

## Методологические аспекты оптимизации бригадной реабилитации пациентов психиатрического стационара

Нечаев Н.Д.

ГКУЗ ЛО «Дружносельская психиатрическая больница», Ленинградская область

**Резюме.** В статье, с позиции биопсихосоциальной концепции, представлен опыт деятельности полипрофессиональных бригад по комплексной клинико-психосоциальной реабилитации пациентов с применением инструментария в форме индивидуальной карты. В карте представлены разделы, отражающие реабилитационную диагностику, план мероприятий, применяемые методики, алгоритмы исполнения, результаты. В статье описывается характер взаимодействия специалистов в команде, мониторинг качества деятельности. Делаются выводы об эффективности и положительных результатах применяемой методики.

**Ключевые слова:** бригада, полипрофессиональная реабилитация, индивидуальная карта, реабилитационный диагноз, план мероприятий, шкала оценки качества.

### Methodological aspects of optimizing Brigade rehabilitation patients at a psychiatric hospital

Nechaev N.D.

Družnosel'skaja «psychiatric hospital», Leningrad oblast, Russia

**Summary.** In the article, with the position of the biopsychosocial concept, presented the experience of the poliprofessional'nyh brigades integrated clinical and psychosocial rehabilitation of patients with the use of tools in the form of individual cards. Topics map reflecting the rehabilitative diagnosis, action plan, applied methods, algorithms, performance results. This article describes the nature of the interaction between specialists in the team, monitoring the quality of activities. Draws conclusions about the effectiveness and positive results of the applied methodology.

**Key words:** team, poliprofessional'naâ rehabilitation, private card, a rehabilitation diagnosis, plan activities, evaluate the quality scale.

Приоритетная социальная значимость и клиническая эффективность полипрофессиональной (бригадной) формы реабилитации пациентов в рамках биопсихосоциальной модели психиатрической помощи за последнее десятилетие стала широко распространенной технологией [1].

С 2008г. в ГКУЗ ЛО «Дружносельская психиатрическая больница» на постоянной основе внедрена программа бригадной реабилитации на всех отделениях. Базовым документом в основу работы бригад положена инструкция по организации, регламентирующая структуру, цели, задачи, принципы взаимодействия, алгоритмы мероприятий и др. В клинической практике используется отечественный и международный (Европейский) опыт реабилитологии [1, 5, 7, 9]. С целью распространения бригадной формы реабилитации пациентов на базе больницы осуществляется системный обмен опытом со специалистами психиатрических стационаров Ленинградской области и г. Санкт-Петербурга. С 2010 г. результативность работы бригад внесена в перечень ведущих плановых показателей объема и качества медицинской помощи с соответствующим бюджетированием.

Основной формой отражения деятельности бригад является разработанная специалистами больницы методика: «Карта индивидуальной клинико-психосоциальной реабилитации паци-

ента» (далее «карта»). В процессе практического применения, по мере накопления опыта, форма карты неоднократно редактировалась. В карте исключены дублирующие медицинскую карту стационарного больного (Ф № 033/у) подробности, с одной стороны, и отражен системный, комплексный, полипрофессиональный подходы к реабилитационному процессу, с другой. Карта, являющаяся инструментом системного учета реабилитационного процесса в реализации индивидуальной программы комплексной бригадной помощи, оформляется при включении пациента в программу и заполняется в процессе деятельности всеми членами бригады в пределах компетенции каждого специалиста [1]. В оформлении карты используются современные методологические подходы в области психиатрической, психологической и социальной реабилитации. В качестве пособия специалистами больницы разработана инструкция по работе с картой. Карта (на 1 листе) состоит из трех разделов: социальный статус пациента, клинический статус пациента и комплексный план мероприятий бригадной реабилитации с реализацией, динамической коррекцией, итогами и рекомендациями к плану амбулаторного этапа. Последнее является важным в рамках общей модернизации психиатрической помощи с объединением стационарных и амбулаторных форм реабилитации, актуальной необходи-

