорой помощи. Отсутствие связи и тесных контактов с психиатрической службой приводит персонал таких бригад к профессиональной изоляции.

В других случаях следует учитывать следующие аргументы в пользу включения психиатрических бригад в состав общемедицинской скорой помощи:

– лучшие условия для технического обеспечения автотранспорта;

– наличие некоторых общих аспектов помощи;

– приближение к общей медицинской практике и большее знакомство с соматической патологией, в практике работы некоторых психиатрических бригад нередко играющей важную роль (при смешанной патологии, решении вопроса о транспортабельности больных и др.).

Определение структурной принадлежности психиатрической бригады может решаться в зависимости от местных условий и возможностей. Однако при любых вариантах должно быть обеспечено внимание к организации скорой психиатрической помощи со стороны главного психиатра и организационно-методического отдела по психиатрии. Должны быть реализованы все преимущества установления более тесных связей бригады с психиатрическими учреждениями, вплоть до использования компьютерного банка данных о больных психоневрологического диспансера. В крупных городах возможна организация самостоятельной станции скорой психиатрической помощи.

Главному психиатру и организационно-методическому отделу по психиатрии необходимо организовать:

– систематическую учебу медицинского персонала скорой психиатрической помощи;

– участие врачей и фельдшеров психиатрических бригад в конференциях психиатрических (психоневрологических) учреждений;

– регулярное обсуждение случаев недобровольной госпитализации, особенно спорных, или ошибок, явившихся, например, причиной судебных исков;

– обеспечение бригад постоянными консультантами – наиболее опытными врачами, а также на постоянной основе сотрудниками кафедр психиатрии медицинских вузов Санкт-Петербурга и СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Развитие скорой психиатрической помощи в Ленинградской области должно происходить в городах со средней и малой численностью населения, а также в сельских районах, где психиатрическая бригада чаще выполняет функции транспортировки, доставляя больных по направлению участкового психиатра в психиатрическую больницу.

Необходимо использовать существующие нормативы не только для городского, но и для всего населения района обслуживания. При наличии в сельских районах общемедицинской скорой помощи, возможно пойти по пути специализации по психиатрии хотя бы одной из выездных бригад общего профиля, проведя соответствующую специализацию врача, а также обучив другой

медицинский персонал бригады. Организация работы психиатрических бригад должна способствовать реализации законодательства в области психиатрии, с учетом того, что вопросы недобровольного освидетельствования или госпитализации может решать только врач-психиатр.

Организационно-методический отдел по психиатрии должен изучать нагрузку на бригаду. Обычно прослеживается обратная зависимость между радиусом района обслуживания и количеством вызовов: чем больше радиус обслуживания, тем меньше количество осуществляемых выездов бригады. При избыточном числе бригад скорой и неотложной психиатрической помощи они начинают выполнять несвойственные им функции: осуществлять так называемые непрофильные вызовы, оказывать помощь психоневрологическому диспансеру в обслуживании больных.

На количество вызовов, выполненных бригадой за смену, может влиять большая обращаемость населения, связанная с недостаточной активностью психоневрологического диспансера. Следует признать оптимальной среднюю нагрузку с осуществлением бригадой 4–6 вызовов в суточную смену. Однако допустимы отклонения от этого числа в зависимости от местных условий, что должно устанавливаться расчетами оргметодотдела с учетом числа бригад, радиуса обслуживания, времени, затрачиваемого на дорогу, и других факторов.

Для интеграции психиатрии и соматической медицины, что будет способствовать преодолению страха у населения перед психиатрией, активизации выявления психических расстройств и расстройств поведения «пограничного» спектра и их психопрофилактике, целесообразно:

- внедрение скрининговых психометрических экспресс-методик тревожных и депрессивных расстройств в практику врачей общесоматической сети;
- повышение профессиональной компетенции врачей и среднего медицинского персонала первичного звена в области клиники, диагностики, принципов лечения и реабилитации лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения;

- разработка и доведение до населения специальных психообразовательных программ;
- организация в составе ЦРБ крупных городов Ленинградской области (Гатчина, Выборг, Всеволожск, Волхов, Кировск, Тосно, Кингисепп – с учетом специфики экономического развития) психотерапевтических стационаров; в остальных городах области – психотерапевтических кабинетов в составе территориальных поликлиник;
- организация в составе Ленинградской областной клинической больницы (ЛОКБ) психосоматического отделения и психотерапевтического кабинета; в Детской областной клинической больнице, областных кардиологическом и онкологическом диспансерах – психотерапевтических кабинетов.

Не менее важным элементом структурного качества является материально-техническое оснащение учреждений и подразделений, предназначенных для оказания медицинской помощи больным с психическими и поведенческими расстройствами и пациентам с пограничными состояниями, в том числе обеспечение современным оборудованием для проведения реабилитационных мероприятий, техническими средствами реабилитации, функциональной мебелью, современными лекарственными препаратами. Вышеупомянутый «Порядок оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения» включает описание этапов, правил организации деятельности подразделений, стандарты оснащения и рекомендуемые штатные нормативы медицинских учреждений и их структурных подразделений, оказывающих психиатрическую помощь населению. И в связи с увеличением группы больных, получающих консультативно-лечебную помощь, необходимо приведение реального кадрового состава в соответствие с рекомендуемыми штатными нормативами. В особенности это касается штатов психотерапевтов и медицинских психологов.

Немаловажной задачей является повышение качества подготовки не только врачей-психиатров, но врачей смежных специальностей (прежде всего, первичного

звена) по вопросам психогигиены, психопрофилактики, раннего выявления симптомов психических расстройств и т.д. Развитие новых направлений психиатрической службы, ее приближение к населению и интеграция с общей медицинской помощью будет способствовать существенному росту пациентов, находящихся под наблюдением специалистов по психическому здоровью. В результате такого роста количества лиц, нуждающихся в помощи, психиатрическая служба будет уже не в состоянии справляться с оказанием возложенных на нее обязанностей даже в принципе. Поэтому дефицит кадров, который отмечается в настоящее время в большинстве психиатрических лечебных учреждений, по всей видимости, будет возрастать и далее. Примечательно, что с учетом демографической ситуации полагаться при этом на существенное увеличение количества медицинских работников, занятых в сфере психиатрии, не стоит. Поэтому решение проблемы кадрового голода видится только на путях интенсификации и повышения технологической оснащенности психиатрической помощи.

Однако связанные с этим изменения организационных форм и методов лечебно-профилактической работы с необходимостью влекут повышение требований, которые предъявляются к квалификации сотрудников. Психосоматика, нелекарственная терапия, психотерапия, нейропсихиатрия, реабилитационная и профилактическая психиатрия требуют качественно нового уровня профессиональной подготовки. В связи с этим увеличение объемов оказания психиатрической помощи сопровождается объективными требованиями по изменению ее характера и улучшению качества.

Таким образом, психиатрическая служба сталкивается не только с нарастающим дефицитом кадров, но и с необходимостью укрепления имеющегося кадрового состава. Эта ситуация усугубляется проблемами, которые имеются в самой системе последипломного образования. Среди них следует указать на лавинообразное увеличение объема знаний, а также на сложность и внутреннюю противоречивость этой системы (Бобров А.Е., 2008; Незнанов Н.Г., 2010).

Условно систему последипломного образования можно разделить на две неравные части. Первая, наиболее развития часть, обеспечивает допуск к

профессиональной деятельности и поддержание минимально необходимого уровня квалификации. Она включает первичную специализацию в форме клинической ординатуры и интернатуры, а также регулярное повышение квалификации, прежде всего, в виде сертификационных циклов. Причем прохождение указанных циклов является главным условием оценки профессионального соответствия врачей. Важно отметить, что обязательное последипломное образование направлено лишь на воспроизведение традиционных, устоявшихся клинических представлений, причем в усредненном и максимально доступном для большинства врачей формате.

Вторая часть – дополнительное образование – включает тематическое усовершенствование и непрерывное образование. Сюда относятся разнообразные формы повышения квалификации врачей, осуществляемые в целях интеграции клинического опыта и усовершенствования в определенных, сравнительно узких областях. Здесь происходит освоение передовых методов, обучение альтернативным и дополнительным диагностическим подходам, формирование новых практических навыков.

Еще одной формой дополнительного образования является профессиональная переподготовка по соответствующим субспециальностям (психотерапия, наркология, судебная психиатрия, сексология). Сюда же относится прохождение тематических программ усовершенствования для получения допусков к определенным видам деятельности (детская и геронтологическая психиатрия, нейропсихиатрия и эпилептология, суицидология, электросудорожная терапия и др.). Важнейшей особенностью дополнительного образования и, в особенности, непрерывного образования является личная заинтересованность специалистов в повышении своего профессионального уровня.

Одним из препятствий для развития системы непрерывного последипломного образования является недостаточная согласованность принципов оценки квалификации врачей (а, значит, и служебного роста) с уровнем их профессиональных знаний и умений (Незнанов Н.Г., 2010). Вторым очевидным препятствием является недостаточная развитость инструментов формирования профессиональной идентичности у наших специалистов (Бобров

А.Е., 2008). Положение вещей усугубляется негативной ролью, которую играет профессиональная стигматизация и относительная обособленность психиатров в медицинской среде.

Представляется необходимым внесение целого ряда уточнений и изменений в перечень требований, предъявляемых к современному специалисту в области психиатрии. Необходимо расширить перечень диагностических навыков, которыми должен владеть современный специалист, в частности, включить в квалификационные требования владение психометрическими методами оценки и умение интерпретировать данные нейрофизиологических исследований. Принципиальное значение для психиатра имеет умение оценивать характер межличностных взаимодействий, в частности, особенности взаимодействий между врачом и пациентом, а также внутрисемейных взаимоотношений.

Серьезную коррекцию следует внести в необходимые лечебно-профилактические и реабилитационные навыки, которыми должен владеть врач-психиатр. Представляется необходимым очертить круг основных лекарственных схем и режимов применения психофармакологических препаратов, их комбинаций, а также методов, направленных на преодоление терапевтической резистентности.

Важнейшим направлением образования в психиатрии является обучение психотерапевтическим подходам. Речь идет о необходимых базисных навыках психотерапевтической работы, таких как формирование терапевтического альянса, эмпатическое слушание, оказание психологической поддержки, техники релаксации, прояснения, выявления ошибок суждения и когнитивных искажений, основные элементы психологической работы с семьей. Необходимым требованием квалификационной характеристики врача-психиатра является овладение методами психосоциальной терапии и реабилитации. Это особенно касается психообразовательной работы, сотрудничества с больными и их родственниками, проведения социальных тренингов и работы по социально-трудовому восстановлению. Наконец, психиатру необходимо владение навыками по оказанию экстренной помощи, как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Следует

обратить внимание и на правовые знания и умения, а также формирование этических принципов во взаимоотношении с больными и коллегами.

Настоящее исследование показало, что немаловажную роль в вопросах профессиональной самоидентичности и психогигиены играют знания о собственном качестве жизни, толерантности и проблемах эмоционального выгорания. Поэтому включение в программы последипломных сертификационных циклов изучение вышеупомянутых тем, а также тренингов толерантности будет способствовать повышению уровня профессиональной и личной компетентности специалистов в области психического здоровья.

Таким образом, система профессионального образования в психиатрии стоит перед необходимостью существенного преобразования. Эта необходимость обусловлена не только глобализацией образовательных процессов, но она диктуется переходом отечественной психиатрии на принципиально новый уровень, расширением сферы компетенции психиатров, распространением новых форм организации помощи, появлением более эффективных лечебно-профилактических и диагностических методов. Все это способствует существенному возрастанию требований к профессионализму врачей-психиатров, расширению их кругозора и углублению специализации. В новых условиях система профессиональной подготовки становится важнейшим механизмом реформирования отечественной психиатрической службы.

К элементам структурного качества принято относить и формирование системы контроля качества оказания медицинской помощи, как на уровне учреждения, так и на уровне региона. В этой системе должны быть определены объекты и субъекты контроля с четким распределением полномочий между разными субъектами, а также средства и механизм контроля.

Обеспечение технологического качества психиатрической помощи, помимо утвержденного Порядка оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения, должно предусматривать разработку и внедрение: стандартов оказания психиатрической медицинской помощи при различных психических расстройствах; стандартов социального обслуживания лиц

с выраженными психическими расстройствами и расстройствами поведения как одной из социально незащищенных категорий населения; индивидуальных программ реабилитации больных с психическими расстройствами, а также инновационных и усовершенствованных методов и технологий диагностики, лечения, профилактики и реабилитации больных с психическими расстройствами.

Значимым достоинством разработанной модели является и определение перечней медико-социальных мероприятий для каждого ее уровня. Однако для обеспечения технологического качества необходима дальнейшая разработка стандартов оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами с учетом задач, решаемых на каждом уровне. Утверждение и внедрение национальных стандартов и протоколов должны обеспечить доступность психиатрической помощи для населения, равные права пациентов при оказании им психиатрической помощи, создание инструмента планирования и финансирования психиатрической службы, что, в свою очередь, позволит решать вопросы технологического качества психиатрической помощи.

Обеспечение структурного и технологического сегментов является важным условием для надлежащего качества результата оказания психиатрической помощи. Однако если для первых двух составляющих часто используются унифицированные подходы, то для третьего компонента необходима максимальная индивидуализация, в том числе использование индивидуальных критериев качества и эффективности лечебно-профилактических мероприятий с учетом характера, тяжести заболевания, наличия сопутствующей патологии, социального статуса пациента, его микросоциального окружения, выраженности ограничений жизнедеятельности. Для этого необходимо использовать систему показателей, основанных на экспертной оценке случаев лечения и социологических опросах больных.

И, наконец, качество результата оказания психиатрической помощи для пациента необходимо оценивать по мере его возвращение в общество на максимально высоком социальном уровне, учитывая клинические особенности каждого случая. Разнообразие нозологических и синдромальных форм, особенности

негативной симптоматики предусматривает и разнообразие требований к психическому состоянию пациента. Нельзя ожидать от стационарного лечения пациента, длительное время страдающего параноидной формой шизофрении, полной редукции бредовых расстройств, выхода в интермиссию и возвращения к высококвалифицированному труду. Для такого пациента должны быть предусмотрены иные критерии, например, утрата актуальности бредовых переживаний, частичная критика к своему состоянию, установки на прием поддерживающей терапии, что и обеспечивается дифференциацией медицинских мероприятий на разных уровнях.

Еще одним важным фактором, обеспечивающим качество результата оказания психиатрической помощи, должна стать система постоянного мониторинга субъективной удовлетворенности потребителей медицинских услуг (пациентов, их родственников) с целью выявления и оперативного устранения недостатков в работе, а также удовлетворенности врачей и персонала медицинских учреждений. Мотивация работников к качественному выполнению своих обязанностей, к постоянному улучшению этого качества является важной задачей на современном этапе.

Таким образом, обеспечение качества психиатрической помощи является непрерывным многокомпонентным процессом, в ходе которого устраняются недостатки в случае несоответствия между фактическим и оптимальным уровнем помощи. Именно предложенная модель позволяет решать эти вопросы на региональном уровне, обеспечивая на основе системного подхода создание структуры службы, отвечающей потребностям обслуживаемого населения с учетом региональных эпидемиологических характеристик.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведение в настоящее время в России реформы службы психического здоровья во многом обусловлено неудовлетворительным качеством оказываемой помощи, что привлекает особое внимание к этой проблеме и требует поиска путей ее решения. В Российской Федерации работа по достижению нового качественного уровня психиатрической помощи ведется в условиях жестких финансовых ограничений. Психиатрические учреждения отечественной службы психического здоровья испытывают серьезные трудности в плане материально-технического обеспечения, не располагают в достаточной мере современными технологиями обследования, лечения и реабилитации больных.

В то же время ряд важных событий последних 10–15 лет позволяет с определенным оптимизмом оценивать перспективу решения проблемы качества психиатрической помощи и в нашей стране. В частности, появилась правовая основа для контроля качества оказываемой помощи – законы о медицинском страховании и о защите прав потребителей. Сделан первый шаг на пути стандартизации психиатрической помощи населению – утверждены Порядок ряд стандартов оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения. Важным моментом является определение рекомендуемых штатных нормативов и стандартов оснащения медицинских учреждений и их структурных подразделений, оказывающих психиатрическую помощь населению (Приложения 1-45 к Порядку оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения). Приказ об утверждении «Порядка» вступил в силу с 5 августа 2012 года и, как ожидается, позволит существенно улучшить качество психиатрической помощи.

Все большее внимание в последние годы уделяется проблемам диагностики, ранней терапии и профилактики психических расстройств в учреждениях первичной медицинской сети, сближению психиатрической и общемедицинской помощи, созданию центров психического здоровья, повышению уровня знаний специалистов общего профиля в вопросах психического здоровья, развитию

психообразовательных программ для широких слоев населения и формированию доверия у общества к службе психического здоровья.

Актуальность проблемы повышения качества психиатрической помощи диктуют необходимость дальнейшей работы в этом важном направлении отечественной психиатрии. Основой для решения данной проблемы должно служить научное обоснование совершенствования деятельности региональной психиатрической службы, направленное на внедрение современных принципов оказания психиатрической помощи городскому и сельскому населению и формирование системы обеспечения качества проводимых медико-социальных мероприятий. В связи с этим целью настоящего исследования явилась разработка современной региональной модели организации психиатрической помощи населению и научно обоснованных подходов к системе обеспечения ее качества.

Исходя из цели, были сформулированы следующие задачи исследования:

1. Провести комплексный динамический анализ основных показателей, характеризующих состояние психического здоровья населения Ленинградской области, определить их основные тенденции, сопоставить с аналогичными данными по Российской Федерации, а также рассчитать прогнозы заболеваемости на период до 2020 года.

2. Изучить контингент пациентов, наблюдаемых амбулаторной психиатрической службой региона, нозологическую структуру диспансерной и консультативной групп больных, проанализировать состояние и динамику инвалидности вследствие психических заболеваний.

3. Представить медико-социальную характеристику больных, находившихся на стационарном лечении в психиатрических больницах области, проанализировать эффективность стационарного лечения и основные факторы, влияющие на повторность госпитализаций и длительность лечения.

4. Изучить сеть медицинских учреждений, оказывающих психиатрическую помощь населению региона, и основные показатели её деятельности в динамике, выявить возможные различия в оказании психиатрической помощи городскому и сельскому населению.

5. Определить обеспеченность населения региона специалистами, участвующими в оказании психиатрической помощи, укомплектованность штатов и уровень квалификации работников психиатрических учреждений;

6. Исследовать субъективную удовлетворенность пациентов психиатрических учреждений качеством оказываемой помощи и отношение их родственников к психофармакотерапии.

7. Проанализировать отношение врачей, работающих в психиатрических учреждениях, к современному состоянию и перспективам развития психиатрической помощи, а также изучить психологические особенности сотрудников психиатрических учреждений, влияющие на качество оказываемой ими медицинской помощи.

8. Оценить объем и адекватность используемых диагностических, лечебных и социореабилитационных мероприятий при оказании стационарной психиатрической помощи населению региона.

9. На основании результатов исследования разработать и предложить к внедрению модель организации психиатрической помощи в регионе, отражающую современный биопсихосоциальный подход к оказанию медицинской помощи больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения, и научно обосновать подходы к системе обеспечения качества психиатрической помощи на региональном уровне.

Теоретической и методологической основой исследования послужили труды отечественных и зарубежных учёных в области менеджмента в здравоохранении, законы и нормативные акты Российской Федерации, регулирующие отрасли сферы здравоохранения; общенаучная методология, основанная на рассмотрении различных теоретических подходов к организации системы управления качеством медицинской помощи; материалы и рекомендации научно-практических конференций, посвященных проблемам качества медицинской помощи. Объект изучения – система оказания психиатрической помощи, предметом – региональная модель организации психиатрической помощи населению и сложившаяся система обеспечения ее качества (на примере ЛО).

Для реализации цели и задач исследования была разработана специальная программа, включавшая шесть основных этапов.

На первом этапе был проведен сравнительный анализ динамики показателей общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами населения Ленинградской области и Российской Федерации за период 2000–2012 гг. и составлен прогноз уровня заболеваемости до 2020 года.

Второй этап был посвящен изучению медико-демографического состава пациентов стационарных и амбулаторных учреждений области, оказывающих специализированную психиатрическую помощь.

В ходе выполнения третьего этапа был проведен анализ сети психиатрических учреждений Ленинградской области, основных показателей их деятельности в динамике за 2000–2012 гг., ресурсного обеспечения, в том числе, обеспеченности медицинскими кадрами, уровня их квалификации.

На четвертом этапе было выполнено клинико-психологическое обследование и были проведены социологические опросы пациентов психиатрических учреждений, родственников больных и медицинских работников. При проведении социологических опросов использовались специально разработанные «Анкета изучения мнения пациента о качестве и доступности стационарной психоневрологической помощи» и «Анкета изучения мнения пациента о качестве и доступности амбулаторной психоневрологической помощи». Для исследования субъективной удовлетворенности больных использовался «Опросник субъективной удовлетворенности лечением» (Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д., 2007), для изучения отношения членов семьи пациентов к психофармакотерапии – «Структурированное интервью для родственников» (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2009, 2010). Кроме того, среди врачей и средних медработников было проведено специальное исследование с применением клинико-психологической методики «Системный индекс синдрома перегорания» на основе теста MBI (Maslach Barnout Inventory) (Лозинская Е.И., Лутова Н.Б., Вид В.Д., 2007). Исследование толерантности у психиатров и психотерапевтов осуществлялось с помощью экспресс-опросника «Индекс толерантности» (Солдатова Г.У. и др., 2002) и

краткого опросника качества жизни ВОЗКЖ-26 (WHOQOL-BREF) (WHOQOL Group, 1998; Бурковский Г.В. и др., 1998). Для анкетирования руководителей и врачей психиатрических учреждений была разработана специальная «Анкета изучения мнения врачей и руководителей ЛПУ о качестве и доступности психиатрической помощи».

На пятом этапе была осуществлена оценка качества оказания стационарной психиатрической помощи, включающая оценку объема и адекватности диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий. В ходе экспертизы заполнялась «Карта экспертной оценки лечения больного в психиатрическом стационаре».

Результаты выполненного исследования позволили на шестом, заключительном этапе, разработать многоуровневую модель организации психиатрической помощи населению крупного субъекта РФ и сформулировать научно обоснованные подходы к обеспечению качества психиатрической помощи на всех этапах ее оказания.

В ходе исследования изучались отчетные статистические формы (ф. 36, ф. 10, ф. 30, ф. 14), всего 246 документов официальной статистической отчетности, в которых содержалась информация о 526 443 случаях обращения за психиатрической помощью, из них 453 261 случаев наблюдения в психоневрологических диспансерах (кабинетах) и 73 182 случая стационарного лечения. В экспериментально-психологических исследованиях и социологических опросах участвовали 910 респондентов, из них 415 пациентов, 165 родственников пациентов, 173 врача и 157 медсестер. Также было осуществлено анкетирование 195 работников психиатрических учреждений (83 – амбулаторной службы и 112 – стационарной). Помимо этого, были изучены 1220 «Статистических карт выбывших из психиатрического (наркологического) стационара», проведена экспертная оценка 300 случаев стационарного лечения больных. Общее количество наблюдений составило 2 871 единицу.

В работе применялись следующие методы исследования: клинический, клинико-эпидемиологический, социально-гигиенический, экспериментально-

психологический, социологический, аналитический, исторический, метод экспертных оценок, а также системный анализ, включая методы композиции, декомпозиции, оценки структурной адекватности. Для обработки материала применялись различные статистические методы: расчет экстенсивных и интенсивных показателей, соотношения, динамического ряда, статистических характеристик показателей, дисперсионный и корреляционный анализ, непараметрические методы – критерии Манна-Уитни, Уилкоксона, Фридмана, Краскала-Уолисса. Для качественных и категориальных признаков были построены таблицы сопряженности и рассчитан точный критерий Фишера.

Динамика заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения населения Ленинградской области (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ) была изучена за 2000–2012 годы. Показатель первичной заболеваемости рассчитывался с учетом больных, впервые взятых под динамическое диспансерное наблюдение, и пациентов, впервые обратившихся за консультативно-лечебной помощью. За 13 лет суммарное число таких пациентов увеличилось на 36,1%: с 4178 до 5686 человек. Соответственно, первичная заболеваемость населения области психическими расстройствами увеличилась на 41,9%: с $253{,}0^{0}/_{0000}$ в 2000 году (в РФ – $373{,}5^{0}/_{0000}$) до $359{,}1^{0}/_{0000}$ в 2012 году (в РФ – $328{,}3^{0}/_{0000}$). В течение всего периода наблюдения среди пациентов с впервые выявленными психическими расстройствами отмечалось преобладание лиц мужского пола, доля которых варьировала в разные годы от 50,2% до 59,1%, и городских жителей, которых было от 67,5% до 72,5%. При этом первичная заболеваемость психическими расстройствами сельского населения увеличилась с $227{,}3^{0}/_{0000}$ в 2000 году до $333{,}41^{0}/_{0000}$ в 2012 году (+ 46,7%), а городских жителей – с $267{,}8^{0}/_{0000}$ до $354{,}6^{0}/_{0000}$ (+ 32,4%) соответственно.

Увеличился уровень первичной заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения среди детского населения ЛО (с $694{,}1^{0}/_{0000}$ в 2000 году до $826{,}1^{0}/_{0000}$ в 2012 году, или на 19%). Среди подростков первичная заболеваемость увеличился на 23,4% (с $363{,}8^{0}/_{0000}$ до $448{,}8^{0}/_{0000}$), а среди взрослого населения – на 43% (с $188{,}9^{0}/_{0000}$ до $270{,}1^{0}/_{0000}$ соответственно).

Структура первичной заболеваемости населения региона изменилась следующим образом: органические психические расстройства составили 30,1% в 2000 году и 42,5% в 2012 году; невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства – 23,8% и 20,7% соответственно; поведенческие синдромы, непсихотические расстройства детского и подросткового возраста – 15,7% и 19,5%; умственная отсталость – 15,4% и 8,2%; остальные нозологические группы – 14,9% и 9,1%. В расчете на численность населения наиболее существенно (в 1,8 раза) за 13 лет увеличилась первичная заболеваемость населения органическими психическими расстройствами (с $78{,}3^0/_{0000}$ в 2000 году до $142{,}7^0/_{0000}$ в 2012 году).

При расчете общей заболеваемости учитывались контингенты больных, находившихся под диспансерным наблюдением и получавших консультативно-лечебную помощь. Суммарная их численность увеличилась за 13 лет с 34 667 до 37 176 человек (+ 7,2%). Соответственно, общая заболеваемость выросла с $2156{,}2^0/_{0000}$ в 2000 году (в Российской Федерации – $2716{,}6^0/_{0000}$) до $2230{,}2^0/_{0000}$ в 2012 году (в Российской Федерации – $2858{,}6^0/_{0000}$), т.е. на 3,4%.

Среди пациентов с психическими расстройствами, находившихся под диспансерным наблюдением и получавших консультативно-лечебную помощь, более половины составили мужчины, их доля варьировала от 52,6% до 56,5%. Около трети всех пациентов являлись сельскими жителями, их удельный вес составлял от 29,4% до 34,4% всех амбулаторных пациентов.

Отмечалось существенное снижение (на 29,9%) показателей общей заболеваемости детей психическими расстройствами (с $3741{,}9^0/_{0000}$ в 2000 году до $2623{,}5^0/_{0000}$ в 2012 году). В данных общей заболеваемости подростков и взрослого населения наблюдалась обратная динамика: у подростков распространенность психических расстройств увеличилась на 34% (с $2631{,}53^0/_{0000}$ до $3525{,}7^0/_{0000}$), а у взрослых – на 17,3% (с $1853{,}3^0/_{0000}$ до $2174{,}6^0/_{0000}$ соответственно).

Диагностическая структура амбулаторного контингента пациентов характеризовалась значительным преобладанием пациентов с органическими психическими расстройствами – от 28,5% в 2000 году до 41,4% в 2012 году. В

2000 году пациенты с умственной отсталостью составили 28,4%, а к 2012 году их доля снизилась до 17,4%. Пациенты, страдавшие шизофренией и бредовыми расстройствами, составили 18,0% и 16,1% соответственно. Доля пациентов, наблюдавшихся по поводу невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, увеличилась, соответственно, с 10,6% до 11,9%. За 13 лет в наибольшей степени выросла общая заболеваемость органическими психическими расстройствами – с $614{,}8^0/_{0000}$ до $908{,}3^0/_{0000}$, невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами – с $228{,}7^0/_{0000}$ до $261{,}8^0/_{0000}$, а в наибольшей степени снизилась болезненность умственной отсталостью – с $611{,}4^0/_{0000}$ до $381{,}7^0/_{0000}$ и расстройствами личности и поведения у взрослых – с $47{,}2^0/_{0000}$ до $28{,}1^0/_{0000}$.

При помощи моделей линейной регрессии были построены прогнозы заболеваемости населения ЛО психическими расстройствами до 2020 года. Расчеты показали, что уже к 2017 году распространенность психических расстройств среди населения области будет соответствовать уровню этого показателя в РФ (3250 ± 175 случаев на 100 000 населения), а к 2020 году показатель общей заболеваемости населения области психическими расстройствами ($3454 \pm 215{,}5^0/_{0000}$) превысит на 3,4% общероссийской показатель ($3336 \pm 163{,}5^0/_{0000}$). Таким образом, к 2020 году прогнозируется увеличение показателей общей заболеваемости населения области психическими расстройствами на 25,0%, а первичной – на 10,0%.

Эти прогнозы могут оправдаться при сохранении существующего положения в организации психиатрической помощи населению. При этом предполагается, что увеличение заболеваемости будет происходить в основном за счет непсихотических форм психических расстройств и расстройств поведения. Такая ситуация требует проведения определенных организационных изменений в структуре психиатрической помощи, нацеленных, прежде всего, на взаимодействие психиатров с медицинскими работниками первичного звена, усиление профилактической работы среди населения, развитие реабилитационной направленности психиатрической помощи.

Анализ медико-демографического состава больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения, получавших специализированную психиатрическую помощь в стационарных и амбулаторных условиях показал, что возрастной состав пациентов психиатрических больниц характеризовался значительным преобладанием взрослых пациентов, причем их доля увеличилась с 82,1% в 2000 году до 93,5% в 2012 году. А доли находившихся на стационарном лечении в 2000 году детей и подростков (6,8% детей и 11,1% подростков), к 2012 году существенно снизились и распределились в обратной пропорции (соответственно 4,0% и 2,6%).

В диагностической структуре контингента пациентов психиатрических стационаров ЛО за 2000–2012 гг. не произошло существенного перераспределения, хотя удельный вес различных диагностических групп изменился. Среди пациентов психиатрических больниц наибольшую часть составили больные, лечившиеся по поводу шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств – 41,6% в 2000 году и 37,0% в 2012 году. Пациенты с органическими психическими заболеваниями, включавшими и симптоматические (соматогенные) психические расстройства, составили, соответственно, 28,0% и 26,3%. Пациенты с умственной отсталостью в 2000 году составили 16,9%, а в 2012 году – 10,2%, больные с непсихотическими расстройствами – 10,3% и 13,7% соответственно. Доля пациентов с аффективными психозами уменьшилась за 10 лет с 3,1% до 1,0%.

В течение 13-летнего периода наблюдения отмечалась тенденция к росту общей численности контингента больных, наблюдавшихся амбулаторной психиатрической службой. Число пациентов, находившихся на диспансерном учете и под консультативным наблюдением, увеличилось на 12,5% (с 31 209 человек в 2000 году до 35 107 человек в 2012 году). Бóльшую часть из них составили пациенты в возрасте 18 лет и старше, причем доля их увеличилась с 74,0% в 2000 году до 81,6% в 2012 году, детей было 19,0% и 14,7%, а подростков – 7,0% и 3,6% соответственно. Таким образом, основной прирост контингента амбулаторных психиатрических учреждений был обеспечен за счет

взрослых пациентов. Отмечалось и преобладание пациентов мужского пола, удельный вес которых варьировал от 52,6% до 56,2%. Необходимо обратить внимание на снижение доли сельских жителей среди пациентов, наблюдавшихся психиатрами в амбулаторных условиях: 34,2% в 2000 году до 26,0% в 2009 году.

В соответствии со статьей 26 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (1992), амбулаторная психиатрическая помощь лицу, страдающему психическим расстройством, в зависимости от медицинских показаний, оказывается в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения. В 2000 году под диспансерным наблюдением находилось 18 619 больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения, а в 2012 году – 11 943 (– 35,5%). При этом в 1,8 раза увеличилось число пациентов консультативной группы (с 12 590 до 23 164 человек соответственно). В 2012 году больных, находившихся под диспансерным наблюдением, было 34%, а получавших лечебно-консультативную помощь – 66%.

Весьма существенные различия были выявлены при изучении диагностической структуры контингента пациентов, состоявших на диспансерном учете, и получавших консультативно-лечебную помощь. В группе диспансерных больных и в 2000 году, и в 2012 году преобладали пациенты с психозами и слабоумием (53,7% и 64,3%), пациенты с умственной отсталостью составили 36,0% и 25,8% соответственно, а наблюдавшиеся по поводу непсихотических расстройств – 10,3% и 9,9%. В консультативной группе преобладали больные с непсихотическими психическими расстройствами (58,6% и 56,9%), На втором месте в 2000 году были пациенты с умственной отсталостью (22,3%), а в 2012 году – с психозами и состояниями слабоумия (29,9%). Третье место в 2000 году принадлежало больным с психозами (19,1%), а в 2012 году – с умственной отсталостью (13,2%).

Наряду с заболеваемостью была изучена динамика показателей инвалидности вследствие психических расстройств. Число инвалидов с психическими расстройствами увеличилось за 13 лет на 10,1%. В общем числе инвалидов подавляющее большинство (от 88% до 91%) составляли больные,

имевшие I–II группы инвалидности, на долю инвалидов III группы приходилось 3–4%, и 6–8% составляли дети-инвалиды в возрасте до 17 лет. В структуре больных-инвалидов по нозологическим формам от 29% до 33% приходилось на больных, страдавших шизофренией, от 27% до 31% – умственной отсталостью, от 10% до 14% – эпилепсией, от 3% до 7% – хроническими неорганическими психозами и от 19% до 25% – другими психическими расстройствами.

Обращает на себя внимание, что в последние годы увеличилось число инвалидов среди пациентов не только диспансерной, но и консультативной групп. Число инвалидов в расчете на 100 000 населения и на 100 больных диспансерной группы в Ленинградской области превышало аналогичные показатели в Российской Федерации в 1,4–1,9 раза. Такие данные свидетельствовали о недостаточности лечебной, социально-психологической и трудовой реабилитации психически больных в ЛО, что приводило к ухудшению прогноза психического заболевания и, как следствие, к более высокой инвалидизации пациентов.

В структуру психиатрической службы Ленинградской области входит ЛОПНД со стационарными отделениями в пп. Рощино и Сланцы, Дружносельская, Ульяновская, Свирская психиатрические больницы и психиатрические отделения в Тихвинском областном наркологическом диспансере. Указанные учреждения находятся в подчинении областной администрации. Амбулаторная психиатрическая помощь оказывается также в районных психоневрологических кабинетах в составе ЦРБ, находящихся в ведении администрации районов. ЛОПНД оказывает врачам районных психоневрологических кабинетов консультационно-методическую помощь. В системе скорой медицинской помощи ЛО отсутствуют специализированные психиатрические бригады, а их роль выполняют линейные бригады.

Административно-территориальное деление ЛО включает 17 муниципальных районов. В 2000 году на территории области функционировало 18 психоневрологических кабинетов (по одному в каждом из районов, и два в Выборгском районе – в г. Выборге и п. Рощино), в этих кабинетах психиатрами были заняты 45,5 штатной должности. В 2012 году в области работало уже 25

психоневрологических кабинетов, в которых врачами-психиатрами было занято 47,0 штатных должностей, а психотерапевтами – 1,5 должности. Показатели укомплектованности штатов врачей-психиатров для взрослого населения в течение всего десятилетнего периода составляли 100,0%, за исключением 2001 года и 2007 года, когда штаты были укомплектованы на 85,6% и 72,0% соответственно. Штаты врачей-психиатров для детей и подростков в 2000–2001 годах были укомплектованы на 72,7%, а в последующие годы на 100,0%.

