

Мероприятия для психиатрических пациентов, госпитализированных по острым показаниям, и сотрудничество в связи с этим до, во время и после госпитализации: Норвежско-Российское сравнительное исследование

Анатолий Богданов, Архангельская областная психиатрическая больница

Григорий Резвый, больница Нурдланд, Университет г. Тромсе

Туре Серлис, Университетская больница Северной Норвегии, Университет г. Тромсе

В последние десятилетия процессы децентрализации психиатрической помощи и потребность в развитии эффективных методов лечения привели к повышению интереса к межкультуральным исследованиям.

Психиатрические службы в Северной Норвегии и Архангельской области были систематически описаны ранее, по отношению к их структуре, объему и содержанию (1). Наибольшие различия между двумя системами оказания медицинских услуг заключаются в том, что в Северной Норвегии специализированные услуги лучше в плане наличия профессиональных ресурсов, а также первичное здравоохранение и социальные услуги здесь лучше дифференцированы и развиты, чем в Архангельске.

Использовались стандартизованные инструменты картирования, которые были дополнены после интервью с профессионалами и руководителями. Метод картирования основывался на общих знаниях лечащего персонала и руководителей о системе лечения и не брал за исходную точку лечебные мероприятия в отношении отдельного пациента.

Целью настоящего исследования является специфическое картирование и сравнение мероприятий и форм сотрудничества, которые были предприняты в отношении пациентов, госпитализированных по острым показаниям, до, во время и после госпитализации на территориях Северной Норвегии и Архангельской области. Данное картирование будет исходить из мероприятий, которые проводились для каждого

отдельного пациента. При этом мы хотим получить детальные знания о том, как система лечебных мероприятий функционирует на практике.

Хорошо функционирующая сеть взаимодействия, которая включает в себя как пациента и его близких, первичное звено здравоохранения и оказания социальных услуг, так и специализированную службу способствует проведению правильного лечения в нужном месте и в нужное время (2).

Метод

Исследование включает всех психиатрических пациентов, госпитализированных по острым показаниям, которые в течение трехмесячного периода 2005 г. были госпитализированы в острые психиатрические отделения в областях Нурланд и Тромс, и пациентов, которые были госпитализированы в острые отделения Архангельской областной психиатрической больницы в 2008-2009 г.г. Данные собирались путем использования стандартной схемы, разработанной в рамках мультицентрального исследования по острой психиатрии (3). Данные содержат демографические и клинические характеристики, информацию о поступлении и выписке из отделения, проводимом обследовании и лечении, а также о взаимодействии различных служб до, во время и после периода госпитализации. Диагностика проводилась в соответствии с МКБ-10.

Результаты

Демография

Всего было включено 983 случая острой психиатрической госпитализации, 488 в Норвегии и 495 в Архангельске. Так как когортные группы в обеих странах примерно одинаковы по количеству участников, многие результаты приведены в абсолютных цифрах.

Средний возраст в обеих странах составил 41-42 года (SD 14.4 лет) с возрастной шкалой от 18 до 87 лет. 57% мужчин и 43% женщин.

В то время, как среди норвежских пациентов 14,3% состояли в официальном или гражданском браке и 64% не состояли в браке, в российской группе 29% состояли в браке и 36% не состояли. В норвежской группе меньшая доля вдовцов/вдов (3% против 11%) и меньше разведенных (16% против 20%).

62% норвежских и 79% русских пациентов имели свое жилье. В Норвегии 14% имели жилье, предоставленное от и находящееся во владении муниципалитета, в то время как в России никто такого жилья не имел. Из норвежских пациентов 11% жили у родственников или друзей, в то время как аналогичная доля среди российских была 13%. Не было различий в доле бездомных (3%).

Доля получавших пенсию по инвалидности была выше в норвежской группе (49 против 30%), в то время как заработную плату имели большее количество людей в российской группе (24 против 8%). Большее количество в российской группе имело иждивенцев (19 против 1%) и большее количество получало пенсию по возрасту (13 против 5%). В норвежской группе было названо получение социально-финансовой помощи в 8%, в России - нет.

Диагноз

В данной публикации взяты только основные диагнозы.

В норвежской группе было больше людей с диагнозами психозов (36 против 24%), аффективными расстройствами (26% против 4%) и расстройствами личности (6 против 1%). В российской группе было больше людей с алкогольной и наркотической зависимостью (47 против 10%) и органическими расстройствами (16 против 3%). В Норвегии 5% госпитализаций кодировались без клинического диагноза, в России таких случаев не было.