мостью в обеспечении качественной преемственности всех этапов и звеньев непрерывного реабилитационного процесса для каждого пациента. В раздел социального статуса вносятся первичные статусные данные пациента, отражается уровень активности и качество интеграции ближайшего окружения, конфликты интересов и другое. В случае недееспособности, отражается качество исполнения опекуном обязанностей, наличие или отсутствие противоречий во взаимодействии с органами опеки и попечительства, специалистами бригады, другие коллизии. В порядке подготовки к первичному анализу и обсуждению проблем пациента каждый специалист в индивидуальном порядке проводит клинические исследования, устанавливает объективные параметры ограничений жизнедеятельности, обусловленные болезнью, а также, формирует свои предложения к обсуждению на собрании бригады и включению в программу реабилитации. В раздел карты «Клинический статус реабилитанта» для эффективной реализации реабилитационных целей и задач вносится установленный специалистами бригады интегративный реабилитационный диагноз, представляющий собой три объективные составляющие: реабилитационный диагноз организма (медико-биологический, психиатрический), психологический реабилитационный диагноз (т.н. психологический портрет личности пациента) и социальный реабилитационный диагноз (диагноз микросоциума) [3]. Основой реабилитационного диагноза является оценка сохранившихся возможностей пациента для достижения реабилитационных целей, поэтому акценты в деятельности врача, клинического психолога и специалиста по социальной работе приоритетно смещаются с лечебной ориентации на уменьшение социальной и психологической недостаточности пациента, сохранение и расширение сферы его жизнедеятельности. Развернутый функциональный психиатрический реабилитационный диагноз структурируется из нозологической формы основного заболевания, осложняющего процесса, патопластического фона, основных дезадаптирующих синдромов, ограничивающих жизнедеятельность, стойкости и степени их выраженности, типа и темпа течения болезни и провоцирующей составляющей [3]. Известно, что социальная недостаточность формируется через призму клинических проявлений заболевания (дефекта), дезорганизующих деятельности, поэтому так важно определение основных дезадаптирующих синдромов для разработки индивидуальной программы. Постановка развернутого клинко-функционального реабилитационного диагноза дает возможность не только клинического анализа нозологии, но и объективной врачебной оценки медико-биологических и организационных возможностей компенсации социальной недостаточности и ограничений жизнедеятельности вследствие болезни (дефекта), т. е. реабилитационного потенциала организма и, как следствие, позволяет составить реальную и оптимальную программу реабилитации. Реабилитаци-

онный процесс, реализация программы реабилитации, её эффективность обусловлена, прежде всего, деятельностью самого реабилитанта и направлена на преодоление собственной недостаточности, вызванной болезнью (дефектом), т.е. путь реабилитации проходит через личность пациента [2]. Именно поэтому важным для психолога бригады является установление личностного реабилитационного диагноза, т.е. психологического «портрета» реабилитанта, патопсихологических параметров, их стойкости, степени выраженности, данных анализа внутренней модели болезни, степени адекватности на «жизнь в ситуации болезнь», личностных установок (мотивации) на достижение рентабельных целей, комплаенса с его структурой, уровнем, качеством, анализом и оценкой реабилитационного потенциала личности пациента [3]. Психологический анализ внутренней модели болезни проводится по аутопластической картине, типу реакции на болезнь, отношению к болезни, амбивалентности переживания болезни, переживания болезни во времени [2]. Следует отметить, что по данным зарубежных и отечественных исследований «лучшего комплаенса удается достичь при ведении пациента мультидисциплинарной командой, специалистами разного профиля» [1, 8]. Определение социального реабилитационного диагноза — диагноза микросоциума, в котором протекает деятельность индивида, необходимо для успешной реализации реабилитационных целей и задач, поскольку дает возможность объективно оценить реабилитационные возможности, реабилитационный потенциал микросоциума, в котором пациенту предстоит реализация индивидуальной программы. Целями социального аспекта реабилитации являются: уменьшение степени социальной недостаточности реабилитанта в различных типовых социальных ситуациях, расширение сфер жизнедеятельности и правовая коррекция социальных ситуаций [3]. Формулировка социального реабилитационного диагноза с прописью в карте указывается в виде наиболее актуальных и конкретных проблем: с личными документами, жильем, льготами, материально-бытовым содержанием, снижением или утратой трудоспособности, взаимодействия с органами социальной защиты, опеки и попечительства, администрациями, правоохранительными, судебными инстанциями и других. Оценка реабилитационного потенциала проводится через призму всех трех реабилитационных диагнозов: медико-биологического, социального и психологического, поскольку только интегративным способом можно объективно определить РП, т.е. возможности и способности нивелировать, уменьшить или компенсировать социальную недостаточность и ограничения жизнедеятельности пациента, человека «болеющего» [3]. Клиническое определение и оценка ограничений жизнедеятельности пациента проводится по аналогии с общепринятым перечнем классификаций, критериев и стандартов, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы [6].