В стационарном звене произошло сокращение числа штатных должностей врачей-психиатров (на 10,8%), занятых должностей (на 6,6%) и количества физических лиц (на 34,6%). Коэффициент совместительства вырос с 1,8 в 2000 году до 2,6 в 2009 году и значительно превышал общероссийские показатели (1,61 в 2009 году). Показатель укомплектованности кадрами врачей-психиатров в психиатрических больницах изменялся мало и составлял порядка 94–98%.

Изучаемый период времени характеризовался практически полным разрушением стационарной психотерапевтической службы. Штатная численность психотерапевтов сократилась в 10 раз, а на занятых должностях врачей-психотерапевтов числились по совместительству стационарные врачи-психиатры, которые далеко не всегда имели сертификаты врача-психотерапевта и не всегда проводили непосредственную психотерапевтическую работу с больными. Лишь в 2011 году в стационарном звене появился сертифицированный врач-психотерапевт, однако говорить о каком-то существенном прорыве в плане охвата больных психотерапевтической помощью по-прежнему не приходилось.

По сравнению с амбулаторной службой, ситуация со специалистами с немедицинским образованием, оказывавшими социально-психологическую помощь в психиатрических стационарах, выглядела более благоприятной. Увеличилась как штатная численность медицинских психологов и социальных работников, так и физических лиц – специалистов. Так, число медицинских психологов увеличилось с 3 до 13 человек (более чем в 4 раза), а социальных работников – с 14 до 20 человек (в 1,4 раза). Коэффициент совместительства психологов на 2009 год составил 1,17, социальных работников – 1,19.

С 2000 по 2012 годы коечный фонд психиатрически больниц ЛО сократился с 1820 до 1385 коек (на 23,9%). Обеспеченность койками снизилась с 11,3 до 8,4 коек на 10 000 населения (на 25,7%). Для сравнения, в РФ этот показатель составлял в те же годы соответственно 12,0 и 10,4 койки.

Сокращение коечного фонда психиатрических больниц оказало существенное влияние на уровень госпитализации, который снизился с 348,2$^{0}/_{0000}$ до 300,8$^{0}/_{0000}$ соответственно (в РФ аналогичный показатель в 2012 году составил 448,8$^{0}/_{0000}$). Ежегодные показатели уровня госпитализации в психиатрические стационары ЛО оказывались на 22–38% ниже общероссийских, а в расчете на численность населения эта разница составляла порядка 110$^{0}/_{0000}$–150$^{0}/_{0000}$ Уровень госпитализации уменьшился и среди сельского населения (с 638,8$^{0}/_{0000}$ до 492,1$^{0}/_{0000}$), и среди городского (с 421,3$^{0}/_{0000}$ до 266,7$^{0}/_{0000}$). Программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи установлен норматив – 6,0 случаев госпитализации в год на психиатрические койки из расчета на 1000 населения. В течение всего периода наблюдения отмечался более высокий уровень госпитализации сельских жителей, чем городских, что являлось косвенным признаком низкой доступности амбулаторной психиатрической помощи для сельского контингента населения ЛО.

Средний срок госпитализации в ЛО в 2000–2012 годах изменялся неравномерно как в общей когорте психически больных, так и по отдельным диагностическим группам. Так, период 2000–2002 гг. характеризовался тенденцией к снижению этого показателя (с 80,5 до 73,1 койко-дней)), а затем наблюдался нелинейный его подъем с максимальными значениями в 2009 году (112,7 койко-дней). С 2010 по 2012 гг. регистрировалось значительное сокращение сроков госпитализации (до 74,4 койко-дней), соответствовавшее проводимым в последние годы реформам в сфере здравоохранения, в то время как рекомендуемый Программой государственных гарантий норматив длительности лечения больных на психиатрических койках составлял в 2011 году 79,5 койко-дней. Самый длительный срок госпитализации приходился на долю больных, страдавших шизофренией, несколько меньший был в группе больных с психозами

и слабоумием. В группе больных с умственной отсталостью средний срок госпитализации занимал третью по длительности позицию, а самыми короткими оказались сроки лечения больных с невротическими расстройствами и с заболеваниями, вызванными употреблением ПАВ.

Наиболее вероятными причинами длительного среднего срока стационарного лечения в ЛО, помимо высокого процента госпитализаций длительностью более 1 года «по социальным показаниям» и в связи с назначением принудительного лечения, стали: утяжеление контингента стационарных больных (преобладание больных с психозами и слабоумием); отсутствие стационарзамещающих форм помощи; нехватка технологий, направленных на медицинскую и социальную (в том числе трудовую) реабилитацию; отсутствие эффективной системы социальной поддержки и сопровождения психически больных и инвалидов; нехватка мест в психоневрологических интернатах.

Значительная часть длительных госпитализаций в стационары ЛО приходилась на больных, которым было назначено принудительное лечение. В общем контингенте госпитализированных больных их доля составляла 2–3%, однако средняя длительность пребывания на койке таких больных постоянно росла (с 379,4 дня в 2000 году до 593,4 в 2009 году). Причем среди больных, направленных на принудительное лечение, сохранялся довольно высокий процент повторных правонарушений и назначения повторных сроков принудительного лечения (в 2008 году «больные-рецидивисты» составляли 29% всех больных, находившихся на принудительном лечении, в 2009 году – 10%).

К сожалению, сокращение коечного фонда и снижение уровня госпитализации не сопровождались развитием полу- и внестационарных форм помощи в регионе. В 2000–2006 годах в области существовал лишь один дневной стационар (ДС) на 9–11 койко-мест, с 2007 года он не функционировал. Лишь в 2010 году были открыты два ДС – в Выборге (на 10 койко-мест) и в Гатчине (на 5 койко-мест), но мощность этих учреждений не обеспечивала потребности в полустационарных формах лечения. В какой-то мере этот недостаток

компенсировался внедрением бригадного метода обслуживания населения. В 2010 году бригадным методом было обслужено 1605 больных, или 26% от числа пролеченных больных (годовой норматив – 27%, выполнение – 96%). В 2011 году эти показатели составили 1574 человека, или 26,4% от числа пользованных больных (норматив – 34%, выполнение – 77,6%), в 2012 г. – 1627 больных, или 34,4% (годовой норматив – 40%, выполнение – 85,8%). С конца 90-х годов прошлого столетия были упразднены лечебно-трудовые мастерские, и до сегодняшнего дня трудовая реабилитация психически больных практически не проводилась.

Приходится констатировать, что провозглашенная на федеральном уровне модернизация психиатрической службы в части, касающейся реформы психиатрических стационаров, сопровождалась сокращением коечного психиатрического фонда в регионе без подкрепления организационными процессами, позволявшими амбулаторной службе в необходимой мере оказывать медицинскую помощь и осуществлять медико-социальную реабилитацию пациентов во внестационарных условиях.

В ходе исследования был проведен комплексный анализ социально-психологических особенностей участников процесса оказания психиатрической помощи. Были изучены различные субъективные характеристики, прямо или опосредованно позволявшие оценивать качество оказываемой психиатрической помощи.

Из числа пациентов ДПБ, заполнивших «Анкету изучения мнения пациента о качестве и доступности стационарной медицинской помощи» (30 человек), три четверти респондентов максимально высоко (на «5» баллов) оценили отношение лечащих врачей к больным, и две трети – столь же высоко отношение к больным медсестер и младшего медицинского персонала. Респонденты также высоко оценили и качество медицинской помощи, оказываемой в стационаре, более 80% сочли его «хорошим» и «отличным». Ранжирование причин неудовлетворенности пациентов показало, что наиболее часто в анкетах отмечались плохое санитарно-гигиеническое состояние мест общего пользования (36,7%) и палат (8,9%), плохое

качество питания (12,2%) и недостаточное медикаментозное обеспечение (7,7%). Эти данные свидетельствовали, что пациентов волновало не только качество лечения, но и условия пребывания в стационаре.

Среди больных, наблюдавшихся в психоневрологических диспансерах и кабинетах и ответивших на вопросы «Анкеты изучения мнения пациента о качестве и доступности амбулаторной медицинской помощи» (44 человека), 45,4% опрошенных тратили на дорогу более 2 часов и 43,2% – от 1 до 2 часов, испытывая при этом небольшие (38,6%), значительные (59,1%) и исключительные (2,3%) затруднения. При этом 90% респондентов проводили не более 15 мин в ожидании очереди в регистратуру и 81,8% – в ожидании приема врача, однако 4,5% опрошенных ожидали приема врача более 1 часа. Только 47,7% респондентов считали, что им были проведены все необходимые диагностические процедуры, а 52,3% – что им было правильно назначено лечение. Приобретение назначенных лекарственных препаратов вызывало у 56,8% пациентов значительные материальные затруднения. Побочные действия лекарств встречались у 93,2% больных, в том числе: постоянно – 4,5%, почти всегда – 11,4%, часто – 65,9%, редко 11,4%.

68,2% пациентов были удовлетворены качеством оказываемой им амбулаторной психиатрической помощи. 18,2% опрошенных оценили свою удовлетворенность как низкую, а 13,6% не были удовлетворены исследуемыми параметрами медицинской помощи. При ранжировании причин неудовлетворенности наиболее низкий рейтинг получили обеспечение медикаментами, комфортность помещений и оснащение ЛПУ диагностическим оборудование, а наивысший ранг – отношение к пациентам врачей и медсестер, качество лечения и психологическая атмосфера в ЛПУ.

Исследование, проведенное с помощью «Опросника субъективной удовлетворенности лечением» (341 больной), показало, что пациенты были наиболее удовлетворены теми характеристиками психиатрической помощи, которые связаны с межличностными отношениями в системе «врач–больной» (или «потребитель–поставщик»): отношением врачей и медицинского персонала,

их внимательностью, эмпатичностью, общей психологической атмосферой в медицинском учреждении. Также довольно высоко пациенты оценили удовлетворенность непосредственными результатами обследования и лечения.

При повторном обследовании наблюдалось достоверное повышение таких показателей, как «Результаты лечения», «Отношения врач–больной», «Бытовые условия и окружающая обстановка», а также суммарного показателя субъективной удовлетворенности. Показатель субшкалы «Стигматизация» достоверно не изменился. Повышение значений показателей «Результаты лечения», «Отношения врач–больной» было обусловлено тем, что врачи и медицинский персонал, получившие информацию об удовлетворенности пациентов лечением при первом обследовании, стали уделять больше внимания созданию психологически комфортной обстановке в отделениях, нуждам и потребностям пациентов. Это привело к улучшению адаптации пациентов, повышению доверия к врачам и, как следствие, к улучшению комплайенса. Изменения показателя «Бытовые условия и окружающая обстановка» объяснялись, скорее всего, происходящими ремонтными работами, улучшением качества питания, улучшением санитарного состояния палат и мест общего пользования и т. п.

Некоторые индикаторы «качества структуры» (субшкала «Бытовые условия и окружающая обстановка»), отражавшие материально-техническое и лекарственное обеспечение, удобство территориального расположения, состояние и комфортность помещений, а также возможность приобретать необходимые медикаменты, получили у пациентов наиболее низкие оценки. Обращает на себя внимание и то, что в наименьшей степени больные были удовлетворены отношением социума к психиатрии в целом и своему статусу психиатрического пациента. Стабильно низкие оценки по субшкале «Стигматизация» отражали опасения респондентов, что контакт с психиатрией может приводить к различным социальным, профессиональным и правовым ограничениям.

Результаты изучения отношения родственников к проводимой больным психофармакотерапии с помощью «Структурированного интервью для

родственников» (165 человек) показали, что в 50,3% случаев у родственников было представлено конструктивное отношение «Поддерживающего типа». Небольшой процент (7%) родственников с «Манипулирующим» типом поведения и отсутствие «Враждебного» и «Отстраненного» типов у родственников больных свидетельствовали о невысоком уровне конфликтных ситуаций в семьях душевнобольных в плане отношения к медикаментозному лечению. Тем не менее, 43% родственников были отнесены к «Неопределенному» типу без четкого позитивного или негативного отношения к психофармакотерапии. Такой тип может являться «мишенью» для психообразования в среде ближайшего окружения психически больного с целью формирования осознанного положительного отношения к лечению.

С помощью специально разработанной «Анкеты изучения мнения врачей и руководителей ЛПУ о качестве и доступности психиатрической помощи» был проведен социологический опрос (63 респондента из различных регионов РФ), по результатам которого были сформулированы выводы относительно мнения врачей и руководителей психиатрических учреждений о существующей системе психиатрической помощи. 52,6% опрошенных высказали неудовлетворенность существующим законодательством в области психиатрии, которое требует существенных доработок и в современном виде, несмотря на решение многих правовых вопросов и фокусировку внимания на правах пациента, по сравнению с советским периодом, является источником актуальных проблем. 68,2% респондентов высказали существенные замечания к организации амбулаторной и стационарной психиатрической помощи в РФ. По мнению 46% опрошенных, требуется определенная модернизация существующей системы психиатрической помощи.

Большинство (82,5%) респондентов указали, что рабочая нагрузка на врачей-психиатров значительно возросла за последние пять лет, при этом 68,3% опрошенных считали ее слишком высокой и не отвечающей нормативам, а 46% связывали ее увеличение с ростом заболеваемости психическими расстройствами. Респонденты указали на недостаточную укомплектованность штатов в своих ЛПУ

всеми специалистами – врачами (69,8%), психологами (50,8%), специалистами по социальной работе (63,5%), средним (57,1%) и младшим (66,7%) медицинским персоналом, – что, естественно, приводило к возрастанию нагрузки на сотрудников.

Следует особо подчеркнуть наличие существенной части низких (20–38%) и неудовлетворительных (7–30%) оценок в ответах, касающихся санитарного состояния помещений, оснащения медицинской и компьютерной техникой, лекарственного обеспечения. Недостаточность финансирования и слабо развитая материально-техническая база психиатрических учреждений являлись, по мнению участников опроса, одной из наиболее значимых проблем, существенно снижавших качество медицинской помощи населению. Однако условия труда врачей, среднего и младшего медицинского персонала не менее половины респондентов оценили как «хорошие» и «отличные».

Ожидания врачей-психиатров и руководителей психиатрических ЛПУ относительно развития психиатрической помощи в России сводились к следующим положениям: совершенствование законодательной базы в области психиатрии; модернизация (но не кардинальная перестройка) существующей системы психиатрической помощи; увеличение финансирования и развития материально-технической базы психиатрических учреждений; ликвидация кадрового дефицита, в том числе путем увеличения заработной платы, усиления социальной защищенности и поднятием престижа профессии; создание доступной системы непрерывного профессионального образования.

С целью изучения основных параметров синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников амбулаторных и стационарных психиатрических учреждений было проведено исследование с помощью клинико-психологической методики «Системный индекс синдрома перегорания» (183 медицинских работника). Были выявлены значимые различия по параметру «скука» и «системный индекс» синдрома выгорания в исследовательских группах: врачи и средний персонал в ПБ были более подвержены формированию синдрома выгорания, чем в ПНД. У сотрудников стационарных учреждений были выявлены

положительные корреляционные связи между указанными показателями и стажем работы, а также длительностью случаев временной нетрудоспособности. Иными словами, длительное время работы в психиатрическом стационаре приводило к развитию синдрома выгорания, что проявлялось в увеличении сроков, проводимых сотрудниками на больничных листах.

Медицинские работники психиатрических учреждений в большинстве случаев субъективно не ощущали разочарования в выбранной профессии, несмотря на то, что статистические данные указывали на высокий уровень неудовлетворенности профессиональными достижениями, а в общении с пациентами у них были выражены такие проявления синдрома выгорания как безразличие, формальное выполнение профессиональных обязанностей, снижение способности к эмпатии. Медицинские сестры и врачи ПБ достоверно чаще разочаровывались в своей работе, чем медицинские работники ПНД. Самый низкий уровень показателя «деперсонализации» был выявлен в группе врачей ПНД, а самый высокий – в группе среднего медицинского персонала ПБ, что объяснялось необходимостью медицинских сестер больше времени проводить в непосредственном общении с психически больными.

С целью изучения толерантности у специалистов, работающих в сфере психиатрии и психотерапии, а также взаимосвязи толерантности, различных аспектов образования и КЖ было проведено исследование с использованием экспресс-опросника «Индекс толерантности» и краткого опросника качества жизни ВОЗКЖ-26 (WHOQOL-BREF). Испытуемые (85 человек) были разделены на 3 группы, исходя из характера профессии. Группа 1 – психиатры, группа 2 – психотерапевты (врачи-психотерапевты и психологи, активно использующие методы психотерапевтической и психологической коррекции), группа 3 – психиатры-психотерапевты (врачи-психиатры, совмещающие работу в качестве и психиатров, и психотерапевтов).

В целом специалисты показали уровень толерантности на границе среднего и высокого (средний уровень – 61–99 баллов, высокий – более 100). При сравнении показателей толерантности в трех указанных группах выявлено, что у

психиатров-психотерапевтов уровень общей и этнической толерантности достоверно выше, чем у психиатров и недостоверно выше, чем у психотерапевтов. Социальная толерантность также недостоверно выше в третьей группе. Можно предположить, что наличие двух систем в подходе к пациенту – медицинской (биологически-ориентированной) и психологической (гуманистической) увеличивает возможность специалиста принять различные взгляды, идеи, мировоззренческие позиции и т.д.

У психиатров показатели психической и социальной сферы КЖ были статистически значимо выше ($p < 0,001$), чем показатели физической сферы, а у психотерапевтов – оценка психической сферы была значимо выше, чем физической сферы, социальной сферы и окружающей среды (для всех $p < 0,001$). В группе психиатров-психотерапевтов показатели всех четырех сфер получили сходные оценки, и статистически значимых различий здесь получено не было.

Была выявлена отрицательная взаимосвязь ($p < 0,05$) между толерантностью как чертой личности и КЖ в сфере окружающей среды, имевшая, однако, слабый характер (коэффициент корреляции $r = –0,25$). То есть более высоко воспринимаемое КЖ специалиста в сфере его взаимодействия с окружающей средой (удовлетворенность материальным достатком, окружением, информацией и т.д.) было связано с более негативным отношением к окружающему миру. И наоборот, чем хуже респондент оценивал качество своего окружения, тем выше была толерантность как черта характера.

Показатели толерантности как черты личности статистически значимо были выше у специалистов, имевших второе высшее образование и регулярно получавших послевузовское образование. У лиц, принимавших участие в дополнительных тренингах (супервизии, интервизии и балинтовские группы), был достоверно выше уровень практически всех показателей толерантности.

В ходе исследования была проведена экспертная оценка лечения пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в психиатрических больницах. В связи с тем, что на момент проведения данного этапа исследования отсутствовали утвержденные стандарты специализированной медицинской

помощи при психических расстройствах, нами проводилась нестандартизованная экспертная оценка случаев стационарного лечения больных. Качество медицинской помощи определялось методом интегрированной оценки, а инструментом, позволявшим количественно оценивать качественную сторону процесса оказания медицинской помощи, послужила специально разработанная «Карта экспертной оценки лечения пациента в психиатрическом стационаре».

Экспертной оценке были подвергнуты 300 стационарных историй болезни взрослых пациентов, находившихся на лечении в Дружносельской психиатрической больнице. Из общей группы больных 91% составили пациенты с психическими расстройствами, а 9% – больные наркологического профиля. По диагностическим группам пациенты распределились следующим образом: шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства – 148 человек (49,3%); деменции различной этиологии – 75 человек (25%); алкогольные психозы – 27 (9%); органические психические и поведенческие расстройства – 23 (7,7%); умственная отсталость – 17 (5,7%); аффективные расстройства – 10 (3,3%).

Отдельные вопросы и параметры разделов оказания помощи оценивались по 3-балльной шкале. Общая оценка по разделу «Сбор информации о пациенте» оказалась достаточно высокая – 2,91 ± 0,04 балла, т.е. «отлично». Практически во всех историях болезни были представлены существенные данные по анамнезу жизни и заболевания, имелись копии медицинских сведений из психоневрологических диспансеров (кабинетов) и психиатрических стационаров, прилагались копии документов, подтверждающих статус опекуна для недееспособных больных. Замечания по разделу «Сбор информации о пациенте» (недостатки сбора объективного анамнеза) имелись лишь в 2 случаях (0,7% экспертируемых документов), оба случая были связаны с первичными госпитализациями.

Общая оценка историй болезни по разделу «Диагностические исследования» оказалась ниже, чем у блока «Сбор информации о пациенте», и составила 2,11 ± 0,05 балла, т.е. на нижней границе оценки «хорошо». Почти 90% историй болезни получили замечания по разделу «Диагностические

исследования». Наибольшая часть замечаний была связана с отсутствием повторных анализов через 30 дней от начала госпитализации (65%), плановых консультаций специалистов при поступлении – терапевта (25%), невролога (34%), окулиста (60%), гинеколога (20% женщин), данных инструментального обследования (70%).

Среди причин недовыполнения нормативов по разделу «Диагностические исследования», были выделены следующие: отсутствие медицинской диагностической техники для проведения исследований; отсутствие взаимодействия с другими медицинскими учреждениями, такую технику имеющими; отсутствие внутренней организационно-распорядительной документации, регламентирующей объем и срок выполнения диагностических исследований и процедур; недостаточный внутренний контроль выполнения диагностических мероприятий.

В целом общая оценка по разделу «Лечебные мероприятия» оказалась на уровне «хорошей» – $2{,}46 \pm 0{,}12$ балла. Эффект от проводимой терапии был полностью отражен в 66% историй болезни. Соответствие терапии выставленному диагнозу было отмечено в 95% историях болезни, клиническим рекомендациям – в 75%. Комбинации назначаемых лекарственных препаратов были признаны рациональными в 74% случаев. Однако важно подчеркнуть, что примерно четверть пациентов получала в стационаре медикаментозное лечение, не соответствовавшее нормативным рекомендациям и не отвечавшее критериям рациональной психофармакотерапии. Основными замечаний были: назначение трех и более препаратов одной группы, полипрагмазия, нерациональные комбинации препаратов, отсутствие сосудистой и нейрометаболической терапии при наличии показаний, отсутствие или несвоевременное назначение антидепрессантов при наличии показаний, необоснованно длительное назначение нейролептиков в инъекционной форме, неадекватная доза лекарственных средств.

Общая оценка по разделу «Оформление медицинской документации» оказалась самой низкой – на уровне «удовлетворительной» ($1{,}82 \pm 0{,}10$ балла). 267 историй болезни (89%) получили замечания по оформлению и качеству

ведения записей. Максимальное число замечаний вызвало оформление комиссионного осмотра на выписку. Неинформативные, скудные, формальные статусы и дневниковые записи были отмечены в половине историй болезни, в трети случаев – дефекты оформления комиссионного осмотра при поступлении больного, которые заключались в формальном описании статуса пациента, неполном соответствии описываемого статуса пациента устанавливаемому диагнозу, отсутствии обоснования диагноза и плана лечения.

Общая интегративная оценка по всем разделам составила $2{,}3 \pm 0{,}05$ балла («хорошо»). Несмотря на хороший уровень интегрированного показателя качества стационарной психиатрической помощи, в ходе анализа были выявлены следующие нарушения: недовыполенение плановых диагностических нормативов; нерациональная психофармакотерапия; дефицит реабилитационных мероприятий; отсутствие внутренней организационно-распорядительной документации, регламентирующей объем и срок выполнения диагностических исследований и процедур и требования к ведению медицинской документации; недостаточный внутренний контроль качества ведения документации.

Указанные основные недостатки вполне могут быть устранены, с одной стороны, путем более четкой регламентации требований на административном уровне (информационные сообщения на общебольничных конференциях, издание соответствующих приказов и инструкций и т.п., усиление контроля со стороны заведующих отделений, начмедов, создание группы экспертов по качеству, система взысканий и поощрений за выявленные нарушения или отсутствие таковых и т.п.), а с другой – повышением уровня профессиональной компетентности врачей, проведением регулярных лекций, семинаров на тему современных подходов и методов психофармакотерапии, психотерапии и реабилитации при различных психических расстройствах.

В связи с утверждением в 2011 г. Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения и в 2012 г. – стандартов первичной медико-санитарной, специализированной и скорой медицинской помощи при различных психических расстройствах, в дальнейшем в

ходе экспертной оценки необходимо проводить сопоставление объема и кратности фактических лечебно-диагностических мероприятий с нормативами, регламентированными стандартами.

На заключительном этапе исследования была разработана региональная модель организации психиатрической помощи и подходов к обеспечению ее качества. В качестве прототипа была использована концепция, разработанная специалистами ВОЗ (Pincus H., 1987; Mechanic D., 1997; WHO, 2001; Bower P., Gilbody S., 2005), с учетом основных задач и направлений реформирования психиатрической помощи в Российской Федерации (Гурович И.Я., 2005, 2007, 2009; Чуркин А.А., 2009; Александровский А.А., 2009). На ее основе с использованием результатов настоящего исследования и с помощью методов системного анализа была разработана многоуровневая модель организации психиатрической медицинской помощи населению ЛО. Модель графически может быть представлена в виде пирамиды. По направлению от основания пирамиды к ее вершине уменьшается численность обслуживаемых групп населения и контингентов больных с психическими расстройствами, и повышается степень специализации оказываемой психиатрической помощи. В обратном направлении – от вершины пирамиды к ее основанию – увеличивается объем и разнообразие методов профилактики. На уровне основания применяются общие неспецифические меры первичной профилактики, по мере приближения к вершине – все более специфические и индивидуальные меры вторичной и третичной профилактики.

Такая модель позволяет охватить работу с психически больными на всех уровнях, начиная от общей и индивидуальной первичной профилактики психических расстройств, скринингового обследования популяции в первичном звене здравоохранения, систематического выявления случаев заболевания и определения групп риска и до оказания специализированной психиатрической помощи. Следует также отметить, что в предлагаемой модели сохраняются фильтры между обществом и психиатрической службой, сложившиеся в действующей до настоящего времени системе оказания психиатрической помощи. Но, если в

действующей системе эти фильтры не всегда легко проницаемы для больных с психическими расстройствами, и не все нуждающиеся имеют возможность своевременно получать специализированную психиатрическую помощь, то предложенная многоуровневая модель позволяет снизить порог проницаемости этих фильтров за счет тесного взаимодействия ее уровней.

Предлагаемая модель позволяет, во-первых, оптимизировать нагрузку специализированной психиатрической службы за счет делегирования некоторых функций по психопрофилактике, выявлению групп населения с повышенным рисом развития психических расстройств и расстройств поведения учреждениям, оказывающим населению первичную медицинскую помощь. Во-вторых, для каждого уровня определены как потребители медицинских услуг по профилактике, диагностике и лечению психических расстройств, так и субъекты, оказывающие эти услуги. Эти составляющие, по сути, позволяют обеспечить качество структуры региональной психиатрической службы.

Формирование многоуровневой модели организации психиатрической службы в крупном субъекте Российской Федерации является одним из основных, но не единственным элементом системы обеспечения качества психиатрической помощи населению. Данная система должна включать перечень мероприятий, позволяющих обеспечить качество всех традиционно выделяемых его компонентов: структуры, технологии и результата. Прежде всего, мощность психиатрических больниц и психоневрологических диспансеров должны обеспечивать возможность выполнения рекомендуемых Программой государственных гарантий нормативов стационарной и амбулаторной психиатрической помощи, с учетом прогностических данных об увеличении заболеваемости населения психическими расстройствами.

Важнейшими элементами структурного качества психиатрической помощи являются здания и помещения учреждений здравоохранения, предназначенные для оказания психиатрической помощи. Необходимо отметить, что, как и в большинстве регионов страны, психиатрические больницы ЛО расположены не в типовых зданиях, соответствующих их функциональной направленности.

Поэтому их пространственно-планировочная структура не вполне соответствует выполняемым задачам, не учитывает функциональную направленность помещений, медико-социальные характеристики больных, а также противоречит современным строительным нормам и правилам (СНиП 31-06-2009), санитарным правилам и нормам (СанПиН 2.1.3.2630-10) и требованиям противопожарной безопасности.

Следствием централизации стационарной психиатрической помощи становится увеличение радиуса обслуживания и снижение территориальной доступности стационарной помощи для больных с психическими расстройствами, что наряду с длительной госпитализацией пациентов является одной из причин ослабления социальных связей, прежде всего, внутрисемейных. К сожалению, из-за низкой плотности и относительно небольшой численности населения даже в самых крупных районных центрах, строительство новых психиатрических больниц в Ленинградской области нецелесообразно. Поэтому для решения данной проблемы особенно актуальным является развитие стационарзамещающих технологий и создание дневных стационаров на базе как психиатрических больниц, так и психоневрологических диспансеров и кабинетов, что предусмотрено Порядком оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения.

Не менее важным элементом структурного качества является материально-техническое оснащение учреждений и подразделений, предназначенных для оказания медицинской помощи больным с психическими и поведенческими расстройствами, в том числе обеспечение современным оборудованием для проведения реабилитационных мероприятий, техническими средствами реабилитации, функциональной мебелью, современными лекарственными препаратами. Порядок оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения включает описание этапов, правил организации деятельности подразделений, стандарты оснащения и рекомендуемые штатные нормативы медицинских учреждений и их структурных подразделений, оказывающих психиатрическую помощь населению.

Обеспечение качества структуры медицинской помощи предусматривает и укомплектованность штатов квалифицированными медицинскими кадрами. Причем предлагаемая многоуровневая модель организации психиатрической помощи требует повышения качества подготовки не только врачей-психиатров, психотерапевтов, психологов, социальных работников. Необходимо ввести и соответствующие разделы по психиатрии (в том числе, по психопрофилактике, ранней диагностике симптомов психических расстройств, медико-социальной реабилитации больных и т.д.) в программы последипломной подготовки врачей первичного звена здравоохранения. Наряду с повышением качества подготовки специалистов, участвующих в оказании медицинской помощи больным психиатрического профиля, необходимо проведение комплекса мероприятий, направленных на улучшение условий труда медицинских работников с целью профилактики синдрома эмоционального выгорания и повышения уровня их толерантности.

К элементам структурного качества принято относить и формирование системы контроля качества оказания медицинской помощи, как на уровне учреждения, так и на уровне региона. В этой системе должны быть определены объекты и субъекты контроля с четким распределением полномочий между разными субъектами, а также средства и механизм контроля.

Обеспечение технологического качества психиатрической помощи, помимо утвержденного Порядка оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения, должно предусматривать разработку и внедрение: стандартов оказания психиатрической медицинской помощи при различных психических расстройствах; стандартов социального обслуживания лиц с выраженными психическими расстройствами и расстройствами поведения как одной из социально незащищенных категорий населения; индивидуальных программ реабилитации больных с психическими расстройствами, а также инновационных и усовершенствованных методов и технологий диагностики, лечения, профилактики и реабилитации больных с психическими расстройствами.

Обеспечение структурного и технологического сегментов является важным условием для надлежащего качества результата оказания психиатрической помощи. Однако если для первых двух составляющих часто используются унифицированные подходы, то для третьего компонента необходима максимальная индивидуализация, в том числе использование индивидуальных критериев качества и эффективности лечебно-профилактических мероприятий с учетом характера, тяжести заболевания, наличия сопутствующей патологии, социального статуса пациента, его микросоциального окружения, выраженности ограничений жизнедеятельности. Для этого необходимо использовать систему показателей, основанных на экспертной оценке случаев лечения и социологических опросах больных.

Еще одним важным фактором, обеспечивающим качество результата оказания психиатрической помощи, должна стать система постоянного мониторинга субъективной удовлетворенности потребителей медицинских услуг (пациентов, их родственников) с целью выявления и оперативного устранения недостатков в работе, а также удовлетворенности врачей и персонала медицинских учреждений. Мотивация работников к качественному выполнению их обязанностей, к постоянному профессиональному совершенствованию служит важным компонентом качества результатов.

Таким образом, обеспечение качества психиатрической помощи является непрерывным многокомпонентным процессом, в ходе которого устраняются недостатки в случае несоответствия между оптимальной и фактически оказываемой помощью. Предложенная модель позволяет решать эти вопросы на региональном уровне, обеспечивая на основе системного подхода создание структуры службы, отвечающей потребностям обслуживаемого населения с учетом региональных эпидемиологических характеристик. Данная модель позволяет также оптимизировать использование ресурсов здравоохранения, повысить доступность медицинской помощи для больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения, а также реализовать переход от медицинской к биопсихосоциальной модели психиатрической помощи населению.

ВЫВОДЫ

1. Анализ заболеваемости населения Ленинградской области психическими расстройствами и расстройствами поведения свидетельствует о росте и первичной, и общей заболеваемости в течение периода наблюдения. Первичная заболеваемость населения области психическими расстройствами увеличилась на 41,9%: с $253,0^{0}/_{0000}$ в 2000 году до $359,1^{0}/_{0000}$ в 2012 году Общая заболеваемость выросла на 3,4%: с $2156,2^{0}/_{0000}$ в 2000 году до $2230,2^{0}/_{0000}$ в 2012 году.

2. Прогноз заболеваемости населения Ленинградской области психическими расстройствами до 2020 года, составленный при помощи моделей линейной регрессии, свидетельствует о предстоящем увеличении показателей общей и первичной заболеваемости. При этом предполагается, что рост заболеваемости будет происходить в основном за счет непсихотических форм психической патологии.

3. Диагностическая структура стационарного контингента больных в Ленинградской области отражает типичную в целом для страны ситуацию: наиболее многочисленной группой больных в психиатрических стационарах были пациенты, лечившиеся по поводу шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств – 41,6% в 2000 году и 37,0% в 2012 году; пациенты с органическими психическими расстройствами составили соответственно 28,0% и 26,3%; с умственной отсталостью – 16,9% и 10,2%; с непсихотическими расстройствами – 10,3% в 2000 году и 13,7% в 2012 году.

4. Число пациентов, состоящих на диспансерном учете и консультативном наблюдении по поводу психических расстройств и расстройств поведения, увеличилось на 12,5% (с 31 209 человек в 2000 году до 35 107 человек в 2012 году). Основной прирост контингента амбулаторных психиатрических учреждений был обеспечен за счет взрослых пациентов. Число больных, состоявших на диспансерном учете, уменьшилось в 2012 году по сравнению с 2000 годом на 35,9%, а число пациентов консультативной группы увеличилось в 1,8 раза, и если в 2000 году соотношение пациентов диспансерной и консультативной групп было 3:2, то к 2012 году оно составило 1:3.

5. Коечный фонд психиатрических больниц Ленинградской области сократился в 2012 году по сравнению с 2000 годом на 23,9%. Обеспеченность койками снизилась с 11,3 до 8,4 койки на 10 000 населения. Соответственно, уровень госпитализации снизился с 348$^{0}/_{0000}$ до 301$^{0}/_{0000}$, что вдвое ниже норматива, рекомендуемого Программой государственных гарантий. Средний срок стационарного лечения вырос с 2000 по 2009 годы с 80,5 до 112,7 койко-дня, а затем снизился к 2012 году. до 74,4 койко-дня. Основными причинами длительных сроков являлись: значительная доля госпитализаций «по социальным показаниям» длительностью более 1 года, продолжительные сроки нахождения пациентов при назначении принудительного стационарного лечения, а также утяжеление контингента стационарных больных (преобладание больных с психозами и слабоумием).

6. В ходе исследования были выявлены проблемы кадрового обеспечения психиатрических больниц, психоневрологических диспансеров и кабинетов. Среди врачей и средних медицинских работников учреждений, оказывавших психиатрическую помощь, преобладали сотрудники предпенсионного и пенсионного возрастов. Регистрировалась крайне низкая укомплектованность физическими лицами штатов врачей-психиатров и особенно психотерапевтов, высокий коэффициент совместительства среди врачей-психиатров.

7. Результаты анкетирования больных психиатрических больниц показали, что три четверти респондентов максимально высоко (на «5» баллов) оценили отношение лечащих врачей к больным, и две трети – столь же высоко отношение к больным медицинских сестер и младшего медицинского персонала. Также высоко оценено и качество медицинской помощи, оказываемой в стационаре, более 80% респондентов оценили его как «хорошее» и «отличное». Основными причинами неудовлетворенности больных в стационаре стали плохое санитарно-гигиеническое состояние мест общего пользования и палат, плохое качество питания и недостаточное медикаментозное обеспечение. При социологическом опросе пациентов психоневрологических диспансеров и кабинетов 68,2% респондентов были удовлетворены качеством оказываемой им амбулаторной

психиатрической помощи. Наиболее низкие оценки получили территориальная доступность учреждений, обеспечение медикаментами, оснащение лечебно-профилактических учреждений диагностическим оборудованием и комфортность помещений, а наиболее высокие – отношение к пациентам врачей и медицинских сестер, качество лечения и психологическая атмосфера в этих учреждениях.

