

УДК 616.89 + 615.851] – 08.006.85

*В.А. Абрамов, А.К. Бурцев***О СТАНДАРТАХ КАЧЕСТВА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Донецкий государственный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: качество, стандарт, психиатрическая помощь, психотерапия.

Опыт экономически развитых стран свидетельствует, что использование новых лечебно-диагностических технологий обеспечивает ощутимый выигрыш только в тех случаях, когда решены проблемы управленческого характера и, в первую очередь, реализуются основы новой философии управления, ориентированной на проблемы качества медицинской помощи [1].

Качество является одним из важнейших нормативов психиатрической и психотерапевтической помощи [2, 3, 4]. При оценке качества психиатрической помощи (КПП) обычно учитывается три компонента: структура, собственно лечебно-диагностический процесс и результат. Структура обеспечивается уровнем финансовых, материально-технических и кадровых ресурсов, необходимыми организационными формами, профессиональным уровнем медицинского персонала и т.д. К собственно лечебно-диагностическому процессу относятся правильный выбор и соблюдение адекватных технологий лечебно-диагностической помощи на всех ее этапах с учетом индивидуальных особенностей каждого конкретного больного. К результатам оказания психиатрической помощи относятся степень достижения лечебных и реабилитационных целей, а также уровень удовлетворенности пациента КПП. С этой точки зрения, качество психиатрической помощи можно рассматривать как фактор, оказывающий существенное влияние на качество жизни пациента.

Качество психиатрической помощи определяется как степень ее соответствия стандарту. Стандарт психиатрической помощи – это нормативно-технологический документ, устанавливающий определенные научно-обоснованные требования к объекту стандартизации. Стандарты качества психиатрической помощи могут быть разных видов в зависимости от объекта стандартизации, целей и задач, обуславливающих их создание. Классический подход предполагает выделение трех видов стандартов,

отражающих различные составляющие качества психиатрической помощи:

- стандарты структуры;
- технологические стандарты диагностики и лечения;
- стандарты результата лечения.

1. Стандарты структуры психиатрической помощи включают:

а) стандарты ресурсов психиатрической помощи:

- требования к квалификации специалистов; профессионализм и ответственность медицинского персонала являются важнейшими элементами и необходимыми условиями по внедрению системы качества и обеспечения качественного функционирования всех механизмов медико-социальных гарантий, предусмотренных действующим законодательством (согласно статье 3 Закона Украины «О защите прав потребителей», потребители медицинской помощи имеют право на надлежащее качество и безопасность услуг, необходимую, доступную и своевременную информацию о предоставляемой помощи и ее качестве);

- требования к материальной базе и оснащению психиатрического учреждения; эти требования должны предусматривать полное соответствие функционального назначения помещения санитарно-гигиеническим и правовым нормативам, направленным на удовлетворение законных интересов и потребностей населения;

- требования к используемым медикаментозным препаратам и условиям их применения; предусматривается, что при конкретных психических расстройствах могут использоваться только те препараты, которые оказались наиболее эффективными при проведении рандомизированных, двойных слепых, плацебо-контролируемых исследований. Назначение при этих состояниях других препаратов может рассматриваться как ошибочный выбор неэффективной в данном случае терапии или как недоброкаче-

ственная клиническая практика (неоказание необходимой медицинской помощи).

б) стандарты организации работы психиатрического учреждения:

• стандарты системы управления психиатрической службой (психиатрическим учреждением); для их создания необходимо выявить факторы, отрицательно влияющие на качество психиатрической помощи. Среди огромного количества таких факторов можно выделить следующие:

- крайне недостаточное использование в различных сферах организации и оказания психиатрической помощи принципов доказательной медицины (evidence medicine), научно обоснованных подходов к диагностике и осуществлению лечебно-диагностических мероприятий;

- произвольное использование Международной классификации психических и поведенческих расстройств не опирающееся на международные схемы клинического исследования, принципы алгоритмической и многоосевой диагностики;

- низкий уровень информационного обеспечения медицинского персонала и пациентов об их правах при оказании психиатрической помощи и способах их защиты;

- преимущественная ориентация психиатрических служб на патерналистские формы обслуживания населения с преобладанием институциональных форм психиатрической помощи;

- отсутствие в сети психиатрических учреждений системного анализа эффективности лечебно-диагностической помощи (затраты – результат);

- ригидная система медико-социальной экспертизы, не опирающаяся на принципы функциональной диагностики психических расстройств, определение уровня жизнедеятельности пациентов, составление и контроль за реализацией индивидуальных реабилитационных программ.