Помощь, оказанная пациенту до данной госпитализации

Это регистрировалось ретроспективно в периоды в течение последних 12 месяцев, последних 3 месяцев и последних 48 часов до госпитализации

В последние 12 месяцев в Норвегии поликлиническая специализированная помощь чаще оказывалась длительно или постоянно (106 случаев против 50), и пребывание в стационаре чаще было более длительным (90 пациентов против 22). В российской группе поликлиническая помощь, оказанная специалистами, чаще была

продолжительностью менее 1 месяца (84 пациентов против 30), и стационарное пребывание более кратким (114 пациентов против 57). То, что касается нескольких коротких и частых госпитализаций, это более обычно в Норвегии (153 против 105).

В последние три месяца перед госпитализацией значительно больше человек в норвежской группе получали муниципальную психиатрическую помощь (234 против 2 пациентов), психиатрическую помощь на дому (90 против 1), лечение у врача общей практики (87 против 17%), социальную помощь (167 против 68 пациентов), дневное лечение (58 против 7 пациентов) и предложения от выездной психиатрической группы (49 против 0). Специализированная поликлиническая помощь была распространена, но не было различий между двумя странами (157 пациентов в Норвегии против 180 в Архангельске). В России значительно больше пациентов получают специализированную помощь по поводу алкоголизма и наркомании (80 против 29).

В течение последних двух суток перед госпитализацией значительно большее количество людей в норвежской группе контактировали с врачом общей практики (113 против 9), в то время как значительно большее количество людей в русской группе имели контакт с психиатрической поликлиникой (218 против 39). Норвежская группа чаще обращалась к дежурному врачу (232 против 123) и в муниципальную психиатрическую службу (98 против 0). Скорая психиатрическая помощь с оценкой психиатром и оказанием помощи на дому, с решением о госпитализации и ее осуществлением была более обычной в России (164 против 26 пациентов). Временно на койку в соматическое отделение больницы были чаще госпитализированы в России (11 против 5). Нет различий в количестве обращений и контактов с соматической поликлиникой (40 и 44). В связи с госпитализацией поддержка со стороны родственников (235 против 135) и от друзей (45 против 28) значительно более обычна в России. Полиция была вовлечена в 79 госпитализаций в Норвегии против 44 в России.

Психофармакологическое лечение в последние две недели перед госпитализацией

В российской группе было значительно больше случаев, когда пациент не получал психофармакологическое лечение (221 против 151), или не принимал назначенные медикаменты (128 против 54). В норвежской группе было больше пациентов, принимавших рекомендованные лекарства (189 против 57).

Направляющая инстанция

Количество направлений дежурным врачом/ врачом скорой помощи существенно не отличалось (193 в Норвегии и 172 в Архангельске). В то же время, в норвежской группе значительно больше были направлены врачом общей практики (131 против 5), в то время как в русской группе значительно больше были направлены участковым психиатром (227 против 13). В норвежской группе было меньше направлений на добровольное лечение (246 против 333) и больше на недобровольное лечение (241 против 162). После осмотра специалиста при поступлении в психиатрический стационар в норвежской группе происходило уменьшение количества с недобровольным статусом (188), в то время как в российской группе изменений не было.

Сотрудничество с другими инстанциями во время пребывания в остром отделении

В норвежской группе был установлен контакт с семьей для 234 пациентов против 213 случаев в России. В норвежской группе в 134 случаях посчитали такой контакт неактуальным против только 11 аналогичных случаев в русской группе. Это имеет взаимосвязь с различиями в семейном положении. Контакты с норвежскими муниципальными службами использовались редко – только 18 случаев, в 389 случаях это посчитали неактуальным. В то же время контакт с муниципальной психиатрической службой был установлен в 60 % случаев. В России такая служба отсутствует. Контакты с социальными службами по месту жительства пациента устанавливались в 77 случаях в норвежской группе и в 21 случае в российской группе.

250 контактов с врачом общей практики установили норвежские пациенты во время лечения в остром отделении, в русской группе был только один. Такие контакты признали неактуальными для 93 пациентов в Норвегии и 83 в России. Уже состоявшийся контакт с врачом общей практики продолжали поддерживать 457 пациентов в норвежской группе и только 9 пациентов в русской группе. Это опять же может рассматриваться в связи с различной доступностью врача общей практики в этих двух странах.

Контакты с отделениями соматической больницы/поликлиники происходили для 71 пациента в норвежской группе и для 31 пациента в русской группе. Это может быть

связано с традиционно сильными соматическими ресурсами в российских психиатрических больницах.

Несмотря на большую долю наркологических пациентов (47%) в российской группе, практически не было контактов между российскими острыми отделениями и наркологическими учреждениями (для 6 пациентов в русской группе против 31 в норвежской).

Установление контактов с работодателем было невелико в обеих группах (19 в норвежской и 9 в русской).

