



АССОЦИАЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ
ОБЩЕСТВ
ПО КАЧЕСТВУ



ПСИХИАТРИЯ

НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО КРАТКОЕ ИЗДАНИЕ

Главные редакторы:
акад. РАН Т.Б. Дмитриева,
проф. В.Н. Краснов,
проф. Н.Г. Незнанов,
акад. РАН В.Я. Семке,
акад. РАН А.С. Тиганов

Ответственный редактор
чл.-кор. РАН Ю.А. Александровский

Подготовлено при участии
Российского общества психиатров
и Ассоциации медицинских обществ по качеству



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2017

Организация психиатрической помощи в России

2.1. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА В РОССИИ

В настоящее время структура специализированной психиатрической службы в России представлена следующими разделами (рис. 2-1):

- стационарным;
- диспансерным;
- внедиспансерным;
- кризисно-социальным.

В 30-е годы XX в. была сформирована традиционная модель психиатрической помощи населению: стационар-диспансер с промежуточными учреждениями. В 80-е годы отмечено дальнейшее развитие службы, она дополнилась рядом новых, появившихся к этому времени звеньев помощи, продвинутых к различным категориям населения. В их число входят (внедиспансерный раздел):

- Сеть психотерапевтических кабинетов при территориальных поликлиниках. У 25–30% пациентов обнаруживают усложняющие клиническую картину неглубокие депрессии и психосоматические расстройства.
- Суицидологическая служба, психолого-психиатрические кабинеты, включая приближенные к категориям населения с высоким риском суицидальности (например, при токсикологических центрах, при некоторых высших учебных заведениях и пр.). Кроме того, служба включает кризисные стационары, телефоны доверия.
- Психиатрические кабинеты при крупных промышленных предприятиях.
- Сеть кабинетов сексологической помощи (междисциплинарная специальность, большей частью включаемая в психиатрическую помощь).
- Служба помощи нейрореабилитации больных при патологии речи [приобретает всё большую значимость, поскольку её пациенты — люди не только со специфическими расстройствами речи и языка, развития учебных навыков, входящими в Международную классификацию болезней