• стандарты организации лечебно-диагностического процесса; считается, что система обеспечения качества медицинской, в т.ч. психиатрической, помощи должна соответствовать трем важным критериям: 1) быть непрерывной; 2) иметь разные методы оценки качества; 3) иметь внутренний и внешний контроль за качеством медицинской помощи.

Непрерывность процесса обеспечения качества медицинской помощи достигается :

- установлением критериев, позволяющих оценить качество медицинской помощи;

- установлением стандарта качества, уровень которого реально можно достичь;

- оценкой реально достигнутого уровня медицинской помощи, установленного стандартом;

- корригированием стандарта: повышением – с целью улучшения качества медицинской помощи или снижением – в связи с нереальностью достижения при наличии объективных причин; поиск путей преодоления причин недостижения стандарта с последующим его повышением.

Традиционное использование количественных (валовых) показателей при оценке уровня психиатрической помощи оставляет в стороне вопросы качества и эффективности обслуживания населения и совершенствования используемых лечебно-диагностических и реабилитационных технологий. Основной критерий оценки качества психиатрической помощи – ее конечный результат или позитивные изменения в состоянии психического здоровья пациента. Для контроля КПП должен использоваться как внутренний (ведомственный) контроль, так и контроль, осуществляемый независимыми экспертами.

2. Лечебно-диагностические (технологические) стандарты. Диагностические стандарты должны базироваться на принципах международной диагностической системы (МКБ), включающей не только диагностические критерии, но и технологию диагностического исследования, и постановку многоосевого или полного клинического диагноза. Лечебно-реабилитационные, постоянно совершенствуемые стандарты должны, как уже отмечалось, разрабатываться на основе научно обоснованной (доказательной) медицинской практики с ориентацией на благополучие и безопасность пациента. Стандарты этико-правовых норм предусматривают защиту прав и комфортное обслуживание пациента.

3. Стандарты результатов лечения – предусматривают систему оценок удовлетворенности пациента медицинской помощью и объективных изменений состояния его здоровья. Удовлетворенность медицинской помощью включает такие аспекты как своевременность и длительность, безопасность, профессионализм и отношение медицинских работников, бытовые условия в психиатрическом учреждении, информированность пациентов о различных аспектах заболевания и оказываемой медицинской помощи, соблюдение прав и интересов пациента и т.п. Непосредственные результаты лечения могут оцениваться как: 1) позитивные изменения состояния здоровья (выздоровление, значительное или незначительное улучшение); 2) без изменений и 3) негативные изменения (ухудшение состояния здоровья или смерть).

Особое значение для разработки в перспективе конкретных программ повышения качества психиатрической помощи имеет опыт развитых стран, которые на несколько десятилетий раньше подошли вплотную к разрешению этой задачи. Реформирование западной психиатрии в 70-80-х гг. прошлого века привело за счет структурных целевых изменений к повышению качества психиатрической помощи, что, однако, не исключает возможность его дальнейшего повышения. Путь к повышению качества жизни психически больных лежал и через совершенствование профессиональной реабилитации, и более качественное разрешение проблем пациентов-хроников, лиц с ограниченными возможностями и через изменение неоднозначного отношения населения к данному контингенту больных [8].

Любые изменения, усовершенствования существующих систем оказания помощи возможны после оценки ситуации и выработки целей изменений. Состояние психиатрического обслуживания определяется в демократических странах законодательно, оговаривается в нормативных документах. Нормативы могут касаться, например, стационарных койко-мест на 1000 жителей для психически больных разного профиля, дополнительных услуг на 1000 жителей (количество мест проживания в лечебных учреждениях, услуги дневных стационаров и т.п.). Такие нормативы не являются незыблемыми, и число стационарных койко-мест может при сохранении общего качества помощи сокращаться при укреплении амбулаторного, полустационарного звена, дополнительных служб (жилищная сфера, рабочая сфера, места отдыха, клубы и т.п.).