Направление пациента и взаимодействие служб после выписки из острого отделения

После выписки 363 норвежских пациента были направлены обратно к своим врачам общей практики против 8 в российской группе. 251 норвежский пациент был направлен в муниципальную психиатрическую службу. В России таких служб нет. Больше пациентов норвежской группы были направлены в муниципальный дневной центр (28 против 2) и в муниципальный дом медсестринского ухода (26 против 3).

На момент выписки 128 норвежских пациентов были направлены на специализированное поликлиническое лечение против 194 в России.

Дискуссия

В то время как в норвежской группе была большая доля не состоявших в браке и больше получателей различных форм социальной поддержки, в российской группе была большая приверженность семье, больше людей, получавших заработную плату, и большее количество людей, имевших собственное жилье. Эти различия отражают различные культуральные и общественно-экономические условия.

В норвежской группе было больше пациентов с диагнозами психозов, аффективных расстройств и нарушений личности, в то время как в русской группе было больше пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью и органическими нарушениями. Эти различия могут помимо прочего иметь взаимосвязь с тем, что потребление алкоголя в России значительно больше, чем в Норвегии.

Взаимодействие различных служб и окружения пациента при его госпитализации, лечении и выписке имели существенные различия в двух странах.

В течение последнего года перед госпитализацией норвежские пациенты в среднем получали длительное и постоянное поликлиническое наблюдение и стационарное лечение. Это должно рассматриваться во взаимосвязи с большим количеством лечебных ресурсов в норвежской системе здравоохранения.

В последние 3 месяца перед госпитализацией значительное большинство в норвежской группе получили психиатрическую помощь на муниципальном уровне, лечение у врача общей практики, социальную помощь и услуги от мобильной психиатрической группы. Поликлиническая психиатрическая помощь была оказана в широком объеме, но не было различий между странами. В России значительно большее количество получили помощь специалистов по поводу алкоголизма и наркомании. В целом, муниципальные услуги, которые предлагаются в Норвегии значительно лучше развиты и дифференцированы.

В последние двое суток перед госпитализацией предложение услуг российского первичного звена (специализированная психиатрическая скорая помощь и подключение районных психиатров) лучше, чем в более ранние фазы. Такая помощь часто включает острое поликлиническое специализированное лечение. В Норвегии пациенты в этот период больше обращаются к своим врачам общей практики, в то время как вовлечение специалистов межрайонных психиатрических центров часто слишком мало. Это отражает проблемы взаимодействия между норвежским первичным уровнем здравоохранения и услугами второй линии.

Поддержка как родственников, так и друзей в связи с госпитализациями значительно более обычна в России. Это отражает культуральные различия роли семьи и то, что семья и друзья остаются важными в обществе, где система оказания профессиональной помощи на местах развита в меньшей степени.

Доля направлений на госпитализацию от дежурных врачей и районных психиатров в Норвегии и в России была одинакова. Доля направлений от врачей общей практики в Норвегии была меньше, чем доля направлений от психиатрической службы первичного звена в России (районные психиатры). В России было меньше недобровольных госпитализаций. Это, помимо прочего, может иметь взаимосвязь с тем, что в

норвежской группе было больше человек с диагнозом психозов, и что в России решение о принудительной госпитализации принимает судебная система, а в Норвегии – специалисты в больнице на основании особого закона об охране психического здоровья.

Относительно многие среди госпитализированных русских пациентов не имели назначенного медикаментозного лечения до госпитализации. Это может рассматриваться во взаимосвязи с недостаточным постоянством контроля пациентов вне больницы.

Российские острые отделения чаще, чем норвежские, рассматривают семью как важный ресурс для пациента. Это может быть связано с тем, что семейная принадлежность может казаться более сильной в российской когорте, и что в русском обществе получают меньше помощи помимо семьи.

На практике имеется мало контактов между лечащим персоналом острых отделений и наркологическими клиниками в России, возможно, по причине недостаточных рутинных правил в больницах.

В Норвегии пациенты направляются при выписке, в основном, к врачу общей практики, в то время как в России в большой степени направляют к районным психиатрам для контроля и дальнейшего лечения. Направление к русскому врачу общей практики требует, к тому же, чтобы пациент дал свое четкое согласие на это. Российское законодательство также ограничивает врачей общей практики в выполнении работ по психиатрии.

Литература:

1. Rezvy G. The Barents project in psychiatry: A comparative study of the mental health services in Archangelsk County and Northern Norway. Thesis. Nordlandssykehus. Bodø. 2007
2. Nasjonal Kunnskapssenteret for helsetjenesten. Samhandling om pasienter med alvorlige psykiske problemer i allmennpraksis. Rapport fra kunnskapssenteret No 3. 2008

3. Ruud T, Gråwe RV, Hatling T. Akuttpsykiatrisk behandling i Norge – resultater fra en multisenterstudie. Rapport. SINTEF Helse. Oslo. 2006