8. Результаты исследования субъективной удовлетворенности лечением показали, что пациенты были наиболее удовлетворены теми характеристиками психиатрической помощи, которые связаны с межличностными отношениями в системе «врач–больной»: отношением к больным врачей и медицинского персонала, их внимательностью, эмпатийностью, общей психологической атмосферой в медицинском учреждении. В меньшей степени пациенты были удовлетворены материально-техническим и лекарственным обеспечением психиатрических больниц, комфортностью помещений, удобством территориального расположения. Наиболее низкие оценки были получены по субшкале «Стигматизация», отражающей опасения респондентов по поводу возможных социальных, профессиональных и правовых ограничениях вследствие их контактов с психиатрической службой.

9. Две трети опрошенных врачей отметили существенный рост нагрузки за счет увеличения заболеваемости населения психическими расстройствами, что могло приводить к развитию синдрома профессионального выгорания. Данному синдрому был более подвержен медицинский персонал психиатрических больниц, чем психоневрологических диспансеров и кабинетов. Самый высокий уровень показателя «деперсонализации» был выявлен в группе среднего медицинского персонала психиатрических больниц, что объяснялось тем, что медицинские сестры проводили больше времени в непосредственном общении с психически больными.

10. Профессиональная деятельность в сфере психиатрии предполагает наличие у специалистов – психиатров, психотерапевтов и психологов – повышенной толерантности (выше среднего популяционного уровня). Самым высоким уровнем толерантности обладали врачи, совмещавшие работу по двум

специальностям – психиатрии и психотерапии; кроме того, более высокий уровень образования (включая такие формы как супервизия, балинтовские группы и др.) приводил к формированию более высокого уровня толерантности. Вместе с тем отмечена отрицательная корреляционная связь между толерантностью как чертой личности и более низкой оценкой качества жизни в сфере окружающей среды.

11. Результаты изучения отношения родственников к проводимой больным психофармакотерапии показали, что у половины родственников имелось конструктивное отношение «Поддерживающего» типа, проявлявшееся заинтересованностью в поддержании контакта с лечащим врачом-психиатром, готовностью к сотрудничеству, высокой степенью комплайенса. Однако достаточно велика была доля родственников с «Неопределенным» типом отношения (2/5 респондентов), эти лица могут являться «мишенью» для психообразования с целью формирования осознанного положительного отношения к лечению.

12. Экспертиза качества стационарной психиатрической помощи показала, что при относительно высокой общей интегративной оценке некоторые ее разделы получили менее высокие баллы. Раздел «Сбор информации о пациенте» получил оценку «отлично», «Лечебные мероприятия» – «хорошо», оценка по разделу «Диагностические исследования» оказалась на нижней границе «хорошей», а самой низкой (на уровне «удовлетворительной») – по разделу «Оформление медицинской документации». Максимальное число замечаний вызвали оформление комиссионного осмотра на выписку, описание динамики состояния больного на фоне лечения и психического статуса при выписке, обоснование заключительного диагноза, отсутствие рекомендаций при выписке, соблюдение рекомендуемых сроков дневниковых записей и описание в них статуса больных.

13. Результаты комплексного изучения динамики заболеваемости населения психическими расстройствами и расстройствами поведения, прогноз данных показателей на перспективу, а также результаты исследования деятельности учреждений здравоохранения, оказывающих населению Ленинградской области психиатрическую помощь, свидетельствуют о том, что организация

психиатрической службы региона не в полной мере соответствует современным задачам и направлениям развития психиатрии. Разработанная модель организации психиатрической помощи позволяет на региональном уровне обеспечить создание структуры психиатрической службы, отвечающей потребностям обслуживаемого населения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При планировании объемов оказания психиатрической помощи населению необходимо учитывать происходящее увеличение заболеваемости населения психическими расстройствами с ежегодным приростом показателей общей и первичной заболеваемости в среднем на 2-3% (преимущественно за счет непсихотических психических расстройств). Поэтому мощности учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, должны быть приведены в соответствие с реальными и прогнозируемыми потребностями населения в амбулаторной и стационарной психиатрической помощи.

2. С целью повышения эффективности деятельности психиатрической службы целесообразно внедрение в практику разработанной многоуровневой модели организации психиатрической помощи, основанной на тесном взаимодействии специализированной психиатрической службы с первичным звеном здравоохранения с научно обоснованной дифференциацией перечней и объемов медико-социальных мероприятий на каждом уровне.

3. Согласно Приказу Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 г. № 566н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения», амбулаторная психиатрическая помощь организуется только в составе либо психиатрической больницы, которой дается право и на амбулаторно-поликлиническую помощь, либо психоневрологического диспансера; организация психиатрической помощи в составе многопрофильного ЛПУ не допускается (кроме психотерапевтического кабинета и психотерапевтического стационара). В соответствии с Порядком необходимо переподчинить районные психиатрические кабинеты и ввести их в состав психиатрических больниц и ЛОПНД в соответствии с принятым зонированием психиатрической помощи. При этом ЛОПНД остается головным учреждением; все психиатрические учреждения области подчиняются ему по организационно-методическим вопросам с утверждением плановых показателей и осуществлением контроля над объемом и качеством их работы; общее же

руководство психиатрической службой остается за главным внештатным психиатром Комитета по здравоохранению ЛО.

4. В городах с численностью населения от 50 тысяч жителей, включая сельское, необходимо организовать скорую психиатрическую помощь в соответствие с Приказом Минздрава России от 20.06.2013 г. № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи». С учетом местных условий должен решаться вопрос, будет ли психиатрическая бригада входить в структуру станции скорой помощи или являться составной частью психоневрологического диспансера (психиатрической больницы). В ряде районов (Гатчинский, Тосненский, Лодейнопольский) скорую психиатрическую помощь можно организовать в составе психиатрических больниц.

5. Психотерапевтические кабинеты и психотерапевтические стационары могут быть организованы как в составе психиатрических учреждений, так и в составе многопрофильных ЛПУ, а психотерапевтический стационар может быть самостоятельной медицинской организацией (юридическим лицом). С целью повышения доступности и качества психиатрической помощи целесообразно организовать в составе ЦРБ крупных городов ЛО (Гатчина, Выборг, Всеволожск, Волхов, Кировск, Тосно, Кингисепп) психотерапевтические стационары, а в других населенных пунктах – психотерапевтические кабинеты в составе территориальных поликлиник; в составе Ленинградской областной клинической больницы – психосоматическое отделение и психотерапевтический кабинет; в детской областной клинической больнице, областных кардиологическом и онкологическом диспансерах – психотерапевтические кабинеты.

6. На фоне сокращения коечного фонда целесообразно освобождающиеся койки перепрофилировать под создание дневных стационаров – отделений (палат) дневного пребывания как отдельных подразделений в психиатрических больницах. Лечение в таких отделениях (палатах) позволит проводить социально-бытовую и психологическую реадаптацию пациентов в привычной для них микросреде при сохранении практически ежедневного медицинского наблюдения,

а также более рационально распределять материально-технические и кадровые ресурсы психиатрических больниц. Рекомендуется расширить дневные психиатрические стационары в Выборге и Гатчине (на базе уже имеющихся) и организовать дневные психиатрические стационары в Волхове, Всеволожске, Тосно, Кировске, Лодейном Поле, Тихвине.

7. Выявленный недостаток стационарзамещающих технологий в регионе может быть восполнен расширением охвата населения мультидисциплинарным бригадным методом работы (не только в стационарном, но и в амбулаторном звене). Для обеспечения доступности специализированной психиатрической помощи сельским жителям, особенно в районах с низкой плотностью населения, целесообразно создание мобильных полипрофессиональных бригад, которые могли бы выезжать в удаленные районы и оказывать населению необходимую помощь. Особенно важным такой метод может стать для обеспечения динамического диспансерного наблюдения за больными, которые в силу ряда причин не могут самостоятельно посещать психоневрологические диспансеры и кабинеты. Расширение обслуживания населения бригадными формами работы может улучшить выявляемость психических расстройств (особенно в группе сельского населения) и повысить качество профилактики, диагностики и лечения психических расстройств, а также усилить реабилитационную работу с психически больными и инвалидами.

8. Учитывая довольно высокий удельный вес длительных (более года) госпитализаций больных в психиатрические стационары «по социальным показаниям», необходимо увеличить количество мест в психоневрологических интернатах для сокращения времени ожидания перевода в них пациентов при наличии показаний. Решением этой проблемы может также стать создание в Дружносельской психиатрической больнице медико-реабилитационного отделения для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи (общежитие) на 50 коек.

9. Значительная часть длительных госпитализаций в стационары ЛО приходится на больных, находящихся на принудительном лечении, которые

«блокируют» до 10% коечного фонда. Рекомендуется создание отделений для принудительного лечения общего типа мощностью до 30 коек (с соответствующим оснащением) в Свирской и Ульяновской психиатрических больницах. Создание таких отделений позволит организовать требуемый режим, ликвидировать накопление больных, находящихся на принудительном лечении, в обычных психиатрических отделениях, предотвращать побеги и повторные общественно опасные действия. Внедрение специализированного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий поможет решить проблемы, связанные с адаптацией таких больных в условиях принудительного лечения, а также обеспечить их последующую ресоциализацию вне клиники и предотвращение совершения повторных правонарушений.

10. Для обеспечения руководства психиатрической службы региона достоверной и оперативной информацией о заболеваемости населения психическими расстройствами, о численности и медико-социальной структуре контингентов психически больных рекомендуется создание в ЛО единой медицинской информационной системы, основными целями которой станет информационно-аналитическая поддержка процессов сбора, обработки и хранения информации о больных психическими расстройствами, о видах и объемах оказываемой им помощи, штатной оснащенности лечебно-профилактических учреждений, информационно-аналитическая поддержка принятия решений, а также внедрение электронных амбулаторных и стационарных медицинских карт, дистанционное видео-консультирование больных в отдаленных населенных пунктах, дистанционное обучение специалистов и т.п.

11. Для решения проблемы кадрового дефицита необходимо проводить целенаправленную кадровую политику с привлечением выпускников медицинских ВУЗов – жителей Ленинградской области, путем оплаты им интернатуры по психиатрии (психотерапии), предоставления служебного жилья под их обязательство проработать в районах области не менее 5-10 лет, а также целевым обучением выпускников школ с приобретением профессии врача,

медицинского психолога, специалиста по социальной работе с такими же обязательствами с их стороны.

12. При осуществлении контроля качества стационарной психиатрической помощи необходимо учитывать не только систему традиционных показателей, характеризующих рациональность использования коечного фонда и исходы лечения, но и более объективное средство контроля – экспертную оценку. Для проведения экспертизы руководителям подразделений психиатрических больниц, членам соответствующих экспертных комиссий рекомендуется использовать разработанную «Карту экспертной оценки лечения пациента в психиатрическом стационаре», сопоставляя объем и кратность фактических лечебно-диагностических мероприятий с нормативами, регламентированными Стандартами медицинской помощи при различных видах психических расстройств.

13. Важным направлением контроля качества стационарной и амбулаторной психиатрической помощи является мониторинг субъективной удовлетворенности пациентов лечением. Целесообразно проведение регулярных исследований по разработанной комплексной методике оценки субъективной удовлетворенности (включающей методы психометрии и социологического опроса), что позволит не только изучать мнение пациента об организации работы лечебно-профилактических учреждений, условиях пребывания, доступности, комфортности, отношении к пациентам медицинских работников и т.п., но и сформулировать «проблемные зоны» и сфокусировать на них усилия врачей и руководителей.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БОР – бюджетирование, ориентированное на результат

ВВП – валовой внутренний продукт

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГКУЗ – государственное казенное учреждение здравоохранения

ДПБ – Дружносельская психиатрическая больница

ЕС – Европейское сообщество

КЖ – качество жизни

КМП – качество медицинской помощи

КМУ – качество медицинских услуг

КСГ – клинико-статистические группы

ЛО – Ленинградская область

ЛОПНД – Ленинградский областной психоневрологический диспансер

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение

ЛТМ – лечебно-трудовые (производственные) мастерские

МКБ-10 – международная классификация болезней 10-го пересмотра

НИР – научно-исследовательская работа

ОМС – обязательное медицинское страхование

ООД – общественно опасное деяние

ПАВ – психоактивные вещества

ПБ – психиатрическая больница

ПНД – психоневрологический диспансер

ПНИ – психоневрологический интернат

ППС – паритет покупательной способности

РФ – Российская Федерация

СГМ – социально-гигиенический мониторинг

СМП – скорая медицинская помощь

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

СПП – скорая психиатрическая помощь

СУЛ – субъективная удовлетворенность лечением

США – Соединенные Штаты Америки

СЭК – специальная экспертная комиссия

ТД – телефон доверия

ТМНД – Тихвинский межрайонный наркологический диспансер

DRG – diagnosis-related groups

WHO – World Health Organization

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абашин Н. Н. К вопросу взаимодействия вне- и внутриведомственной экспертизы качества медицинской помощи / Н. Н. Абашин, И. С. Кицул // Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко. – 1997. – Вып. 4. – С. 75–81.
2. Аблахатов Ю. И. Исследование плацебо-эффекта при психических заболеваниях: автореф. дис. … канд. мед. наук / Аблахатов Юлий Ильич; НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – СПб, 2001. – 23 с.
3. Азизова Б. Г. Отношение руководителей здравоохранения к проблемам управления качеством медицинской помощи / Б. Г. Азизова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2008. – № 4. – С. 38–40.
4. Александровский Ю. А. Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы / Ю. А. Александровский. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. – 112 с.
5. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
6. Александровский Ю. А. Пути совершенствования лечебно-профилактической помощи больным с пограничными психическими расстройствами / Ю. А. Александровский // Пограничная психиатрия: сб. научных трудов ГНЦ ССП им. В. П. Сербского. – М., 2001. С. 6–16.
7. Алиев М. А. Клинико-эпидемиологическое обоснование и разработка клинико-статистических групп для организации психиатрической помощи больным с последствиями черепно-мозговых травм (на примере Республики Дагестан): автореф. дис. … канд. мед. наук / Алиев Мустафа Алиевич; МГМСУ. – М., 2005. – 23 с.
8. Алисханов М. А. Стационар на дому как альтернатива госпитализации / М. А. Алисханов, Е. Б. Любов // Социальная и клиническая психиатрия. –2005. – Т. 15, № 2. – С. 103–107.
9. Алисханов М. А. Лечение больных шизофренией в стационаре на дому:

автореф. дис. … канд. мед. наук / Алисханов Магомет Алисханович; Моск. НИИ психиатрии. – М, 2005. – 21 с.

10. Андрющенко А. В. Клинико-эпидемиологические аспекты проблемы пограничных психических и психосоматических расстройств в общей медицине (обзор литературы) / А. В. Андрющенко, Д. В. Романов // Психические расстройства в общей медицине. – 2010. – № 2. – С. 23–42.
11. Асмолов А. Г. Толерантность: от утопии к реальности. // На пути к толерантному сознанию / под ред. А. Г. Асмолова. – М.: Смысл, 2000. – С. 5–7.
12. Бабин С. М. Всероссийское объединение центров психосоциальной реабилитации – итоги первого года работы / С. М. Бабин, Р. С. Зубков, А. В. Васильева, А. М. Шлафер // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. – 2012. – № 2. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http:// medpsy.ru.
13. Бабин С. М. Передовой опыт центра психосоциальной реабилитации: итоги совещания Всероссийского объединения центров ПСР / С. М. Бабин, Р. С. Зубков, А. М. Шлафер // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2011. – Т. 13, № 4. – С. 62–65.
14. Байбаков А. М. Становление толерантности субъектов взаимодействия: выбор себя / А. М. Байбаков // Воспитание толерантности: взаимодействие различий: сб. науч. и метод. трудов / под ред. Н. К. Сергеева, Н. М. Борытко и др. – Волгоград: Изд-во ВГИПК РО, 2004. – С. 95–98.
15. Балунов О.А. Непсихотические психические расстройства в неврологической клинике. Часть 1: конверсионные расстройства / О.А. Балунов, Л.В. Лукина, В.А. Михайлов, Н.В. Семенова, Л.И. Ситник // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2012. – № 4. – С. 77–80.
16. Батрак Е. В. Психическое здоровье населения Амурской области по результатам пятилетней динамики клинико-эпидемиологических показателей: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Батрак Евгений Владимирович.; Владивостокский гос. мед. ун-т. – Владивосток, 2004. – 25 с.
17. Беляева Л. А. Проблемы толерантности в социально-гуманитарном образовании /

Л. А. Беляева // Материалы VII региональной научно-практической конференции, 25 декабря 2003 г. – Екатеринбург: УрГПУ, 2003. – С. 4.

18. Бобров А.Е. Актуальные проблемы последипломного образования в психиатрии / А. Е. Бобров // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 19. – № 4. – С.77–81.
19. Богдан М. Н. Пациенты психиатрических кабинетов городских поликлиник (клинико-эпидемиологическое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Богдан Марианна Наумовна; НЦ ПЗ РАМН, 1997. – 20 с.
20. Бондаренко Н. Б. Социальная психиатрия как возможность изменения системы предоставления психиатрических услуг / Н. Б. Бондаренко // Нейропews: Психоневрология и нейропсихиатрия. – 2009. – № 1 (12). – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://neuro.health–ua.com/article/157.html
21. Бранд А. Обеспечение качества психиатрической помощи: опыт и прагматические соображения / А. Бранд // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – Т. 6, № 1. – С. 42–44.
22. Брескина Т. Н. Основные направления совершенствования качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Брескина Татьяна Николаевна; Нац. НИИ обществ. здоровья РАМН. – М., 2008. – 48 с.
23. Брескина Т. Н. Создание системы управления качеством в медицинской организации / Т. Н. Брескина // Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья. – 2006. – № 4. – С. 146–147.
24. Бреусов А. В. Управление качеством медицинской помощи – основа реформирования лечебно-диагностического процесса / А. В. Бреусов, Р. А. Бреусов // Проблемы городского здравоохранения: сб. науч. трудов. – СПб., 2002. – Вып. 7. – С. 150–151.
25. Букреева Н. Д. Динамика показателей распространенности психических расстройств среди населения крупного промышленного центра в условиях социально-экономических перемен / Н. Д. Букреева // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1997. – Т. 97, № 7. – С. 52–55.
26. Букреева Н. Д. Научное обоснование и разработка клинико-статистических

групп для организации внебольничной психиатрической помощи: автореф. дис. … д-ра мед. наук / Букреева Наталья Дмитриевна; ТНЦ НИИ ПЗ СО РАМН. – Томск, 1997. – 48 с.

27. Букреева Н. Д. Перспективы развития психиатрической службы в условиях экономического кризиса / Н. Д. Букреева // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и неврологии: сб. науч. трудов. – М., 2000. – Вып. 2. – С. 12–15.
28. Бурдин Н. Н. Новый хозяйственный механизм управления здравоохранением на основе экономических методов / Н. Н. Бурдин, Ю. Е. Гречко, Р. М. Зелькович и др. // Советская медицина. – 1989. – № 9. – С. 3–10.
29. Бутрос-Гали Б. Организация Объединенных Наций и права человека / Б. Бутрос-Гали. – М.: Изд. Информ. центра ООН в Москве, 1995. – 176 с.
30. Вардосанидзе С. Л. Анализ эффективности и экономии затрат для индустриальной модели управления качеством стационарной медицинской помощи / С. Л. Вардосанидзе, Ю. Э. Восканян, В. И. Кошель, А. А. Воротников // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2005. – № 7. – С. 56–57.
31. Вардосанидзе С. Л. Управление качеством лечебно-диагностического процесса в многопрофильном учреждении / С. Л. Вардосанидзе // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 11. – С. 5–6.
32. Вардосанидзе С. Л. Управление клиническим результатом в структурном проектировании лечебно-диагностического процесса / С. Л. Вардосанидзе, Ю. Э. Восканян, И. Б. Шикина, Е. В. Рябцева // Проблемы управления здравоохранением. – 2005. – № 4. – С. 31–32.
33. Вассерман Л. И. Методология исследования качества жизни в контексте психосоматических и соматопсихических соотношений / Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2006. – Т. 3, № 4. – С. 34–38.
34. Вертоградова О. П. Депрессии в общемедицинской практике (ранняя диагностика, профилактика, лечение) / О. П. Вертоградова // Первый съезд психиатров соц. стран: материалы съезда. – М.: ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, 1987. – С. 41–45.

35. Вид В. Д. Бригадный подход в современной психиатрической клинике и его функциональное структурирование / В. Д. Вид // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – Т. 5, № 3. – С. 102–105.
36. Вишняков Н. И. О роли отраслевых стандартов в экспертизе качества лечения больных в гинекологическом стационаре / Н. И. Вишняков, Е. В. Головко, Е. Н. Пенюгина // Проблемы городского здравоохранения: сб. науч. трудов. – СПб., 2001. – Вып. 6. – С. 163–165.
37. Вишняков Н. И. Три звена системы контроля качества медицинской помощи / Н. И. Вишняков, В. В. Стожаров, Е. Ю. Муратова // Экономика здравоохранения. – 1997. – № 2. – С. 26–29.
38. Власова О. А. Антипсихиатрия: становление и развитие / О. А. Власова. – М.: Изд-во РГСУ «Союз», 2006. – 221 с.
39. Власова О. А. Философия и психиатрия в XX веке: Пути взаимодействия / О. А. Власова. – Москва; Нью-Йорк; Санкт-Петербург: Northern Cross Publishing, 2008. – 261 с.
40. Власовских Р. В. Научное обоснование совершенствования организации детской психиатрической помощи (на примере детской психиатрической службы г. Екатеринбурга): автореф. дис. … канд. мед. наук / Власовских Роман Владимирович; ЦНИИ информатизации и организации здравоохранения Росздрава – М., 2005. – 24 с.
41. Военно-медицинская статистика / под ред. В. И. Кувакина, В. В. Иванова. – СПб.: ВМедА, 2005. – 528 с.
42. ВОЗ. Доклад о состоянии здоровья в мире, 2001 г.: Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – М.: Изд-во «Весь Мир», 2001. – 215 с.
43. Воинков Е. В. Научное обоснование совершенствования организации психиатрической помощи сельским жителям в новых экономических условиях: автореф. дис. … канд. мед. наук / Воинков Евгений Владимирович. – СПб., 2003. –23 с.
44. Воловик В. М. Теоретические основы реабилитации в полустационарных условиях / В. М. Воловик, С. Б. Семичов // Полустационарные формы

психиатрической помощи. – Л.: Медицина, 1988. – С. 37–59.

45. Воскресенский Б. А. Клиническая психиатрия и клинический метод / Б. А. Воскресенский // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1991. – № 3. – С. 88–91.
46. Гарантии качества медицинской помощи и их правовое обеспечение системой обязательного медицинского страхования: методическое пособие / сост.: В. Ф. Чавпецов, В. В. Гришин, В. Ю. Семенов, А. М. Рабец. – М.: ФФОМС, 1998. – 368 с.
47. Георгиева Л. Болгария: обзор системы здравоохранения / Л. Георгиева, П. Салчев, Р. Димитрова и др. // Системы здравоохранения: время перемен [Копенгаген]. – 2007. – Т. 9, № 1. – 180 с.
48. Гершунский Б. С. Толерантность как необходимое условие выживания и прогрессивного развития цивилизации / Б. С. Гершунский. – М.: Изд-во УРАО, 2001. – 378 с.
49. Гехт А.Б. Эпилепсия – эпидемиология и социальные аспекты / А.Б. Гехт, Е.И. Гусев, И.В. Куркина и др. // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2001. – № 7. – С. 22–26.
50. Гехт А.Б. Эпидемиология эпилепсии в России / А.Б. Гехт, Л.Е. Мильчакова, Ю.Ю. Чурилин и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2006. – Вып. 1: Эпилепсия. – С. 4–9.
51. Глоссарий «Качество медицинской помощи» / НПО «Медсоцэкономинформ», AHCPR, QAP/-URC-CYS. – Россия-США, 1999. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http:// www.healthquality.ru.
52. Голдберг Д. Распространенные психические расстройства: пер. с англ. / Д. Голдберг, П. Хаксли. – Киев, 1999. – 255 с.
53. Голдобина О. А. Психическое здоровье на региональном уровне: проблемы, пути решения / О. А. Голдобина, В. А. Трешутин. – Томск: Изд-во Томского ун-та, 2002. – 292 с.
54. Голдобина О. А. Система охраны психического здоровья и повышения эффективности психиатрической службы на региональном уровне / О. А. Голдобина, В. А. Трешутин. – Новосибирск: Наука, 2005. – 260 с.

55. Голдобина О. А. Тенденции состояния психического здоровья населения крупного агропромышленного региона / О. А. Голдобина, В. Я. Семке, В. А. Трешутин // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2003. – Т. 103, № 12. – С. 42–45.
56. ГОСТ Р ИСО 9001-2001 (ИСО 9000:2001) – Государственный стандарт РФ ГОСТ Р ИСО 9004-2001 «Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению деятельности» (принят постановлением Госстандарта РФ от 15 августа 2001 г. N 334-ст) (с изменениями от 7 июля 2003 г.). – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://vsegost.com.
57. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2001 году // Здравоохранение Российской Федерации. – 2003. – № 5. – С. 3–19.
58. Грюсс У. От многомерного психиатрического диагноза к многомерной терапии / У. Грюсс // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – № 2. – С. 110–114.
59. Гурович И. Я. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994–1999 гг.) / И. Я. Гурович, В. Б. Голланд, Н. М. Зайченко. – М., 2000. – 508 с.
60. Гурович И. Я. К введению стандартов качества диагностики и лечения больных с психическими и поведенческими расстройствами / И. Я. Гурович, Е. М. Кирьянова, А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т. 9, № 1. – С. 85–88.
61. Гурович И. Я. Новая организационная форма оказания психиатрической помощи: отделение настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, А. А. Уткин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т. 16, № 3. – С. 94–98.
62. Гурович И. Я. О программе борьбы со стигмой, связанной с шизофренией / И. Я. Гурович, Е. М. Кирьянова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т. 9, № 3. – С. 5–8.
63. Гурович И. Я. Общественно-ориентированная психиатрическая служба (служба с опорой на сообщество) / И. Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 1. – С. 5–10.

64. Гурович И. Я. Общественно-ориентированная психиатрическая служба (Служба с опорой на сообщество) / И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т. 9, № 2. – С. 36– 39.
65. Гурович И. Я. Организационный аспект повышения эффективности психиатрической помощи и ее качественные показатели / И. Я. Гурович // Вопросы эффективности психиатрической помощи: сб. науч. трудов. – М.: Изд. Моск. НИИ психиатрии, 1987. – С. 5–13.
66. Гурович И. Я. Первоочередные задачи общества психиатров в связи с новыми условиями работы психиатрической службы / И. Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия. – 1993. – Т. 3, № 2. – С. 90–93.
67. Гурович И. Я. Первые психотические приступы у больных шизофренией / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер // Русский медицинский журнал. – 2004. – Т. 12, № 22. – С. 72–77.
68. Гурович И. Я. Проблема повышения качества психиатрической помощи / И. Я. Гурович // Вопросы качества психиатрической, неврологической и наркологической помощи: сб. науч. трудов. – М.: Изд. Моск. НИИ психиатрии, 1989. – С. 27–31.
69. Гурович И. Я. Проблема стигмы и дискриминации больных шизофренией и их родственников, возможные пути преодоления / И. Я. Гурович, Е. М. Кирьянова, Г. Н. Винидиктова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 3. – С. 26–29.
70. Гурович И. Я. Проблемы совершенствования российского законодательства в области психиатрии / И. Я. Гурович, В. П. Котов, С. В. Полубинская, В. А. Тихоненко // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – Т. 7, № 4. – С. 5–8.
71. Гурович И. Я. Психиатрическая служба в России / И. Я. Гурович // Психиатрия: справочник практического врача. – М.: МЕДпресс-информ., 2006. – С. 548–564.
72. Гурович И. Я. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999-2006 гг.) / И. Я. Гурович, В. Б. Голланд, Н. М. Сон и др. – М.: Медпрактика, 2007. – 572 с.

73. Гурович И. Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России / И. Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11, № 1. – С. 9–15.
74. Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. – М.: Медпрактика, 2004. – 492 с.
75. Гурович И. Я. Реформирование психиатрической помощи: организационно-методический аспект / И. Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 4. – С. 12–17.
76. Гурович И. Я. Состояние психиатрической службы в России и направление ее развития к психиатрии с опорой на сообщество / И. Я. Гурович // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / под ред. проф. И. Я. Гуровича и проф. О. Г. Ньюфельдта. – М.: ИД «Медпрактика», 2007. – С. 44–56.
77. Гурович И. Я. Социальная психиатрия и социальная работа в психиатрии / И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 4. – С. 5–20.
78. Гурович И. Я. Социально-экономические аспекты психиатрической помощи за рубежом / И. Я. Гурович, Е. Б. Любов, А. Б. Шмуклер. – М.: Союзмединформ, 1990. – 76 с.
79. Гурович И. Я. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии / И. Я. Гурович, Е. Б. Любов. – М.: Медпрактика, 2003. – 264 с.
80. Гурович И.Я. Специализированная психиатрическая служба в России / И. Я. Гурович // Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 111-121.
81. Гычев А. В. Психическое здоровье безработных: автореф. дис. … канд. мед. наук / Гычев Александр Витальевич; НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН. – Томск, 1997. – 18 с.
82. Давидовский С. В. Оценка работы психиатрической службы с точки зрения потребителя / С. В. Давидовский // Социальная и клиническая психиатрия. –

2000. – Т. 10, № 3. – С. 68–72.

83. Давыдов К. В. Больные шизофренией с повторными длительными госпитализациями (клинико-социальная характеристики и комплексная внебольничная психиатрическая помощь после выписки из стационара): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Давыдов Кирилл Валентинович; Моск. НИИ психиатрии. – М., 2005. – 24 с.
84. Демографический Ежегодник России 2008: Статистический сборник. – М.: Росстат, 2008. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.gks.ru/doc_2008/demo.
85. Демографический Ежегодник России 2010: Статистический сборник. – М.: Росстат, 2010. – 525 с.
86. Джордж С. Всеобщее управление качеством: стратегии и технологии, применяемые сегодня в самых успешных компаниях (TQM) / С. Джордж, А. Ваймерскирх. – СПб.: Виктория плюс, 2002. – 256 с.
87. Дмитриева Т. Б. Психическое здоровье россиян / Т. Б. Дмитриева, Б. С. Положий // Человек. – 2002. – № 6. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://vivovoco.rsl.ru/
88. Дмитриева Т. Б. Резолюция совещания «Современные подходы к управлению качеством деятельности психиатрической и судебно-психиатрической служб страны» (Санкт-Петербург, 25-27 апреля 2006 г.) / Т. Б. Дмитриева // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 4. – С. 12–17.
89. Дмитриева Т. Б. Социальная психиатрия как приоритетное направление психиатрической науки и практики / Т. Б. Дмитриева // Вестник РАМН. – 2004. – № 7. – С. 11–15.
90. Дмитриева Т. Б. Социальная психиатрия: современные представления и перспективы развития / Т. Б. Дмитриева, Б. С. Положий // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1994. – № 2. – С. 39–49.
91. Дмитриева Т. Б. Этнокультуральная психиатрия / Т. Б. Дмитриева, Б. С. Положий. – М.: Медицина, 2003. – 448 с.
92. Доклад Всемирной организации здравоохранения о состоянии психического здоровья и психиатрической помощи – 2001 // Независимый психиатрический

журнал. – 2002. – № 2. – С. 68–72.

93. Доненко И. Е. Клубный дом в России / И. Е. Доненко, О. Г. Заярная // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – Т. 5, № 3. – С. 43–48.
94. Доненко И. Е. Реабилитация больных шизофренией в рамках модели «Клубный дом» / И. Е. Доненко, Н. Г. Шашкова, Т. С. Вещутина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т. 10, № 1. – С. 40–45.
95. Дробижев М. Ю. Клинико-экономический анализ программы КОМПАС / М. Ю. Дробижев, К. Ю. Дробижева // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2006. – № 1. – С. 16–19.
96. Дробижев М. Ю. Распространенность психических расстройств в общемедицинской сети и потребность в психофармакотерапии / М. Ю. Дробижев // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – № 5. – С. 175–180.
97. Дунаева Е. Ю. Опыт работы в рамках мультидисциплинарной бригады в условиях «острого» психиатрического женского отделения ОГУЗ СОКПБ / Е. Ю. Дунаева, М. В. Лейдерман, Т. В. Ширыкалова // Уральский медицинский журнал. – 2007. – № 4 (32). – С. 13–21.
98. Дьяченко В. Г. Качество в современной медицине / В. Г. Дьяченко. – Хабаровск: Изд-во ГОУ ВПО ДВГМУ. – 2007. – 490 с.
99. Дятченко О. Т Роль и место клинико-статистических групп в экономической оценке деятельности стационара / О. Т. Дятченко, Н. Я. Шабашова, М. А. Забежинский // Советская медицина. – 1989. – № 1. – С. 51–55.
100. Европейская декларация по охране психического здоровья // Материалы научно-практической конференции (Москва, 16 ноября 2005 г.). – М.: ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, 2006. – С. 76–100.
101. Евтушенко В. Современные проблемы профилактики психических заболеваний / В. Евтушенко // Врач. – 1993. – № 5. – С. 21–24.
102. Ерофеев Ю. В. Концептуальная модель региональной системы социально-гигиенического мониторинга для управления здоровьем сельского населения: автореф. дис. …д-ра мед. наук / Ерофеев Юрий Владимирович; Омск. гос. мед. акад. – Омск, 2006. – 42 с.

103. Жариков Н. М. Психиатрическая помощь в СССР и некоторые её показатели / Н. М. Жариков, А. С. Киселёв // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1990. – Т. 90, № 11. – С. 70–74.

104. Зайцев Д. А. Клинико-статистические группы больных, выделенных по длительности их лечения в психиатрических больницах / Д. А. Зайцев, А. А. Чуркин, В. Б. Голланд, А. А. Артамонов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1990. – Т. 90, № 11. – С. 98–101.

105. Закон Российской Федерации от 28.06.91 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://base.consultant.ru

106. Законодательство Российской Федерации в области психиатрии: Комментарий. – М: Спарк, 1997. – 363 с.; – 2-е изд. – М: Спарк, 2000. – 383с.

107. Здоровье населения и окружающая среда: методическое пособие. – М.: НИЦ Минздрава России, 1998. – Вып. 3. – Т. 1. – Ч. 1. – 80 с.

108. Здравоохранение в России 2009: Статистический сборник. – М.: Росстат., 2009. – 365 с.

109. Зозуля Т. В. Клинико-эпидемиологическая характеристика контингента больных позднего возраста, обслуживаемого психоневрологическим кабинетом территориальной поликлиники / Т. В. Зозуля // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1995. – Т. 95, № 2. – С. 65–68.

110. Информационные технологии в военно-медицинском образовании и науке / под ред. В. И. Кувакина, В. В. Иванова. – СПб.: ВМедА, 2007. – 316 с.

111. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: пособие для врачей и психологов / СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева; авторы-сост.: Г. В. Бурковский, А. П. Коцюбинский, Е. В. Левченко, А. С. Ломаченков. – СПб., 1998. – 58 с.

112. Кабанов М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М. М. Кабанов. – СПб.: Изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1998. – 252 с.

113. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. – 2-е изд. / М. М. Кабанов. – Л.: Медицина, 1985. – 214 с.

114. Кабанов М. М. Смена парадигм в современной медицине (от организмоцентрической к эволюционно-популяционной) / М. М. Кабанов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1994. – № 4. – С. 7–11.

115. Казаковцев Б. А. О реализации целевых программ неотложных мер развития психиатрической помощи / Б. А. Казаковцев // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 1. – С. 84–88.

116. Казаковцев Б. А. Организационные аспекты охраны психического здоровья / Б. А. Казаковцев // Организационные и методические основы управления психиатрической службой. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.narcom.ru/publ/info/759

117. Казаковцев Б. А. Организация психиатрической помощи / Б. А. Казаковцев. – М., 1996. – 153 с.

118. Казаковцев Б. А. Планирование психиатрической помощи / Б. А. Казаковцев // XIII съезд психиатров России, Москва, 10–13 окт. 2000 г.: материалы съезда. – М., 2000. – С. 17.

119. Казаковцев Б. А. Подготовка специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи / Б. А. Казаковцев // Психическое здоровье. – 2007. – № 7. – С. 18–25.