Комплексный план реабилитации пациента формируется и утверждается на первом собрании специалистов бригады (т.н. междисциплинарное полипрофессиональное взаимодействие). В состав бригады входят лечащий врач психиатр, клинический психолог, специалист по социальной работе, психотерапевт, медицинская сестра [1]. Специалисты включаются в состав бригады после соответствующей подготовки и изучения инструктивно—методических документов. Обсуждению и оценке на собрании подлежат параметры клинико-психосоциального статуса пациента с его реабилитационным потенциалом, очередность в реализации целей программы реабилитации, алгоритмы с выбором наиболее эффективных способов и методов, технические возможности исполнения задач и др. Принятый и утвержденный на собрании специалистов бригады план конкретных мероприятий по реабилитации заносится в «КАРТУ». Мероприятия регистрируются в виде методик, таких как специализированная комплексная врачебная и сестринская помощь пациенту в необходимом объеме, бытовое обеспечение с созданием максимально возможных комфортных условий содержания, индивидуальная и групповая психотерапия, психологическая коррекция, арт-терапевтические мероприятия, тренинги по формированию и поддержанию когнитивных навыков, самообслуживания, релаксации, досуговые мероприятия, терапия трудовой занятостью, психообразование [1]. Медицинской сестре бригады отводится ведущая роль в создании атмосферы доверия, безопасной среды, терапевтического альянса с семьей пациента, взаимопонимания, заботы, уважения к пациенту, поскольку медсестра—единственный специалист бригады, находящийся в постоянном взаимодействии с пациентом и всеми его проблемами, связующим звеном с другими членами бригады [9]. В процессе реабилитации по тем или иным объективным обстоятельствам в план может вноситься динамическая коррекция. Итоги стационарной реабилитации пациента подводятся с учетом качества достигнутого из перечня индивидуального комплексного плана. Отражаются трудности, недостатки, препятствия, объективные и субъективные факторы, снижающие эффективность реабилитационного процесса в целом. При оценке результатов медицинской реабилитации указывается степень восстановления нарушенных функций орга-

низма, трудоспособности, компенсации навыков бытовой деятельности и другое достигнутое. Реабилитационный прогноз—вероятность достижения реабилитационных целей определяется одним из вариантов: благоприятный—возможность полного восстановления нарушенных функциональных возможностей пациента относительно благоприятный—возможность частичного восстановления нарушенных функций при уменьшении степени их ограничений, а также стабилизации ограничений, сомнительный (неопределенный) или неблагоприятный—невозможность даже частичного восстановления нарушенных функциональных возможностей пациента [3, 4]. Рекомендации для продолжения медико-психосоциальной реабилитации пациента в амбулаторных условиях в ЛПУ по месту жительства разрабатываются на заключительном собрании специалистов бригады и включают все три аспекта адресной направленности (врачебный психиатрический, психологический и социальный) в виде конкретных позиций с обеспечением преемственности и непрерывности реабилитационного процесса. Для мониторинга качества деятельности бригад отделений больницы ежеквартально применяется шкала, состоящая из следующих параметров: качество формирования состава бригады, качество и регулярность проведения собраний бригады, степень активности специалистов, качество оформления карт и % охвата пациентов отделения бригадной формой реабилитации. Инструктивно—методическая помощь специалистам осуществляется администрацией больницы и куратором бригад.

Выводы: семилетний опыт применения бригадной формы реабилитации пациентов и методики «КАРТА», в качестве инструмента, стал неотъемлемой частью деятельности отделений больницы, способствовал значительному повышению клинико-психосоциальной диагностики, единению подходов в разработке алгоритмов реабилитации, преодолению противоречий в сфере компетенций и обязанностей, изменил статус специалистов бригад, стимулировал расширение форм реабилитации, снизил затратность и сроки исполнения мероприятий, положительно повлиял на уровень профессионального стресса и синдром выгорания у сотрудников бригад и в целом способствовал достижению более качественных результатов по улучшению жизнедеятельности пациентов, а также показателей больницы.