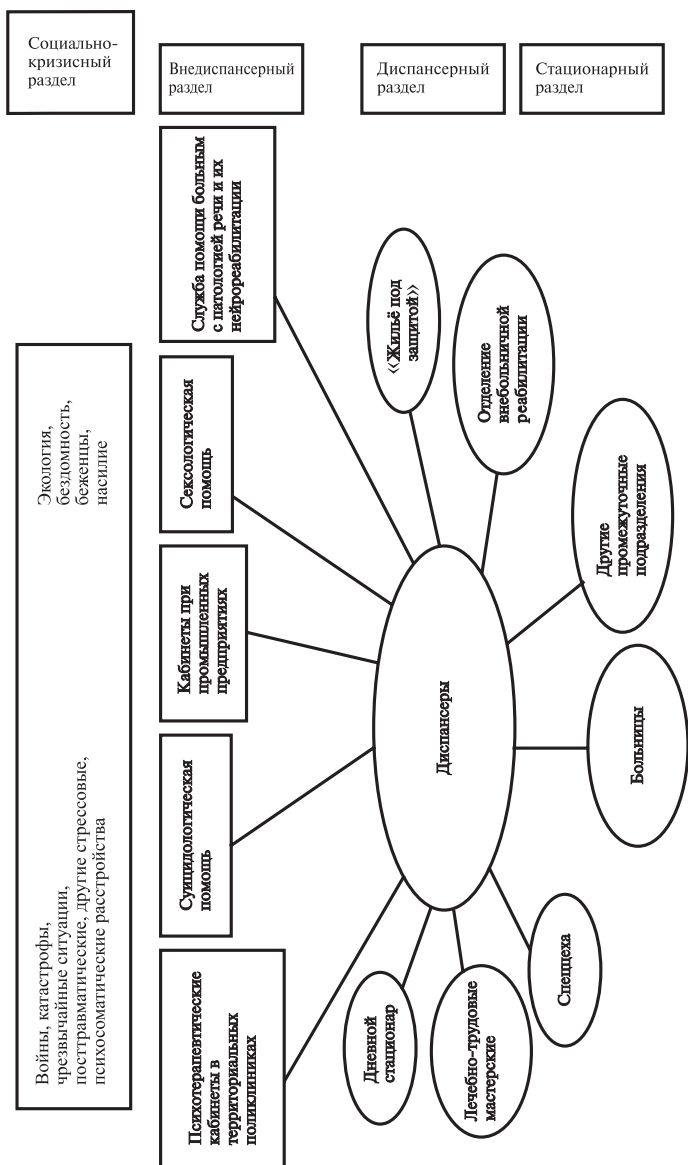


Рис. 2-1. Структура психиатрической службы в Российской Федерации

10-го пересмотра (МКБ-10), но и с последствиями черепно-мозговых травм (ЧМТ) и инсультов].

В последние десятилетия также сформирован социально-кризисный раздел психиатрической помощи, обусловленный возросшим вниманием к охране психического здоровья и последствиям воздействия таких факторов, как социальные потрясения, неблагоприятная экология, чрезвычайные ситуации (ЧС), войны, беженцы, насилие, бездомность и т.д.; определяющий необходимость комплексных социальных мер, а также психолого-психиатрической помощи. Её оказывают медико-психологические службы, мобильные группы психологов и психиатров, организованные при Министерстве чрезвычайных ситуаций, научно-исследовательских институтах или созданные территориальными органами здравоохранения на функциональной основе.

В связи с реформированием традиционные разделы психиатрической службы (стационарный и диспансерный) в последние десятилетия также подвержены изменениям.

Психиатрическая служба осуществляет переход от преимущественно медицинской к полипрофессиональной модели помощи и бригадному подходу к её оказанию в соответствии с полифакторным генезом психических расстройств. Число специалистов, оказывающих психиатрическую помощь, пополнено психологами, специалистами по социальной работе, социальными работниками (в течение последних 5 лет их количество выросло более чем в 2–3 раза). Соотношение врачей-психиатров и этих специалистов в настоящее время составляет 4:1, хотя положенные для них ставки в регионах заполнены крайне неравномерно.

В России обеспечивают психиатрическую помощь кадровыми ресурсами на основании приказов министра здравоохранения РФ № 27 от 13 февраля 1995 г., № 165 от 19 мая 2000 г., № 39 от 27 января 2006 г.

2.2. ДИСПАНСЕРНЫЙ РАЗДЕЛ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

В России 136 психоневрологических диспансеров и 140 диспансерных отделений психиатрических больниц.

Для амбулаторного приёма предусмотрен один врач-психиатр на каждые 25 тыс. взрослого населения; один врач-психиатр на 15 тыс. детского и подросткового населения. Если населённый пункт позволяет создать 4 участка и более, то они могут быть объединены в психоневрологический диспансер (медицинское учреждение, возглавляемое главным врачом, располагающее дополнительными кабинетами и соответствующим персоналом, в частности, медицинскими сёстрами по числу врачебных должностей). На каждый участок предусмотрен также социальный работник (с базовым средним социальным образованием); на 75 тыс. населения, т.е. на 3 участка, — один специалист по соци-

альной работе (с базовым высшим социальным образованием), один психолог и один психотерапевт, что позволяет создавать полипрофессиональные бригады. Поликлиническую соматическую помощь (в том числе лабораторное обслуживание) обращающимся в диспансер психически больным оказывает одна из прикрепленных поликлиник. Психоневрологический диспансер может включать ряд промежуточных подразделений: дневной (ночной) стационар, лечебно-трудовые мастерские, различные формы жилья с поддержкой для психически больных, утративших социальные связи, т.е. подразделения, деятельность которых направлена на реабилитацию психически больных и интеграцию их в общество.

В психоневрологическом диспансере может также быть психиатрический стационар. В других случаях на тех же правах роль психоневрологического диспансера играет диспансерное отделение психиатрической больницы.

