

Некоторые подходы к реформированию наркологической службы Казани

ЗИГАНШИН И.М.

психиатр-нарколог, Наркологический реабилитационный центр "Преодоление", Казань, Татарстан

В Казани проведено реформирование наркологической службы города, изменен способ обслуживания пациентов путем внедрения многоуровневой системы оказания специализированной медицинской помощи. Увеличен объем обслуживания в амбулаторно-поликлиническом звене и осуществлен перевод ряда этапов лечения больных на внегоспитальный уровень; универсальная стационарная помощь ранжирована по технологическому принципу; создано новое структурное подразделение — наркологический реабилитационный центр. Внедренная поэтапная работа предусматривает четкое ведение больных от первого этапа до последнего, включая дальнейшее наблюдение и в постреабилитационном периоде.

В настоящее время в системе здравоохранения накопилось много проблем, которые не позволяют добиться быстрого и значительного повышения эффективности медицинской помощи, улучшения состояния здоровья населения, повышения качества жизни людей.

Реформирование системы здравоохранения Российской Федерации невозможно без изучения тенденций общественного здоровья, углубленного анализа показателей деятельности лечебных учреждений и комплекса факторов, их определяющих. Поиск резервов повышения эффективности системы здравоохранения, разработка новых организационных технологий и новых подходов к управлению, совершенствованию системы планирования отдельных видов медицинской помощи и организационно-методическое обеспечение рациональной работы медицинских учреждений являются приоритетными направлениями научного поиска в современных условиях.

Необходимость проведения комплексной реструктуризации наркологической службы связана с объективными причинами:

- повышением удельного веса наркологических больных и, в первую очередь, больных наркоманией;

- расширением потребностей населения в специализированной помощи;

- растущим использованием новых технологий и методик лечения и реабилитации;

- ростом стоимости медицинской помощи при ограниченности финансовых и материальных ресурсов учреждений.

Потребность проведения реструктуризации связана и с устаревшей системой организации оказания специализированной наркологической помощи. В ее основе лежит жесткий двухуровневый принцип построения с амбулаторно-поликлинической и стационарной системами обслуживания, которые сейчас практически являются автономными и малоинтегрированными между собой структурами.

Сегодня в деятельности наркологических учреждений наметился ряд негативных тенденций: запутанная и во многом фрагментарная система управления, нарушенные преемственность и этапность оказания специализированной помощи населению, недостаточно сформированные компоненты мониторинга и оценка эффективности деятельности учреждений. Чрезмерная специализация амбулаторно-поликлинических (диспансерных) отделений привела к отсутствию рациональной системы направления пациентов с одного этапа медицинской помощи на другой. Сегодня врач психиатр-нарколог амбулаторного приема (участковый) практически не несет никакой от-

ветственности за объем и качество оказываемой помощи, не координирует лечебно-реабилитационную работу на прикрепленном участке, не обеспечивает постоянный контроль состояния пациентов. Деятельность врача практически сведена к диспетчерским функциям — частота направлений больных к специалистам других отделений значительно возросла. Затруднены и преемственность в наблюдении за пациентами, а также взаимодействие участкового врача с персоналом других служб наркологического диспансера.

Кроме того, существующая амбулаторно-поликлиническая сеть (диспансеры) не способна принять на себя дополнительные объемы квалифицированной внегоспитальной помощи, практически повседневно осуществляется передача (сброс) недолеченных больных из интенсивного стационара в поликлинику. В наркологическом стационаре одна и та же больничная койка в разное время в зависимости от состояния пациента работает и как реанимационная, и как интенсивная, и для восстановительного лечения, и как медико-социальная, и даже как гостиничная. В современных условиях такая примитивная форма организации работы является наименее эффективным и наиболее затратным способом использования госпитальной базы.

Более рационально было бы пойти по пути изменения способа обслуживания пациентов через создание многоуровневой системы оказания специализированной медицинской помощи, повышение объема услуг на негоспитальном этапе, путем «расслоения» универсальной стационарной помощи по технологическому принципу и внедрения в организацию терапии зависимостей нового структурного подразделения — наркологического реабилитационного центра.

Активное развитие и включение в лечебный процесс нового уровня — реабилитационной помощи — позволило бы функционально распределить технологии лечения в наиболее логичной и рациональной последовательности, существенно сократить объем, изменить задачи и порядок работы амбулаторно-поликлинических (диспансерных) и стационарных отделений.