### Литература

1. *Бригадное полипрофессиональное оказание психиатрической помощи (сборник методических рекомендаций)*.— М.: ИД «МЕД-ПРАКТИКА-М». — 2011 г. — 284 с.
2. *Войтенко Р.М. Клинико-экспертная психология. Руководство для клинических психологов и врачей*.— СПб. — 2010. — 260 с.
3. *Войтенко Р.М. Основы реабилитологии и социальная медицина: концепция и методология*.— СПб. — 2011. — 104 с.
4. *Милютин С.М. Динамика болезни и прогноз. Экспертные и реабилитационные аспекты*.— СПб: АЙСИНГ.— 2013.— 20 с.
5. *Открытый диалог в психиатрической практике Баренц-региона /Под ред. П.И. Сидорова и Я.Сейккулы./*.— Архангельск.— 2003.— 368 с.
6. *Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22 августа 2005г.№ 535. Приложение № 1-7 с.*
7. *«Реабилитация и дестигматизация в психиатрии»: Материалы науч.-практ. конф. с*

международным участием. 4-5 июня 2013 г., Санкт-Петербург/ отв. ред. Н.Н. Петрова. — СПб, Элмор. — 2013. — 140 с.

8. Семенова Н.В. Современные подходы к совершенствованию организации региональной психиатрической службы (по материалам Ленинградской области)/Н.В. Семенова. — СПб.:

Изд-во СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — 2012. — 219 с.

9. Современные подходы к организации социальной реабилитации в психиатрии. Под ред. Патраков Э.В., Левина И.А., Немытых Д.Н. — Екатеринбург. — 2005. — 50 с.

#### References

1. Brigadnoe poliprofessional'noe okazanie psixiatricheskoj pomoshi (sbornik metodicheskikh re-komendacii). — М.: ID «MEDPRAKTIKA-M». — 2011 г. — 284 с.
2. Voitenko R.M. Kliniko-yekspertnaja psixologija. Rukovodstvo dlja klinicheskikh psixologov i vrachei. — SPb. — 2010. — 260 s.
3. Voitenko R.M. Osnovy rehabilitologii i social'naja medicina: koncepcija i metodologija. — SPb.- 2011. — 104 s.
4. Milyutin S.M. Dinamika bolezni i prognoz. Yekspertnye i rehabilitacionnye aspekty. — SPb: AIS-ING. — 2013. — 20 s.
5. Otkrytyi dialog v psixiatricheskoj praktike Barents-regiona / Pod red. P.I. Sidorova i Ja. Seikkuly./ Arhangel'sk.. — 2003. — 368 s.
6. Prikaz Minzdravsocrazvitija RF ot 22 avgusta 2005g.№ 535. — Prilozhenie. — № 1. — 7 s.
7. «Reabilitacija i destigmatizacija v psixiatrii»: Materialy nauch.-prakt. konf. S mezhdunarodnym uchastiem. 4-5 iyunja 2013 g., Sankt-Peterburg/ отв. ред. N.N. Petrova. — SPb.: Yelmor. — 2013. — 140 s.
8. Semenova N.V. Sovremennye podhody k sovershenstvovaniyu organizacii regional'noi psixiatricheskoj sluzhby (po materialam Leningradskoj oblasti)/ N.V. Semenova. — SPb.: Izd-vo SPb NIPNI im. V.M. Behtereva. — 2012. — 219 s.
9. Sovremennye podhody k organizacii social'noi reabilitacii v psixiatrii. Pod red. PatrakovYe.V, Levina I.A, Nemytyh D.N. — Ekaterinburg. — 2005. — 50 s.

#### Сведения об авторе

**Нечаев Николай Дмитриевич** — врач-психиатр высшей категории, куратор полипрофессиональных бригад Государственного казенного учреждения здравоохранения Ленинградской области «Дружно-сельская психиатрическая больница». E-mail: nechaevnd@mail.ru