В сельской местности один врач-психиатр выделен на 40 тыс. населения, но должно быть не менее одного врача на сельский район. Он ведёт приём вместе с медицинской сестрой в психиатрическом кабинете, расположенном обычно при центральной районной больнице; в крупных районах в составе кабинета могут работать 2–3 врача-психиатра.

Всего в России в системе оказания психиатрической помощи работают 14 275 (физических лиц) врачей-психиатров¹. Отмечен значительный дефицит врачей. Об этом свидетельствует крайне высокий коэффициент совместительства — 1,8, что особенно влияет на качество внебольничной помощи. Число других специалистов, пополнивших ресурс психиатрической службы, также ещё недостаточно.

В 2010 г. количество психотерапевтов составило 1800 (физических лиц), число медицинских психологов в диспансерах (занятые ставки) — 1425, в стационарах — 2191. Хотя количество специалистов по социальной работе растёт и в диспансерах составило 442, а в стационарах — 483, их число, согласно полагающемуся числу ставок, должно быть примерно 2000 человек. То же положение и с социальными работниками, их 650 в диспансерах и 1041 в стационарах, но, согласно полагающимся ставкам, должно быть 9000 человек. Примерно пятая часть региональных психиатрических служб вообще ещё не продвинулась в направлении создания полипрофессиональных бригад для оказания психиатрической помощи.

Психоневрологические диспансеры и психиатрические кабинеты оказывают внебольничную помощь двух видов: консультативно-лечебную (когда больные обращаются в эти учреждения на добровольных началах) и диспансерное наблюдение (его необходимость определяет комиссия врачей; оно предполагает наблюдение за состоянием больного путём периодических

¹ Работающих в государственных учреждениях здравоохранения.

осмотров врачом-психиатром). Диспансерное наблюдение устанавливают за лицами, страдающими хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжёлыми, стойкими и часто обостряющимися болезненными проявлениями. Число больных, которым оказывают консультативно-лечебную помощь, в настоящее время преобладает над количеством пациентов, попадающих под диспансерное наблюдение. Диспансерное наблюдение назначают в 6 раз реже, чем консультативно-лечебную помощь; рост этого показателя коррелирует с увеличением выявленных больных с непсихотическими психическими расстройствами. Среди зарегистрированных в конце 2010 г. больных 299,2 на 100 тыс. человек получали консультативно-лечебную помощь, а под диспансерное наблюдение попали 52,4 на 100 тыс. человек. В связи с ежегодным увеличением числа больных с психозами, в том числе с шизофренией, не состоящих под диспансерным наблюдением, а получающих консультативно-лечебную помощь, важно активизировать диспансерное наблюдение, проводить комплексную фармако- и психосоциальную терапию данного контингента больных.

Говоря о деятельности внебольничных учреждений, следует отметить увеличение количества впервые выявленных больных, хотя в последние годы рост их числа замедлился (за 1990–2006 гг. число таких больных выросло на 40,7%, а за 1999–2006 гг. — на 4,7%). Увеличение количества впервые выявленных больных происходит преимущественно за счёт тех, кому с самого начала оказывают консультативно-лечебную помощь. К концу 2010 г. внебольничный контингент лиц с психическими расстройствами включал 1145,8 пациента на каждые 100 тыс. населения.

Удельный вес диспансерного наблюдения падает. Частично это связано с ростом числа психотерапевтических кабинетов при районных поликлиниках. В 2006 г. их было 1097, а обслуживали они в основном больных с депрессией, психосоматическими расстройствами и другими пограничными состояниями, обращающихся в районные поликлиники; в 2010 г. их осталось 888.