120. Казаковцев Б. А. Развитие психиатрической помощи в России / Б. А. Казаковцев // Независимый психиатрический журнал. – 1998. – № 2. – С. 9–12.

121. Казаковцев Б. А. Региональные программы неотложных мер развития психиатрической помощи / Б. А. Казаковцев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – № 2. – С. 7–10.

122. Казаковцев Б. А. Сетевое планирование психиатрических служб и подготовка кадров на современном этапе / Б. А. Казаковцев // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 1998. – Т. 98, № 2. – С. 41–44.

123. Казаковцев Б. А. Современные тенденции в организации психиатрической помощи / Б. А. Казаковцев // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 1. – С. 57–61.

124. Казаковцев Б. А. Современные формы психиатрической помощи / Б. А. Казаковцев // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2003. – Т. 103, № 9. – С. 66–68.

125. Казаковцев Б.А. Организационные аспекты оказания психологической помощи в чрезвычайных ситуациях / Б. А. Казаковцев // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2003. – Т. 103, № 6. – С. 57–59.

126. Казаковцев Б.А. Психические расстройства при эпилепсии. / Б.А. Казаковцев. – М.: Амипресс, 1999. – 416 с.

127. Кекелидзе З. И. Социально-психиатрические аспекты миграции / З. И. Кекелидзе, Д. П. Демонова, М. С. Павлова // Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой. – М.: Медицина, 2001. – С. 103–117.

128. Келлер А.А. Медицинская экология / А. А. Келлер, В. И. Кувакин. – СПб.: «Петроградский и К», 1998. – 256 с

129. Киссин М.Я. Эпидемиология психических расстройств у больных эпилепсией в Санкт-Петербурге / М. Я. Киссин, Н. Г. Незнанов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т. 16, № 4. – С. 5–9.

130. Киссин М.Я. Клиническая эпилептология. / М.Я. Киссин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. (Серия «Библиотека врача-специалиста»). – 256 с.

131. Кича Д. И. Стандартизация медицинской помощи – основа повышения её эффективности и качества / Д. И. Кича, А. В. Бреусов, А. Р. Белявский и др. // Проблемы городского здравоохранения: сб. научных трудов / под ред. проф. Н. И. Вишнякова. – СПб., 2006. – Вып. 11. – С. 166–169.

132. Кищенко Л. П. Экономика и планирование здравоохранения на этапе его перестройки / Л. П. Кищенко // Советское здравоохранение. – 1989. –№ 4. – С. 3–9.

133. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств / под ред. В. Н. Краснова, И. Я. Гуровича. – М., 1999. – 224 с.

134. Князюк Н. Ф. Оценка эффективности внедрения системы менеджмента качества медицинской помощи / Н. Ф. Князюк, И. С. Кицул // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2008. – № 4. – С. 34–38.

135. Ковалев В. В. О внедиспансерном разделе психиатрической помощи / В. В. Ковалев, И. Я. Гурович // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1986. – Т. 86, № 9. – С. 1410–1416.

136. Кодекс профессиональной этики психиатра (Принят на Пленуме Правления Российского общества психиатров 19 апреля 1994 г.) – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.narcom.ru/.

137. Кожухарь Г. С. Исследование профессионально важных качеств специалистов помогающих профессий / Г. С. Кожухарь, А. Н. Петрова // Психологическая наука и образование. – 2006. – № 3. – С. 65–73.

138. Козырев В. Н. Модели интеграции психиатрической службы в систему медицинской помощи населению: науч. докл. на соиск. учен. степ. д-ра мед. наук. / Козырев Владимир Николаевич; НЦ ПЗ РАМН. – М., 2000. – 49 с.

139. Козырев В. Н. О внедрении экономических методов управления в стационарном учреждении / В. Н. Козырев // Советская медицина. – 1989. – № 12. – С. 34–37.

140. Козырев В. Н. Опыт организации психиатрической помощи в условиях территориальной поликлиники / В. Н. Козырев // Нарушения нервной системы и психической деятельности при соматических заболеваниях: тезисы докладов на пленуме правления Всесоюзного научного общества невропатологов и психиатров, г. Набережные Челны, 4–6 июля 1979 г. – М., 1979. – С. 191–195.

141. Козырев В. Н. Сравнительная характеристика психической патологии, наблюдающейся у больных территориальной поликлиники и психиатрических диспансеров / В. Н. Козырев // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1982. – Т. 82, № 8. – С. 1178–1183.

142. Козяков С. Б. Догоспитальные, межведомственные организационные технологии в развитии психосоциальных общинных форм наркологической и психиатрической помощи населению: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Козяков Сергей Борисович. – Екатеринбург, 2009. – 28 с.

143. Коломинский Я. Л. Психология взаимоотношений в малых группах (общие и возрастные особенности) / Я. Л. Коломинский. – Минск: ТетраСистемс,

2000. – 432 с.

144. Конституция Российской Федерации. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.constitution.ru.

145. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации // Экономика здравоохранения. – 1997. – № 12. – С. 5–11.

146. Короленко Ц. П. Социодинамическая психиатрия / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. – М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – 460с.

147. Котова Г. Н. Социологическая оценка качества медицинской помощи / Г. Н. Котова, Е. Н. Нечаева, П. А. Гучек, Л. Н. Карасева // Здравоохранение РФ. – 2001. – № 4. – С. 22–26.

148. Коцюбинский А. П. Значение психосоциальных факторов в этиопатогенезе шизофрении и социальной адаптации больных: автореф. дис. … д-ра мед. наук / Коцюбинский Александр Петрович; НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – СПб, 1999. – 46 с.

149. Коцюбинский А. П. Новая форма психиатрического учреждения — комплекс «дневной/ночной стационар» / А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: материалы юбилейной конференции, посвященной 50-летию городской психиатрической больницы № 4 г. Санкт–Петербурга. – СПб.: Фонд «Содружество», 2005. – С. 34–44.

150. Кочорова Л. В. Внебольничная помощь – основное звено психиатрической службы / Л. В. Кочорова // Проблемы городского здравоохранения: сб. научных трудов. – СПб., 1999. – Вып. 4. – С. 218–220.

151. Кочорова Л. В. Опыт работы врачей общей практики по выявлению психических нарушений среди обслуживаемого населения / Л. В. Кочорова, Н. Г. Незнанов // Российский психиатрический журнал. – 2001. – № 2. – С. 61–63.

152. Кочорова Л. В. Состояние психического здоровья населения крупного города и пути совершенствования планирования и организации психиатрической помощи в условиях реформирования здравоохранения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Кочорова Лариса Валерьяновна; СПб. гос.

мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова. – СПб., 2000. – 37 с.

153. Краснов В. Н. Расстройства аффективного спектра / В. Н. Краснов. – М.: Практическая медицина, 2011. – 432 с.

154. Краснов В.Н. Психиатрические расстройства в общемедицинской практике // Российский медицинский журнал. – 2002. – № 25 (144). – С. 1187–1191.

155. Краснов С. Ю. Научное обоснование организации амбулаторной помощи страдающим психическими расстройствами в современных социально-правовых условиях: автореф. дис. …канд. мед. наук / Краснов Сергей Юрьевич: СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова. – СПб, 2005. – 24 с.

156. Кувакин В.И. Военно-медицинская статистика: состояние, проблемы, перспективы / В. И. Кувакин // Военно-медицинский журнал, 2000. – № 5. – С.11–16.

157. Куцай С. И. Затяжные подострые бредовые и аффективно-бредовые состояния у больных с приступообразно-прогредиентной шизофренией во внебольничной практике: автореф. дис. …канд. мед. наук / Куцай Сергей Иванович; Моск. НИИ психиатрии. – М., 1985. – 23 с.

158. Лабунская В. А. Социально-психологические причины интолерантного общения / В. А. Лабунская // Век толерантности. – 2003. – № 3–4. – С. 100–112.

159. Лапин И. П. Плацебо и терапия / И. П. Лапин. – СПб.: Лань, 2000. – 224 с.

160. Лебедева В. Ф. Клинико-эпидемиологическая характеристика коморбидных с соматической патологией психических расстройств у больных территориальной поликлиники / В. Ф. Лебедева, В. Я. Семке // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2007. – № 3. – С. 61–63.

161. Ленинградская область сегодня // Ленинградская область: знаете ли вы?: учебное пособие / сост.: В. А. Уланов. – СПб: Паритет, 2007. – С. 290–292.

162. Леонтьев И. Л. К вопросу о реформировании системы организации психиатрической помощи в Российской Федерации / И. Л. Леонтьев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2004. – № 2. – С. 36–38.

163. Леонтьев И. Л. Научное обоснование основных направлений

совершенствования региональной службы психического здоровья (на примере Свердловской области): автореф. дис. … д-ра мед. наук / Леонтьев Игорь Леопольдович; Моск. гос. мед. акад. им. И.М. Сеченова. – М., 2004. – 45с.

164. Лиманкин О. В. Опыт организации реабилитационного отделения с общежитием для больных, утративших социальные связи / О. В. Лиманкин, К. М. Лаптева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 2. – С. 99–104.

165. Лиманкин О. В. Опыт психосоциальной реорганизации психиатрического стационара / О. В. Лиманкин // Аффективные и шизоаффективные расстройства: материалы Российской конференции, Москва, 1–3 окт. 2003 г. – М., 2003. – С. 263.

166. Лиманкин О. В. Психосоциальная работа психиатрических учреждений: проблемы подготовки специалистов / О. В. Лиманкин // XIV съезд психиатров России, Москва, 15–18 ноября 2005 г.: материалы съезда. – М., 2005. – С. 65.

167. Лиманкин О. В. Система психосоциальной помощи больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара: автореф. дис. … канд. мед. наук / Лиманкин Олег Васильевич; Моск. НИИ психиатрии. – М., 2007. – 25 с.

168. Линденбратен А. Л. Методические основы и организационные технологии оценки качества и эффективности медицинской помощи: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Линденбратен Александр Леонидович; НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением РАМН. – М., 1994. – 48 с.

169. Линденбратен А. Л. Некоторые рассуждения о качестве медицинской помощи / А. Л. Линденбратен // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. – № 10. – С. 3–5.

170. Липман М. Обучение с целью уменьшения насилия и развития миролюбия / М. Липман // Вопросы философии. – 1995. – № 2. – С. 110–121.

171. Лисицын Ю. П. «Модус» здоровья россиян / Ю. П. Лисицын // Экономика здравоохранения. – 2001. – № 2. – С. 32–37.

172. Литвиненко В. Н. О двух организационных формах защищенного жилья для психически больных, утративших родственные связи / В. Н. Литвиненко // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1989. – Т. 89, № 10. – С. 105–108.

173. Литвинцев С. В. Состояние психического здоровья военнослужащих и пути совершенствования психиатрической помощи в Вооруженных Силах России / С. В. Литвинцев, В. К. Шамрей, А. М. Резник, А. С. Фадеев, А. Л. Арбузов, Г. А. Фастовцов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – № 2. – С. 68–72.

174. Лифшиц А. Е. Организационные формы психиатрической помощи в связи с задачами преемственности в реабилитации // Клинические аспекты социальной реадаптации психически больных: сб. науч. трудов Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. – М., 1976. – Т. 73. – С. 21–28.

175. Лобжанидзе А. А. Методические подходы к формированию системы управления качеством медицинской помощи населению пожилого и старческого возраста на основе комплексного медико-социального мониторинга (на примере Ленинградской области): автореф. дис. ... д-ра мед.наук / Лобжанидзе Арчил Алексеевич; СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. – СПб., 2005. – 38 с.

176. Лозинская Е. И. Синдром перегорания и особенности его формирования у врачей-психиатров: автореф. дис. … канд. мед. наук / Лозинская Евгения Игоревна; НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – СПб., 2007. – 25 с.

177. Лосев Л. В. Опыт работы общежития при психиатрической больнице для утративших социальные связи больных / Л. В. Лосев, В. Л. Малыгин // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. – Т. 2, № 1. – С. 144–145.

178. Лупинов И. В. Анализ основных показателей психиатрической службы Ленинградской области за период 2006-2008 гг. / И. В. Лупинов, Н. В. Семенова // Актуальные вопросы внебольничной психоневрологической помощи детскому и взрослому населению; избранные труды: материалы научно-практической конференции с международным участием, Санкт-Петербург, 21–22 мая 2009 г. / под ред. Н. Г. Незнанова; СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2009. – С. 182–184.

179. Лутова Н. Б. Влияние семьи на медикаментозный комплаенс больных шизофренией / Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2010. – № 2. – С. 31–33.

180. Лутова Н. Б. Оценка субъективной удовлетворенности больного лечением в психиатрическом стационаре: состояние вопроса. Сообщение 1 / Н. Б. Лутова,

А. В. Борцов, В. Д. Вид // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 2007. – Т. 2, № 1. – С. 7–9.

181. Лутова Н. Б. Оценка субъективной удовлетворенности больного лечением в психиатрическом стационаре: разработка измерительного инструмента. Сообщение 2 / Н. Б. Лутова, А. В. Борцов, В. Д. Вид // Обозрениие психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 2007. – Т. 4, № 2. – С. 8–10.

182. Мазур М. А. Реабилитация психически больных с затяжным течением на различных ступенях психиатрической помощи (по материалам Кемеровской областной психиатрической больницы): автореф. дис. … канд. мед. наук / Мазур М. А.; Моск. НИИ психиатрии. – М., 1970. – 20 с.

183. Мазур М. А. Системный анализ как необходимая предпосылка совершенствования психиатрической помощи / М. А. Мазур // Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 1981. – Т. 81, № 3. – С. 426–431.

184. Мак-Дайд Д. Реферат. Психиатрическая помощь, часть I: Основные вопросы организации психиатрической помощи в Европе / Д. Мак-Дайд. – Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2005. – 18 с. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/108876/E85485R.pdf

185. Мак-Дайд Д. Реферат. Психиатрическая помощь, часть II: Реорганизация психиатрической помощи: Роль стационаров и служб по месту жительства / Д. Мак-Дайд, Г. Торникрофт. – Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2005. – 16 с. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/108954/E85488R.pdf.

186. Мак-Дайд Д. Реферат. Психиатрическая помощь, часть III: Финансирование психиатрической помощи в Европе / Д. Мак-Дайд, М. Напп, К. Карран. – Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2005. – 20 с. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/108958/E85489R.pdf.

187. Максутова А. Л. Психофармакотерапия эпилепсии / А. Л. Максутова, В. Фрешер. – Берлин-Вена: Блэквелл Виссеншафтс-Ферлаг, 1998.– 180 с.

188. Матвеев С. А. Информационная модель деятельности органов управления медицинской службой в мирное время / С. А. Матвеев, В. И. Кувакин, В. С. Линник, Н. А. Соколовский // Военно-медицинский журнал, 2001. – № 1. – С.11–14.

189. Мезенцев Е. В. Научные основы оптимизации системы управления здравоохранением на региональном уровне: автореф. дис. … д-ра мед. наук / Мезенцев Евгений Васильевич; НИИ соц. гигиены, экономики и организации здравоохранения. – М., 2003. – 48 с.

190. Менеджмент в здравоохранении / Н. Г. Петрова, Н. И. Вишняков, Е. Н. Пенюгина, И. В. Додонова – СПб.: МЕДпресс, 2009 – 256 с.

191. Метод оценки субъективной удовлетворенности психически больных лечением в психиатрическом стационаре: методические рекомендации / СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева; авторы-сост.: Н. Б. Лутова, А. В. Борцов, В. Д. Вид. – СПб., 2007. – 19 с.

192. Методика проведения социально-гигиенического мониторинга: методические рекомендации, утв. Минздравом РФ от 25.05. 2001 № 2001/83//СЗ РФ 27.11.2000 N 48 ст. 4701. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.alppp.ru/law.

193. Милев В. Психопатология на епилептичните психози / В. Милев, Р. Кирова // Неврология. Психиатрия. Неврохирургия. – 1982. – Т. 12, № 6. – С. 432–438.

194. Митихина И. А. Эпидемиологические модели влияния социально-экономических факторов на показатели психического здоровья населения Российской Федерации в период 1992-2008 гг. / И. А. Митихина, В. Г. Митихин, Н. А. Творогова, В. С. Ястребов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – № 4. – С. 4–10.

195. Морозов Г. В. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии) / Г. В. Морозов, Н. Г. Шумский. – Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1998. – 426 с.

196. Незнанов Н. Г. Анализ основных эпидемиологических показателей психических расстройств при эпилепсии в Ленинградской области в 2000–2009 гг. / Н. Г. Незнанов, Н. В. Семенова, А. С. Киселев // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2010. – № 3. – С. 11–14.

197. Незнанов Н. Г. Комплаенс в психиатрии и способы его оценки / Н. Г. Незнанов, В. Д. Вид, Н. Б. Лутова // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – Т. 10, № 1. – С. 8–12.

198. Незнанов Н. Г. Куда идешь? / Н. Г. Незнанов, П. В. Морозов, И. А. Мартынихин // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2011. – Т. 13, № 4. – С. 4–9.

199. Незнанов Н. Г. Мнение врачей психиатрических стационаров и психоневрологических диспансеров о перспективах развития психиатрической помощи в России / Н. Г. Незнанов, Л. В. Кочорова // Ученые записки Санкт-Петербургского медицинского университета. –2000. – № 3. – С. 167–169.

200. Незнанов Н. Г. Подготовка врачей различных специальностей по вопросам психопрофилактики, выявления на ранних стадиях психических расстройств и расстройств поведения / Н. Г. Незнанов, Е. Н. Пенюгина, Е. Д. Дедков, А. В. Борцов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – № 2. – С. 155–156.

201. Незнанов Н. Г. Проблема комплаенса в клинической психиатрии / Н. Г. Незнанов, В. Д. Вид // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Т. 6, № 4. – С. 159–162.

202. Незнанов Н. Г. Проблема раннего выявления психических расстройств у пациентов общепрактикующих врачей / Н. Г. Незнанов, Л. В. Кочорова, Е. Г. Ивазова и др. // Ученые записки Санкт-Петербургского медицинского университета. – 2000. – № 3. – С. 169–171.

203. Незнанов Н. Г. Проблемы последипломного образования в психиатрии / Н. Г. Незнанов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2010. – Т. 12, № 6. – С. 4–8.

204. Незнанов Н. Г. Психолого-психиатрические последствия вынужденной миграции / Н. Г. Незнанов, К. К. Телия // Ученые записки Санкт-Петербургского медицинского университета. – 2000. – № 3. – С. 125–130.

205. Незнанов Н. Г. Реформирование психиатрической помощи населению

Российской Федерации / Н. Г. Незнанов, Л. В. Кочорова // Здравоохранение. – 2000. – № 8. – С. 16–19.

206. Незнанов Н.Г. Анализ основных эпидемиологических показателей психических расстройств при эпилепсии в Ленинградской области в 2000–2009 гг. / Н.Г. Незнанов, Н.В. Семенова, А.С. Киселев // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2010. – № 3. – С. 11–14.

207. Некрасов М. А. Анализ основных показателей деятельности Орловской областной психиатрической больницы за 1995–2004 годы / М. А. Некрасов, Н. В. Путилин // Вестник новых медицинских технологий. – 2007 – Т. X, № 1. – С. 165–172. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2007–1/E071s32.pdf

208. Некрасов М. А. Научное обоснование совершенствования региональной службы психического здоровья: автореф. дис. …д-ра мед. наук / Некрасов Михаил Анатольевич; Федеральное бюро мед.-соц. экспертизы. – М., 2008. – 53 с.

209. Николаева М. А. Становление толерантности в условиях модернизации образования / М. А. Николаева // Воспитание толерантности: взаимодействие различий: сб. научных и методических трудов / под ред. Н. К. Сергеева, Н. М. Борытко и др. – Волгоград: Изд-во ВГИПК РО, 2004. – 96 с.

210. Номенклатура медицинских услуг: Приложение к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2011 г. N 1664Н « Об утверждении номенклатуры медицинских услуг». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http.//www.garant.ru/hotlaw/federal/378248

211. Ньюфельд О. Г. Принципы и практика общественной психиатрии / О. Г. Ньюфельд // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12, № 3. – С. 5–13.

212. Овчаров В. К. Современные социально-экономические условия и здоровье населения / В. К. Овчаров // Вестник РАМН. – 1997. – № 1. – С. 51–59.

213. Овчаров В. К. Экономические эксперименты в здравоохранении / В. К. Овчаров, М. П. Ройтман, В. Ю. Семенов // Советское здравоохранение. – 1987. – № 9. – С. 5–11.

214. Онищенко Г. Г. Стратегия обеспечения санитарно-эпидемиологического

благополучия населения в условиях социально-экологического развития России на период до 2010 г. / Г. Г. Онищенко // Гигиена и санитария. – 2002. – № 2. – С. 3–14.

215. Организационная эволюция системы психиатрической помощи / Н. Г. Незнанов, Л. В. Кочорова, Н. И. Вишняков, А. В. Борцов. – СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. – 470 с.

216. Организация психиатрической помощи в Вооруженных Силах: учебное пособие / С. В. Литвинцев, В. К. Шамрей, В. В. Нечипоренко; ВМедА им. С. М. Кирова. – СПб., 1999. – 46 с.

217. Организация стационарозамещающих форм медицинской помощи населению: методические рекомендации № 2002/106 / МЗ РФ; сост.: В. И. Стародубов, Р. А. Хальфин, Ю. В. Михайлова и др. – М.: ФФОМС, ЦНИИОИЗ, 2002. – 35 с.

218. Основные показатели деятельности психиатрических учреждений и методика их расчетов: методические рекомендации / МЗ СССР; сост.: И. Я. Гурович, Д. А. Зайцев, В. Б. Прейс и др. – М., 1990. – 18 с.

219. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22.07.93 № 5487-1. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://base.consultant.ru.

220. Основы политики достижения здоровья для всех в европейском регионе ВОЗ (обновление 2005 г.). Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 7. – ВОЗ, 2005. – 108 с. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.who.dk/Document/E87861R.pdf.

221. Особенности оказания психиатрической помощи одиноким больным шизофренией во внебольничных условиях: методические рекомендации / МЗ РФ; сост.: И. Я. Гурович, Л. И. Сальникова, Е. М. Кирьянова, А. Б. Шмуклер. – М., 2000. – 22 с.

222. Отраслевая программа «Управление качеством в здравоохранении на 2003-2007 гг.», утвержденная Решением Коллегии Минздрава России от 18.03.03. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.jurbase.ru.

223. Отраслевой стандарт «Клинико-экономические исследования. Общие

положения» // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2002. – № 5. – С. 55–67.

224. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. – Copenhagen: ВОЗ, 2006. – 185 с.

225. Оценка качества и эффективности медицинской помощи: методические материалы / НИИ СГЭ и УЗ им. Н. А. Семашко; сост.: А. Л. Линденбратен и др. – М., 1995. – 79 с.

226. Папсуев О. О. Клинико-социальные характеристики больных-инвалидов, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра / О. О. Папсуев, В. А. Шевченко, Л. И. Семенчук, С. Е. Суслов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, № 3. – С. 5–9.

227. Пенюгина Е. Н. Концептуальные подходы к оптимизации сети больниц и организации стационарной медицинской помощи с учетом градостроительной политики и основных направлений социально-экономического развития крупного города: автореф. дис. …д-ра мед. наук / Пенюгина Екатерина Николаевна; СПб: СПбГМУ им. И.П. Павлова, 2008. – 39 с.

228. Пенюгина Е. Н. Методические подходы к комплексному изучению мнения пациентов о качестве стационарной медицинской помощи / Е. Н. Пенюгина, Ю. П. Линец // Проблемы городского здравоохранения: сб. научных трудов. – СПб.: СПбГМУ, 2007. – Вып. 12. – С. 164 – 166.

229. Пенюгина Е.Н. Методические подходы к планированию стационарной медицинской помощи с учетом основных направлений социально-экономического развития крупного города / Е. Н. Пенюгина // Проблемы городского здравоохранения: сб. научных трудов. – СПб., 2008. – Вып.13. – С. 111–113.

230. Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь) / под ред. И. Я. Гуровича, А. Б. Шмуклера – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2010. – 544 с.

231. Петраков Б. Д. Эпидемиология психических расстройств: Руководство для врачей / Б. Д. Петраков, Б. Д. Цыганков. – М., 1996. – 135 с.

232. Петрова Н. Н. Факторы психологической адаптации больных с эндогенными психическими заболеваниями / Н. Н. Петрова, А. П. Коцюбинский, Т. А. Аристова, Н. Г. Генералова, С. П. Горбунова, Н. С. Шейнина // Психиатрия. – 2005. – № 5. – С.22–25.

233. Петрова Н.Н. Комплаенс больных с депрессивными расстройствами / Н.Н. Петрова, Е.О. Кучер // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2009. – № 4. – С.21–24.

234. Платонов Г. Г. Клинико-эпидемиологические и социально-экономические основы повышения эффективности психиатрической службы: автореф. дис. … д-ра мед. наук : 14.00.18 / Платонов Геннадий Григорьевич; ГНЦ соц. и суд. психиатрии им. В. П. Сербского; НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН. – Томск, 1997. – 44 с.

235. Платонов Г. Г. Медико-экономические стандарты: критерии эффективности психиатрической помощи / Г. Г. Платонов, Н. Д. Букреева // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. – Т. 2 , № 3. – С. 108–109.

236. Платонов Г. Г. Расчет стоимости лечения одного больного в год, состоящего на диспансерном учете: методические рекомендации / Г. Г. Платонов, Н. Д. Букреева. – Кемерово, 1989. – 22 с.

237. Повышение качества охраны психического здоровья (Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья) // Библиотечный каталог публикаций ВОЗ. – Всемирная Организация здравоохранения, 2006. – 92 с.

238. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике // под ред. А. Б. Смулевича. – М.: Русский врач, 2000. – 364 с.

239. Послания Президента Российской Федерации Федеральному собранию Российской Федерации 2004–2012 гг. – [Электронный ресурс «Президент России»]. – Режим доступа: http://www.kremlin.ru.

240. Постановление Правительства Ленинградской области от 11 февраля 2011 г. № 22 о территориальной программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в Ленинградской области на 2011 год. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

http://zakonprost.ru/content/regional/35/1446613.

241. Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении Положения о социально-гигиеническом мониторинге» от 06.10.1994 г. № 1146. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.bestpravo.ru/federalnoje/yi-pravila/n3b.

242. Поташева А. П. «Жилье под защитой» как реабилитационная форма психиатрической помощи: клинико-социальная и экономическая эффективность: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Поташева Ангелина Петровна; Моск. НИИ психиатрии. – М., 2007. – 21 с.

243. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных (второе издание) / под ред. И. Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007. – 180 с.

244. Предварительные итоги Всероссийской переписи населения 2010 года: Стат. сб. / Росстат. М.: ИИЦ «Статистика России», 2011. – 87 с. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.perepis–2010.ru/results_of_the_census/VPN–BR.pdf.

245. Предположительная численность населения Российской Федерации до 2030 года: Статистический бюллетень. – М.: Росстат, 2010. – 235 с.

246. Приказ МЗ РФ № 363, ФФОМС № 77 от 24.10.96 г. «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.law&.ru/base54/part1/d54ru1156.

247. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 17.05.2012 г. № 566н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://base.consultant.ru.

248. Приказ Минздрава России от 27.03.02 № 98 «Об отраслевой программе «Реорганизация сети психиатрической помощи в Российской Федерации (2003–2008 гг.)» // Здравоохранение. – 2002. – № 6. – С. 86–114.

249. Приказ Минздрава России от 05.09.13 «Об утверждении порядка оказания

скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи» – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://rosminzdrav.ru/documents/5382-prikaz-minzdrava-rossii-ot-5-sentyabrya-2013-g.

250. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.rg.ru/2012/07/25/minzdrav-dok.html.

251. Приказ Министерства здравоохранения России от 08 апреля 1998 г. № 108 «О скорой психиатрической помощи». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://base.consultant.ru.

252. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19.01.98 № 12/2 «Об организации работ по стандартизации в здравоохранении». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.ctmed.ru.

253. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2004 г. № 179 «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://base.consultant.ru.

254. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.01.01 № 12 «О введении в действие отраслевого стандарта "Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении"». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://base.consultant.ru.

255. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.07.02 № 238 «Об организации лицензирования медицинской деятельности». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://base.consultant.ru.

256. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.01.01 № 18 «О введении в действие отраслевого стандарта "Порядок контроля за соблюдением требований нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении"». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://base.consultant.ru.

257. Проблемы обеспечения безопасности пациентов в современном здравоохранении / И. Б. Шикина, С. Л. Вардосанидзе, Ю. Э. Восканян, Н. В. Сорокина. – М.: Изд-во ООО «Глоссариум», 2006. – 336 с.

258. «Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год», утверждена Постановлением Правительства Российской Федерации от 21 октября 2011 г. № 856 г. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.rg.ru/2011/10/28/medpomosh-dok.html.

259. Прокудин В. Н. Пятилетний опыт организации психотерапевтической, психиатрической и наркологической помощи в соматической больнице / В. Н. Прокудин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 2. – С. 73–78.

260. Психиатрическая помощь больным шизофренией: Клиническое руководство. – 2-е изд. / под ред. В. Н. Краснова, И. Я. Гуровича, С. Н. Мосолова, А. Б. Шмуклера. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007. – 260 с.

261. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с.

262. Пурас Д. Опыт реформирования сферы психического здоровья в Литве / Д. Пурас // Независимый психиатрический журнал. – 2006. – № 4. – С. 62–63.

263. Ранканс Э. Новые задачи и новые возможности службы психического здоровья в Латвии / Э. Ранканс, Я. Бугинс, М. Таубе // Независимый психиатрический журнал. – 2006. – № 4. – С. 60–62.

264. Расчеты и анализ показателей деятельности психиатрических учреждений: методические рекомендации / МЗ РСФСР; сост.: Д. А. Зайцев, В. Б. Прейс, Ю. А. Ильиных. – М., 1984. – 39 с.

265. Ресурсосберегающий подход к оказанию психиатрической помощи: фармакоэкономическая оценка: методические указания / МЗ РФ; сост.: И. Я. Гурович, Е. Б. Любов, А. Б. Шмуклер. – М., 2002. – 21 с.

266. Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения (статистическая

информация, подг. МЗ и соц. развития РФ). – М., 2009. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/stat/15.

267. Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения (статистическая информация, подг. Минздравом РФ). – М., 2012. – 375 с.

268. Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения, II часть (Коечный фонд) (статистическая информация, подг. Минздравом РФ). – М., 2013. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.rosminzdrav.ru/documents/8029-statisticheskaya-informatsia-2012.

269. Реформы службы психического здоровья: Проблемы и перспективы: материалы междунар. конф., Москва, 21–22 окт. 1997 г. / под ред. В. С. Ястребова, В. Г. Ротштейна. – М., 1997. – 220 с.

270. Ройтман М. П. Экономические методы управления учреждениями здравоохранения / М. П. Ройтман, В. Ю. Семенов // Экономика и управление здравоохранением: повышение эффективности: материалы Советско-югославского симпозиума. – М.: МЗ СССР, ВНИИ им. Н. А. Семашко, 1989. – С. 73–80.

271. Рытик Э. Г. К вопросу разработки клинико-статистических групп больных психиатрического стационара / Э. Г. Рытик // Организация психиатрической и наркологической помощи в РСФСР. – М., 1991. – С. 43–45.

272. Рытик Э. Г. Особенности финансирования психиатрических стационаров по принципу диагностически связанных (клинико-статистических) групп (обзор) / Э. Г. Рытик, Л. С. Шевченко, Т. А. Солохина, Ю. В. Сейку // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1991. – Т. 91, № 11. – С. 107–111.

273. Рытик Э. Г. Разработка клинико-статистических групп для оценки деятельности психиатрических стационаров: автореф. дис. … канд. мед. наук / Рытик Элла Геннадьевна; НЦ ПЗ; НИИ профилакт. медицины. – М., 1993. – 19 с.

274. Сабанов В. И. Мониторинг качества медицинской помощи в стационаре с применением формализованных экспертных карт / В. И. Сабанов, В. В. Иваненко // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2006. –

№ 12. – С. 16–30.

275. Сальникова Л. И. Общежитие для лиц, страдающих психическими заболеваниями, утративших социальные связи, как одна из форм психиатрического обслуживания / Л. И. Сальникова // XIII съезд психиатров России, Москва, 10–13 окт. 2000 г.: материалы съезда. – М., 2000. – С. 32–33.

276. Самышкин Е. Обзор стандартов в информационных системах здравоохранения / Е. Самышкин, А. Тимошкин // Семинар WB по информационным системам в Здравоохранении, Москва, РФ, 02.02.2004. – London, Imperial College, Business School, 2004. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://siteresources.worldbank.org/RUSSIAINRUSSIANEXT/Resources/447317-1091044461903/pres2_22-01-04_rus.pdf.

277. СанПиН 2.1.3.2630-10. Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность : утв. пост. гл. гос. сан. врача от 18.05.10 № 58 : ввод. в действие с 17.09.10. – М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2010. – 167 с. – (Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы).

278. Сарториус Н. Современные тенденции в развитии психиатрической службы в разных странах мира / Н. Сарториус // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 4. – С.4–7.

279. Семенова И. А. Стандарты учреждения по ведению медицинской документации / И. А. Семенова, М. Р. Асадуллаев // Качество медицинской помощи. – 2003. – № 3. – С. 3–11.

280. Семенова Н. В. Анализ кадровых ресурсов психиатрической службы Ленинградской области в 2000-2009 гг. / Н. В. Семенова // Проблемы городского здравоохранения: сборник научных трудов / под ред. проф. Н. И. Вишнякова. – СПб. – Вып. 17. – 2012. – С. 340–345.

281. Семенова Н. В. Анализ первичной заболеваемости невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами населения Ленинградской области в 2000–2009 годах / Н. В. Семенова, И. В. Лупинов // Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии: сборник

тезисов научно-практической конференции с международным участием, Санкт-Петербург, 3–4 февраля 2011 г. / под ред. Н. Г. Незнанова, Б. Д. Карвасарского. – СПб.: СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2011. – С. 198–199.

282. Семенова Н. В. Аффективные расстройства у населения Ленинградской области в 2000–2009 гг.: эпидемиологические и медико-демографические аспекты / Н. В. Семенова, Н. Г. Незнанов // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. – 2011. – Том XVIII, № 1. – С. 30–32.

283. Семенова Н. В. Болезненность и первичная заболеваемость населения Ленинградской области невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами в 2000-2009 гг. / Н. В. Семенова // Проблемы городского здравоохранения: сборник научных трудов / под ред. проф. Н. И. Вишнякова. – СПб.: Изд-во «ВВМ», 2011. – Вып. 16. – С. 107–111.

284. Семенова Н. В. Возрастная и гендерная структура распространенности невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств у населения Ленинградской области в 2000–2009 годах / Н. В. Семенова, А. С. Киселев // Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии: сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием, Санкт-Петербург, 3–4 февраля 2011 г. / под ред. Н. Г. Незнанова, Б. Д. Карвасарского. – СПб.: СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2011. – С. 196–198.

285. Семенова Н. В. Динамика общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами населения Ленинградской области в 2000–2009 гг. / Н. В. Семенова, Н. Г. Незнанов // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 5. – С. 29–33.

286. Семенова Н. В. Динамика показателей госпитализации больных в психиатрические стационары Ленинградской области в 2000-2009 гг. / Н. В. Семенова // Актуальные проблемы военной психиатрии: Всероссийская юбилейная научно-практическая конференция, Санкт-Петербург, 9–10 июня 2011 г.: материалы. – СПб.: ВМедА. – 2011. – С. 227–228.

287. Семенова Н. В. Закономерности развития и особенности синдрома эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер психиатрических

учреждений / Н. В. Семенова, Е. В. Петрова, А. Н. Алехин // Вестник Томского гос. пед. ун-та. – 2011. – № 12 (114). – С. 194–199.

288. Семенова Н. В. Исследование отношения родственников психически больных к психофармакотерапии / Н. В. Семенова // Четвертый национальный конгресс по социальной психиатрии «Модернизация психиатрической службы – необходимое условие улучшения общественного психического здоровья» и Всероссийская конференция «Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психически больным», Москва, 12–14 декабря 2011 г.: сборник научных материалов / под ред. З. И. Кекелидзе, В. Н. Краснова. – М.: Айсинг, 2011. – С. 236.

289. Семенова Н. В. Комплексная оценка субъективной удовлетворенности пациентов качеством психиатрической помощи / Н. В. Семенова, А. С. Киселев // Вестник психотерапии. – 2011. – № 37 (42).– С. 42–51.