Важнейшим для повышения качества современной медицинской помощи (и, в первую очередь, психиатрической) является утверждение адекватных психологических концепций здравоохранения. Целый ряд стран Западной Европы, Америки на уровне федераций психологов и психиатров сформулировал рекомендации в отношении роли психологии в психотерапии, гигиене и профилактике. Например, Федерация швейцарских психологов (1994) указывает на то, что эффективность и необходимость психотерапии в наше время является доказанным фактом; в роли психотерапевтов могут выступать специалисты-психологи, получившие соответствующее образование и практическую подготовку; имеет место гарантия качества обслуживания пациентов за счет постоянного совершенствования обслуживания, внедрения результатов самых новых исследований; отношение к психологам-психотерапевтам долж-

но быть лишенным любых признаков дискриминации, в том числе и в уровне оплаты услуг.

Говоря о совершенствовании качества психиатрической помощи было бы естественным коснуться ряда понятий медицинской социологии, центральным из которых является «больное поведение». Под «больным поведением» понимаются поступки и способ поведения соответствующего лица, связанные с ощущением наличия у него определенных симптомов [9, 10]. В качестве синонима этого понятия иногда используют выражение «поиск помощи». В «больном поведении» можно выделить ряд стадий, не всегда следующих четко друг за другом: первая – это самостоятельное восприятие симптомов и попытки их преодоления (другими словами, попытки «совладания» копинга; имеет место более или менее интенсивное переживание «тяжести страдания», начинается поиск информации о проблеме, попытки самолечения доступными медикаментами, поиск альтернативных официальной медицине мер). Вторая стадия характеризуется постановкой пациентом в известность о своих симптомах «значимых других» (significant others), то есть людей, пользующихся особым доверием; хорошо, если эти лица из, как правило, микросоциального окружения будут давать адекватные советы, но вполне возможны и деструктивные влияния: советы скрывать болезнь от специалистов, обращаться к представителям альтернативных форм целительства. Описанные стадии свойственны и соматической и психической патологии, однако (особенно во втором случае), они так и не возникают, если констатация симптомов раньше происходит внешним наблюдателем. Тогда можно сразу говорить о стадии решения проблемы за счет привлечения помощи со стороны. Помощь эта может оказываться в разных форматах: оптимальной будет профессиональная (медицинская, психологическая) помощь – специализированная психиатрическая, психотерапевтическая или, хотя бы, оказываемая врачами общего профиля или психологами без специальной клинической подготовки. Профессиональная помощь безусловно должна рассматриваться как системообразующий сегмент, особенно когда речь идет о хронических пациентах с выраженной психопатологической симптоматикой. Для психосоматических, невротических пациентов, лиц с расстройствами личности не меньшее значение имеют и другие форматы оказания помощи, например, непрофессиональная система, т.е. это помощь, исходящая от близких, соседей, коллег, представителей общественных организаций и пр.; предполагается, что они не имеют специальной подго-

товки и могут работать в сети социальной поддержки. Выделяют также и полупрофессиональную помощь, которая оказывается вне лечебных учреждений лицами, профессионально не связанными работой с больными, но, тем не менее, часто с ними контактирующие – это педагоги, священнослужители. Особого упоминания заслуживает и такой формат оказания помощи как парамедицинская система; речь идет о практиках целительства, свойственных определенным культурологическим группам, имеющим иногда очень высокую эффективность по отношению и этноспецифическим синдромам*. К парамедицинской системе относятся и явные шарлатаны, мошенники, представители опасных харизматических сект, лжеучений.