Если говорить о диспансерах и психиатрических кабинетах, то в общем числе врачей-психиатров доля участковых специалистов существенно уменьшена (в 1985 г. — 73,62%, в 1999 г. — 60,14%, в 2000 г. — 59,06%). Часто участковый врач обслуживает не 25 тыс. человек, как это положено по нормативу, а 50 тыс. и более. Отмечено серьёзное снижение посещаемости участкового врача-психиатра (на одну ставку) в течение года (1985 г. — 4945,9; 2006 г. — 3317,5), но в течение двух последних лет она вновь стала возрастать: в 2008 г. — 4382,8; в 2010 г. — 4567,9, однако треть приёмов происходит не по поводу заболевания, а в связи с разного рода осмотрами, получением справок. Число посещений пациентов по поводу заболевания недостаточно для качественного оказания помощи, особенно диспансерного наблюдения за наиболее тяжёлым контингентом больных в амбулаторных условиях.

Таким образом, положение в психиатрическом первичном звене не лучше, чем было в первичном звене общей медицины, что требует специальных мероприятий по его укреплению и повышению качества работы.

Работа участковых врачей-психиатров была осложнена также плохим лекарственным обеспечением; в большинстве регионов, особенно в сельской местности, отмечены поступательное снижение охвата больных фармакотерапией, сужение возможности выбора психотропных средств, в частности препаратов пролонгированного действия. В части случаев есть несоответствие практики применения психотропных средств требованиям доказательной медицины, что диктует необходимость введения стандартов оказания помощи.

Следовательно, если развитая повсеместная сеть внебольничных учреждений в виде диспансеров в городах и психиатрических кабинетов в сельской местности — важная положительная характеристика психиатрической помощи, то за период перестройки и кризисных в социально-экономическом отношении лет в некоторых аспектах допущено значительное снижение уровня их деятельности. Эти негативные тенденции до сих пор влияют на качество и эффективность амбулаторной психиатрической помощи. К этому следует добавить, что за истёкшие годы значительно выросло число инвалидов вследствие психических заболеваний; в 2010 г. оно составило 1 028 636 человек. Вместе с тем было значительно сокращено число организационных звеньев психиатрической помощи, проводящих социально-трудовую реабилитацию. В новых экономических условиях в целом ряде регионов страны перестали существовать лечебно-трудовые мастерские и специализированные цеха для лиц с психическими расстройствами, а в других — их число было снижено. В настоящее время доля психически больных инвалидов, занятых трудом в лечебно-трудовых мастерских, крайне мала — 0,3%, а в специализированных цехах — 0,1%. Несколько выросло число больных-инвалидов, работающих на предприятиях и в учреждениях общей сети. В общей сложности число инвалидов, занятых в системе социально-трудовой реабилитации и работающих на производстве, составляет лишь 2,9%. Важная проблема — значительное число больных с психическими расстройствами, утративших жильё и социальные связи. До последнего времени психиатрическая служба страны располагала лишь 10 общежитиями для социально-бытовой реабилитации, число мест в них — 397, что явно недостаточно.

Очевидны проблемы в области активизации комплексной помощи с применением психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации ряду особенно социально уязвимых групп психически больных, наблюдаемых в психоневрологических диспансерах и психиатрических кабинетах. В эту группу входят больные с частыми госпитализациями (одна в год или более); одинокие больные с тяжёлыми психическими заболеваниями;

больные с неустойчивой трудовой адаптацией, т.е. с частыми сменами и длительными перерывами в трудовой занятости; больные с инвалидностью вследствие психических заболеваний и др.

В то же время в последние годы в ряде региональных психиатрических служб были разработаны, функционируют и доказали свою эффективность новые организационные формы, совершенствующие и укрепляющие внебольничную психиатрическую помощь. Обнаруживается тенденция к более широкому внедрению их в региональные психиатрические службы.

Кратко отметим роль каждой из организационных форм, ориентированных на различные аспекты психиатрической помощи и, особенно, психосоциальной реабилитации, дополняющих диспансерный раздел психиатрической службы.

2.2.1. Скорая психиатрическая помощь

В городах скорая психиатрическая помощь функционирует круглосуточно и почти повсеместно. Согласно нормативным положениям, в городах с населением свыше 100 тыс. человек должен быть один круглосуточный пост скорой психиатрической помощи на каждые 300 тыс. человек, но не менее одного поста на город; в городах и посёлках городского типа с населением менее 100 тыс. человек вместе с сельским населением, принятым на обслуживание муниципальными органами власти, — один круглосуточный пост на 50 тыс. жителей.