Целью развития многоуровневой системы здесь является построение эффективной, иерархической и технологически распределенной модели медицинского обслуживания.

Основными принципами работы такой системы являлись бы:

- медицинская сортировка и определение индивидуальных маршрутов пациентов на всех этапах лечебно-реабилитационной помощи;

регламентация целей, задач, объемов и технического уровня медицинского обслуживания на каждом последовательном этапе лечения в соответствии с медико-технологическими и экономическими стандартами;

интеграция отдельных элементов амбулаторно-поликлинической, стационарной и реабилитационной помощи в единый медико-технологический комплекс, в наиболее рациональной форме обеспечивающий преемственность, непрерывность, адекватность и своевременность всех необходимых лечебных мероприятий;

единые подходы в методологии и технологии лечебного процесса, условиях обслуживания пациентов, контроля качества и др. на всех уровнях и этапах оказания помощи.

Многоуровневая система специализированной медицинской помощи — это способ обслуживания населения с использованием технологически ранжированной на уровни и методологически распределенной на последовательные этапы схемы лечения пациентов, позволяющий обеспечивать на каждом из этапов минимально достаточный (необходимый) объем специализированной наркологической помощи.

Проведенный анализ рациональности использования коечного фонда, потребности населения в специализированной наркологической помощи выявил необходимость проведения реструктуризации наркологического учреждения, поиска резервов повышения эффективности системы здравоохранения, разработки новых организационных технологий и новых подходов к управлению наркологической службой города.

В результате была проведена оценка имеющихся ресурсов, определены перспективные схемы развития наркологического диспансера и найдены новые более эффективные модели оказания специализированной помощи населению.

Так, дорогостоящая, трудоемкая, привычная для нас универсальная стационарная помощь была ранжирована по технологическому принципу, в зависимости от степени интенсивности и времени пребывания пациента на койке, на отдельные уровни. Были организованы палата интенсивной терапии (ПИТ) и отделения восстановительного лечения для больных алкоголизмом и для больных наркоманией, а определенные объемы стационарной помощи перемещены в дневные стационары. Кроме того, был организован и новый уровень обслуживания пациентов — наркологический реабилитационный центр.

Соответственно была пересмотрена и концепция построения единого лечебно-реабилитационного процесса. Реализация введенной нами модели предполагает прохождение определенных этапов, уровней терапии зависимостей. Основной акцент был сделан на достижении преемственности в деятельности всех структурных подразделений и системности оказания специализированной помощи наркологическим больным. Внедренная нами поэтапная работа с пациентами предусматривает четкое ведение больного от первого этапа до последнего, включая дальнейшее наблюдение в постреабилитационном периоде. Внесенные изменения носят системный характер и ориентированы на конечный результат.

На каждого больного, включенного в лечебно-реабилитационный процесс, заводится *Карта пациента*, куда вносятся результаты терапии собственно реабилитационного процесса. По завершении реабилитации информация на каждого больного направляется в амбулаторно-

поликлиническое (диспансерное) отделение для дальнейшего наблюдения и сопровождения в постреабилитационном периоде. Кроме того, в практическую деятельность внедрена и автоматизированная информационная система, которая обеспечивает персонифицированный учет всех больных, включенных в программу реабилитации, что позволяет в автоматическом режиме формировать учетно-отчетные формы медицинской статистики за любой временной период.

Организацию лечебно-реабилитационного процесса (ЛРП) в наркологическом учреждении в целом можно условно разделить на следующие основные этапы (рисунк):

интенсивного и восстановительного лечения — включает в себя, во-первых, лечение острых и подострых состояний, вызванных хронической или острой наркотической интоксикацией психотических нарушений, состояний при передозировке наркотиков, наркотического абстинентного синдрома, выраженных постабстинентных расстройств и, во-вторых, подготовку больных к участию в реабилитационных программах. Преимущественно осуществляется в условиях стационара наркологического диспансера в течение 14–30 дней;