Уже случившаяся в ряде стран деинституализация психиатрической помощи, как известно, кроме позитивных результатов, породила и ряд специфических новых проблем, с учетом которых особого внимания заслуживают непрофессиональная, полупрофессиональная и даже парамедицинские системы. Поэтому анализ механизмов оптимизации качества психиатрической помощи неизбежно должен быть связан и с оптимизацией этих систем в отдельности, и взаимодействием их друг с другом. Видоизменение к лучшему «больного поведения» реально позволит сделать помощь своевременной и доступной, противодействовать хронизации. Компоненты качества психиатрической помощи, связанные со «срабатыванием» непрофессиональной, полупрофессиональных и парамедицинских систем зависят от социальных, политических, экономических обстоятельств и требуют «заботы государства» в целом.

Профессиональная система в большей степени связана с конкретными институциональными условиями. Общепринятым является выделение амбулаторных, полустационарных и стационарных служб. Их функции, преимущества и недостатки описывались и в руководствах советского периода, и в отечественных, и зарубежных руководствах.

Отличия современных описаний этих служб, например, в германоязычных странах [12] заключаются в констатации возрастающей роли дополнительных служб, которые «берут на себя главные функции здравоохранения». Прежде всего помощь оказывается лицам, стойко или временно неспособным решать свои проблемы с функционированием в обществе, работой, жи-

лем. Дополнительные службы в общежитиях для, главным образом, хронических пациентов ухаживают за ними, решая не только гигиенические, но и социальные проблемы. Основные реабилитационные задачи выполняют и в «переходных» общежитиях, где пациенты пребывают 2-3 года, а также в так называемых «защищенных» группах совместно проживающих, а также в отношении отдельно проживающих больных. Наиболее предпочтительными считаются небольшие децентрализованные приюты.

В сфере трудовой реабилитации дополнительные службы осуществляют первичную профессиональную подготовку лиц, ее не имеющих, переквалификацию, переобучение, повышающее вероятность трудоустройства, гарантированную занятость в специальных профессиональных условиях, а также обслуживание пациентов, занятых в обычном трудовом процессе. Дополнительные службы используют в своей работе специальные тренинговые центры, располагают гарантированными рабочими местами и т.д., причем, чем неблагоприятнее ситуация на рынке труда, тем лучше должны быть организованы дополнительные службы, которые дают лицам с психическими расстройствами длительную перспективу относительно работы.

К дополнительным службам и таким, которые обеспечивают контакты пациентов с обществом, структурируют бытовую активность (покупки, приготовление еды, организация свободного времени), относятся «клубы пациентов», «центры контактов».

Отечественная практика оказания психиатрической помощи в прошлом выработала весьма эффективные для своего времени методы диспансеризации, патронажа, трудовой реабилитации. Сейчас, когда эти традиции оказались практически полностью разрушенными, утраченными, о реальной качественности психиатрической помощи можно говорить в случае создания аналогов описанных дополнительных служб с широчайшим привлечением к их деятельности клинических психологов и социальных работников.

Гарантия качества (quality assurance) в здравоохранении сегодня стала центральным понятием в исследованиях, механизмах оценки и коррекции, позволяющих улучшить качество обслуживания. Установление стандартов качества, как правило, определяется как величины, кото-

* «...психологическая теория, предполагающая существование одержимости, вряд ли адекватна при интерпретации проблем, относящихся к среднему классу еврейских интеллектуалов Нью-Йорка... С другой стороны, психоанализ вряд ли пригоден для адекватной интерпретации проблем идентичности в деревнях Гаити, тогда как некая вудуистская психология может представлять здесь схемы интерпретации большой эмпирической точности» [11].

рых необходимо достичь. Подобного рода стандарты идеально подходят для оценки качества фармакотерапии, но не совсем адекватно учитывают психотерапевтические подходы. Нередко стандарты вырабатываются по принципу «от противного». Например, количество самовольных прерываний терапии должно быть меньше некоего $n\%$. Подобным же образом формируются представления о «пороговых значениях» – еще приемлемых нижних и верхних значениях для стандартов (например, больше, чем $n + 10\%$ прерываний терапии недопустимо). Конечно, иногда критерии формируются и прямо (например, в среднем 40-50 часов терапии на пациента). Под «нормой», когда речь идет о гарантии качества, понимают среднестатистическое значение какого-либо воздействия (дозировка, длительность терапии).