Существуют 2 вида лечебных мероприятий, оказываемых бригадой скорой психиатрической помощи:

- Медицинские меры, не сопровождаемые госпитализацией больного. Речь идёт о помощи лицам с широким кругом состояний, не страдающим тяжёлыми психическими расстройствами (невротические состояния, психогенные реакции, декомпенсации при расстройствах личности (РЛ), некоторые случаи экзогенно-органических психических нарушений, а также психопатоподобные и неврозоподобные состояния при хронических психических болезнях, неглубокие аффективные расстройства, побочные эффекты психотропной терапии). В этих случаях неотложная помощь может быть оказана амбулаторно.
- Решение врача-психиатра о госпитализации и транспортировке пациентов в психиатрическую больницу. Иногда в таких случаях бригада скорой психиатрической помощи вынуждена осуществлять меры недобровольного освидетельствования и недобровольной госпитализации.

2.2.2. Дневной (ночной) стационар

Дневные стационары для психически больных — широко распространённая организационная форма, занимающая важ-

ное место в системе психиатрической помощи. Число мест в них — 16 647. Ежегодно доля выписываемых из них больных растёт, она уже достигла 18,1% выписываемых из больниц. Чаще дневные стационары предназначены для лечения при манифестации или обострении психозов (как альтернатива госпитализации) или для долечивания (как промежуточный этап после выписки больного из больницы) и для перевода больного на амбулаторное лечение, а также для лечения других форм психических заболеваний, в том числе пограничного профиля. Пребывание в дневном стационаре без отрыва от привычной социальной среды позволяет сократить время лечения по сравнению с пребыванием в психиатрической больнице.

Близкая к дневным стационарам организационная форма — ночные стационары — не получила широкого распространения.

Посещение больным дневного стационара позволяет врачу ежедневно оценивать динамику его состояния, своевременно корректировать терапию, проводя лечение в менее ограничительных условиях и при сохранении привычных социальных условий и связей. Вторую половину дня больной проводит дома.

Показания для лечения в дневном стационаре:

- Приступы психоза или обострения (подострые состояния) у больных, отличающихся упорядоченностью поведения, социально позитивными установками и положительным отношением к лечению.
- Пациенты с относительно неглубокими аффективными расстройствами, а также с различными непсихотическими психическими расстройствами широкого круга диагностических категорий.
- Отсутствие чрезмерной удалённости проживания, транспортных неудобств (время на дорогу не более 40–60 мин) и наличие родственников, которые могут оказать помощь, контролируя поведение и лечение больного, когда он находится дома.

В условиях дневного стационара используют в основном тот же арсенал терапевтических средств, что и в больнице. Исключают лишь методы, требующие круглосуточного наблюдения.

2.2.3. Лечебно-трудовые мастерские и трудоустройство

Сохранились лишь мастерские, входящие в структуру психиатрических учреждений в качестве отделений. Они предназначены для включения в трудовые процессы пациентов, в частности, с инвалидностью II группы во время их пребывания в психиатрических больницах и, особенно, во внебольничных условиях, в том числе в целях переобучения и овладения новой профессией. Число инвалидов, занятых в них трудовыми процессами, — 9579 человек. Число больных инвалидов, работающих в сохранившихся спе-

циализированных цехах, крайне мало. Для социально-трудоустройственной реабилитации более перспективно трудоустройство с поддержкой на обычных предприятиях, в том числе с использованием квот для трудоустройства инвалидов.