собственно реабилитационный, который состоит из адаптационного, интеграционного и стабилизационного периодов. Первоначально реабилитация осуществляется в условиях круглосуточного стационара, в изоляции от внешнего окружения сроком до 2 мес. В условиях круглосуточного стационара реабилитационного центра (закрытая реабилитационная среда) реализуется адаптационный и интеграционный этапы реабилитации, а затем стабилизационный этап — в условиях дневного стационара (полужакрытая). По продолжительности реализуемый собственно реабилитационный процесс относится к среднесрочным программам, продолжительность этапов реабилитации здесь составляет свыше 5 мес.;

профилактический (или постреабилитационный) — направлен на профилактику «срывов» и рецидивов заболевания. На этом этапе больным оказывается психологическая и социальная поддержка в условиях амбулаторно-поликлинических отделений диспансера. Продолжительность его определяется стабильностью интегрированного в общество больного.

Каждый из этапов лечебно-реабилитационного процесса в соответствии с их целями и задачами представляет собой дифференцированную по видам и объемам специализированную помощь.

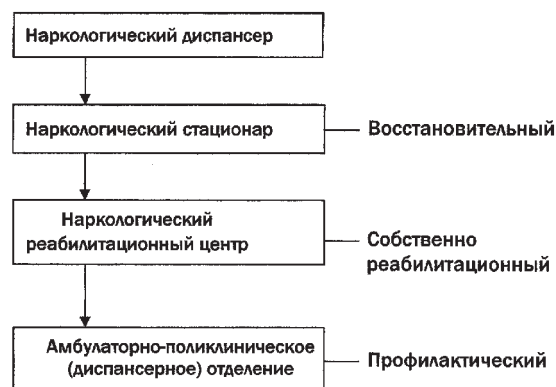


Схема-маршрут оказания специализированной помощи наркологическим больным

Основными направлениями в совершенствовании организации специализированной медицинской помощи являются, в первую очередь, структурная реорганизация наркологического стационара по степени интенсивности лечебно-диагностического процесса с одновременным расширением объемов медицинской помощи в амбулаторной сети и в дневных стационарах, а также внедрение стационарозамещающих технологий. Создание многоуровневой системы и соответственно внедрение в организацию терапии зависимостей нового уровня — реабилитационной помощи будет способствовать естественному перераспределению, оптимизации и жесткой координации функций между амбулаторно-поликлинической, стационарной и реабилитационной видами помощи, повышению качества оказываемой специализированной медицинской помощи, оптимальному перераспределению кадров и ресурсов, исключению дублирования. И в конечном итоге будет построена модель, наиболее полно отвечающая потребности населения и требованиям медицинской и экономической эффективности.

Список литературы

1. Аменицкий В.Е., Санникова Л.Г., Цетлин М.Г. // Вопр. наркол. — 1998. — №4. — С. 58—63.
2. Батищев В.В., Негериш Н.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от ПАВ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение / Программа «Решение»: теория и практика. — М., 2001.
3. Мелянченко Н.Б. Здравсохранение России. Новая концепция организации и развития. — М., 2001.
4. Авксентьева М.В., Воробьев П.А. // Главный врач. — 2004. — №6. — С. 108—112.
5. Пучков К.В. // Главный врач. — 2004. — №3. — С. 36—42.
6. Валентик Ю.В. Реабилитация в наркологии: Учебное пособие. — М., 2001.
7. Дмитриева Т.Б. // Нарконет. — 2002. — №7—8 (17). — С. 10—13.
8. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии: Методические рекомендации. — М., 2001.
9. Цетлин М.Г., Пелипас В.Е. Реабилитация наркологических больных: Концепция. Программа. — Кн. 3. — М., 2001.
10. Чуркин А. // Нарконет. — 2002. — №1—2 (14). — С. 76—77.

SOME WAYS OF REFORMING OF NARCOLOGICAL SERVICE OF KAZAN

ZIGANSHIN I.M. Dr.med.sci., professor of the chair of psychiatry, narcology and psychotherapy, Kazan State medical academy, Republic Tatarstan

There was lent the reforming of narcological service in our city, it was changed a method of patient's service by introduction of multi-levelled system of rendering a special medical help. It was increased a volume of service in polyclinic link and it was carried out a transference of some stages of treatment of patients to out-hospital level. The universal hospitable help was divided by technological principle; it was created a new structure compartment - a narcological rehabilitation centre. An introduced staged work foresees an exact lore of the patient from the first to the last stage, including follow-up during the post-rehabilitation period.