290. Семенова Н. В. Многоуровневая модель оказания психиатрической помощи населению / Н. В. Семенова // Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии, Самара, 19–21 сентября 2013 г.: тезисы докладов / под ред. проф. Н. Г. Незнанова, проф. В. Н. Краснова. – Самара, 2013 – С. 75–77.

291. Семенова Н. В. Многоуровневая модель организации медицинской помощи лицам с психическими расстройствами / Н. В. Семенова // Российский психиатрический журнал. – 2012. – № 2. – С. 25–29.

292. Семенова Н. В. Многоуровневая модель профилактики психических расстройств у лиц пожилого возраста на основе взаимодействия первичного звена здравоохранения и специализированной психиатрической службы / Н. В. Семенова, С. Ф. Случевская // Донозология-2011. Здоровый образ жизни и вредные для здоровья факторы: материалы седьмой международной научной конференции, Санкт-Петербург, 15–16 декабря 2011 г. / под общ. ред. проф. М. П. Захарченко, проф. Ю. А. Щербука. – СПб.: Кристмас+, 2011. – С. 503–506.

293. Семенова Н. В. Обеспечение доступности психиатрической помощи населению Ленинградской области / Н. В. Семенова, И. В. Лупинов //

Реабилитация и дестигматизация в психиатрии: материалы науч.-практ. конф. с международным участием, Санкт-Петербург, 4–5 июня 2013 г. – СПб.: Элмор, 2013. – С. 99–100.

294. Семенова Н. В. Общая и первичная заболеваемость психическими расстройствами у лиц в возрасте 18–19 лет в Ленинградской области в 2000–2009 гг. / Н. В. Семенова, И. В. Лупинов // Актуальные проблемы военной психиатрии: Всероссийская юбилейная научно-практическая конференция, Санкт-Петербург, 9–10 июня 2011 г.: материалы. – СПб.: ВМедА. – 2011. – С. 226.

295. Семенова Н. В. Организационные проблемы внебольничной психиатрической помощи в Ленинградской области / Н. В. Семенова, И. В. Лупинов // Актуальные вопросы внебольничной психоневрологической помощи детскому и взрослому населению; избранные труды: материалы научно-практической конференции с международным участием, Санкт-Петербург, 21–22 мая 2009 г. / под ред. Н. Г. Незнанова; СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2009. – С. 246–247.

296. Семенова Н. В. Основные эпидемиологические показатели невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств у населения Ленинградской области в 2000–2009 годах / Н. В. Семенова // Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии: сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием, Санкт-Петербург, 3–4 февраля 2011 г. / под ред. Н. Г. Незнанова, Б. Д. Карвасарского. – СПб.: СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2011. – С. 194–196.

297. Семенова Н. В. Особенности динамики заболеваемости населения Российской Федерации психическими расстройствами и расстройствами поведения в 1990–2010 гг. / Н. В. Семенова, Н. Г. Незнанов, Е. Н. Пенюгина // Проблемы городского здравоохранения: сборник научных трудов / под ред. проф. Н. И. Вишнякова. – СПб. – Вып. 17. – 2012. – С. 18–23.

298. Семенова Н. В. Отношение родственников психически больных к психофармакотерапии и проблема комплаенса / Н. В. Семенова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2013. – № 4. – С. 92–94.

299. Семенова Н. В. Показатели госпитализации больных с психическими расстройствами в Ленинградской области в 2000-2009 гг. / Н. В. Семенова // Проблемы городского здравоохранения: сборник научных трудов / под ред. проф. Н. И. Вишнякова. – СПб.: Изд-во «ВВМ», 2011. – Вып. 16. – С. 111–115.

300. Семенова Н. В. Проблемы выявления психических расстройств в первичной медицинской сети / Н. В. Семенова // Реабилитация и дестигматизация в психиатрии: материалы науч.-практ. конф. с международным участием, Санкт-Петербург, 4–5 июня 2013 г. – СПб.: Элмор, 2013. – С. 98–99.

301. Семенова Н. В. Пути обеспечения доступности психиатрической помощи населению Ленинградской области / Н. В. Семенова // Проблемы городского здравоохранения: сборник научных трудов / под ред. проф. Н. И. Вишнякова, проф. Ю. П. Линца. – СПб. – Вып. 18. – 2013. – С. 173–176.

302. Семенова Н. В. Распространенность деменций у населения Ленинградской области в 2000-2009 гг. / Н. В. Семенова // Пушковские чтения: VI научно-практическая геронтологическая конференция с международным участием, посв. памяти Э. С. Пушковой, Санкт-Петербург, 18–19 ноября 2010 г.: сборник научных работ / под ред. В. Н. Анисимова, А. Л. Арьева. – СПб., 2010. – С. 228–230.

303. Семенова Н. В. Совершенствование психиатрической помощи населению: многоуровневая модель с интеграцией в первичную медицинскую сеть / Н. В. Семенова // Врач-аспирант. – 2013. – № 5(60). – С.57–64.

304. Семенова Н. В. Совершенствование системы региональной психиатрической помощи и обеспечение ее качества / Н. В. Семенова // Вестник психотерапии. – 2012. – № 43(48). – С. 9–20.

305. Семенова Н. В. Современные подходы к совершенствованию организации региональной психиатрической службы (по материалам Ленинградской области) / Н. В. Семенова. – СПб.: Изд. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2012. – 219 с.

306. Семенова Н. В. Состояние и динамика инвалидности вследствие психических заболеваний в Ленинградской области в 2000-2009 гг. / Н. В. Семенова // Проблемы городского здравоохранения: сборник научных трудов / под ред.

проф. Н. И. Вишнякова. – СПб.: Изд-во «ВВМ», 2010. – Вып. 15.– С. 266–269.

307. Семенова Н. В. Состояние и проблемы стационарной психиатрической помощи в Ленинградской области / Н. В. Семенова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2012. – № 2. – С. 55–59.

308. Семенова Н. В. Структура и особенности контингента больных с психическими расстройствами, госпитализированных в психиатрические стационары Ленинградской области в 2000-2009 гг. / Н. В. Семенова // Российский психиатрический журнал. – 2011. – № 3. – С. 20–24.

309. Семенова Н. В. Характеристика диспансерной и консультативной групп психически больных Ленинградской области в 2000-2009 гг. / Н. В. Семенова, Н. Г. Незнанов // Проблемы городского здравоохранения: сборник научных трудов / под ред. проф. Н. И. Вишнякова. – СПб.: Изд-во «ВВМ», 2010. – Вып. 15. – С. 170–175.

310. Семенова Н. В. Экспертная оценка лечения пациентов в психиатрическом стационаре / Н. В. Семенова // Врач-аспирант. – 2012. – № 4.3 (53). – С. 439–449.

311. Семенова Н. В. Экспертная оценка лечения пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в психиатрических больницах / Н. В. Семенова // Проблемы городского здравоохранения: сборник научных трудов / под ред. проф. Н. И. Вишнякова. – СПб. – Вып. 17. – 2012. – С. 288–292.

312. Семке В. Я. Региональные аспекты социальной психиатрии / В. Я. Семке // Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой. – М.: Медицина, 2001. – С. 341–376.

313. Серебрякова З. Н. Организация психиатрического патронажа и перспективы его развития в СССР / З. Н. Серебрякова. – М.: Медицина, 1965. – 97с.

314. Системный индекс синдрома перегорания (на основе теста MBI): методические рекомендации / СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева; авторы-сост.: Е. И. Лозинская, Н. Б. Лутова, В. Д. Вид. – СПб., 2007. – 17 с.

315. Скрипкина Т. П. Доверие к миру как фундаментальное условие толерантности / Т. П. Скрипкина. – Ростов-на-Дону: Изд-во РГУ, 2002 – 158 с.

316. Случевская С. Ф. Социально-демографический и клинико-эпидемиологический

профиль геронтопсихиатрического пациента в современной России / С. Ф. Случевская, Н. В. Семенова // Пушковские чтения: VI научно-практическая геронтологическая конференция с международным участием, посв. памяти Э. С. Пушковой, Санкт-Петербург, 18–19 ноября 2010 г.: сб. материалов конференции / под ред. В. Н. Анисимова, А. Л. Арьева. – СПб., 2010. – С. 238–240.

317. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей / А. Б. Смулевич. – М.: Медицинское информационное агентство, 2001. – 256 с.

318. Смулевич А. Б. Депрессии в общемедицинской практике / А. Б. Смулевич. – М.: Берег, 2000. – 160 с.

319. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич. – М.: Медицинское информационное агентство, 2007. – 425 с.

320. Смулевич А. Б. Психосоматические расстройства (клинические аспекты) / А. Б. Смулевич // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – Т. 7, № 1. – С. 5–18.

321. Смулевич А. Б. Психосоматические расстройства. Концептуальные аспекты (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин, В. Н. Козырев // Журнал невропатологии и психиатрии им С. С. Корсакова. – 1999. – Т. 99, № 4. – С. 4–16.

322. Смулевич А. Б. Психофармакотерапия и проблема организации психиатрической помощи в соматическом стационаре / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин, В. Н. Козырев, М. Ю. Дробижев // Клиническая медицина. – 2000. – № 10. – С. 22–28.

323. СНиП 31-06-2009. Общественные здания и сооружения. Актуализированная редакция СНиП 2.08.02-89*: утв. Приказом Минрегиона РФ от 01.09.09 № 390 : ввод. в действие с 01.01.10. – М., Минрегион России, 2009. – 57 с. – (Строительные нормы и правила Российской Федерации).

324. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / под ред. проф. И. Я. Гуровича и проф. О. Г. Ньюфельдта. – М.: ИД «Медпрактика», 2007. – 356 с.

325. Соколов М. П. Оптимизация и перспективы развития психиатрической помощи Красноярского края / М. П. Соколов, Б. А. Андрияшев // Социальная

и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11, № 4. – С. 63–64.

326. Солдатова Г. У. Индекс толерантности / Г. У. Солдатова, О. А. Кравцова, О. Е. Хухлаев, Л. А. Шайгерова // Психодиагностика толерантности личности / под ред. Г. У. Солдатовой, Л. А. Шайгеровой. – М.: Смысл, 2008. – С. 46–51.

327. Солохина Т. А. К вопросу оценки качества консультативной соматологической помощи больным психиатрического стационара / Т. А. Солохина, Э. Г. Рытик, В. Г. Ротштейн и др. // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. – Т. 2, № 2. – С. 48–53.

328. Солохина Т. А. Качество психиатрической помощи (организационные и экономические аспекты): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Солохина Татьяна Александровна; НЦПЗ РАМН. – М., 2003. – 46 с.

329. Солохина Т. А. Медико-экономические стандарты как инструмент управления качеством медицинской помощи / Т. А. Солохина, Ю. В. Сейку, Э. Г. Рытик, Л. С. Шевченко // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Психическое здоровье населения России (социальный и эпидемиологический аспекты)», Ижевск, 14–16 апреля 1994 г. – Москва–Ижевск, 1994. – С. 243–245.

330. Солохина Т. А. Обеспечение качества медицинской/психиатрической помощи / Т. А. Солохина, В. С. Ястребов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2003. – Т. 103, № 5. – С. 74–87.

331. Солохина Т. А. Опыт работы социально-психологической школы для родственников психически больных / Т. А. Солохина, В. В. Иванов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2001. – Т. 101, № 3. – С. 51–53.

332. Солохина Т. А. Подходы к обеспечению и оценке качества психиатрической помощи / Т. А. Солохина // XII съезд психиатров России, – Москва, 1–4 ноября 1995 г.: материалы съезда. – М., 1995. – С. 117–118.

333. Солохина Т. А. Управление качеством психиатрической помощи (результаты социологического исследования) / Т. А. Солохина // Психиатрия. – 2003. – № 4. – С. 63–70.

334. Сосновский А. Ю. Изучение мнения пациентов о качестве психиатрической

помощи / А. Ю. Сосновский // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1995. – Т. 95, № 2. – С. 69–70.

335. Сосновский А. Ю. Удовлетворенность пациентов психиатрической помощью, как критерий её качества (клинико-социологическое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Сосновский Андрей Юрьевич; НЦПЗ РАМН. – М., 1995. – 20 с.

336. Стандарты оказания помощи больным шизофренией / под ред. В. Н. Краснова, И. Я. Гуровича, С. Н. Мосолова, А. Б. Шмуклера. – М.: Моск. НИИ психиатрии, 2006 – 28с.

337. Социально значимые заболевания населения России в 2011 году (статистические материалы). – М.: ФГБУ ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 2012. – 66 с.

338. Стандберг-Ларсен М. Дания: обзор системы здравоохранения / М. Стандберг-Ларсен, М. Б. Нильсен, С. Валлгарда; Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – Копенгаген: ВОЗ, 2008. – 218 с. – (Системы здравоохранения: время перемен. – 2007. – Т. 9, № 6.)

339. Стародубов В. И. Стационарозамещающие формы организации медицинской помощи / В. И. Стародубов, А. А. Калининская, С. И. Шляфер. – М.: РИО ЦНИИИОИЗ МЗ РФ, 2001. – 212 с.

340. Степанов А. Д. Формы и методы охраны психического здоровья в условиях севера Сибири: автореф. дис. … канд. мед. наук / Степанов Александр Дмитриевич; НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН. – Томск, 2004. – 26 с.

341. Стожаров В. В. Контроль качества медицинской помощи (деление полномочий) / В. В. Стожаров // Мир медицины. – 1997. – № 10. – С. 19–21.

342. Стожаров В. В. Медицинские стандарты и модернизация здравоохранения / В. В. Стожаров // Клинико-лабораторный консилиум. – 2005. – № 7. – С. 14–17.

343. Стожаров В. В. Система обеспечения структурного качества медицинской помощи: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Стожаров Вадим Владимирович; СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – СПб., 2005. – 41 с.

344. Сторожакова Я. А. Кадровое обеспечение социальной работы в психиатрии / Я. А. Сторожакова, Е. Л. Архипова // Социальная и клиническая

психиатрия. – 2001. – Т. 11, № 4. – С. 39–42.

345. Сторожакова Я. А. Первый психотический эпизод: клинико-социальные и организационные аспекты / Я. А. Сторожакова, О. Е. Холодова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т. 10, № 2. – С. 74–80.

346. Сульдин А. М. Возможности учреждений социальной защиты в охране психического здоровья городского населения Севера Сибири (клинико-социальный, медико-организационный аспекты): автореф. дис. …д-ра мед. наук / Сульдин Александр Михайлович; НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН. – Томск, 2007. – 56 с.

347. Тадтаев В. А. Особенности организации работы дневного стационара районного психоневрологического диспансера / В. А. Тадтаев // Современные проблемы социальной педиатрии и организации здравоохранения: сб. материалов конф., Санкт-Петербург, 22 сент. 2006 г. – СПб., 2006. – С. 52–53.

348. Тадтаев В. А. Особенности организации работы отделения реабилитации районного психоневрологического диспансера // Проблемы городского здравоохранения: сб. научных трудов. – СПб., 2006. – Вып. 11. – С. 143–146.

349. Творогова Н. А. Справка о распространенности психических расстройств в населении Российской Федерации в 2011 г. / Н. А. Творогова, Т. А. Николаева и др. // Психическое здоровье. – 2012. – № 6. – С. 14–37.

350. Территориальная система обеспечения и защиты прав граждан в условиях обязательного медицинского страхования: методические рекомендации, утв. приказом Федерального фонда ОМС от 06.09.00 № 73. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.sudmed-nsmu.narod.ru/akts/health/terrinsh.html.

351. Типология отношения семьи к терапии психотропными препаратами: методические рекомендации / СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева; авторы-сост.: Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич. – СПб., 2011. – 19 с.

352. Тихоненко В. А. Применение закона РФ о психиатрической помощи: позитивный и негативный опыт / В. А. Тихоненко, К. Ф. Ефременко, С. Н. Шишков, А. В. Винокуров // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – Т.5, № 1. – С. 115–121.

353. Тихоненко В. А. Этика практической психиатрии: Руководство для врачей / В. А. Тихоненко. – М., 1996. – 245 с.

354. Толерантность личности: характеристики, закономерности, механизмы формирования / А. А. Деркач, В. Г. Зазыкин, Е. В. Селезнева и др. – М.: Изд-во РАГС, 2003. – 197 с.

355. Торесини Л. Деинституционализация психиатрической помощи в Европе / Л. Торесини; предисловие С. Ф. Глузмана // Нейронews: Психоневрология и нейропсихиатрия. – 2008. – № 6 (11). – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://neuro.health-ua.com/article/150.html.

356. Торникрофт Г. Общинное психиатрическое обслуживание: реальная картина / Г. Торникрофт, Д. Голдберг: пер. с англ. – Киев: Сфера, 1999. – 187 с.

357. Точилов В. А. Возможные пути развития психиатрической помощи в Санкт-Петербурге / В. А. Точилов // Проблемы оценки качества медицинской помощи. – СПб., 1998. – Вып.2. – С. 291–297.

358. Точилов В. А. О реформе психиатрической помощи / В. А. Точилов // Мир медицины. – 1998. – № 3. – С. 45–46.

359. Трифонов Е. Г. Клинико-эпидемиологическая характеристика диспансерного контингента больных пожилого и старческого возраста / Е. Г. Трифонов, М. Г. Щирина, Т. В. Зозуля // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1991. – Т. 91, № 9. – С. 37–41.

360. Трифонов Е. Г. О совершенствовании диспансерного учета психически больных позднего возраста / Е. Г. Трифонов, А. Е. Огнев // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1993. – Т. 93, № 5. – С. 100–104.

361. Уйба В. В. Общетеоретические основы управления качеством медицинской помощи / В. В. Уйба // Проблемы управления качеством медицинской помощи. – 2005. – № 4. – С.22–30.

362. Указ Президента РФ от 12 мая 2009 года № 537 «О стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.fz152.ru/laws.

363. Управление плановой госпитализацией в многопрофильной больнице: методические рекомендации № 2001/144 / сост.: Н. А. Алексеев, А. М. Якушев; утв. 9 ноября 2001 г. – М., 2001. – 17 с. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/online/base/?req=doc.

364. Уткин А. А. Новые формы оказания психиатрической помощи как часть системы комплексной психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Уткин Александр Александрович; Моск. НИИ психиатрии. – М., 2009. – 24 с.

365. Ушаков В. Я. Научное обоснование обеспечения лицензионных требований в деятельности медицинских организаций: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ушаков Валерий Яковлевич; НИИ общественного здоровья РАМН. – М., 2004. – 24 с.

366. Ушаков Ю. В. Экономические аспекты в психиатрии / Ю. В. Ушаков, Н. Е. Кравченко, Г. И. Копейко // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1990. – Т. 90, № 7. – С. 99–104.

367. Ушкалова Е. А. Роль формулярной системы в решении проблем рационального использования лекарств / Е. А. Ушкалова // Клиническая фармакология и терапия. – 1998. – № 7. – С. 80–81.

368. Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007–2012 годы)» [Электронный ресурс «Федеральные целевые программы»]. – Режим доступа: http://fcp.vpk.ru/.

369. Федеральный закон от 30 марта 1999 г. N 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http: base.garant.ru/12115118.

370. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://base.consultant.ru.

371. Федоров Я. О. Исследование толерантности у специалистов помогающих профессий в сфере психического здоровья / Я. О. Федоров, Н. В. Семенова // Вестник психотерапии. – 2011. – № 40(45). – С. 85–97.

372. Финзен А. Психоз и стигма: Преодоление стигмы отношение к предубеждениям

и обвинениям / А. Финзен: пер. с нем. – М.: Алетейа, 2001. – 216 с.

373. Фролов Б. С. О феноменологической и функциональной оценке состояния в психиатрии / Б. С. Фролов, А. В. Рустанович // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1998. – № 1. – С. 66–68.

374. Фромм Э. Здоровое общество / Э. Фромм // Психоанализ и культура: Избранные труды Карен Хорни и Эриха Фромма / сост.: А. М. Руткевич. – М.: Юристъ, 1995. – С. 275–525.

375. Футирян П. И. Оптимизация психиатрической помощи в городе областного подчинения / П. И. Футирян // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 1. – С. 117–118.

376. Хабриев Р. У. Контроль и надзор — неотъемлемые элементы обеспечения доступности и качества медицинской помощи / Р. У. Хабриев, И. Ф. Серегина // Здравоохранение. – 2006. – № 1. – С. 14–18.

377. Хальфин Р. А. Национальные психиатрические службы на рубеже столетий / Р. А. Хальфин, В. С. Ястребов, Б. А. Казаковцев и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2004. – Т. 104, № 2. – С. 7–22.

378. Хальфин Р. А. Экономические аспекты деятельности психиатрической службы / Р. А. Хальфин, А. П. Поташева, И. Н. Канарский и др. // Социальная и клиническая психиатрия. – 1993. – Т. 3, № 3. – С. 63–66.

379. Холмогорова А. Б. Взаимодействие специалистов бригады в комплексном лечении психических расстройств / А. Б. Холмогорова, Т. В. Довженко, Н. Г. Гаранян // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. Т. 12, № 4. – С. 61–65.

380. Хритинин Д. Ф. Психические и аддиктивные нарушения у безнадзорных несовершеннолетних (клинико-социальные и реабилитационные аспекты) / Д. Ф. Хритинин, Б. Д. Цыганков, Ю. Б. Барыльник. – Саратов: Изд-во Торгово-промышл. Палаты, 2005. – 298 с.

381. Хритинин Д. Ф. Современное состояние и пути совершенствования региональной службы психического здоровья / Д. Ф. Хритинин, В.З. Кучеренко, М. А. Некрасов. – М.: Изд-во ММА им. И. М. Сеченова, 2008. – 270 с.

382. Царик Г. Н. Управление качеством медицинской помощи / Г. Н. Царик, Г. В.

Артамонова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 1999. – № 3. – С. 13–30.

383. Цыбульский В. Б. Правовые основы американской системы здравоохранения и возможность их применения в российских условиях / В. Б. Цыбульский // Экономика здравоохранения. – 1998. – № 3. – С. 37–40.

384. Цыганков Б. Д. Психические нарушения у беженцев и их медико-психологическая коррекция: Руководство для врачей / Б. Д. Цыганков, А. И. Былим. – Кисловодск, 1998. – 135с.

385. Цыганок Л. С. Реформирование психиатрической службы. Опыт США И Европы / Л. С. Цыганок // Независимый психиатрический журнал. – 2007. – № 3. – С. 64–74.

386. Чавпецов В. Ф. Автоматизированная технология экспертизы и возможности ее применения для управления качеством медицинской помощи / В. Ф. Чавпецов, С. М. Михайлов, М. А. Карачевцева // Проблемы улучшения качества медицинской помощи и подходы к их решению: сб. науч.-практ. работ / под ред. А. В. Шаброва, А. М. Таранова, В. Ф. Чавпецова. – СПб.: СПбГМА им. И. И. Мечникова, 2005. – С. 58–72.

387. Чомпи Л. Каким может быть будущее социальной психиатрии? / Л. Чомпи // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т. 9, № 3. – С. 27–30.

388. Чуркин А. А. Основные результаты эксперимента по изменению принципов динамического наблюдения за лицами с психическими расстройствами / А. А. Чуркин, Н. А. Творогова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1990. – Т. 90, № 11. – С. 66–70.

389. Чуркин А. А. Психиатрическая помощь в Российской Федерации в 2004 г.: Аналитический обзор / А. А. Чуркин, Н. А. Творогова. – М.: ГНЦ и ССП им. В. П. Сербского, 2005. – 40с.

390. Чуркин А. А. Психиатрическая помощь в Российской Федерации в 2005 г. / А. А. Чуркин, Н. А. Творогова // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 5. – С. 4–12.

391. Чуркин А. А. Психиатрическая помощь населению Российской Федерации в

2006 году: Аналитический обзор / А. А. Чуркин, Н. А. Творогова. – М.: ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2008. – 46 с.

392. Чуркин А. А. Психическое здоровье населения России в 1985–1995 гг. / А. А. Чуркин // Российский психиатрический журнал. – 1997. – № 1. – С. 53–58.

393. Чуркин А. А. Распространенность психических расстройств в Российской Федерации в 2008 г. / А. А. Чуркин, Н. А. Творогова // Российский психиатрический журнал. – 2009. – № 4. – С. 35–40.

394. Чуркин А. А. Состояние психиатрической службы Российской Федерации в 2009 г. / А. А. Чуркин, Н. А. Творогова // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2010. – № 11. – С. 4–10.

395. Чуркин А. А. Эпидемиология психических расстройств / А. А. Чуркин // Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 88–101.

396. Шалин В. В. Толерантность: культурная норма и политическая необходимость (социально-философский анализ): автореф. дис… д-ра философск. наук / Шалин Виктор Викторович. – Ростов-на-Дону, 2000. – 69 с.

397. Шарафутдинова Л. Л. Организация клинико-экспертной работы в крупной территориальной поликлинике: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Шарафутдинова Любовь Леонидовна; СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – СПб., 2002. – 18 с.

398. Шевченко Л. С. Экономические аспекты деятельности службы психического здоровья / Л. С. Шевченко, Т. А. Солохина, Ю. В. Сейку и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1995. – Т. 95, № 1. – С. 81–85.

399. Шевченко Л. С. Разработка нормативов стоимости медицинской помощи в психиатрических стационарах / Л. С. Шевченко, Т. А. Солохина, Ю. В. Сейку и др. // Развитие экономических отношений в здравоохранении: сб. науч. трудов ВНИИ социальной гигиены, управления и экономики здравоохранения. – М., 1991. – С. 55–58.

400. Шевченко Л. С. Финансирование психиатрической помощи: предложения по

его совершенствованию / Л. С. Шевченко, Т. А. Солохина // XIII съезд психиатров России, Москва, 10–13 окт. 2000 г.: материалы съезда. – М., 2000. – С. 41.

401. Шевченко С. Е. О взаимодействии лицензионных и налоговых органов в деле обеспечения качества медицинских услуг / С. Е. Шевченко // Экономика здравоохранения. – 1998. – № 3. – С 41–42.

402. Шестаков В.П. Роль социологических опросов в обеспечении качества стационарной психиатрической помощи / В.П. Шестаков, П. Ю. Старостин, Н.В. Семенова, Е.Н. Пенюгина // Сборник материалов всероссийской с международным участием науч.-практ. конференции «Актуальные проблемы медико-социальной и психологической помощи», Санкт-Петербург. – СПб.: СПб ИУВЭК, 2012. – С. 133–137.

403. Шикина И. Б. Обеспечение безопасности пациентов в условиях многопрофильного стационара: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Шикина Ирина Борисовна; ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения. – М., 2008. – 46 с.

404. Шикина И. Б. Удовлетворенность пациентов как критерий оценки качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре / И. Б. Шикина, Н. В. Сорокина, С. Л. Вардосанидзе, А. И. Лихота // Проблемы управления здравоохранением. – 2006. – № 5. – С. 22–26.

405. Шилова В. М. Экономическая оценка стандартов объема медицинской помощи / В. М. Шилова, О. А. Дзукаев, О. А. Антонова / под ред. акад. О. П. Щепина. – М.: ГАРАНТЪ, 2002. – 224 с.

406. Шипунов Д. А. Управление качеством оказания медицинской помощи / Д. А. Шипунов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2008. – № 2. – С. 41–42.

407. Шмуклер А. Б. Проблемы взаимодействия психиатра, психолога и социального работника / А. Б. Шмуклер, О. В. Немиринский // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – Т. 5, № 3. – С. 97–101.

408. Шмуклер А. Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных: автореф. дис. … д-ра мед. наук : 14.00.18 / Шмуклер

Александр Борисович; Моск. НИИ психиатрии. – М., 1999. – 45 с.

409. Шмуклер А. Б. Социальное функционирование и качество жизни больных шизофренией, проходящих стационарное лечение / А. Б. Шмуклер, Д. А. Зайцев, Л. В. Лосев, С. П. Гладков // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – № 4. – С. 49–52.

410. Шукиль Л. В. Опыт внедрения новых форм оказания комплексной полипрофессиональной помощи больным, страдающим психическими расстройствами, с использованием современных лекарственных средств в Омской области / Л. В. Шукиль, А. И. Чеперин, О. Н. Степанова, А. Д. Шеллер // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2011. – № 6. – С. 26–29.

411. Щепин И. О. Основные тенденции и закономерности распространенности психических болезней в Российской Федерации / И. О. Щепин // Здравоохранение Российской Федерации. – 1998. – № 3. – С. 41–44.

412. Щепин О. П. Актуальные проблемы обеспечения качества медицинской помощи / О. П. Щепин, А. Л. Линденбратен, В. Н. Голодненко, Р. М. Зволинская // Бюллетень НИИ соц. гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. – 1998. – № 3. – С. 13–16.

413. Щепин О. П. Здравоохранение и общество / О. П. Щепин, В. С. Нечаев // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1994. – № 2. – С. 3–6.

414. Щепин О. П. К вопросу об оценке технологии оказания медицинской помощи в новых условиях хозяйствования / О. П. Щепин, А. С. Артюхов // Здравоохранение Российской Федерации. – 1991. – № 6. – С. 10–13.

415. Щепин О. П. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О. П. Щепин, В. И. Стародубов, А. Л. Линденбратен, Г. И. Галанова. – М.: Медицина, 2002. – 204 с.

416. Щепин О. П. Основные направления обеспечения качества медицинской помощи / О. П. Щепин, А. Л. Линденбратен // Бюллетень НИИ соц. гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко. – 1997. – № 4. – С. 10–14.

417. Щепин О. П. Развитие системы здравоохранения в России и ее социальная сущность / О. П. Щепин, Р. В. Коротких, С. С. Рытвинский // Вестник

РАМН. – 1996. – № 4. – С. 59–63.

418. Щепин О. П. Состояние и перспективы развития здравоохранения в СССР / О. П. Щепин // Советское здравоохранение. – 1982. – № 1. – С. 5–15.

419. Экономический механизм управления здравоохранением: метод. разработки / под ред. А. И. Салатича. – Ростов-н/Д., 1991. – 155 с.

420. Экспертиза качества медицинской помощи. Теория и практика / под ред. В. Ф. Чавпевцова, Н. Б. Перепеча. – СПб., 1997. – 319 с.

421. Эпилепсия / под общ. ред. Н. Г. Незнанова. – СПб.: Изд. НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2010. – 960 с.

422. Ясперс К. Общая психопатология / К. Ясперс. – М.: Практика, 1997. – 1056 с.

423. Ястребов В. С. Внебольничная помощь – основное звено психиатрической службы / В. С. Ястребов // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 2. – С. 63–67.

424. Ястребов В. С. Вопросы психического здоровья в материалах российской прессы / В. С. Ястребов, В. В. Балабанова, Л. Я. Серебрийская и др. – М.: НЦПЗ РАМН, 2004. – 28 с.

425. Ястребов В. С. Об истории развития полустационарной психиатрической помощи и необходимость ее дальнейшей специализации / В. С. Ястребов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1985. – Т.85, № 11. – С. 1713–1721.

426. Ястребов В. С. Организационные аспекты внебольничной и стационарной психиатрической помощи / В. С. Ястребов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1991. – Т. 91, № 11. – С. 3–6.

427. Ястребов В. С. Организационный и экономический аспекты психиатрии / В. С. Ястребов, Т. А. Солохина, Л. С. Шевченко, Э. Г. Рытик // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1998. – Т. 98, № 1. – С. 5–9.

428. Ястребов В. С. Организация психиатрической помощи / В. С. Ястребов // Руководство по психиатрии: В 2 тт. / под ред. А. С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – Т. 1. – С. 329–356.

429. Ястребов В. С. Основные положения концепции обеспечения качества

психиатрической помощи / В. С. Ястребов, Т. А. Солохина // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2003. – Т. 103, № 5. – С. 4–10.

430. Ястребов В. С. Охрана психического здоровья – приоритетная задача государства и общества / В. С. Ястребов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2001. – Т. 101, № 3. – С. 6–9.

431. Ястребов В. С. Перспективы разработки научных основ организации психиатрической помощи / В. С. Ястребов, Ю. И. Либерман, В. Г. Ротштейн, Т. А. Солохина // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1990. – Т. 90, № 11. – С. 66–70.

432. Ястребов В. С. Подходы к разработке концепции реформирования психиатрической помощи / В. С. Ястребов, В. Г. Ротштейн, Т. А. Солохина // Реформы службы психического здоровья: проблемы и перспективы: материалы международной конференции, Москва, 21-22 октября 1997 г. – М., 1997. – С. 66–72.

433. Ястребов В. С. Проблема стигмы в российской психиатрии / В. С. Ястребов, И. И. Михайлова // Психическое здоровье. – 2006. – № 1. – С. 61 –66.

434. Ястребов В. С. Проблемы проектирования и реконструкции психиатрических учреждений / В. С. Ястребов // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – Т. 5, № 1. – С. 125–129.

435. Ястребов В. С. Психиатрия и новая экономическая политика в здравоохранении / В. С. Ястребов, В. П. Корчагин, Т. А. Солохина, Л. С. Шевченко // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – Т. 5, № 2. – С. 103–109.

436. Ястребов В. С. Психическое здоровье населения накануне третьего тысячелетия / В. С. Ястребов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – Т. 2, № 1. – С. 8–11.

437. Ястребов В. С. Современная модель медико-социальной помощи психически больным пожилого возраста / В. С. Ястребов, Т. В. Зозуля // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2001. – Т. 101, № 9. – С. 4–9.

438. Ястребов В. С. Современная психиатрическая служба и критерии оценки ее деятельности / В. С. Ястребов // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 2001. – Т. 101, № 3. – С. 29–35.

439. Ястребов В. С. Состояние психического здоровья населения в Российской

Федерации / В. С. Ястребов, М. Е. Вартанян, А. С. Тиганов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова – 1994. – Т. 94, № 4. – С. 79–90; № 5. – С. 82–91.

440. Ястребов В. С. Социально-экономические проблемы службы психического здоровья / В. С. Ястребов, Л. С. Шевченко, Т. А. Солохина и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1993. – Т. 93, № 3. – С. 76–80.

441. Ястребов В. С. Внутренние резервы финансирования психиатрической помощи / В. С. Ястребов, Н. А. Творогова, Л. С. Шевченко, Т. А. Солохина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – № 1. – С. 28–32.

442. Ястребов В. С. Организационный и экономический аспекты психиатрии / В. С. Ястребов, Э. Г. Рытик, Т. А. Солохина, Л. С. Шевченко // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1998. – № 1. – С.5–9

443. Ястребов В. С. Основные положения концепции обеспечения качества психиатрической помощи / В. С. Ястребов, Т. А. Солохина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2003. – Т. 103, № 5. – С. 4–10.

444. Ястребов В. С. Перспективы разработки научных основ организации психиатрической помощи / В. С. Ястребов, В. Г. Ротштейн, Ю. И. Либерман, Т. А. Солохина // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1990. – Т. 90, № 11. – С. 66–70.

445. Ястребов В. С. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации / В. С. Ястребов, В. Г. Митихин, Т. А. Солохина, И. И. Михайлова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2008. – № 6. – С. 4–10.

446. Ястребов В. С. Социально-экономические проблемы службы психического здоровья / В. С. Ястребов, Л. С. Шевченко, Т. А. Солохина и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1993. – Т. 93, № 1. – С. 76–80.

447. Ястребов В. С. Экономическая оценка масштаба вложений и потерь вследствие психических заболеваний: методология исследования и социально-экономический прогноз последствий / В. С. Ястребов, Т. А. Солохина, Л. С. Шевченко и др. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т. 19, № 4. – С. 21–28.

448. Addington J. Social outcome in early psychosis / J. Addington, J. Young,

D. Addington // Psychol. Med. – 2003. – Vol. 33, N 6. – P. 1119–1124.

449. American Psychiatric Association (APA): Practice guideline for major depressive disorder in adults // American Journal of Psychiatry. – 1993. – Vol. 150(suppl. 4.) – 26 p.

450. American Psychiatric Association (APA): Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. – Washington, DC: APA, 1997. – 146 p.

451. American Psychiatric Association (APA): Practice Research Network Update: Are psychiatrists providing psychotherapy to their patients? –Washington: American Psychiatric Association, 2000. – P. 38–62.

452. Anstee B. An alternative form of community care for the mentally ill: supported lodging schemes / B. Anstee // Health Trends. – 1985. – Vol. 17. – P. 39–40.

453. Atlas: Epilepsy Care in the World. – Geneva: World Health Organization, 2005. – 91 p.

454. Badamgarav E. Effectiveness of disease management programs in depression: a systematic review / E. Badamgarav, S. R. Weingarten, J. M. Henning, et al. // American Journal of Psychiatry. – 2003. – Vol. 160. – P. 2080–2090.