Мониторинг качества возможен при установлении адекватных индикаторов. Практически во всех исследованиях относительно мониторинга качества психиатрической помощи подчеркивается необходимость мультимодального подхода – анализ биологических жидкостей, данных медицинской документации (в том числе и стандартизированных оценок психического состояния), а иногда данные аудио- и видеозаписей, отчеты супервизоров (когда речь идет о психотерапии). Одновременное использование различного происхождения данных предопределяет необходимость обобщения на основе метаанализа.

Управление качеством оказания помощи предполагает систематическое сравнение данных мониторинга (эмпирических данных) со стандартами: при отсутствии резких различий можно говорить о соблюдении гарантии качества; при наличии различий – необходимо улучшение качества.

Качество структуры помощи охватывает возможности (условия), делающие возможным то или иное вмешательство. К ним можно отнести: политические условия (законодательная база, модель оказания помощи), организационные (план работы), финансовые (бюджет, объем затрат на медикаменты, психотерапию), архитектурные (обеспеченность площадями), оснащение, кадровый потенциал, терапевтические (спектр психотерапевтических услуг, научная обоснованность). Важнейшим элементом повышения качества помощи психически больным является управление качеством обучения персонала как на додипломном, так и последипломном уровне, регламентация широкого доступа к профессиональной деятельности в психиатрических учреждениях специалистов психологов и социальных работников.

Переход в научной психиатрии от преимущественно биологической парадигмы этиопатогенеза психических расстройств к более адекватным социобиологическим, социобиопсиходинамическим закладывает основы для значительного расширения поля психотерапевтических подходов при оказании помощи психически больным. Психотерапевтические вмешательства отличаются от медикаментозных, хирургических, физических и других применением психологических средств. Клинико-психологические интервенции применяются в целях коррекции, лечения, реабилитации, вторичной профилактики психических и психосоматических расстройств, в то время как психолого-педагогические – решают как свои специфические задачи, так и могут быть включены в программы первичной профилактики. В рамках рассмотрения вопроса о качестве психиатрической помощи акцент должен быть сделан именно на клинико-психологических вмешательствах.

Весьма разнообразные и многочисленные формы клинико-психологических интервенций имеют, вместе с тем, ряд общих черт. Центральным моментом любой психотерапии, тренинга, консультирования является специфическое социальное взаимодействие между психотерапевтом и пациентом. Средства, используемые специалистом, могут быть весьма различными в зависимости от конкретной культуральной, политической, исторической ситуации оказания помощи. В связи с этим, естественно, не может быть речи о строго универсальных, международных стандартах психотерапевтической помощи, что особенно усложняет управление качеством помощи.

В тесной связи с вопросом о средствах психотерапии находится вопрос о теоретическом обосновании клинико-психологических интервенций. Известно, что научное знание по многим критериям отличается от обыденного знания, частного знания и от мнений; его рациональное обоснование выходит за рамки частного опыта. Включение его в рациональное содержание какой-либо дисциплины зависит, в частности, от его валидации путем интерсубъективного опыта, приобретенного по правилам научной методологии. То, что в заданном отрезке времени признано «научным сообществом» в качестве составляющей рационального содержания, зависит не только от социологических феноменов, но и от фактических научных достижений, причем постоянно пересматриваемых [13]. Таким же образом не приходится говорить о научном обосновании клинико-психологического вмешательства «раз и навсегда», равно как и о незыблемом

стандарте «научности» при оценке качества помощи психически больным.

Цели психотерапевтической помощи могут быть разделены на ближайшие (например, тренинг эмпатических возможностей, овладение техникой релаксации и др.) и отдаленные, более тесно связанные с теоретическими концепциями (осознание психотравм детского возраста, замена неконструктивного интеллектуального или поведенческого паттерна более подходящим; разблокировка, «ускорение личностного роста»). В любом случае, используемые средства должны быть релевантны целям вмешательства.

Профессиональность действий в ходе психотерапевтического вмешательства гарантируется получением адекватного образования и непрерывным последипломным образованием. Необходимо однозначная и строгая система допуска специалистов к работе с пациентами. Вряд ли стоит говорить, что на современном этапе эти важнейшие компоненты стандарта качества психиатрической помощи в Украине находятся, в лучшем случае, лишь на стадии разработки.