2.2.4. Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи во внебольничных условиях

Это структурное подразделение психоневрологического диспансера (диспансерного отделения) или психиатрической больницы (в зависимости от места организации). Оно создано для оказания помощи непосредственно в социальной среде психически больным, состояние которых требует настойчивости, усиления лечебных мер и интенсивного проведения фармакотерапии, а также активной психосоциальной реабилитации с вовлечением лиц ближайшего социального окружения при отсутствии показаний к обязательной госпитализации. Контингент, с которым в основном работает персонал отделения, — больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра; с аффективным, биполярным расстройством с высокой частотой обострений и регоспитализаций, плохим комплаенсом и включением в систему помощи психиатрической службы, часто недостаточно правильным поведением, плохими навыками ведения хозяйства и использования своего бюджета. Эти больные после каждой выписки из больницы быстро прекращают принимать поддерживающую терапию (эффект лечения в стационаре исчезает), а диспансер посещают неохотно и редко, и как результат — частые госпитализации.

Отделение интенсивного (настойчивого) лечения в сообществе, будучи альтернативой госпитализации, осуществляет свою деятельность во внебольничных условиях, в том числе по месту жительства пациентов — на дому. В основном персонал отделения проводит свою работу непосредственно в сообществе (до 70% рабочего времени).

Курирует пациентов отделения бригада. В её состав входят: врачи-психиатры, психолог, психотерапевт, медицинские сёстры, специалист по социальной работе, социальные работники.

Отделение обеспечивают автотранспортом в две смены для посещения пациентов на дому.

При поступлении пациента в отделение социальные работники сразу же устанавливают контакт с ближайшим окружением больного (родственниками, друзьями) для привлечения их к помощи, поддержке, уходу за больным, обеспечению терапевтического процесса.

Комплексное лечение включает психофармакотерапию, психотерапевтические методы, психосоциальную терапию и реабилитацию.

Отмечена высокая эффективность деятельности отделения по предупреждению повторных госпитализаций, повышению стойкости и глубины ремиссий и социальной адаптации пациентов.

2.2.5. Отделение внебольничной реабилитации

Отделение внебольничной реабилитации организуют как структурное подразделение психоневрологического диспансера или психиатрической больницы, в том числе располагающей в своём составе диспансерным отделением.

Основная задача отделения внебольничной реабилитации — осуществление широкого спектра психосоциальных воздействий и видов социальной поддержки, направленных на ресоциализацию и реабилитацию психически больных на возможно более раннем этапе болезни и инвалидности после их выписки из стационара, а также больных, находящихся в амбулаторных условиях под наблюдением диспансера на той стадии заболевания, когда реабилитационные психосоциальные мероприятия особенно актуальны.

Внебольничное реабилитационное отделение проводит работу в режиме дневного стационара и принимает пациентов, направляемых как участковыми психиатрами, так и врачами-психиатрами отделений больницы. Дневные реабилитационные программы, включающие групповую психосоциальную работу и различные виды социальной поддержки, проводят без отрыва пациента от естественного социального окружения, семьи, социальных сетей.

Помощь поступающим в данное отделение пациентам оказывает полипрофессиональная бригада специалистов, в её составе преобладают психологи, психотерапевты, специалисты по социальной работе, социальные работники, трудинструкторы, обеспечивающие социально-реабилитационное направление работы.

Иногда такие отделения функционально объединяют с лечебно-трудовыми мастерскими и реабилитационным отделением стационара в единый реабилитационный центр, что позволяет координировать деятельность этих подразделений, обеспечивая различные этапы социальной реабилитации лиц с психическими расстройствами.

2.2.6. Медико-реабилитационные подразделения для формирования навыков независимого проживания («жильё с поддержкой»)

Жильё с поддержкой — важная составная часть психиатрической помощи, обеспечивающей социальную и бытовую реабилитацию психически больных, утративших жильё, социальные связи, навыки независимого проживания (что делает невозможным на данном этапе их возвращение в общество), а также обе-

спечаивающей изоляцию от неблагоприятной среды и социальную поддержку.

Лицам с психическими расстройствами различные формы жилья с поддержкой создают органы здравоохранения, учреждения, оказывающие психиатрическую помощь (психиатрические больницы, психоневрологические диспансеры); расходы на содержание, пребывание в них больных, обеспечение питанием, комплексной терапией и реабилитационными мероприятиями предусмотрены в смете учреждений соответственно нормам, принятым для психиатрических стационаров.