455. Balestrieri M. Specialist mental health care in general practice: a metaanalysis / M. Balestrieri, P. Williams, G. Wilkinson // Psychological Medicine. – 1998. – Vol. 18. – P. 711–718.

456. Barbui C. Thirtieth birthday of the Italian psychiatric reform: research for identifying its active ingredients is urgently needed / C. Barbui, M. Tansella // Journal Epidemiology and Community Health. – 2008. – Vol. 62 (12). – P. 1021.

457. Bartels S. J. Improving access to geriatric mental health services: a randomized trial comparing treatment engagement with integrated versus enhanced referral care for depression, anxiety, and at-risk alcohol use / S. J. Bartels, E. H. Coakley, C. Zubritsky, et al. // American Journal of Psychiatry. – 2004. – Vol. 161. – P. 1455–1462.

458. Bash K. Epileptiken in der psychiatrischen Klinik: von der Daemmerattacke zur Psychose / K. Bash, P. Mahnig // Europ. Arch. Psychiatr. Neurol. Sci. – 1984. – Vol. 234, N 4. – P. 237–249.

459. Bekes C. Reimbursement for intensive care services under diagnosis-related groups / C. Bekes, S. Fleming, W. E. Scott // Crit. Care Med. – 1988. – Vol. 16, N 5. – P. 478–481.

460. Bertolote J. M. Quality assurance in mental health care / J. M. Bertolote //

Treatment of mental disorders / ed. by N. Sartorius. – Washington, DC, London: WHO, American Psychiatric Press Inc, 1993. – P. 443–461.

461. Bijl D. Effectiveness of disease management programs for recognition, diagnosis and treatment of depression in primary care / D. Bijl, H. W. J. van Marwijk, M. de Haan, et al. // European Journal of General Practice. – 2004. – Vol. 10. – P. 6–12.

462. Blackwell B. Treatment adherence / B. Blackwell // Br. J. Psychiatry. – 1976. – Vol. 129. – P. 513–531.

463. Blegen M. A. Outcomes of hospital – based managed care: a multivanate analysis of cost and quality / M. A. Blegen, R. C. Retter, C. J. Goode, R. R. Murphy // Obstet. Gynec. – 1995. – Vol. 86. – P. 809–814.

464. Blenkiron P. What determines patients' satisfaction with their mental health care and quality of life? / P. Blenkiron, C. A. Hammill // Postgrad. Med. J. – 2003. – Vol. 79. – P. 337–340.

465. Bloom B. R. The future of public health / B. R. Bloom // Nature. – 1999. – Vol. 402, (suppl.). – P. 63–64.

466. Boisvert C. Parent's d'ados. De la tolérance nécessaire à la nécessité d'intervenir / C. Boisvert. – Montreal: Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, 2004. – 206 p.

467. Bower P. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base / P. Bower, S. Gilbody // Br. Med. J. – 2005. – Vol. 330 – P. 839–842.

468. Bower P. The treatment of child and adolescent mental health problems in primary care: a systematic review / P. Bower, E. Garralda, T. Kramer, et al. // Family Practice. – 2001. – Vol. 18. – P. 373–382.

469. Boylan L.S. Depression but not seizure frequency predicts quality of life in treatment-resistant epilepsy / L.S. Boylan et al. // Neurology. – 2004. – Vol. 62, N 62. – P.258–261.

470. Brown G. S. Pushing the quality envelope: a new outcomes management system / G. S. Brown, G. M. Burlingame, M. J. Lanbert, et al. // Psychiatric. Serv. – 2001. – Vol. 52, N 7. – P. 925–934.

471. Bryden K. E. First episode psychosis: early intervention strategies with second-

generation antipsychotic medication / K. E. Bryden, D. M. Gardner, L. C. Kopala // Int. J. Pract. – 2003. – Vol. 57, N 6. – P. 513–518.

472. Burns T. Home treatment for mental health problems: a systematic review / T. Burns, M. Knapp, J. Catty, et al. // Health Technology Assessment. – 2001. – Vol. 5 (15). – P. 1–139.

473. Burns T. Mental health care failure in England. Myth and reality / T. Burns, S. Priebe // British Journal of Psychiatry. – 1999. –Vol. 174. – P. 191–192.

474. Bustillo J. R. The psychosocial treatment of schizophrenia: An update / J. R. Bustillo, J. Lauriello, W. P. Haran, S. J. Keith // Am. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 158, N 2. – P. 163–175.

475. Butter C. The practitioner, the patient and resistance to change: recent ideas on compliance / C. Butter, S. Rollnick, N. Stott // Can. Med. Ass. – 1996. – Vol. 154. – P. 1357–1367.

476. Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it / P. Byrne // Advances in Psychiatric Treatment. – 2000. – Vol. 6. – P. 65–72.

477. Cahn C. Quality assurance in psychiatry / C. Cahn, A. Richman // Canadian Journal of Psychiatry. – 1985. – Vol. 30. – P. 148–152.

478. Caillet R. Accreditation: the French experience / R. Caillet, S. Baillet // Hospital: Official Journal of the European Association of Hospital Managers. – 2000. – Vol. 1. – P. 23–24.

479. Carpenter J. Mental health recovery paradigm: implications for social work / J. Carpenter // Health Soc. Work. – 2002. – Vol. 27 (2). – P. 86–94.

480. Cask L. Methods of working with primary care / L. Cask, J. Croft // Advances in Psychiatric Treatment. – 2000. – Vol. 6. – P. 442–449.

481. Cassidy F. Vascular risk factors in late onset mania / F. Cassidy, B. J. Carroll // Psychol. Med. – 2002. – Vol. 32. – P. 359–362.

482. Chisholm D. Choosing cost-effective interventions in psychiatry: results from the Choice program of the World Health organization / D. Chisholm // World Psychiatry. – 2005. – Vol. 4, № 1. – P. 37–44.

483. Ciompi L. Sozialpsychiatrie heute – was ist das? – Versuch einer Klärung / L.

Ciompi / Was ist Sozialpsychiatrie. Eine Chronik / hrsg. A. Finzen, U. Hoffmann-Richter. – Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1995. – P. 203–218.

484. Ciompi L. Sozialpsychiatrische Lernfalle. Aus der Praxis – für die Praxis / L. Ciompi. – Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1985.

485. Ciompi L. The philosophy of social psychiatry / L. Ciompi // Social Psychiatry. – 1995. – № 2. – P. 23–28.

486. Coast J. Alternatives to hospital care: what are they and who should decide? / J. Coast, A. Inglis, S. Frankel // British Medical Journal. – 1996. – Vol. 312. –P. 162–166.

487. Coast J. Hospital at home or acute hospital care? A cost minimization analysis / J. Coast, S. Richards, T. Peters, et al. // British Medical Journal. – 1998. – Vol. 316. – P. 1802–1806.

488. Cole M. G. Public health models of mental health care for elderly populations / M. G. Cole // International Psychogeriatrics. – 2002. – Vol. 14 (1). – P. 3–6.

489. Croft-Jeffreys C. Estimated costs of neurotic disorder in UK general practice 1985 / C. Croft-Jeffreys, G. Wilkinson // Psychological Medicine. – 1989. – Vol. 19. – P. 549–558.

490. Dabrowski S. Hospitalizacja domowa / S. Dabrowski, Z. Truzinska-Wachowska // Psychiatr. Pol. – 1969. – Vol. 3. – P. 531–537.

491. Day E. Psychiatry Training in Europe a brief history of the European Federation of Psychiatric Trainees / E. Day, C. Crimmer, A. Lloyd // Psychiatrist. – 2002. – Vol. 26. – P. 152–154.

492. De la Torre J. C. Alzheimer's disease is a vasocognopathy: a new term to describe its nature / J. C. de la Torre // Neurol. Res. – 2004. – Vol. 26. – P. 517–524.

493. Dey P. Randomized controlled trial to assess the effectiveness of a primary health care liaison worker in promoting shared care for opiate users / P. Dey, E. Roaf, S. Collins et al. // Journal of Public Health Medicine. – 2002. – Vol. 24. – P. 38–42.

494. Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care: ISD-10 charter V, primary care version. – Cambridge: Hogrefe & Huber Publisher, 1996.

495. Donabedian A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? A. Donabedian // Amer. J. Publ. Health. – 1981. – Vol. 71. – P. 409 – 412.

496. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment / A. Donabedian. – Michigan: Health Administration Press, 1980. – 457 p.

497. Donabedian A. Quality assurance in health care: consumer's role / A. Donabedian // Quality Health Care. – 1992. – Vol. 1. – P. 247 – 254.

498. Donabedian A. The Criteria and Standards of Quality / A. Donabedian // JAMA. – 1988. – Vol. 260. – P. 1743–1748.

499. Donabedian A. The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring / A. Donabedian. – Michigan: Health Administration Press. 1985. – 900 p.

500. Donabedian, A. The Definition of quality of care. How can it be assessed? / A. Donabedian // JAMA. – 1988. – Vol. 260. – P. 12–32.

501. Donabedian, A. The seven pillars of quality / A. Donabedian // Arch. Pathol. Lab. Med. – 1990. – Vol. 114. – P. 1115–1118.

502. Donovan R. Communication for change / R. Donovan // Hands-on Health Promotion / ed. by R. Moodie, A. Hulme. – Melbourne: IP Communications, 2004. – P. 68–83.

503. Druss B. G. Patient satisfaction and administrative measures as indicators of the quality of mental health care / B. G. Druss, R. A. Rosenheck, M. Stolar, et al. // Psychiatr Serv. – 1999. – Vol. 50. – P. 1053–1058.

504. English J. T. Diagnosis-related groups and general hospital psychiatry: the APA study / J. T. English, S. S. Sharfstein, D. J. Scherl, et al. // American Journal of Psychiatry. – 1986. – Vol. 143. – P. 131–139.

505. Exploring Health Policy Development in Europe / ed. by A. Ritsatakis et al. – Copehagen: WHO European Center for Health Policy, 1998. – European Series № 86. – 537 p.

506. Fabre A. La formation professionelle continue: un ontil au service de l'hospital / A. Fabre // VII Wolrd Congress Psychosocial Rehabilitation, Paris, 2000. – P. 78.

507. Fetter R. B. Diagnosis related groups: the product of hospitals / R. B. Fetter // Clinical Research. – 1984. – Vol. 32, N 3. – P. 336–340.

508. Flament C. Liberté d’opinion et limite normative dans une représentation sociale:

Le développement de l'intelligence / Liberal opinion and normative limits in social representation: The development of intelligence / C. Flament // Swiss Journal of Psychology / Schweizerische Zeitschrift für Psychologie / Revue Suisse de Psychologie. – 1999. – Vol. 58 (3). – P. 201–206.

509. Folsom D. Schizophrenia in homeless persons a systematic review of the literature / D. Folsom, D. V. Jeste // Acta Psychiatr. Scand. – 2002. –Vol. 105 – P. 404–413.

510. Freedman A. M. The biopsychosocial paradigm and the future of psychiatry / A. M. Freedman // Compr. Psychiatry. – 1995. – Vol. 36. – P. 397–406.

511. Gaebel W. Qualitatssicherung in der Psychiatrie: Ein neues Referat der Deutschen Gesellschaft fur psychiatrie / W. Gaebel, E. M. Wolpert // Psychotherapie und nervenheilkunde (DGPPN). Spektrum. – 1994. – Bd. 1. – S. 4–13.

512. Georgieva L. Bulgaria: Health system review / L. Georgieva, P. Salchev, S. Dimitrova, et al. // Health Systems in Transition. – 2007. – Vol. 9 (1). – P. 1–156.

513. Gilbody S. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review / S. Gilbody et al. // JAMA. – 2004. – Vol. 289 (23). – P. 3145–3151.

514. Goldberg D. Douglas House: a new type of hostel ward for chronic psychotic patients / D. Goldberg, K. Bridges, C. Cooper, et al. // Br. J. Psychiatry. – 1985. – Vol. 147. – P. 383–388.

515. Goldberg D. P. Form and frequency of mental disorders across centres / D. P. Goldberg, Y. Lecrubier // Mental illness in general health care: an international study / ed. by T. B. Üstün, N. Sartorius. – Chichester: John Wiley & Sons, 1995. – P. 323–334.

516. Gribbin N. The European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT) // European Psychiatry. – 1999. – Vol. 14. – P. 468–469.

517. Harangozo J. Where is Hungarian mental health reform? / J. Harangozo, R. Kristof // Mental Health Reforms. – 2000. – Vol. 2. – P.14–18.

518. Harden C.L. The comorbidity of depression and epilepsy: epidemiology, etiology and treatment / C.L. Harden // Neurology. – 2002. – Vol. 59 (6, Suppl. 4). – P.48-50.

519. Haug H.-J. Deinstitutionalization of psychiatric patients in central Europe / H.-J. Haug, W. Rossler // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. –

1999. – Vol. 249. – P. 115–122.

520. Hauser W.A. Incidence and prevalence / W.A. Hauser // Epilepsy: A Comprehensive Textbook / Engel J. Jr., Pedley T.A., eds. – Philadelphia: Lippincott–Raven Publ., 1997. – P. 47–57.

521. Hemsley D. Commentary: Psychological and social treatments for schizophrenia: Not just old remedies in new bottles / D. Hemsley, R. M. Murray // Schizophr. Bull. – 2000. – Vol. 26, N 1. – P. 145–151.

522. Hillman K. Restructuring hospital services / K. Hillman // Medical Journal of Australia. – 1998. – Vol. 169, N 5. – P. 239.

523. Hollon S. Combined medication and psychotherapy / S. Hollon, J. Fawcett // Treatments of Psychiatric Disorders. – 2nd ed. / ed. by G. O. Gabbard. – Washington: American Psychiatric Press. – 1995. – Vol. 1. – P. 1221–1236.

524. Iliffe S. Understanding obstacles to the recognition of and response to dementia in different European countries: A modified focus group approach using multinational, multi-disciplinary expert groups / S. Iliffe, J. de Lepeleire, H. van Hout, et al. // Aging and Mental Health. – 2005. – Vol. 9 (1). – P. 1–6.

525. Illiffe S. The National plan for Britain's National Health Service: Toward a managed market / S. Iliffe // International Journal Health Service. – 2001. – Vol. 31 (l). – P. 105– 110.

526. International Health Regulations (2005). – 2nd ed. – Geneva, Switzerland: World Health Organization Press, 2008. – 74 p.

527. Jenkins L. Measure for measuring health service output / L. Jenkins, J. Coles // Health Soc. Serv. J. – 1984. – Vol. 94. – P. 884–885.

528. Jovanovic N. et al. Burnout among psychiatry residents: The International Psychiatry Resident/Trainee Burnout Syndrome Study (BoSS) / N. Jovanovic, J. Bezhold, O. Andlauer, et al. // Die Psychiatrie. – 2009. – Vol. 6 (2). – P. 75–79.

529. Kelstrup A. Satisfaction with care reported by psychiatric inpatients Relationship to diagnosis and medical treatment / A. Kelstrup, K. Lund, B. Lauritsen, P. Bech // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1993. – Vol. 87 (6). – P. 374–379.

530. Kerwick S. Mental health care training priorities in general practice / S. Kerwick,

R. Jones, A. Mann, D. Goldberg // British Journal of General Practice. – 1997. – Vol. 47. – P. 225–227.

531. Knapp M. Service use and cost of home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness / M. Knapp, J. Beecham, V. Koutsogeorgopoulou et al. // British Journal of Psychiatry. – 1994. – Vol. 165. – P. 195–203.

532. Kroenke K. Interventions to improve provider diagnosis and treatment of mental disorders in primary care / K. Kroenke, A. Taylor-Vaisey, A. Dietrich, T. Oxman // Psychosomatics. – 2000. – Vol. 41. – P. 39–52.

533. Kulygina M. Current problems of the psychiatric practice in Russia / M. Kulygina, N. Semenova // Armenian Journal of Mental Health. – 2011. – Special Issue: Abstracts presented at the Regional Meeting of the WPA, Yerevan, Armenia, April 14–17. – P. 14–15.

534. Lamb H. R. Some Perspectives on Deinstitutionalization / H. R. Lamb, L. L. Bachrach // Psychiatric Services. – 2001. – Vol. 286 (52). – P. 1039–1045.

535. Lapsley H. M. Deinstitutionalization for long-term mental illness: cost differences in hospital and community care / H. M. Lapsley et al. // Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. – 2000. – Vol. 34. – P. 491–495.

536. Leff J. Science and society. The psychiatric revolution: care in the community / J. Leff // Nat. Rev. Neurosci. – 2002. – Vol. 3 (10). – P. 821–824.

537. Leff J. Why is care in the community perceived as a failure? / J. Leff // Br. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 179. – P. 381–383.

538. Leff, J. The outcome for long-stay non-demented patients / J. Leff // Care in the community: illusion or reality? / ed. by J. Leff. – Chichester: Wiley, 1997. – P. 69–91.

539. Lehman A. F. Cost-effectiveness of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness / A. F. Lehman, L. Dixon, J. S. Hoch // Br. J. Psychiatry. – 1999. – Vol. 174. – P. 346–352.

540. Levav I. Rights of persons with mental illness in Central America / I. Levav, V. R. Gonzales // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2000. – Vol. 101. – P. 83–86.

541. Liebowitz M. R. Социальное тревожное расстройство: значимость и информированность о терапии / M. R. Liebowitz // Психиатрия и

психофармакотерапия. – 2006. – Т. 8 (4). – С. 24–28.

542. Macpherson R. Supported accommodation for people with severe mental illness: a review / R. Macpherson, G. Shepherd, T. Edwards // Advances in Psychiatric Treatment. – 2004. – Vol. 10. – P. 180–188.

543. Marks I. M. Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness / I. M. Marks, J. Connoly, M. Muijen, et al. // British Journal of Psychiatry. – 1994. – Vol. 165. – P. 179–194.

544. Marks J. N. Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness / J. N. Marks, D. P. Goldberg, V. F. Hillier // Psychological Medicine. – 1979. – Vol. 9. – P. 337–353.

545. Marshall M. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders; (1) Acute day hospital versus admission; (2) Vocational rehabilitation; (3) Day hospital versus outpatient care / M. Marshall et al. // Health Technology Assessment. – 2001. – Vol. 5. – P. 1–75.

546. Maslach C. Job Burnout / C. Maslach, W. B. Schaufeli, M. P. Leiter // Annual Review of Psychology. – 2001. – Vol. 52. – P. 397–422.

547. Maslach C. Prevention of burnout: New perspectives / C. Maslach, J. Goldberg // Applied and Preventive Psychology. – 1998. – Vol. 7. – P. 63–74.

548. Mattson M. R. Quality assurance: a literature review of a changing field / M. R. Mattson // Hospital and Community Psychiatry. – 1984. – Vol. 35(6). – P. 605-616.

549. McCrone P. Grenzen der Deinstitutionalisierung: Erfahrungen in England / P. McCrone, T. Becker // Psychiatrische Praxis. – 2000. – Bd. 27, N 2. – S. 68–71.

550. Mechanic D. Approaches for coordinating primary and specialty care for persons with mental illness / D. Mechanic // General Hospital Psychiatry. – 1997. – Vol. 19. – P. 395–402.

551. Mental Health Policy and Practice across Europe / ed. by M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, G. Thornicroft. – Buckingham: Open University Press, 2007. – 483 p.

552. Mental Illness in General Health Care: An international study / ed. by T. B. Üstün, N. Sartorius. – Chichester: John Wiley & Sons, 1995. – 398 p.

553. Much K. Burnout Prevention for Professionals in Psychology / K. Much et al. //

Vistas: Compelling Perspectives on Counseling 2005 / ed. by B. R. Walz, R. K. Yep. – NY: Am. Counsel. Assoc., 2005. – P. 215–217.

554. Mueser K. T. Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management / K. T. Mueser, G. R. Bond, R. E. Drake, S. G. Resnick // Schizophr. Bull. – 1998. – Vol. 24 (1). – P. 37–74.

555. Mueser K. T. Psychosocial treatment approaches for schizophrenia / K. T. Mueser, G. P. Bond // Curr. Opin. Psychiatry. – 2000. – Vol. 13. – P. 27–35.

556. Ogresta J. Relation between Burnout Syndrome and Job Satisfaction among Mental Health Workers / J. Ogresta et al. // Croatian Medical Journal. – 2008. Vol. 49. – P. 364–374.

557. Olafsdottir M. Mental disorders among elderly people in primary care: the Linkoping study / M. Olafsdottir, J. Marcusson, I. Skoog // Acta Psychiatr. Scand. – 2001. – Vol. 104 (1). – P. 12–18.

558. Paykel E.S. Масштабы и бремя депрессивных расстройств в Европе / E. S. Paykel, T. Brugha, T. Fryers // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – Т. 8, № 3. – С. 8–12.

559. Pedersen K. M. The Danish health care system: evolution not revolution in a decentralized system / K. M. Pedersen, T. Christiansen, M. Bech // Health Economic-14. – 2005. – Supple. 1. – P. S41–S57.

560. Pedrini L. Burnout in Nonhospital Psychiatric Residential Facilities / L. Pedrini et al. // Psychiatric Services. – 2009. – Vol. 60 (11). – P. 1547–1551.

561. Phillips S. D. Moving Assertive Community Treatment Into Standard Practice / S. D. Phillips, B. J. Burns, E. R. Edgar, K. T. Mueser, et al. // Psychiatric Services. – 2001. –Vol. 52. – P. 771–779.

562. Pincus H. Patient-oriented models for linking primary care and mental health care / H. Pincus // General Hospital Psychiatry. – 1987. – Vol. 9. – P. 95–101.

563. Pini S. Частота встречаемости и бремя биполярных расстройств в европейских странах / S. Pini, V. de Queiroz, D. Pagnin, et al. // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – Т. 8, № 5. – С. 33–37.

564. Psychiatric rehabilitation. – 2nd ed. / W. Anthony, M. Cohen, M. Farkas, C. Gagne.

– Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, 2002. – 432 p.

565. Pugliatti M. Estimating the cost of epilepsy in Europe: a review with economic modeling / M. Pugliatti, E. Beghi, L. Forsgren et al. // Epilepsia. – 2007. – Vol. 48, N 12. – P. 2224–2233.

566. Rasmussen A. A double-blind, placebo-controlled study of sertraline in the prevention of depression in stroke patients / A. Rasmussen, M. Lunde, D. L. Poulsen, et al. // Psychosomatics. – 2003. – Vol. 44 (3). – P. 216–221.

567. Rentrop M. Patient satisfaction with psychiatric care. Historical perspective, methods and results from the international literature / M. Rentrop, A. Bohm, W. Kissling // Fortschr. Neurol. Psychiatr. – 1999. – Vol. 67 (10). – P. 456–475.

568. Reynolds C. F. Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the acute and continuation treatment of elderly patients with recurrent major depression: a preliminary report / C. F. Reynolds, E. Frank, J. M. Perel, et al. // American Journal of Psychiatry. – 1992. – Vol. 149. – P. 1687–1692.

569. Richards S. Randomized controlled trial comparing effectiveness and acceptability of an early discharge hospital at home scheme with acute hospital care / S. Richards, J. Coast, D. Gunnell, et al. // British Medical Journal. – 1998. – Vol. 316. – P. 1796–1801.

570. Ring C. Quality assurance in mental health-care: a case study from social work / C. Ring // Health Soc. Care Community. – 2001. – Vol. 9 (6). – P. 383–390.

571. Riordan S. Conditionally discharged restricted patients and the need for long-term medium security / S. Riordan, H. Smith, M. Humphreys // Med. Sci. Law. – 2002. – Vol. 42 (4). – P. 339–343.

572. Robinson R. Accrediting hospitals / R. Robinson // British Medical Journal. – 1995. – Vol. 310. – P. 755–756.

573. Rosen N. O. Do individual differences in tolerance of uncertainty affect health monitoring? / N. O. Rosen, B. Knäuper, J. Sammut // Psychology & Health. – 2007. – Vol. 22 (4). – P. 413–430.

574. Rossler W. Бремя шизофрении и психотических расстройств в странах Евросоюза / W. Rossler, H. J. Salize, J. van Os, A. Riecher-Rossler // Психиатрия

и психофармакотерапия.– 2006. – Т. 8, № 2. – С. 29–34.

575. Royal College of General Practitioners, Department of Health and Office of Population Censuses and Surveys. Morbidity statistics from general practice 1981–2, third national study (MSGP3). – London: HMSO, 1986 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://jnnp.bmj.com/content/63/suppl_1/S53.full.

576. Roy-Byrne P. P. A randomized effectiveness trial of collaborative care for patients with panic disorder in primary care / P. P. Roy-Byrne, W. Katon, D. S. Cowley, J. Russo // Arch. Gen. Psychiatry. – 2001. – Vol. 58. – P. 869–876.

577. Rundell J. Essentials of Consultation Liaison Psychiatry / J. Rundell, M. Wise. – Washington: American Psychiatric Press, 1999. – 174 p.

578. Sahhar D. How well do Australian medical schools prepare general practitioners to care for patients with mental disorders? / D. Sahhar, D. O'Connor // Australasian Psychiatry. – 2004. – Vol. 12 (1). – P. 26–30.

579. Saiek M. S. Health-related quality of life: a review / M. S. Saiek, D. K. Luscombe // J. Drug Dev. – 1992. – Vol. 5. – P. 137–153.

580. Sanazaro P. J. Quality assessment and quality assurance in medical care / P. J. Sanazaro // Ann. Rev. Publ. Health. – 1980. – Vol. l. – P. 37–68.

581. Sanazaro P. J. Quality assurance in medicine: a brief historical perspective / P. J. Sanazaro // World Hosp. – 1984. – Vol. 20. – P. 16–20.

582. Sanderson H. F. Evaluation of diagnosis-related groups in the National Health Service / H. F. Sanderson, A. Storey, D. Morris, et al. // J. Public Health. 1989. – Vol. 11 (4). – P. 269–278.

583. Sanderson K. Prevalence and severity of mental health–related disability and relationship to diagnosis / K. Sanderson, G. Andrews // Psychiatr. Serv. – 2002. – Vol. 53, № 1. – P. 80–86.

584. Sapouna L. Knowledge in Mental Health: Reclaiming the Social / L.Sapouna, P. Herrmann. – Hauppauge: Nova Publishers, 2006. – 155 p.

585. Sayce L. Strategies to reduce social exclusion for people with mental health problems / L. Sayce, L. Measey // Psychiatric Bulletin. – 1999. – Vol. 23. – P. 65–67.

586. Scally G. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new

NHS in England / G. Scally, L. J. Donaldson // British Medical Journal. – 1998. – Vol. 317. – P. 61 –65.

587. Schulberg H. C. A conceptual model for educating primary care providers in the diagnosis and treatment of depression / H. C. Schulberg, M. McClelland // General Hospital Psychiatry. – 1987. – Vol. 9. – P. 1–10.

588. Schurman R. A. The hidden mental health network: treatment of mental illness by nonpsychiatrist physicians / R. A. Schurman, P. D. Kramer, J. B. Mitchell // Arch. Gen. Psychiatry. – 1985. – Vol. 42. – P. 89–94.

589. Schyve P. Models for relating performance measurement and accreditation / P. Schyve // International Journal of Health Planning and Management. – 1995. – Vol. 10. – P. 231–243.

590. Scott J. E. Assertive community treatment and case management for schizophrenia / J. E. Scott, L. B. Dixon // Schizophr. Bull. – 1995. – Vol. 21, N 4. – P. 657–668.

591. Scrivens E. Policy issues in accreditation / E. Scrivens // International Journal for Quality in Health Care. – 1998. – Vol. 10 (1). – P. 1–5.

592. Scrivens E. Putting continuous quality improvement into accreditation: improving approaches to quality assessment / E. Scrivens // Quality in Health Care. – 1997. – Vol. 6. – P. 212–218.

593. Segal S. P. Social work health and mental health: practice, research and programs. Introduction / S. P. Segal // Soc. Work Health Care. – 2002. – Vol.35 (1/2). – P. 351–358.

594. Semenova N. V. Psychiatric morbidity in the Leningrad Region in 2000 – 2009 / N. V. Semenova, A. S. Kisselev // Traditions and Innovations in Psychiatry: WPA Regional Meeting materials, St Petersburg, Russia, 10–12 June, 2010. – St. Pbg.: The V.M. Bekhterev Inst., 2010. – P. 485–487.

595. Semenova N. V. The incidence of mental disorders in the Leningrad Region, 2000 to 2009 / N. V. Semenova, A. S. Kisselev // Traditions and Innovations in Psychiatry: WPA Regional Meeting materials, St Petersburg, Russia, 10–12 June, 2010. – St. Pbg.: The V.M. Bekhterev Inst., 2010. – P. 487–488.

596. Semenova N. V. The analysis of the indices of prevalence and incidence of mental disturbances in the Leningrad Region, 2008–2009 / N. V. Semenova, I. V. Lupinov, Yu. N. Botsmanovskiy // Traditions and Innovations in Psychiatry: WPA Regional Meeting materials, St Petersburg, Russia, 10–12 June, 2010. – St. Pbg.: The V.M. Bekhterev Inst., 2010. – P. 488–490.

597. Semenova N. V. Investigation of patients' satisfaction with treatment in a mental hospital / N. V. Semenova, A. S. Kisselev // European Neuropsychopharmacology. – 2011. – Vol. 21, suppl. 2. – P. 172.

598. Shamian J. Quality management the role of hospital boards / J. Shamian // World Hospital and Health Services. – 1998. – Vol. 34. – P. 4–10.

599. Simmonds S. Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review / S. Simmonds, J. Coid, P. Joseph, et al. // Br. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 178. – P. 497–502.

600. Simpson C. The chronically mentally ill in community facilities. A study of quality of life / C. Simpson, C. Hyde, E. Farragher // Br. J. Psychiatry. – 1989. – Vol. 154. – P. 77–82.

601. Sirica C. Outpatient commitment in mental health: is coercion the price of community services? / C. Sirica // Issue Brief Natl. Health Policy Forum. – 2000. – Vol. 11 (757). – P. l–12.

602. Skoog I. Vascular factors and Alzheimer disease / I. Skoog, R. N. Kalaria, M. M. Breteler // Alzheimer Dis. Assoc. Disord. – 1999. – Vol. 13. – P. 106–114.

603. Sluchevskaya S. Prevalence of dementia in St. Petersburg and Leningrad region (Russian Federation), 2000-2004 / S. Sluchevskaya, N. Semenova // European Neuropsychopharmacology. – 2011. – Vol. 21, suppl. 2. – P. 158.

604. Smith R. Editorial. Reconfiguring acute hospital services: no easy answers, but there are principles we should follow / R. Smith // British Medical Journal. – 1999. – Vol. 319, N 7213. – P. 797 – 798.

605. Smith W. The impact of nursing home transfer policies at the end of life on a public acute care hospital / W. Smith, A. Kellerman, J. Brown // J. Am. Geriatr. Society. – 1995. – Vol. 43. – P. 1052–1057.

606. Social health insurance systems in Western Europe / ed. by R. B. Saltman, R. Busse, J. Figueras. – NY: Open University Press, 2004. – 313 p.

607. Spenser E. Management of first-episode psychosis / E. Spenser, M. Birchwood, D. McGovern // Adv. Psychiatr. Treat. – 2001. – Vol. 7. – P. 133–142.

608. Strandberg-Larsen M. Denmark: Health System review / M. Strandberg-Larsen, M. B. Nielsen, S. Vallgarda, et al. // Health Systems in Transition. –2007. – Vol. 9 (6). – P. 1–164.

609. Strasser S. Satisfaction with medical care / S. Strasser, S. Schweikhard, C. G. Welch, J. C. Burge // Journal of Health Care Marketing. – 1995. – Vol. 15. – P. 34–44.

610. Strathdee G. Purchasing mental health care for primary care / G. Strathdee, R. Jenkins // Commissioning Mental Health Services / ed. by G. Thornicroft & G. Strathdee. – London: HMSO, 1996. – P. 71–84.

611. Stromwall L. K. Is social work's door open to people recovering from psychiatric disabilities? / L. K. Stromwall // Soc. Work. – 2002. – Vol. 47 (1). – P. 75–83.

612. Stromwall L. K., Hurdle D. Psychiatric rehabilitation: an empowerment–based approach to mental health services: revue / L. K. Stromwall // Health Soc. Work. – 2003. – Vol. 28 (3). – P. 206–213.

613. Sturm R. Use of psychiatrists, psychologists, and master's-level therapists in managed behavioral health care carve-out plans / R. Sturm, R. Klap // Psychiatr. Serv. – 1999. – Vol. 50 (4). – P. 504–508.

614. Sugawara M. Community mental health service, social work activity and clinical ethics / M. Sugawara // Seishin Shinkeigaku Zasshi. – 2003. – Vol. 105 (12). – P. 1437–1443.

615. Sullivan G. How mental health providers spend their time: a survey of 10 Veterans Health Administration mental health services / G. Sullivan, K. J. Jinnett, S. Mukherjee, K. L. Henderson // J. Ment. Health Policy Econ. – 2003. – Vol. 6 (2). – P. 89–97.

616. Swingedau O. The French health care system: a report / O. Swingedau // Official Journal of the European Association of Hospital Managers. – 2000. – Vol. 2 (l). – P. 30–34.

617. Taroni S. Devolving responsibility for funding and delivering health care in Italy

/ S. Taroni // Euro Observer. – 2000. – Vol. 2 (1). – P.1–2.

618. Ten H. M. Combined effect of mental disorder and low social support on care service use for mental health problems in the Dutch general population / H. M. Ten, W. Vollebergh, R. Bijl, J. Ormel // Psychol. Med. – 2002. – Vol. 32 (2). – P. 311–323.

619. The National Health Programme. The Runway American Health Care System // J. Amer. Med. Ass. – 1990. – Vol. 263, N 18. – P. 2445– 2447.

620. Thomas A. J. Depression and vascular disease: what is the relationship? / A. J. Thomas, R. N. Kalaria, J. T. O'Brien // J. Affect. Disord. – 2004. – Vol. 79. – P. 81–95.

621. Thornicroft G. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. Overview of systematic evidence / G. Thornicroft, M. Tansella // British Journal of Psychiatry. – 2004. – Vol. 185. – P. 283–290.

622. Thornicroft G. From efficacy to effectiveness in community mental health services. PRiSM Psychosis Study 10 / G. Thornicroft, T. Wykes, F. Holloway, et al. // British Journal of Psychiatry. – 1998. – Vol. 173. – P.423–427.

623. Thornicroft G. Rationale and design. PRiSM Psychosis Study I. / G. Thornicroft, G. Strathdee, M. Phelan, et al. // British Journal of Psychiatry. – 1998. – Vol. 173. – P. 363–370.

624. Thornicroft G. What are the arguments for community based mental health care? / G. Thornicroft, M. Tansella. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, Health Evidence Network, 2003. – 25 p.

625. Tohen M. Psychiatric epidemiology / M. Tohen, E. Bromet, J. M. Murphy, M. T. Tsuang // Harv. Rev. Psychiatry. – 2000. – Vol. 8 (3). – P. 111–125.

626. Tucker S. M. Patient Care Standards: Collaborative Practice Guides / S. M. Tucker, M. M. Canobbio, E. V. Paquette, M. F. Wells. – 7th ed. – St Louis: Mosby, 2000. – 1014 p.

627. Tyrer P. Cost-effective or profligate community psychiatry? / P. Tyrer // Br. J. Psychiatry. – 1998. – Vol. 172. – P. 1–3.

628. Vallgarda S. Governing people's lives. Strategies for improving the health of the nations in England, Denmark, Norway and Sweden / S. Vallgarda // European Journal of Public Health. – 2011. – Vol. 11 (4). – P. 386 – 392.

629. Van Hook M. P. Psychosocial issues within primary health care settings: challenges and opportunities for social work practice / M. P. van Hook // Soc. Work Health Care. – 2003. – Vol. 38 (1). – P. 63–80.

630. Velasco F. T. Cost containment in cardiac surgery: results with a critical pathway for coronary bypass surgery at the New York hospital – Cornell Medical Center / F. T. Velasco, W. Ko, T. Rosengart, et al. // Best Pract. Benchmarking Health. – 1996. – Vol. 1. – P. 21–28.

631. Victor C. R. Older patient and delayed discharge from hospital / C. R. Victor, J. Healy, A. Thomas, J. Seargeant // Health and Community Care. – 2000. – Vol. 8 (6). – P. 443–452.