В понятной зависимости от всех перечисленных выше характеристик психотерапевтического вмешательства находится его эффективность, которая мо-

жет быть по-разному оценена с позиций рентабельности, редукации симптоматики, общего ощущения качества жизни. Представляется необходимым подчеркнуть невозможность создания единого для всех видов вмешательства стандарта эффективности, учитывая значительную его многоплановость.

Важнейшей задачей клинической психиатрии и психотерапии является разработка основных этических принципов и стандартов осуществления психиатрической помощи (уважение автономии пациента при оказании помощи, справедливость и т.д.), что является неотъемлемым и важнейшим компонентом высококачественной психиатрической помощи.

Таким образом, достижение высокого уровня качества помощи психически больным возможно лишь путем постоянного системного управления качеством, охватывающим не только сферу общемедицинских показателей, соблюдения стандартов медикаментозного лечения и коррекции, но и практику мониторинга психотерапевтических воздействий и соблюдения этических нормативов. Областью приоритетных исследований и разработок должна стать гуманитарно-правовая составляющая системы повышения качества помощи психически больным.

В.А. Абрамов, О.К. Бурцев

ПРО СТАНДАРТИ ПСИХІАТРИЧНОЇ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Донецький державний медичний університет ім.М.Горького

В статті розкрита сутність стандартів психіатричної та психотерапевтичної допомоги, технології діагностики та лікування, структури та результатів надання психіатричної та психотерапевтичної допомоги. За даними літератури проаналізовані напрямки поліпшення якості допомоги пацієнтам з психічними розладами. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С.17-22)

V.A. Abramov, A.K. Burtsev

ABOUT THE STANDARDS OF PSYCHIATRIC AND PSYCHOTHERAPEUTIC HELP

Donetsk State Medical University

In the article the essence of diagnostic's, treating's, structure's and result's standarts of psychiatric and psychotherapeutic help rendering are revealed. Accordind to the up-to-date literary data the directions of improvement of help to patients with mental disorders were analized. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P.17-22)

Литература

1. Танигин В.Н. Основы стандартизации и управления качеством. — М., 1989. — С.207-209.
2. Абрамов В.А. Паттерны качества психиатрической помощи // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2003, №1 (10). — С.3-7.
3. Гебель В. Качество психиатрической помощи: опыт Германии // Социальная и клиническая психиатрия. — 1996, 6, 1. — С.37-41.
4. Гурович И.Я., Кирьянова Е.М., Шмуклер В.Б. К введению стандартов качества диагностики и лечения больных с психическими и поведенческими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. — 1999, 1. — С.85-88.
5. Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed. JAMA. — 1988, 263, 32. — P.174-348.
6. Black N. Research, audit and education. — Br.Med.J., 1992, №34. — P.698-700.
7. Гук А.П. Стратегічні напрямки забезпечення якісної медичної допомоги // Стратегічні напрямки розвитку охорони

- здоров'я в Україні. — Київ, 2001. — С.119-134.
8. Russler W., Salize H.J., Biechele U. & Riecher-Russler. Stand und Entwicklung der Psychiatrischen Versorgung. Ein Europäischer Vergleich. Nervenarzt 65. - 1994. — P.427-437.
9. Siegrist J. Medizinische Soziologie (4 tufel). Munchen: Urban & Schwarzenberg, 1988.
10. Зигрист И. Социальные аспекты // Клиническая психология. Под ред.И.Перре и У.Бауманна. — СПб.: Питер, 2002. — С.342-358.
11. Бергер П., Лукман Г. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания. — М.: «Медиум», 1995. — С.285.
12. Бауманн У. Здравоохранение // Клиническая психология / Под ред. М.Перре и У.Бауманна. — СПб.: Питер, 2002. — С.407-440.
13. Перре М. Научно-теоретические основы клинико-психологической интервенции // Клиническая психология / Под ред. И.Перре и У.Бауманна. — СПб.: Питер, 2002. — С.81-98.