Ориентированное на реабилитацию «переходное» жильё (между психиатрическим стационаром и самостоятельным проживанием) организационно и территориально связано с психиатрической службой, поскольку пациенту необходимо наблюдение и лечение. Предусмотрена определённая последовательность программ, цель которых — независимая жизнь. Перемещение в рамках нескольких видов жилья с поддержкой сопровождают подготовкой в каждом из них к достижению успеха на следующем этапе. Такой континуум организационных форм жилья с поддержкой представлен в следующем виде (по уровню оказываемой поддержки и степени автономии пациентов):

- общежития-отделения в стационаре;
- групповые дома с поддержкой (для пребывания психически больных на разных этапах реабилитации), в том числе сателлитный дом для пациентов после длительного пребывания в стационаре;
- квартиры для независимого проживания с поддержкой.

В зависимости от реабилитационных задач и возможностей психиатрической службы в системе психиатрических учреждений создают не все, а лишь отдельные из этих организационных форм жилья с поддержкой.

2.2.7. Отделение психосоциальной работы во внебольничных условиях

Отделения психосоциальной работы организуют в диспансерах как их структурные подразделения для обслуживания пациентов проблемных групп, в том числе больных с нарушением семейного взаимодействия.

Основные задачи этих отделений — организация взаимодействия с центрами социального обслуживания и занятости населения и психосоциальная работа с пациентами и их семьями, вовлечение семей в терапевтический процесс, коррекция внутрисемейных отношений, оказание различных видов социальной поддержки, уменьшение нагрузки на семью. Это всё связано с высокой эффективностью семейных психосоциальных воздействий (сокращение частоты госпитализаций, повышение уровня взаи-

модействия пациентов с врачом, выполнение назначений, успешность реабилитационных мероприятий).

Полипрофессиональная бригада специалистов работает во взаимодействии с врачами-психиатрами и персоналом участков диспансера, выполняя свои задачи по психосоциальной работе с семьями больных, проживающих на этих участках.

2.3. СТАЦИОНАРНЫЙ РАЗДЕЛ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

В России в настоящее время имеется 234 психиатрические больницы. Коечный фонд страны составляет 153 687. В 1990 г. количество коек было наибольшим (200 192), к настоящему времени было сокращено 46 505 коек, т.е. почти четверть всего коечного фонда. Вместе с тем число госпитализаций лиц с психическими расстройствами, снизившееся в предшествующие годы (1994–1997) до 44,6–44,8, к 2006 г. достигло уровня середины 80-х годов и составило 46,4 на 10 тыс. человек. Последние 2 года оно вновь снизилось: в 2008 г. — 45,7; в 2009 — 45,1. Высок процент повторных поступлений в течение одного года: больных со всеми психическими расстройствами — 21,4, больных с психозами — 25,7, больных с шизофренией — 27,7. Практически каждый третий больной с этой нозологической категорией после выписки вновь поступает в больницу в тот же год. Также высока средняя длительность пребывания в стационаре выбывших больных: 2009 г. — 75,7 койко-дня, в том числе больных психозами — 97,3 койко-дня, больных шизофренией — 105,7 койко-дня. Число больных, пребывающих в стационаре больше года («оседающих»), в том числе с феноменом многолетнего «больничного проживания», почти неизменно. В 2009 г. оно было равно 21,7% всех находящихся в стационаре на конец года больных.

Сейчас госпитализация вернулась на уровень прежних лет, внебольничная психиатрическая помощь не справляется с сокращением уровня госпитализаций и повторных стационаризований, за время социально-экономического кризиса понесла значительные ресурсные потери. В таких условиях простое дальнейшее сокращение коечного фонда без развития альтернативных больничному лечению внебольничных организационных форм помощи приводит лишь к потере и без того недостаточных ресурсов психиатрической службы.

В последние годы в большинстве психиатрических стационаров проводят работу по улучшению условий пребывания больных. Существенный недостаток части из них — большое число коек в палатах, перегруженность палатных площадей.

Следует отметить и чрезмерную централизацию коечного фонда. Почти 40% психиатрических коек сконцентрировано в очень крупных психиатрических больницах с чрезмерно большим ради-

усом района обслуживания. Это затрудняет доступность помощи в обширных территориях страны с малой плотностью населения. Преимущества психиатрической помощи достигают с помощью районирования и участково-территориального принципа обслуживания. Каждое отделение стационара принимает пациентов, направляемых с участков своего района обслуживания. Полипрофессиональный бригадный подход к оказанию психиатрической помощи внедряют и в деятельность психиатрических стационаров. Оптимальны по выделяемым штатам отделения стационаров на 50 коек, психиатрические отделения для детей на 30 коек. На 50-коечные отделения для взрослых предусмотрены заведующий и две ставки врачей-психиатров, психотерапевт, социальный работник; стационар также должен располагать психологами. Помимо фармакотерапии, должны проводить психосоциальную терапию, психосоциальную реабилитацию и психотерапию. Во многих отделениях, принимающих всех больных с участков своего района обслуживания, есть возможность дифференцированного раздельного содержания более острых (возбуждённых) и спокойных, с упорядоченным поведением, больных.

Часть отделений профилированы: детские отделения (в них законом предусмотрены возможность продолжения школьного образования и наличие в штате педагогов), геронтопсихиатрические, отделения для больных с непсихотическими психическими расстройствами (санаторные); иногда выделяют и другие профилированные отделения, например для больных с первым психотическим эпизодом, со специальной программой для предупреждения неблагоприятного течения шизофрении. Для помощи больным эпилепсией, в том числе с психотическими расстройствами, в последние годы распространено создание эпилептологических центров с комплексным обслуживанием, с участием невропатологов, психиатров и других специалистов. Наконец, новым для ряда психиатрических больных стало создание реабилитационных отделений.

2.3.1. Реабилитационное отделение психиатрического стационара

Реабилитационное отделение психиатрического стационара организуют с целью реабилитации психически больных, поступающих в стационар с выраженными стойкими явлениями социальной и социально-трудовой дезадаптации. Деятельность отделения отличается преобладанием психосоциальных, социально-трудовых реабилитационных программ и различных форм инструментальной социальной поддержки.

Реабилитационное отделение психиатрического стационара осуществляет свою деятельность во взаимодействии с другими отделениями больницы, откуда могут переводить больных для обеспечения определённого уровня социального функционирования

после выписки из больницы. Оно может функционально, в целях координации выполнения своих задач, быть объединено с другими подразделениями (лечебно-производственными мастерскими, дневным стационаром с реабилитационной направленностью деятельности, внебольничным реабилитационным отделением) в единый Реабилитационный центр для более полного, разностороннего и последовательного обеспечения реабилитационных программ.

Региональная психиатрическая служба включает психиатрические учреждения, оказывающие специализированную помощь по принципу районирования (один или несколько психиатрических стационаров, а на крупных территориях — до 10–20, а иногда и ряд психиатрических стационарных отделений при центральных районных больницах в сельской местности). Психиатрические службы объединяют областные, краевые, республиканские психиатрические диспансеры и психиатрические больницы, они обеспечивают единый в данном регионе подход к оказанию психиатрической помощи, осуществляют консультативные и организационные функции в отношении всех подразделений службы и оказывают помощь наиболее сложным в отношении диагностики и терапии больным. Ответственность за организационно-методическое руководство возложена на главного психиатра каждой такой территории, в его распоряжении — организационно-методический отдел с консультантами-специалистами разного профиля.

В целом вся психиатрическая служба страны развивается в направлении общественно-ориентированной психиатрии. Она предполагает использование потенциала всего сообщества и интеграции с общей медициной государственных и общественных организаций для обеспечения психического здоровья населения, оказания помощи и социального восстановления лиц с психическими расстройствами. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признала это направление общим для всех стран, естественно, с учётом местных особенностей и традиций.