632. Vuory H. Optimal and logical quality: two neglected aspects of the quality of health services / H. Vuory // Medical Care. – 1980. – Vol. 18. – P. 975–985.

633. Waghorn A. Why is it so difficult to organize an outpatient clinic? / A. Waghorn, M. Mc Kee // Journal of Health Services Research and Policy. – 2000. – Vol. 5. – P. 140–147.

634. Weich S. Attitudes of inner city GPs to shared care for psychiatric patients in the community / S. Weich, E. Downes-Grainger, et al. // Br. J. General Practice. – 1999. – Vol. 49. – P. 643–644.

635. Wentworth D. A. Implementation of an acute Stroke program decreases hospitalization costs and length of stay / D. A. Wentworth, P. R. Atkinson // Stroke. – 1996. – Vol. 27. – P. 1040–1043.

636. White R. A. Perceived stressors, coping strategies, and burnout pertaining to psychiatric nurse working on locked psychiatric units: Open Access Thesis Degree Master of Science (MS) / R. A. White. – Easten Michigan University, 2006. – 168 p.

637. WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment // Psychological Medicine. – 1998. – Vol. 28. – P. 551–558.

638. WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties // Social Science and Medicine. – 1998. – Vol. 46 (12). – P. 1569–1585.

639. Widem P. Prospective payment for psychiatric hospitalization: context and

background / P. Widem, H. A. Pincus, H. H. Goldman, S. Jencks // Hosp. Community Psychiatry. – 1984. – Vol. 35 (5). – P. 447–451.

640. Wilson A. Hospital at home is as safe as hospital, cheaper and patients like it more: early results from a randomized controlled trial / A. Wilson, H. Parker, A. Wynn, et al. // Journal of Epidemiology and Community Health. – 1997. –Vol. 51 (5). – P. 593.

641. Wittchen H.-U. Life time and Six-Month Prevalence of Mental Disorders in the Munich: Follow-Up Study / H.-U. Wittchen, C. A. Essau, D. Zerssen et al. // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. – 1992. – Vol. 241 (4). – P. 247–258.

642. Wittchen H.-U. Масштабы и бремя психических расстройств в Европе: критический обзор и оценка 27 исследований / H.-U. Wittchen, F. Jacobi // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – Т. 8, № 1. – С. 50–61.

643. World Health Organization Atlas. Country profiles on mental health resources. – Geneva: WHO, 2005. – 44 p. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.who.int/mental_health/media/en/243.pdf.

644. World Health Organization. Atlas: Mental health resources in the world. 2001. – Geneva, World Health Organization – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/database.htm.

645. World Health Organization. Division of Mental Health WHO Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness: Consumer involvement in mental health and rehabilitation services. Document WHO/MNH/MEP/89.7. –Geneva: WHO, 1989. – 21 p. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://apps.who.int/iris/handle/10665/62368.

646. World Health Organization. Division of Mental Health WHO Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness: Innovative approaches in service evaluation: consumer contribution to qualitative evaluation and soft indicators. – Geneva: WHO, 1993. – 52 p. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_MNH_MND_93.19.pdf.

647. World Health Organization. Organization of services for mental health. (Mental health policy and service guidance package). – Geneva, World Health Organization,

2003. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.who.int/entity/mental_health/resources/en/Organization.pdf.

648. World Health Organization. Public mental health guidelines for the elaboration and management of national mental health programs. – Geneva: World Health Organization. 1996. – 53 p. – Цит. по: [Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья: свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья. – Женева: ВОЗ, 2007.]

649. World Health Organization. The world health report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope. – Geneva: WHO, 2001. – 178 p.

650. World Health Organization. The World Health Report, 2001. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.who.int/entity/mental_health/resources/en/Organization.pdf; http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/index.htm.

651. Wu T. Social support and psychopathology in homeless patients presenting for emergency psychiatric treatment / T. Wu, M. R. Serper // J. Clin. Psychol. – 1999. – Vol. 55 (9). – P. 1127–1133.

652. Wykes T. A hostel ward for 'new' long stay patients: an evaluation of a ward in a house / T. Wykes // Long term community care / ed. Wing J. K. // Psychol. Med. Monograph. – 1982. – Supplement 2. – P. 41–55.

653. Yoon D. Economic impact of epilepsy in the United States / D. Yoon, K. D. Frick, D. A. Carr, J. K. Austin // Epilepsia. – 2009. – Vol. 50 (10). – P. 2186–2191.

654. Zenasni F. Creativity and tolerance of ambiguity of parents and adolescents: an empirical study / F. Zenasni, M. Besançon, T. Lubart // Journal of Creative Behavior. – 2008. – Vol. 42 (1). – P. 61–72.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Прогноз численности населения Российской Федерации до 2031 года
(по данным Росстата - http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/progn1.htm)

Годы	Низкий вариант прогноза				Средний вариант прогноза				Высокий вариант прогноза			
	Население на начало года	Изменения за год			Население на начало года	Изменения за год			Население на начало года	Изменения за год		
		общий прирост	естественный прирост	миграционный прирост		общий прирост	естественный прирост	миграционный прирост		общий прирост	естественный прирост	миграционный прирост
2011	141760	-274	-504,9	230,9	141996,1	66,9	-205	271,9	142121,5	285,7	-64,7	350,4
2012	141486	-382,8	-610	227,2	142063	41,2	-246,4	287,6	142407,2	323,6	-63,5	387,1
2013	141103,2	-442,9	-664,9	222	142104,2	35,1	-264,5	299,6	142730,8	358,2	-58,1	416,3
2014	140660,3	-489	-708,8	219,8	142139,3	21,6	-289,2	310,8	143089	373,4	-67,8	441,2
2015	140171,3	-531,4	-749,5	218,1	142160,9	7,7	-309	316,7	143462,4	386,5	-71	457,5
2016	139639,9	-577,2	-793,1	215,9	142168,6	-24	-346,5	322,5	143848,9	379,6	-90,4	470
2017	139062,7	-630,3	-844,6	214,3	142144,6	-48,6	-377,6	329	144228,5	379,8	-106,1	485,9
2018	138432,4	-682,7	-896,6	213,9	142096	-79,4	-418,1	338,7	144608,3	367,1	-137,8	504,9
2019	137749,7	-734,6	-946,8	212,2	142016,6	-108,6	-454,1	345,5	144975,4	331,7	-187,4	519,1
2020	137015,1	-783,2	-994,5	211,3	141908	-137,3	-489	351,7	145307,1	316,1	-218,6	534,7
2021	136231,9	-826,2	-1035,9	209,7	141770,7	-167,9	-525,3	357,4	145623,2	288,2	-259	547,2
2022	135405,7	-866,1	-1075,4	209,3	141602,8	-199,3	-563,6	364,3	145911,4	264,6	-296	560,6
2023	134539,6	-894,7	-1103,8	209,1	141403,5	-230	-599	369	146176	246,6	-324,4	571
2024	133644,9	-921,7	-1129,2	207,5	141173,5	-257,4	-632,5	375,1	146422,6	231,7	-350,4	582,1
2025	132723,2	-945,2	-1152,5	207,3	140916,1	-272,8	-652,6	379,8	146654,3	207,7	-383,7	591,4
2026	131778	-956,2	-1161,9	205,7	140643,3	-296	-678,5	382,5	146862	191,3	-408,7	600
2027	130821,8	-963,7	-1169,8	206,1	140347,3	-316,7	-702,8	386,1	147053,3	181,1	-427,1	608,2
2028	129858,1	-967,2	-1172,3	205,1	140030,6	-325	-714,9	389,9	147234,4	176,8	-437,7	614,5
2029	128890,9	-980,8	-1185,3	204,5	139705,6	-333,8	-726,7	392,9	147411,2	178,7	-442,3	621
2030	127910,1	-993,2	-1197,4	204,2	139371,8	-330	-724,6	394,6	147589,9	182,4	-444,4	626,8
2031	126916,9				139041,8				147772,3			

Приложение Б

Варианты расчета прогноза общей и первичной заболеваемости в Российской Федерации (показатели на 100 тыс. населения)

Год	Российская Федерация						Ленинградская область					
	Общая заболеваемость в РФ			Первичная заболеваемость в РФ			Общая заболеваемость в ЛО			Первичная заболеваемость в ЛО		
	Данные	Прогноз (I способ)	Расчетный прогноз (II способ)	Дан-ные	Прогноз (I способ)	Расчетный прогноз (II способ)	Данные	Прогноз (I способ)	Расчетный прогноз (II способ)	Дан-ные	Прогноз (I способ)	Расчетный прогноз (II способ)
2000	2716,6			373,5			2716,6			373,5		
2001	2777,0			381,3			2777,0			381,3		
2002	2838,0			389,3			2838,0			389,3		
2003	2876,7			378,4			2876,7			378,4		
2004	2929,5			398,0			2929,5			398,0		
2005	2975,2			389,4			2975,2			389,4		
2006	2983,9			376,3			2983,9			376,3		
2007	2990,6			361,3			2990,6			361,3		
2008	2976,5			357,1			2976,5			357,1		
2009	2970,3			358,3			2970,3			358,3		
2010		3 050	3 023		356	356		3 050	3 023		356	356
2011		3 079	3 064		353	354		3 079	3 064		353	354
2012		3 107	3 083		349	350		3 107	3 083		349	350
2013		3 136	3 104		346	346		3 136	3 104		346	346
2014		3 164	3 124		342	342		3 164	3 124		342	342
2015		3 193	3 145		339	338		3 193	3 145		339	338
2016		3 222	3 166		335	334		3 222	3 166		335	334
2017		3 250	3 188		332	330		3 250	3 188		332	330
2018		3 279	3 210		328	327		3 279	3 210		328	327
2019		3 307	3 233		325	323		3 307	3 233		325	323
2020		3 336	3 257		321	319		3 336	3 257		321	319

Прогнозные значения показателей общей и первичной заболеваемости всеми психическими расстройствами для Российской Федерации и Ленинградской области на период с 2010 по 2020 годы

Год	Общая заболеваемость				Первичная заболеваемость			
	Исходные данные	Прогноз (точечные значения)	Прогноз (нижняя граница 95% ДИ)	Прогноз (верхняя граница 95% ДИ)	Исходные данные	Прогноз (точечные значения)	Прогноз (нижняя граница 95% ДИ)	Прогноз (верхняя граница 95% ДИ)
Российская Федерация (абсолютные значения)								
2000	3 953 726				543 616			
2001	4 024 933				552 592			
2002	4 092 936				561 378			
2003	4 126 724				542 807			
2004	4 180 082				569 253			
2005	4 223 694				552 840			
2006	4 251 631				536 136			
2007	4 250 043				513 513			
2008	4 226 899				506 906			
2009	4 215 043				508 421			
2010		4 320 221	4 241 977	4 398 464		508 336	483 879	532 793
2011		4 350 339	4 260 727	4 439 950		502 807	474 797	530 817
2012		4 380 457	4 279 183	4 481 730		497 278	465 622	528 933
2013		4 410 575	4 297 435	4 523 715		491 749	456 384	527 113
2014		4 440 693	4 315 542	4 565 844		486 219	447 101	525 338
2015		4 470 811	4 333 541	4 608 081		480 690	437 784	523 597
2016		4 500 929	4 351 459	4 650 399		475 161	428 441	521 881
2017		4 531 047	4 369 313	4 692 781		469 632	419 079	520 185
2018		4 561 165	4 387 119	4 735 211		464 103	409 701	518 505
2019		4 591 283	4 404 884	4 777 682		458 574	400 311	516 836
2020		4 621 401	4 422 618	4 820 185		453 045	390 911	515 178

Год	Общая заболеваемость				Первичная заболеваемость			
	Исходные данные	Прогноз (точечные значения)	Прогноз (нижняя граница 95% ДИ)	Прогноз (верхняя граница 95% ДИ)	Исходные данные	Прогноз (точечные значения)	Прогноз (нижняя граница 95% ДИ)	Прогноз (верхняя граница 95% ДИ)
Ленинградская область (абсолютные значения)								
2000	34 667				4 178			
2001	36 611				4 465			
2002	37 285				4 742			
2003	37 947				5 074			
2004	40 181				5 303			
2005	40 849				6 052			
2006	43 031				4 362			
2007	41 813				4 781			
2008	42 267				4 393			
2009	43 693				5 223			
2010		45 147	43 754	46 541		5 114	4 195	6 033
2011		46 113	44 517	47 709		5 161	4 109	6 213
2012		47 079	45 275	48 883		5 208	4 018	6 397
2013		48 045	46 030	50 060		5 254	3 926	6 583
2014		49 011	46 782	51 240		5 301	3 831	6 771
2015		49 977	47 532	52 422		5 348	3 736	6 960
2016		50 943	48 281	53 605		5 395	3 639	7 150
2017		51 909	49 028	54 790		5 441	3 542	7 341
2018		52 875	49 775	55 975		5 488	3 444	7 532
2019		53 841	50 521	57 161		5 535	3 346	7 724
2020		54 807	51 266	58 348		5 581	3 247	7 916

Год	Общая заболеваемость				Первичная заболеваемость			
	Исходные данные	Прогноз (точечные значения)	Прогноз (нижняя граница 95% ДИ)	Прогноз (верхняя граница 95% ДИ)	Исходные данные	Прогноз (точечные значения)	Прогноз (нижняя граница 95% ДИ)	Прогноз (верхняя граница 95% ДИ)
Российская Федерация (в расчете на 100 000 населения)								
2000	2 717				374			
2001	2 751				378			
2002	2 819				387			
2003	2 846				374			
2004	2 899				395			
2005	2 943				385			
2006	2 977				375			
2007	2 989				361			
2008	2 977				357			
2009	2 970				358			
2010		3 051	2 990	3 111		357	340	374
2011		3 079	3 009	3 150		353	334	373
2012		3 108	3 028	3 188		350	327	372
2013		3 137	3 046	3 227		346	321	372
2014		3 165	3 065	3 266		343	314	371
2015		3 194	3 083	3 305		339	308	370
2016		3 222	3 101	3 344		336	302	370
2017		3 251	3 119	3 383		332	295	369
2018		3 279	3 137	3 422		328	289	368
2019		3 308	3 155	3 461		325	282	368
2020		3 337	3 173	3 500		321	276	367

Год	Общая заболеваемость				Первичная заболеваемость			
	Исходные данные	Прогноз (точечные значения)	Прогноз (нижняя граница 95% ДИ)	Прогноз (верхняя граница 95% ДИ)	Исходные данные	Прогноз (точечные значения)	Прогноз (нижняя граница 95% ДИ)	Прогноз (верхняя граница 95% ДИ)
Ленинградская область (в расчете на 100 000 населения)								
2000	2 055				248			
2001	2 179				266			
2002	2 229				284			
2003	2 276				304			
2004	2 421				319			
2005	2 471				366			
2006	2 618				265			
2007	2 553				292			
2008	2 588				269			
2009	2 677				320			
2010		2 779	2 694	2 863		315	259	370
2011		2 846	2 749	2 943		319	255	382
2012		2 914	2 804	3 024		323	251	394
2013		2 981	2 859	3 104		327	247	407
2014		3 049	2 914	3 185		330	242	419
2015		3 117	2 968	3 265		334	237	432
2016		3 184	3 022	3 346		338	233	444
2017		3 252	3 077	3 427		342	228	457
2018		3 320	3 131	3 508		346	223	469
2019		3 387	3 185	3 589		350	218	482
2020		3 455	3 239	3 670		354	213	495

Прогнозные значения показателей общей и первичной заболеваемости психозами и непсихотическими расстройствами в Ленинградской области на период с 2010 по 2020 годы

Год	Психозы и слабоумие (ЛО)				Непсихотические расстройства (ЛО)			
	Исходные данные	Прогноз (точечные значения)	Прогноз (нижняя граница 95% ДИ)	Прогноз (верхняя граница 95% ДИ)	Исходные данные	Прогноз (точечные значения)	Прогноз (нижняя граница 95% ДИ)	Прогноз (верхняя граница 95% ДИ)
Общая заболеваемость (абсолютные значения)								
2000	15 512				19 155			
2001	16 181				20 430			
2002	16 451				20 834			
2003	17 118				20 829			
2004	16 737				23 444			
2005	17 129				23 720			
2006	17 563				25 468			
2007	17 748				24 065			
2008	18 252				24 015			
2009	18 568				25 125			
2010		18 800	18 452	19 147		26 348	24 841	27 854
2011		19 104	18 706	19 502		27 009	25 284	28 734
2012		19 408	18 958	19 858		27 671	25 721	29 620
2013		19 713	19 210	20 215		28 333	26 155	30 510
2014		20 017	19 461	20 573		28 994	26 585	31 403
2015		20 321	19 711	20 931		29 656	27 013	32 298
2016		20 626	19 961	21 290		30 318	27 440	33 195
2017		20 930	20 211	21 649		30 979	27 866	34 093
2018		21 234	20 461	22 008		31 641	28 290	34 991
2019		21 539	20 710	22 367		32 302	28 714	35 891
2020		21 843	20 960	22 726		32 964	29 138	36 791

Год	Психозы и слабоумие (ЛО)				Непсихотические расстройства (ЛО)			
	Исходные данные	Прогноз (точечные значения)	Прогноз (нижняя граница 95% ДИ)	Прогноз (верхняя граница 95% ДИ)	Исходные данные	Прогноз (точечные значения)	Прогноз (нижняя граница 95% ДИ)	Прогноз (верхняя граница 95% ДИ)
Общая заболеваемость (в расчете на 100 000 населения)								
2000	964				1 190			
2001	1 005				1 269			
2002	1 033				1 308			
2003	1 071				1 303			
2004	1 035				1 450			
2005	1 064				1 474			
2006	1 103				1 600			
2007	1 103				1 496			
2008	1 137				1 497			
2009	1 157				1 566			
2010		1 172	1 145	1 200		1 643	1 547	1 738
2011		1 191	1 160	1 223		1 684	1 575	1 793
2012		1 210	1 175	1 246		1 725	1 602	1 849
2013		1 229	1 189	1 269		1 767	1 629	1 905
2014		1 248	1 204	1 292		1 808	1 655	1 961
2015		1 267	1 219	1 316		1 849	1 682	2 017
2016		1 286	1 234	1 339		1 891	1 708	2 073
2017		1 305	1 249	1 362		1 932	1 735	2 130
2018		1 325	1 263	1 386		1 974	1 761	2 186
2019		1 344	1 278	1 409		2 015	1 787	2 242
2020		1 363	1 293	1 432		2 056	1 814	2 299

Год	Психозы и слабоумие (ЛО)				Непсихотические расстройства (ЛО)			
	Исходные данные	Прогноз (точечные значения)	Прогноз (нижняя граница 95% ДИ)	Прогноз (верхняя граница 95% ДИ)	Исходные данные	Прогноз (точечные значения)	Прогноз (нижняя граница 95% ДИ)	Прогноз (верхняя граница 95% ДИ)
Первичная заболеваемость (абсолютные значения)								
2000	1 089				3 089			
2001	993				3 472			
2002	1 326				3 416			
2003	1 415				3 659			
2004	1 531				3 772			
2005	1 742				4 310			
2006	1 391				2 971			
2007	1 623				3 158			
2008	1 583				2 810			
2009	1 853				3 370			
2010		1 876	1 641	2 110		3 239	2 522	3 955
2011		1 952	1 683	2 221		3 209	2 389	4 029
2012		2 029	1 725	2 332		3 179	2 252	4 106
2013		2 105	1 766	2 445		3 149	2 113	4 185
2014		2 182	1 806	2 557		3 119	1 974	4 265
2015		2 258	1 847	2 670		3 090	1 833	4 346
2016		2 335	1 887	2 783		3 060	1 691	4 428
2017		2 411	1 926	2 896		3 030	1 549	4 510
2018		2 488	1 966	3 010		3 000	1 407	4 593
2019		2 565	2 005	3 124		2 970	1 264	4 677
2020		2 641	2 045	3 237		2 940	1 121	4 760

Год	Психозы и слабоумие (ЛО)				Непсихотические расстройства (ЛО)			
	Исходные данные	Прогноз (точечные значения)	Прогноз (нижняя граница 95% ДИ)	Прогноз (верхняя граница 95% ДИ)	Исходные данные	Прогноз (точечные значения)	Прогноз (нижняя граница 95% ДИ)	Прогноз (верхняя граница 95% ДИ)
Первичная заболеваемость (в расчете на 100 000 населения)								
2000	68				192			
2001	62				216			
2002	83				215			
2003	89				229			
2004	95				233			
2005	108				268			
2006	87				187			
2007	101				196			
2008	99				175			
2009	116				210			
2010		117	103	131		202	158	246
2011		122	105	138		200	150	250
2012		126	108	145		198	141	255
2013		131	110	152		196	133	260
2014		136	113	159		194	124	265
2015		141	116	166		193	115	270
2016		146	118	173		191	107	275
2017		150	121	180		189	98	280
2018		155	123	187		187	89	285
2019		160	126	194		185	80	290
2020		165	128	201		183	71	295

Приложение В

Опросник субъективной удовлетворенности лечением

Ф.И.О._____

*Дата заполнения*_____

Пожалуйста, поставьте оценку каждому из следующих утверждений по четырехбальной шкале:

0- неверно

1- неверно в какой-то степени

2- верно в какой-то степени

3- верно

1. Я доволен (довольна) результатами проведенного лечения. _____
2. Мне не помогли лекарства, которыми меня лечили. _____
3. Результаты лечения оказались не такими, как я ожидал (ожидала). _____
4. У лекарств, которыми меня лечили, были непереносимые побочные эффекты. _
5. В результате лечения у меня улучшилось самочувствие. _____
6. После лечения у меня не улучшилось состояние. _____
7. После лечения я ощущаю бодрость и активность. _____
8. Мне было тяжело находиться в клинике, потому что я чувствовал(а) себя оторванным от дома. _____
9. В будущем в случае необходимости я обращусь за помощью к психиатрам. ___
10. В ходе лечения я отдохнул(а) от своих повседневных забот. _____
11. Пребывание в клинике мешало мне уладить проблемы с работой (учебой), отражавшиеся на моем здоровье. _____
12. Выздоровление зависит, прежде всего, от лечения, а не от воли Бога. _____
13. После лечения меня не пугают жизненные трудности. _____
14. Болезнь прошла сама по себе, доктор здесь ни при чем. _____
15. После лечения я лучше понимаю себя и других людей. _____
16. Мне хочется продолжить начатый курс лечения после выписки. _____
17. После выписки мне вряд ли захочется иметь дело с моим лечащим врачом. ___

18. В ходе лечения я смог(ла) увидеть мои недостатки, осложняющие мне жизнь.
19. Условия пребывания в клиники были в целом удовлетворительными. _____
20. В результате лечения мне не стало легче общаться с окружающими. _____
21. Зрелище окружавших меня психически больных в клинике производило удручающее впечатление. _____
22. Меня надо было лечить именно так, как это делал мой лечащий врач. _____
23. После лечения я готов(а) лучше решать свои проблемы. _____
24. В клинике не было чувства одиночества, мне было интересно общаться с другими больными. _____
25. Мой лечащий врач не мог четко и понятно ответить на мои вопросы. _____
26. После лечения я не смотрю на свое будущее более оптимистично. _____
27. Моего врача интересовали только мои симптомы, как человек я ему был неинтересен. _____
28. После лечения мне пришлось пересматривать свои жизненные планы; они стали более ограниченными. _____
29. Еда, которой кормили в клинике, мне не нравилась. _____
30. Лечащий врач помог мне уточнить планы на будущее. _____
31. Я понимаю целесообразность режимных ограничений и принимаю их. _____
32. Я мог(ла) рассказать лечащему врачу события из своей личной жизни, даже если они непосредственно не относились к лечению. _____
33. Сам факт пребывания в психиатрической клинике не отразится на отношении ко мне окружающих. _____
34. Пребывание в клинике омрачали вынужденное безделье и скука. _____
35. Мой лечащий врач не смог понять, что мне нужно. _____
36. Из-за пребывания в психиатрической больнице у меня будут ограничения в профессии (учебе, получении водительских прав, и.т.д.). _____
37. Медицинский персонал в клинике был достаточно внимательным и чутким. __
38. С лечащим врачом у меня не было хорошего эмоционального контакта. _____
39. Мой лечащий врач был достаточно знающим и компетентным. _____
40. Мой лечащий врач не уделял мне достаточно внимания и времени. _____

Интерпретация результатов

Опросник субъективной удовлетворенности показан для обследования пациентов, прошедших лечение в стационарах и полустационарах любого психиатрического профиля. Противопоказаниями для использования опросника являются острые психотические состояния, сопровождающиеся искаженным восприятием действительности, дезорганизацией поведения и невозможностью установления продуктивного контакта с больным, а также проявления грубого апато-абулического дефекта и выраженные когнитивные нарушения с недоосмышлением окружающей обстановки.

Варианты согласия или несогласия с утверждениями представлены в виде четырех градаций и соответствующих баллов: «неверно» (0 баллов), «неверно в какой-то степени» (1 балл), «верно в какой-то степени» (2 балла), «верно» (3 балла). Во избежание оценки больным лечения только с позиции удовлетворенности или недовольства, что могло бы повлечь за собой искажение результатов обследования вследствие генерализации неосознаваемых установок, в опроснике чередуются «прямые» и «обратные» утверждения, запрашивая у больного, удовлетворен он или нет одним и тем же аспектом лечения. Совпадения по смыслу оценок, данных на полярные по форме утверждения относительно одного и того же аспекта лечения, повышают их весомость и информативность.

Подсчет баллов по субшкалам производится в соответствии с приведенными ниже формулами. Сумма общих баллов по отдельным субшкалам составляет суммарный показатель удовлетворенности по всей шкале.

Формулы расчетов:

Результаты лечения (РЛ) = 18 +В1 – В2 – В3 – В4 + В5 – В6 + В7 + В12 + В13 + В15 + В16 + В18 – В20 + В23 – В26, где В1, В2 и т. д. – балл оценки на вопрос № 1, 2 и т. д. Максимально возможный балл по субшкале результатов лечения – 45, минимальный – 0.

Отношения врач–больной (ОВБ) = 21 + В9 – В14 – В17 + В22 – В25 – В27 + В30 + В32 – В35 – В38 + В39 – В40. Максимально возможный балл по субшкале отношений врач–больной – 36, минимальный – 0.

Бытовые условия и окружающая обстановка (БУО) = 15 – В8 + В10 – В11 + В19 – В21 + В24 – В29 + В31 – В34 + В37. Максимально возможный балл по субшкале бытовых условий и окружающей обстановки – 30, минимальный – 0.

Стигматизация (СТИ) = 6 – В28 + В33 – В36. Максимально возможный балл по субшкале стигматизации – 9, минимальный – 0.

Суммарный показатель удовлетворенности (СУЛ) = РЛ + ОВБ + БУО + СТИ

Максимально возможный суммарный показатель удовлетворенности лечением по всей шкале равен 120 баллам.

При необходимости провести сравнительный анализ результатов удовлетворенности пациентов по отдельным параметрам опросника, проводится усреднение значений субшкал. В этом случае средние арифметические значений субшкал вычисляются по следующим формулам:

$РЛ_с = РЛ / 15$

$ОВБ_с = ОВБ / 12$

$БУО_с = БУО / 10$

$СТИ_с = СТИ / 3$

Интерпретация результатов производится следующим образом. По каждой субшкале и по суммарному баллу выделяется три степени удовлетворенности – низкая, средняя и высокая.

Низкая степень удовлетворенности расценивается как неудовлетворительный показатель отдельной субшкалы или теста в целом. Средняя степень удовлетворенности расценивается как уровень, в целом удовлетворительный, но требующий более детального анализа отдельных вопросов субшкал для выявления источника неудовлетворенности пациента. Высокий уровень удовлетворенности соответствует желаемым характеристикам и экспектациям пациента и может служить показателем высокого качества оказываемой медицинской услуги.

Для субшкалы «Результаты лечения» оценка от 0 до 15 баллов соответствует низкой степени удовлетворенности пациента, от 16 до 30 баллов – средней, и от 31 до 45 баллов – высокой.

Для субшкалы «Бытовые условия и окружающая обстановка» оценка от 0 до 10 баллов соответствует низкой степени удовлетворенности пациента, от 11 до 20 баллов – средней, и от 21 до 30 баллов – высокой.

Для субшкалы «Стигматизация» оценка от 0 до 3 баллов соответствует низкой степени удовлетворенности пациента, от 4 до 6 баллов – средней, и от 7 до 9 баллов – высокой.

Для субшкалы «Отношения врач–больной» оценка от 0 до 12 баллов соответствует низкой степени удовлетворенности пациента, от 13 до 24 баллов – средней, и от 25 до 36 баллов – высокой.

Для суммарного показателя удовлетворенности лечением оценка от 0 до 40 баллов соответствует низкой степени удовлетворенности пациента, от 41 до 80 баллов – средней, и от 81 до 120 баллов – высокой.

Приложение Г

Перечень утверждений

структурированного интервью для родственников

1. Мне кажется, что ни усилия врачей, ни наша поддержка не дадут никаких результатов.

1. да
2. Бог знает, как пойдет лечение
3. врачи могут помочь, а от нас ничего не зависит
4. от нашего участия многое может зависеть
5. другой ответ _____

2. Если больной хочет моей поддержки, он должен меня слушаться.

1. прежде всего он должен отказаться от приема лекарств
2. я не хотел бы навязывать ему свою волю
3. в первую очередь надо выполнять назначения врача
4. да
5. другой ответ _____

3. Если мне не нравится поведение больного, я могу настоять на дополнительном приеме лекарств, угрожая вызовом скорой помощи или требованием срочного посещения врача.

1. больной должен вести себя так, как я считаю правильным, не прибегая к лекарствам
2. пусть ведет себя как хочет, он сам отвечает за свое поведение
3. да
4. я буду стараться разобраться в причинах его поведения и уговорить его принять лекарство или обратиться к врачу
5. другой ответ _____

4. Если состояние больного вызывает у меня опасения, я помогу ему связаться с врачом

1. я посоветую больному обойтись своими силами, не обращаясь к врачу

2. я буду надеяться на благоприятный ход событий, не обязательно принимать какие-то меры

3. я буду настаивать, чтобы он сам обратился к врачу

4. я постараюсь успокоить его и помогу связаться с врачом

5. другой ответ _____

5. Больному, принимающему лекарства, нельзя вести активный образ жизни.

1. активный образ жизни полезен, надо только не принимать лекарства

2. не надо вмешиваться, это его личное дело

3. доктор должен решать, какой образ жизни вести

4. больному надо помочь, соблюдая лекарственный режим, активировать свой образ жизни по мере возможности

5. другой ответ _____

6. Когда больной испытывает побочное действие лекарства, я всегда обращаю его внимание на то, как это плохо выглядит со стороны.

1. да

2. я стараюсь не обращать на это свое внимание

3. я стараюсь его жалобы на побочные действия адресовать врачу

4. я стараюсь убедить его, что это не так уж заметно со стороны

5. другой ответ _____

7. Когда больной жалуется на побочное действие лекарства, я советую снизить дозу или вообще не принимать его.

1. да

2. я стараюсь не придавать этому большое значение

3. я требую пожаловаться на это врачу

4. я уговариваю его потерпеть в пределах, оговоренных с врачом и сосредоточиться на положительном основном эффекте лекарственной терапии

5. другой ответ _____

8. Больной, принимающий лекарство, не должен жить самостоятельно.

1. больной может жить самостоятельно, только если он не принимает лекарства

2. как ему жить, должен решать он сам

3. все отрицательные последствия самостоятельной жизни должен устранять врач с помощью лекарств

4. больной может жить самостоятельно в меру того, как он сам с этим справляется при наблюдении и поддержке родных

5. другой ответ_____

9. Если я вижу, что больному плохо от лекарства, я предлагаю ему на какое-то время прекратить прием.

1. я предлагаю постоянно обходиться без лекарств

2. я надеюсь, что все как-нибудь обойдется

3. я предлагаю пожаловаться врачу

4. я предлагаю, не прекращая приема лекарств, помочь ему обсудить с врачом, что можно сделать для улучшения переносимости

5. другой ответ_____

10. Я доверяю врачу и стараюсь с ним сотрудничать

1. нет

2. врачу виднее, что делать, моего участия не требуется

3. врача надо держать в курсе всех проблем, чтобы он мог постоянно принимать меры

4. да

5. другой ответ_____

11.Устраивать личную жизнь, принимая лекарства, невозможно.

1. да

2. не надо вмешиваться в личную жизнь больного

3. за успех личной жизни больного отвечает врач, проводящий лекарственную терапию

4. больному, принимающему лекарства, надо способствовать в решении проблем личной жизни

5. другой ответ_____

12. Я активно интересуюсь деталями лекарственной терапии больного (название препарата, доступность, режим приема, доза, возможные побочные эффекты).

1. я против того, чтобы он вообще принимал лекарства

2. я об этом не задумываюсь

3. если возникнут проблемы, их должен решать врач

4. да

5. другой ответ_____

Кодировка:

1 – враждебный тип отношения;

2 –отстранённый тип отношения;

3 – манипулирующй тип отношения;

4 –поддерживающий тип отношения;

5 – другой ответ

Приложение Д

Тест «Maslach Burnout Inventory»

(оценка синдрома выгорания у медицинских работников)

Ответьте, пожалуйста, на вопросы, касающиеся Вашей профессиональной деятельности.

1. Пол м/ж _____;
2. Год рождения _____;
3. Профессия: _____;
4. Стаж работы по данной специальности _____;
5. Сколько месяцев Вы были на больничном листе за время работы:
    1. несколько дней;
    2. несколько недель;
    3. несколько месяцев;
    4. несколько лет;
    5. не был.
6. Сколько часов в неделю Вы непосредственно работаете с больными (не включая административную работу)?___;
7. Когда Вы впервые оказались на больничном листе, были ли Вы озабочены тем, что без Вас происходит на работе?
    1. Нет;
    2. Не совсем;
    3. Да, до известной степени;
    4. Да, очень;
8. Испытывали ли Вы разочарование в Вашей настоящей работе?
    1. Нет;
    2. Не совсем;
    3. Да, до известной степени;
    4. Да, очень.

9. Пытались ли Вы активно улучшить обстановку у себя на работе?
    1. Нет;
    2. Не совсем;
    3. Да, до известной степени (что именно Вы пытались улучшить)

_____;

    4. Да, очень (что именно Вы пытались улучшить)

_____;

10. Как Вы обычно реагируете, когда сталкиваетесь с проблемами и трудностями у себя на работе?
    1. Я подавляю свои чувства и пытаюсь переключиться на другие дела;
    2. Я сразу показываю, что я чувствую, а затем пытаюсь переключиться на другие дела;
    3. Я сдерживаю свои чувства и пытаюсь решить проблему;
    4. Я сразу показываю, что я чувствую и пытаюсь решить проблему;
    5. Я реагирую иначе, а именно:

_____;

11. Какие из трех перечисленных ниже аспектов наиболее важны для Вас в работе? (*Отметьте наиболее важный для Вас аспект цифрой 1, менее важный – цифрой 2 и наименее значимый – цифрой 3*)

□ интересное содержание работы;

□ добрые отношения с сослуживцами;

□ хороший оклад;

12. Что является лучшим в Вашей работе?

_____

_____;

13. Что более всего достойно сожаления в Вашей работе?

_____

_____;

14. Отметьте по шкале от 1 до 7 с какой частотой за последний год Вы испытали перечисленные ниже состояния:

1 2 3 4 5 6 7

никогда всегда

___усталость;

___плохое настроение;

___чувство «хорошего дня»;

___физическая истощенность;

___эмоциональная истощенность;

___ощущение радости;

___потерянность;

___ощущение несчастья;

___чувство «выжатого, как лимон»;

___чувство «загнанного в ловушку»;

___дискомфорт;

___гнев;

___чувство собственной никчемности;

___чувство измотанности;

___огорчение;

___разочарование и возмущение окружающими;

___слабость и беспомощность;

___чувство безнадежности;

___чувство, что Вас отвергают;

___оптимизм;

___энергичность;

___тревога;

___озабоченность;

___пессимизм;

15. Ниже приведены обозначения эмоциональных состояний, возникающих при работе с людьми. Отметьте частоту, с которой они возникали у Вас за последние месяцы:

1	2	3	4	5	6	7
никогда						всегда

А___Я чувствую себя эмоционально истощенным от своей работы;

Б___Я чувствую, что моя энергия полностью израсходована к концу рабочего дня;

В___Я чувствую себя уставшим, вставая утром, когда мне предстоит очередной рабочий день;

Г___Я легко могу понять, что чувствуют мои больные;

Д___Я чувствую, что обращаюсь с некоторыми из моих больных, как с неодушевленными объектами;

Е___Меня очень тяготит необходимость целый день работать с людьми;

Ж___Я успешно решаю проблемы моих больных;

З___Я чувствую, что моя жизнь изменилась из-за моей работы;

И___Я чувствую, что моя работа пользуется уважением у моих знакомых;

К___Я стал более черствым с тех пор, как работаю по этой специальности;

Л___Я озабочен тем, что моя работа делает меня эмоционально жестким;

М___Я чувствую себя на работе энергичным;

Н___Я неудовлетворен своей работой;

О___Я слишком много сил отдаю своей работе;

П___Я на самом деле не беспокоюсь о том, что произойдет с моими больными;

Р___Непосредственная работа с людьми – слишком большое напряжение для меня;

С___Я легко могу создать непринужденную атмосферу в отношении с больными;

Т___Мое настроение улучшается после доверительного отношения с больными;

У___Я сделал много полезного в своей работе;

Ф___Я чувствую себя на грани срыва;

Х___На работе я спокойно справляюсь со своими эмоциями;

Ц___Я чувствую, что некоторые больные перегружают меня своими эмоциями;

Отметьте по шкале от 1 до 7 насколько Вы согласны со следующими утверждениями:

1 2 3 4 5 6 7

Не согласен согласен

16._____Я чувствую себя надежно и не боюсь потерять работу;

17._____Я не высказываю открыто свое мнение о рабочей обстановке;

18._____Я не осмеливаюсь просить о повышении оклада;

19._____Я чувствую, что начальник заинтересован в моих идеях о повышении эффективности труда;

20._____Я не чувствую, что мои человеческие качества оцениваются на работе должным образом;

21._____Начальник не хочет слышать о моих проблемах на работе;

22._____Публично критиковать организацию работы опасно;

23._____Я не чувствую, что мои творческие ресурсы оцениваются на работе должным образом;

24.Я полностью контролирую свою рабочую ситуацию:

А. _____ отношения с больными;

Б. _____отношения с коллегами;

В. _____отношения с персоналом;

Г. _____отношения с администрацией;

25. ___Мне трудно определить, какие производственные задания мне поручат;

26. _____Мне повезло с сослуживцами, которые поддерживают меня и с которыми я могу обсудить текущие проблемы;

27. _____Часто на работе такая горячка, что приходится одновременно делать несколько важных дел;

28. _____Мне кажется, что начальнику безразлично, что на самом деле чувствуем мы с коллегами;

29. _____Нам хорошо вместе и мы встречаемся помимо работы;

30. _____Я не вижу больше смысла в выполняемой работе;

31. _____У меня доверительные отношения с больными;

32. _____Для меня уже не вполне ясно, руководствуемся ли мы благом для больных в нашей деятельности;

33. _____Начальник понимает, что сотрудники работают лучше, когда чувствуют себя комфортно;

34. _____Мои коллеги терпимы и не слишком критикуют меня;

35. _____Мне трудно говорить с коллегами о текущих делах;

36. _____Я уверен, что не совершу на работе серьезных ошибок;

37. _____Я считаю себя достаточно компетентным для заботы о психически больных людях;

38. _____Я чувствую, что мною манипулируют на работе;

39. _____Существует большая разница между тем, как работа описывается в книгах и тем, как на самом деле происходит здесь;

40. _____Я всегда выслушиваю больных и искренне интересуюсь тем, что они хотят сказать;

41. _____Я часто думаю о своих больных и о работе дома;

42. _____ Я полагаю, что мои коллеги чувствуют себя здесь дольно скверно;

43. ____Неадекватное поведение больных временами очень беспокоит меня;

44. _____Мой начальник (коллеги старше по званию) е принимают в расчет мои знания и опыт в отношении больных;

45. _____Не думаю, что мне захочется остаться на этой работе;

46. ___На работе мы имеем все необходимое для повышения квалификации;

47. _____Я не распоряжаюсь своим рабочим временем;

48. _____Не думаю, что я нужен больным и могу для них что-либо сделать;

49. _____Весь энтузиазм и радость, которые я испытывал поначалу, обернулись противоположными чувствами;

50. _____Я и мои коллеги можем положиться друг на друга;

51. _____У меня все более двойственные чувства как по отношению к больным, так и по отношению к коллегам;

52. _____Я начинаю сторониться моих коллег и определенных производственных задний;

53. _____Я счастлив, когда достигаю успехов на работе;

54. _____Мое представление о себе, как о профессионале – весьма нечетко;

55. _____Я знаю, что при необходимости смогу получить практическую и конкретную помощь от моих коллег;

56. _____Я получаю эмоциональную поддержку от своих коллег на работе;

57. _____Фактически я не знаю, к кому обращаться за помощью;

58. Озабочены ли Вы тем, что происходит в Ваше отсутствие на работе?

1. Нет;
2. Не совсем;
3. Да, до известной степени;
4. Да, очень.

Приложение Е

Экспресс-опросник «Индекс толерантности»

*(*Г.У. Солдатова, О.А. Кравцова, О.Е. Хухлаев, Л.А. Шайгерова, 2002).

Стимульный материал опросника составляют утверждения, отражающие как общее отношение к окружающему миру и другим людям, так и социальные установки в различных сферах взаимодействия, где проявляются толерантность и интолерантность человека. В методику включены утверждения, выявляющие отношение к некоторым социальным группам (меньшинствам, психически больным людям, нищим), коммуникативные установки (уважение к мнению оппонентов, готовность к конструктивному решению конфликтов и продуктивному сотрудничеству). Специальное внимание уделено этнической толерантности-интолерантности (отношение к людям иной расы и этнической группы, к собственной этнической группе, оценка культурной дистанции). Три субшкалы опросника направлены на диагностику таких аспектов толерантности, как этническая толерантность, социальная толерантность, толерантность как черта личности.

Бланк методики

Инструкция: *Оцените, пожалуйста, насколько Вы согласны или не согласны с приведенными утверждениями, и в соответствии с этим поставьте галочку или любой другой значок напротив каждого утверждения:*

№	Утверждение	*Абсолютно не согласен*	*Не согласен*	*Скорее не согласен*	*Скорее согласен*	*Согласен*	*Полностью согласен*
1.	В средствах массовой информации может быть представлено любое мнение						
2.	В смешанных браках обычно больше проблем, чем в браках между людьми одной национальности						
3.	Если друг предал, надо отомстить ему						
4.	К кавказцам станут относиться лучше, если они изменят свое поведение						
5.	В споре может быть правильной только одна точка зрения						
6.	Нищие и бродяги сами виноваты в своих проблемах						
7.	Нормально считать, что твой народ лучше, чем все остальные						
8.	С неопрятными людьми неприятно общаться						
9.	Даже если у меня есть свое мнение, я готов выслушать и другие точки зрения						
10.	Всех психически больных людей необходимо изолировать от общества						

11.	Я готов принять в качестве члена своей семьи человека любой национальности						
12.	Беженцам надо помогать не больше, чем всем остальным, так как у местных проблем не меньше						
13.	Если кто-то поступает со мной грубо, я отвечаю тем же						
14.	Я хочу, чтобы среди моих друзей были люди разных национальностей						
15.	Для наведения порядка в стране необходима "сильная рука"						
16.	Приезжие должны иметь те же права, что и местные жители						
17.	Человек, который думает не так, как я, вызывает у меня раздражение						
18.	К некоторым нациям и народам трудно хорошо относиться						
19.	Беспорядок меня очень раздражает						
20.	Любые религиозные течения имеют право на существование						
21.	Я могу представить чернокожего человека своим близким другом						
22.	Я хотел бы стать более терпимым человеком по отношению к другим						

Обработка результатов

Для количественного анализа подсчитывается общий результат, без деления на субшкалы.

Каждому ответу на прямое утверждение присваивается балл от 1 до 6 («абсолютно не согласен» – 1 балл, «полностью согласен» – 6 баллов). Ответам на обратные утверждения присваиваются реверсивные баллы («абсолютно не согласен» – 6 баллов, «полностью согласен» – 1 балл). Затем полученные баллы суммируются.

Номера прямых утверждений: 1, 9, 11, 14, 16, 20, 21, 22.

Номера обратных утверждений: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 17, 18, 19.

Индивидуальная или групповая оценка выявленного уровня толерантности осуществляется по следующим ступеням:

22-60 – низкий уровень толерантности. Такие результаты свидетельствуют о высокой интолерантности человека и наличии у него выраженных интолерантных установок по отношению к окружающему миру и людям.

61-99 – средний уровень. Такие результаты показывают респонденты, для которых характерно сочетание как толерантных, так и интолерантных черт. В одних социальных ситуациях они ведут себя толерантно, в других могут проявлять интолерантность.

100-132 – высокий уровень толерантности. Представители этой группы обладают выраженными чертами толерантной личности. В то же время необходимо понимать, что результаты, приближающиеся к верхней границе (больше 115 баллов), могут свидетельствовать о размывании у человека "границ толерантности", связанном, к примеру, с психологическим инфантилизмом, тенденциями к попустительству, снисходительности или безразличию. Также важно учитывать, что респонденты, попавшие в этот диапазон, могут демонстрировать высокую степень социальной желательности (особенно если они имеют представление о взглядах исследователя и целях исследования).

Для качественного анализа аспектов толерантности можно использовать разделение на субшкалы:

1. Этническая толерантность: 2, 4, 7, 11, 14, 18, 21.

2. Социальная толерантность: 1, 6, 8, 10, 12, 15, 16, 20.

3. Толерантность как черта личности: 3, 5, 9, 13, 17, 19, 22.

Субшкала «этническая толерантность» выявляет отношение человека к представителям других этнических групп и установки в сфере межкультурного взаимодействия.

Субшкала «социальная толерантность» позволяет исследовать толерантные и интолерантные проявления в отношении различных социальных групп (меньшинств, преступников, психически больных людей), а также изучать установки личности по отношению к некоторым социальным процессам.

Субшкала «толерантность как черта личности» включает пункты, диагностирующие личностные черты, установки и убеждения, которые в значительной степени определяют отношение человека к окружающему миру.

Приложение Ж

Всемирная Организация Здравоохранения

ВОПРОСНИК «ВОЗКЖ – краткая версия»

ИНСТРУКЦИИ

Вопросы этой анкеты касаются того, что Вы чувствуете относительно качества жизни, здоровья и других сфер Вашей жизни. Пожалуйста, отвечайте на все вопросы, ничего не пропуская. Если Вы не уверены в том, какой ответ выбрать, пожалуйста, выберите один, который кажется наиболее подходящим. Часто это может быть Ваша первая реакция на вопрос.

Пожалуйста, имейте в виду Ваши основные нормы, надежды, удовольствия и заботы. Мы просим Вас оценить Вашу жизнь в ПОСЛЕДНИЕ ДВЕ НЕДЕЛИ. Например, имея в виду последние две недели, Вы отвечаете на вопрос:

	Совсем нет	Относительно слабо	Средне	Относительно сильно	Предельно сильно
Насколько сильно Вы беспокоитесь о своем здоровье?	1	2	3	4	5

Вы должны обвести кружком номер того ответа, который наилучшим образом описывает степень Вашей обеспокоенности здоровьем ЗА ПОСЛЕДНИЕ ДВЕ НЕДЕЛИ.

Таким образом, если Вы были «относительно сильно» обеспокоены своим здоровьем, то Вам нужно обвести кружком цифру 4, как это показано ниже:

	Совсем нет	Относительно слабо	Средне	Относительно сильно	Предельно сильно
Насколько сильно Вы беспокоитесь о своем здоровье?	1	2	3	4	5

А если Вы «совсем не беспокоились» о своем здоровье, Вам нужно обвести кружком цифру 1.

Пожалуйста, прочитайте каждый вопрос, оцените свои чувства и обведите кружком номер наиболее подходящего ответа.

1. G1	Совсем нет	Относительно слабо	Средне	Относительно сильно	Предельно сильно
Как вы оцениваете свое качество жизни?	1	2	3	4	5

2.G4	Совсем нет	Относительно слабо	Средне	Относительно сильно	Предельно сильно
Насколько Вы удовлетворены своим здоровьем?	1	2	3	4	5

Следующие ниже вопросы спрашивают о том, КАК МНОГО определенных вещей Вы испытали за последние 2 недели.

3. F1.4	Совсем нет	Относительно слабо	Средне	Относительно сильно	Предельно сильно
В какой степени Вы чувствуете, что боль препятствует выполнению того, что нужно делать?	1	2	3	4	5

4. F11.3	Совсем нет	Относительно слабо	Средне	Относительно сильно	Предельно сильно
Насколько сильно Вы нуждаетесь в медицинском лечении для нормального функционирования?	1	2	3	4	5

5. F 4.1	Совсем нет	Относительно слабо	Средне	Относительно сильно	Предельно сильно
Насколько сильно Вы наслаждаетесь жизнью?	1	2	3	4	5

6. F24.2	Совсем нет	Относительно слабо	Средне	Относительно сильно	Предельно сильно
В какой мере Вы чувствуете, что Ваша жизнь имеет смысл?	1	2	3	4	5

7. F 5.3	Совсем нет	Относительно слабо	Средне	Относительно сильно	Предельно сильно
Насколько хорошо Вы можете концентрировать свое внимание?	1	2	3	4	5

8. F16.1	Совсем нет	Относительно слабо	Средне	Относительно сильно	Предельно сильно
Насколько безопасно Вы себя чувствуете в повседневной жизни?	1	2	3	4	5

9. F 22.1	Совсем нет	Относительно слабо	Средне	Относительно сильно	Предельно сильно
Насколько здоровым является Ваше физическое окружение?	1	2	3	4	5

10. F 2.1	Совсем нет	Относительно слабо	Средне	Относительно сильно	Предельно сильно
Достаточно ли у Вас энергии для повседневной жизни?	1	2	3	4	5

11. F 7.1	Совсем нет	Относительно слабо	Средне	Относительно сильно	Предельно сильно
Способны ли Вы принимать то, как вы выглядите?	1	2	3	4	5

12. F 18.1	Совсем нет	Относительно слабо	Средне	Относительно сильно	Предельно сильно
Достаточно ли у Вас денег для удовлетворения своих потребностей?	1	2	3	4	5

13. F 20.1	Совсем нет	Относительно слабо	Средне	Относительно сильно	Предельно сильно
Насколько доступна для Вас необходимая в повседневной жизни информация?	1	2	3	4	5

14. F 21.1	Совсем нет	Относительно слабо	Средне	Относительно сильно	Предельно сильно
Обладаете ли Вы возможностями для отдыха и развлечений?	1	2	3	4	5

Следующие ниже вопросы спрашивают о том, НАСКОЛЬКО УДОВЛЕТВОРЕНЫ, ДОВОЛЬНЫ ИЛИ СЧАСТЛИВЫ Вы были в последние две недели.

16. F 3.3	Совсем нет	Относительно слабо	Средне	Относительно сильно	Предельно сильно
Насколько Вы удовлетворены своим сном?	1	2	3	4	5

17. F 10.3	Совсем нет	Относительно слабо	Средне	Относительно сильно	Предельно сильно
Насколько вы удовлетворены своей способностью выполнять повседневные дела?	1	2	3	4	5

18. F 12.4	Совсем нет	Относительно слабо	Средне	Относительно сильно	Предельно сильно
Насколько Вы удовлетворены своей способностью работать?	1	2	3	4	5

19. F 6.3	Совсем нет	Относительно слабо	Средне	Относительно сильно	Предельно сильно
Насколько Вы удовлетворены собой?	1	2	3	4	5

20. F 13.3	Совсем нет	Относительно слабо	Средне	Относительно сильно	Предельно сильно
Насколько Вы удовлетворены своими личными взаимоотношениями?	1	2	3	4	5

21. F 15.3	Совсем нет	Относительно слабо	Средне	Относительно сильно	Предельно сильно
Насколько Вы удовлетворены своей сексуальной жизнью?	1	2	3	4	5

22. F 14.4	Совсем нет	Относительно слабо	Средне	Относительно сильно	Предельно сильно
Насколько Вы удовлетворены той поддержкой, которую Вы получаете от друзей?	1	2	3	4	5

23. F 17.3	Совсем нет	Относительно слабо	Средне	Относительно сильно	Предельно сильно
Насколько Вы удовлетворены условиями в месте, где Вы проживает?	1	2	3	4	5

24. F 19.3	Совсем нет	Относительно слабо	Средне	Относительно сильно	Предельно сильно
Насколько Вы удовлетворены доступностью для Вас медицинского обслуживания?	1	2	3	4	5

25. F 23.3	Совсем нет	Относительно слабо	Средне	Относительно сильно	Предельно сильно
Насколько Вы удовлетворены имеющимся в Вашем распоряжении транспортом?	1	2	3	4	5

26. F 8.1	Совсем нет	Относительно слабо	средне	Относительно сильно	Предельно сильно
Как часто Вы испытываете такие чувства, как отчаяние, плохое настроение?	1	2	3	4	5

15. F 3.3	Совсем нет	Относительно слабо	средне	Относительно сильно	Предельно сильно
Насколько хорошо Вы способны передвигаться?	1	2	3	4	5

Расчет результатов вопросника «ВОЗКЖ – краткая версия»

Каждый из вопросов представляет собой значение определенной субсферы. Результаты сфер вычисляются путем сложения субсфер и вычисления их среднего значения.

Формулы вычислений сфер представлены ниже:

Физическая сфера = (F 1.4 + F 11.3 + F 2.1 + F 9.1 + F 3.3 + F 10.3 + F 12.4) / 7

Психологическая сфера = (F 4.1 + F 24.2 + F 5.3 + F 7.1 + F 6.3 + F 8.1) / 4

Социальная сфера = (F 13.3 + F 15.3 + F 14.4) / 3

Сфера окружающей среды = (F 16.1 + F 22.1 + F 18.1 + F 20.1 + F 21.1 + F 17.3 + F 19.3 + F 23.3) / 8

Общая итоговая оценка вычисляется путем вычисления среднего от суммы всех сфер качества жизни.

Приложение И

АНКЕТА
изучения мнения пациента больницы о качестве и доступности
стационарной медицинской помощи

Укажите (подчеркните), пожалуйста:

1. Ваш пол: М Ж

2. Возраст _____ лет

3. Социальное положение:

рабочий, служащий, бизнесмен, учащийся, студент, безработный, инвалид, домохозяйка, пенсионер, другое _____

4. Оцените состояние своего здоровья при выписке (по 5-бальной шкале) _____

5. Как долго Вам пришлось ожидать оформления госпитализации в приемном покое:

менее 30 мин, 30-60 мин, час-полтора, два часа, более двух часов

6. Осматривал ли Вас за время лечения в больнице заведующий отделением:

да, нет, не знаю

7. Как часто Вас осматривал заведующий отделением за время лечения в больнице:

несколько раз в день, ежедневно, несколько раз в неделю, один раз в неделю, один раз в 10 дней, реже, не осматривал, не знаю

8. Как часто Вас осматривал лечащий врач за время лечения в больнице:

несколько раз в день, 1 раз в день, через день, реже,

9. Приходилось ли Вам за время лечения в больнице покупать лекарства: да, нет

10. Если да, то по чьей рекомендации:

лечащего врача, заведующего отделением, врачей-консультантов, родственников, других пациентов, по собственной инициативе.

11. Оцените по 5-бальной системе отношение к больным работников приемного отделения _____

12. Оцените по 5-бальной системе отношение к больным лечащего врача _____

13. Оцените по 5-бальной системе отношение к больным других врачей _____

14. Оцените по 5-бальной системе отношение к больным заведующего отделением _____

15. Оцените по 5-бальной системе отношение к больным медсестер _____

16. Оцените по 5-бальной системе отношение к больным санитарок _____

17. Оцените по 5-бальной системе доступность стационарной помощи _____

18. Оцените по 5-бальной системе качество стационарной помощи _____

19. Оцените по 5-бальной системе организацию работы больницы _____

20. Оцените по 5-бальной системе санитарное состояние палат _____

21. Оцените по 5-бальной системе санитарное состояние
мест общего пользования _____

22. Оцените по 5-бальной системе качество питания __ _____

23. Оцените по 5-бальной системе качество белья _____

24. Как часто в больнице меняется постельное белье:
по требованию, раз в неделю, раз в 10 дней, реже.

25. Оцените по 5-бальной системе оснащение больницы
медицинским оборудованием _____

26. Оцените по 5-бальной системе уровень лекарственного
обеспечения больницы _____

27. В случае необходимости стационарного лечения в дальнейшем, Вы хотели бы лечиться в данной больнице? Да, нет, не знаю

28. В случае необходимости стационарного лечения в дальнейшем, Вы хотели бы лечиться у вашего лечащего врача? Да, нет, не знаю

29. Ваши замечания по работе подразделений больницы:

_____

_____

_____

_____

30. Ваши пожелания и предложения по улучшению работы в больнице:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Приложение К

АНКЕТА
изучения мнения пациента о качестве и доступности
амбулаторной медицинской помощи

Укажите (подчеркните), пожалуйста:

1. Ваш пол: М Ж 2. Возраст _____ лет

3. Социальное положение:

рабочий, служащий, бизнесмен, учащийся, студент, безработный, инвалид, домохозяйка, пенсионер, другое _____

4. Укажите Вашу группу инвалидности (если она есть): _____

5. Как долго Вы посещаете данное медицинское учреждение:

впервые несколько раз от 1 до 6 месяцев от 6 месяцев до 1 года, 1-2 года 3-5 лет 5-10 лет более 10 лет

6. Сколько времени Вы тратите на дорогу в медицинское учреждение:

несколько минут менее 30 минут от 30 до 60 минут 1-2 часа более двух часов

7. Насколько трудно для Вас добираться до медицинского учреждения:

совершенно не трудно испытываю небольшие затруднения испытываю значительные затруднения исключительно трудно

8. Сколько времени Вы тратите обычно в очереди в регистратуру:

несколько минут 10-15 минут 15-30 минут 30-60 минут более часа более двух часов

9. Сколько времени вы тратите обычно на ожидание приема врача:

несколько минут 10-15 минут 15-30 минут 30-60 минут более часа более двух часов

10. Считаете ли Вы, что врачи и медицинский персонал уделяют Вам достаточно времени и внимания: Да Нет Не знаю

11. Считаете ли Вы, что Вам провели все необходимые обследования:

Да Нет Не знаю

12. Считаете ли Вы, что врач правильно назначил Вам лечение:

Да Нет Не знаю

13. Насколько трудно для Вас приобретать необходимые лекарства:

совершенно не трудно испытываю небольшие затруднения испытываю значительные затруднения исключительно трудно

Оцените, пожалуйста, свою удовлетворенность в медицинском учреждении:

		Вполне удовле-творен	Скорее, удовле-творен	Ни да, ни нет	Скорее, неудовле-творен	Совершен-но неудо-влетворен
14	Результатами лечения	2	1	0	-1	-2
15	Качеством лечения	2	1	0	-1	-2
16	Качеством обслуживания	2	1	0	-1	-2
17	Качеством диагностики	2	1	0	-1	-2
18	Санитарным состоянием помещений	2	1	0	-1	-2
19	Диагностическим оборудованием	2	1	0	-1	-2
20	Обеспечением медикаментами	2	1	0	-1	-2
21	Отношением к пациентам врачей	2	1	0	-1	-2
22	Отношением к пациентам медицинских сестер	2	1	0	-1	-2
23	Отношением к пациентам администрации учреждения	2	1	0	-1	-2
24	Психологической атмосферой	2	1	0	-1	-2
25	Комфортностью помещений	2	1	0	-1	-2

26. Всегда ли Вы обращаетесь в медицинское учреждение при ухудшении самочувствия:

всегда почти всегда часто редко стараюсь не обращаться

27. Испытываете ли Вы неприятные побочные действия назначенных Вам лекарств:

всегда почти всегда часто редко никогда

28. Хотите ли Вы продолжать лечиться именно в этом медицинском учреждении:

Да нет не знаю

29. Ваши замечания по работе медицинского учреждения:

_____

_____

30. Ваши пожелания и предложения по улучшению работы медицинского учреждения:

_____

_____

Приложение Л

АНКЕТА

изучения мнения врачей и руководителей ЛПУ
о качестве и доступности психиатрической помощи

Укажите, пожалуйста:

1.	Пол: М Ж Возраст _____ Год окончания ВУЗа _____ г.
2.	Специальность _____ Стаж работы по специальности _____ лет
3.	Должность
4.	Наличие категории: нет □ вторая □ первая □ высшая □ по специальности _____
5.	Наличие действующих сертификатов: есть □, нет □ по специальностям _____
6.	Вы работаете в учреждении: амбулаторном □ стационарном □ полустационарном (ДС) □
7.	Оцените по 5-бальной шкале степень вашей удовлетворенности существующим законодательством в области психиатрии _____
8.	Оцените по 5-бальной шкале систему организации амбулаторной психиатрической помощи: В России _____ в вашем учреждении _____
9.	Оцените по 5-бальной шкале систему организации стационарной психиатрической помощи: В России _____ в вашем учреждении _____
10.	Оцените свою нагрузку по месту основной работы: низкая □, средняя □, высокая □
11.	Изменилась ли ваша нагрузка за последние 5 лет: уменьшилась □, увеличилась □, не знаю □
12.	Изменилась ли ваша нагрузка в связи с изменением числа пациентов, состоящих под динамическим диспансерным наблюдением: уменьшилась □, увеличилась □, не изменилась □, не знаю □
13.	Изменилась ли ваша нагрузка в связи с изменением числа пациентов, получающих консультативно-лечебную помощь: уменьшилась □, увеличилась □, не изменилась □ не знаю □
14.	Актуальна ли проблема неукомплектованности штатов врачей для вашего учреждения: да □, нет □, не знаю □

15.	Актуальна ли проблема неукомплектованности штатов психологов для вашего учреждения: да □, нет □, не знаю □
16.	Актуальна ли проблема неукомплектованности штатов специалистов по социальной работе для вашего учреждения: да □, нет □, не знаю □
17.	Актуальна ли проблема неукомплектованности штатов социальных работников для вашего учреждения: да □, нет □, не знаю □
18.	Актуальна ли проблема неукомплектованности штатов средних медработников для вашего учреждения: да □, нет □, не знаю □
19.	Актуальна ли проблема неукомплектованности штатов младшего медицинского персонала для вашего учреждения: да □, нет □, не знаю □
20.	Оцените по 5-бальной шкале: доступность психиатрической помощи в вашем учреждении: амбулаторной _____ стационарной _____
21.	Оцените по 5-бальной шкале качество психиатрической помощи в вашем учреждении: амбулаторной _____ стационарной _____
22.	Оцените по 5-бальной шкале систему взаимодействия между амбулаторной и стационарной службами в вашем учреждении _____
23.	Оцените по 5-бальной шкале преемственность в лечении и реабилитации пациентов между амбулаторной и стационарной службами в вашем учреждении _____
24.	Существуют ли в вашем учреждении мультидисциплинарные бригады: да □, нет □, не знаю □
25.	Повысилось ли качество обслуживания больных в связи с работой мультидисциплинарных бригад: да, значительно □, да, незначительно □, не изменилось □, понизилось □, не знаю □
26.	Оцените по 5-бальной шкале санитарное состояние помещений в вашем учреждении _____
27.	Оцените по 5-бальной шкале уровень лекарственного обеспечения вашего учреждения _____
28.	Оцените по 5-бальной шкале оснащение вашего учреждения медицинским оборудованием _____
29.	Оцените по 5-бальной шкале оснащение вашего учреждения компьютерной и оргтехникой _____
30.	Используются ли информационно-аналитические системы (электронная история болезни, система электронного учета пациентов и др.) в вашем учреждении:

	да □ нет □ не знаю □
31.	Оцените по 5-бальной шкале условия труда врачей вашего учреждения _____
32.	Оцените по 5-бальной шкале условия труда средних медработников вашего учреждения _____
33.	Оцените по 5-бальной шкале условия труда младшего медицинского персонала вашего учреждения _____
34.	Оцените по 5-бальной шкале качество ведения историй болезни, амбулаторных медицинских карт, иной медицинской документации в вашем учреждении _____
35.	Оцените по 5-бальной шкале вашу удовлетворенность жильем _____
36.	Оцените по 5-бальной шкале вашу удовлетворенность заработной платой _____
37.	Получаете ли вы местные (региональные) доплаты: да □ нет □ не знаю □
38.	Имеете ли вы возможности повышать свой профессиональный уровень: да □, нет □, не знаю □
39.	Каким образом вы повышаете свой профессиональный уровень: □ не имею возможности/времени □ регулярные курсы повышения квалификации, □ редкие курсы повышения квалификации, □ чтение специальной литературы, □ участие в научно-практических конференциях и семинарах Другое _____
40.	Взаимодействует ли ваше учреждение с общественными организациями родственников психически больных: да □ нет □ не знаю □
41.	Считаете ли вы, что наличие обществ родственников психически больных способствую повышению качества психиатрической помощи: да □ нет □ не знаю □
42.	Существует ли в вашем учреждении система психообразования для больных и их родственников: да □ нет □ не знаю □
43.	Используются ли в вашем учреждении социально-ориентированные психотерапевтические методы (арт-терапия, мильё-терапия): да □ нет □ не знаю □
44.	Проводятся ли в вашем учреждении исследования (опросы, анкетирование) удовлетворенности больных качеством оказываемой им помощи: да □ нет □ не знаю □

45.	Какие наиболее актуальные проблемы в своей профессиональной деятельности вы могли бы отметить _____ _____ _____ _____ _____ _____

Приложение М

КАРТА
Экспертной оценки лечения пациента в психиатрическом стационаре

1. № истории болезни 2. № отделения (профиль)
3. ФИО пациента
4. Пол: м - 1 ж - 2 5. Возраст
6.Социальное положение: рабочий – 1, служащий – 2, инвалид – 3, пенсионер – 4, безработный – 5, студент – 6, учащийся – 7, домохозяйка – 8, предприниматель – 9, др. 10
7. Дата поступления
8. Дата выписки
9. Число проведенных койко-дней
10. Кем направлен: скорая помощь – 1, психоневрологический диспансер (кабинет) – 2, поликлиника – 3, другие ЛПУ – 4, другие организации – 5, переведен из ПБ – 6, без направления – 7
11. Кем доставлен: скорая помощь – 1, сантранспорт – 2, самостоятельно – 3, другое - 4
12. Госпитализирован: впервые – 1, повторно – 2, повторно в данном году – 3, ранний возврат – 4
13. Характер госпитализации: добровольная – 1, недобровольная – 2
14. Дееспособность: дееспособен – 1, недееспособен – 0.
15. Длительность пребывания в приемном отделении при поступлении
16. Диагноз направившего учреждения:
17. Диагноз приемного отделения:
18. Клинический диагноз и шифр по МКБ X
19. Совпадение диагноза приемного отделения и клинического: полное – 1, неполное совпадение – 2, полное несовпадение – 3
20. Дата установления клинического диагноза

21. Нарушение сроков установления клинического диагноза: есть – 1, нет – 0.
22. Исход заболевания: выписан – 1, возвращен в ПНИ – 2, переведен на долечивание в ДС – 3, переведен в другой психиатрический стационар – 4, переведен в другой (непсихиатрический) стационар – 5, переведен впервые в ПНИ – 6, умер – 7
23. Результат лечения: выздоровление – 1, улучшение – 2, без перемен – 3, ухудшение – 4, смерть – 5
24. Рекомендации при выписке: есть – 1, нет – 0
23а. Медикаментозные назначения: есть – 1, нет – 0
23б. Наблюдение ПНД: Д – 1; К – 2; нет – 0
23в. Психотерапия: индивидуальная – 1; групповая – 2; нет – 0
23г. Социотерапия: есть – 1, нет – 0
23д. Другие:
25. Инвалидность при выписке по псих. заб.: 1 группа – 1; 2 группа – 2; 3 группа – 3; нет - 0
26. Инвалидность при выписке по сомат. заб.: 1 группа – 1; 2 группа – 2; 3 группа – 3; нет - 0
27. Наличие предыдущих выписок или медицинских сведений из других психиатрических учреждений: есть – 1, нет – 0
28. Общая оценка по разделу «Сбор информации о пациенте»: отлично – 3; хорошо – 2; удовлетворительно – 1; неудовлетворительно – 0.
29. Сведения о диагностических исследованиях:

Перечень диагностических исследований	Нормативы		Фактически выполнено		
	Первичн.	Повторн.	Первичн. (дата)	Повт. (даты)	Наличие показаний
Клин. анализ крови	При пост.	1 раз в мес. + по показаниям			
Б/х анализ крови	При пост.	1 раз в мес. + по показаниям			
Общ. Ан. Мочи	При пост.	1 раз в мес. + по показаниям			
ФЛГ (Rg гр. клетки)	При пост.	1 раз в мес. + по показаниям			
Кал на я/г	При пост.	1 раз в мес. + по показаниям			

Мазок на BL	При пост.	1 раз в мес. + по показаниям			
Посев на диз. группу	При пост.	1 раз в мес. + по показаниям			
ЭКГ	При пост.	1 раз в мес. + по показаниям			
Гепатит	При пост.	1 раз в мес. + по показаниям			
СПИД	При пост.	1 раз в мес. + по показаниям			
Сифилис	При пост.	1 раз в мес. + по показаниям			
ЭЭГ	По показ.	По показаниям			
МРТ	По показ.	По показаниям			
Допплерография	По показ.	По показаниям			
УЗИ	По показ.	По показаниям			
ЭПО (психолог)	1 раз	По показаниям			
Невролог	При пост.	По показаниям			
Терапевт	При пост.	По показаниям			
Окулист	При пост.	По показаниям			
Гинеколог (женщинам)	При пост.	По показаниям			
Психотерапевт	По показ.	По показаниям			
Социальный работник	По показ.	По показаниям			
Др. специалисты	По показ.	По показаниям			
30. % от выполнения норматива по разделу «Диагностические исследования»:					
31. Причины невыполнения норматива по разделу «Диагностические исследования»:					
32. Общая оценка по разделу «Диагностические исследования»: отлично – 3; хорошо – 2; удовлетворительно – 1; неудовлетворительно – 0.					
33. Отклонения от рекомендуемых (средних сроков по России для данного заболевания) сроков лечения, в днях -					
34. % отклонения по длительности лечения:					

35. Причины отклонения по срокам лечения:

36. Сведения о лечебных мероприятиях:

Медикаментозная терапия

Перечень лекарственных средств	Рекомендовано (клиническое руководство «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств»)					Фактически выполнено				
	Разовая доза	Кратность ведения	Способ введения	Суточная доза	Длительность лечения	Разовая доза	Кратность ведения	Способ введения	Суточная доза	Длительность лечения

37. Вспомогательные методы лечения:

Перечень методов	Рекомендовано		Фактически выполнено	
	Кратность	Длительность лечения	Кратность	Длительность лечения

38. Сведения о биологических методах лечения:

№	Наименование	Метод, доза	Количество процедур	Осложнения

39. Соответствие терапии выставленному диагнозу: да – 1, нет – 0

40. Соответствие терапии клиническим рекомендациям: да – 1, нет – 0

41. Рациональность комбинаций лекарственных средств: да – 1, нет – 0

42. Адекватность доз лекарственных средств:

адекватная – 0, слишком высокая – 1, слишком низкая – 2

43. Своевременность назначения лекарственных средств: да – 1, нет – 0
44. Использование современных препаратов: да – 1, нет – 0
45. Наличие значимых побочных эффектов и нежелательных явлений: да – 1, нет – 0
46. Наличие показаний для долечивания в дневном стационаре: да – 1, нет – 0
47. Наличие показаний для долечивания в санатории: да – 1, нет – 0
48. Сведения о направлении на долечивание, наименование организации:
49. % выполнения рекомендаций по разделу «Лечебные мероприятия»:
50. Причины отклонений по разделу «Лечебные мероприятия»:
51. Общая оценка по разделу «Лечебные мероприятия»: отлично – 3; хорошо – 2; удовлетворительно – 1; неудовлетворительно – 0.
ЭКСПЕРТНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ
52. Замечания по разделу «Сбор информации о пациенте»: есть – 1, нет – 0
Перечень замечаний:
53. Замечания по разделу «Диагностические исследования»: есть – 1, нет – 0
Перечень замечаний:
54. Замечания по разделу «Лечебные мероприятия»: есть – 1, нет – 0
Перечень замечаний:
55. Замечания по разделу «Оформление медицинской документации»: есть – 1, нет – 0
Перечень замечаний:
56. Общая интегративная оценка по всем разделам: