

УДК 616.89-174:61

Насинник О.А.

КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ: СООБЩЕНИЕ III.

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г.Киев

Ключевые слова: психиатрическая помощь в принудительном порядке, концепция

Введение

Закон Украины о психиатрической помощи (далее – Закон) в плане защиты прав и основных свобод человека базируется на основных международных актах (Европейская конвенция по правам человека, который выходит из Общей декларации прав человека, провозглашенная Генеральной Ассамблеей ООН 10 декабря 1948 г.; Принципы защиты лиц, которые страдают психическими расстройствами, и улучшения здравоохранения в области психиатрии: резолюция Генеральной Ассамблеи ООН № 46/119 от 17 декабря 1991 г.; Декларация о защите прав пациентов в Европе (принята в 1994 г.). Несмотря на соответствие Закона международным стандартам, практика его применения выявляет ряд проблем и сложностей, нерешенность которых вызывает непонимание и негативное реагирование всех участников процесса психиатрической помощи в принудительном порядке (ПППП). Кроме этого, среди пациентов распространены несоблюдение лечения, стигматизация и боязнь психиатрической службы, что проявляется в частоте повторных госпитализаций, затягивании нелеченных обострений и несвоевременной обращаемостью за помощью, которая в тогда уже часто становится принудительной. Наряду с этим, действующая система психиатрической помощи включает подходы, сформированные еще при предыдущем законодательстве от 1988 года, которые остаются устойчивыми и неизменяемыми, несмотря на значительный прогресс в обеспечении прав человека и этических обоснованиях этому.

Актуальность

С учетом имеющихся данных, возникает необходимость в систематизации требований Закона и упорядочении стратегии оказания психиатрической помощи, что является актуальным и значимым. **Целью** работы являлось завершение разработки концепции психиатрической помощи в принудительном порядке с применением алгоритма оценки на каждом из этапов помощи.

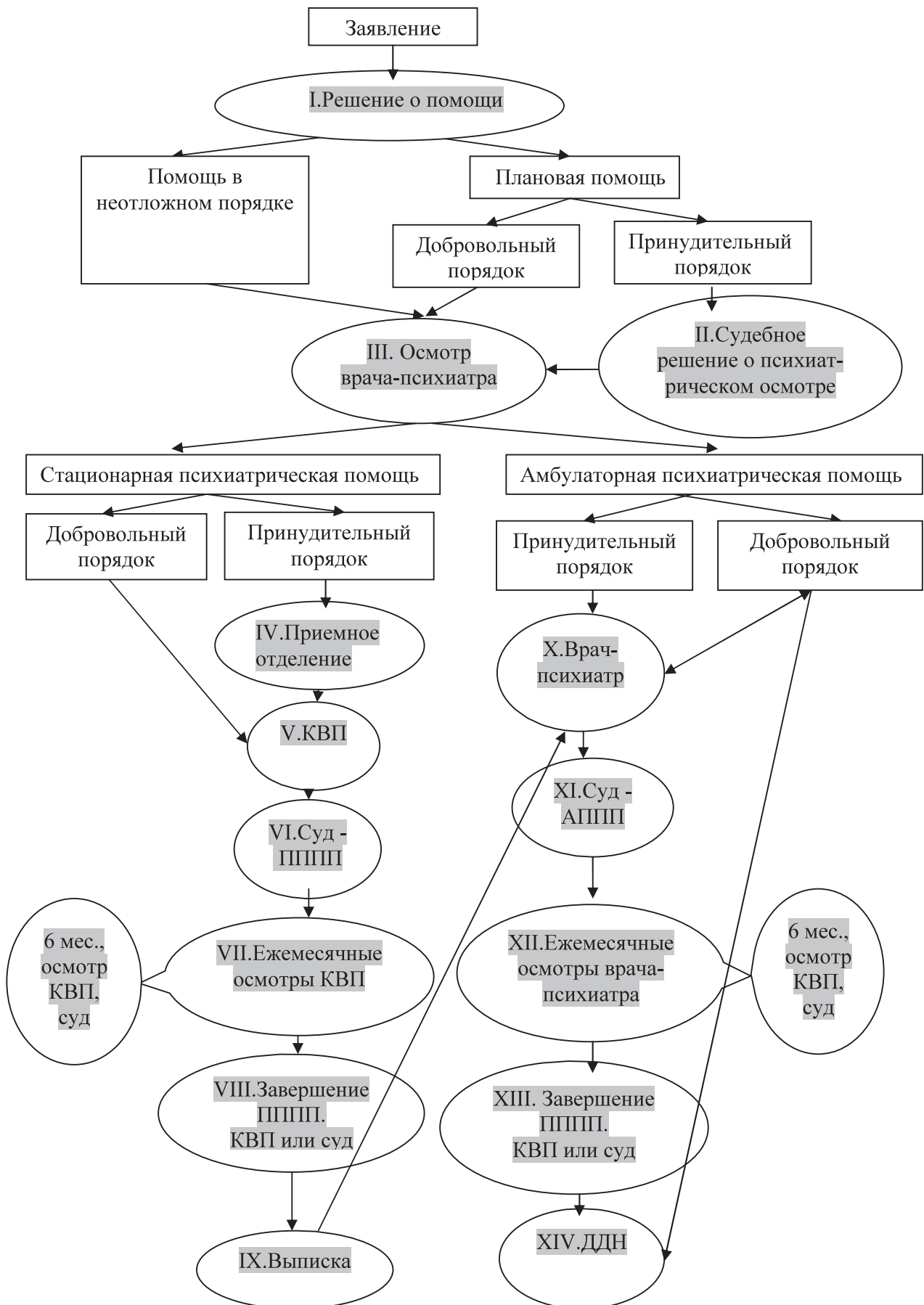
Материалом исследования являлись результаты теоретического анализа отечественной и зарубежной литературы по вопросам недобровольной (принудительной) психиатрической помощи, а также данные собственного исследования. Изучена медицинская документация пациентов, госпитализированных в неотложном порядке в психиатрическую больницу в течение 1999 – 2009 гг. (253 истории болезни), из них обследовано 68 пациентов, подвергшихся принудительной госпитализации. Используются клиничко-пси-

хопатологический, в ряде случаев - клиничко-катамнестический метод, системный и сравнительный анализ.

Результаты исследования и обсуждение

Анализ медицинской документации позволяет рассмотреть процесс психиатрической помощи в принудительном порядке (ПППП) в динамике и выделить ее этапы. Рассматривается наиболее полный вариант работы с пациентами, подвергнувшихся принудительной помощи, а именно от начального этапа – рассмотрение заявления, касающегося необходимости осмотра определенного лица и оказания ему психиатрической помощи - до применения принуждения и, наконец, – возврат пациента к обычному режиму помощи. Нами выделены XIV этапов оказания психиатрической помощи в принудительном порядке (рис. 1). Следует отметить, что оказание психиатрической помощи в принудительном порядке, может быть прекращено на любом из нижеуказанных этапов или даже не начинаться при несоответствии или отсутствии одного из критериев принуждения. Так, даже при наличии тяжелого психического расстройства и опасности для себя или окружающих, заявление пациента о его осознанном согласии на помощь прекращает процедуру недобровольной помощи. Кроме того, в психиатрической практике возможны ситуации, когда принуждение начинается не с этапа оценки заявления или осмотра врача-психиатра, а например, в период пребывания пациента в стационаре на добровольных основаниях и в силу нарушенной критики отказавшегося от дальнейшей помощи при наличии признаков опасности для себя или других (V этап), или во внебольничных условиях в виде АПППП - (X этап). Детальные характеристики каждого этапа изложены нами ранее [1], поэтому эта работа касается рассмотрения этапов в связи алгоритмом оценок. В работе не рассматривается психиатрическая помощь несовершеннолетним (до 14 лет) или недееспособным (по решению суда) пациентам, где решения принимаются законными представителями (в первом случае – родителями или другим лицом, являющимся законным представителем; во втором – опекуном). Подопечный будет госпитализирован по заявлению опекуна и таким образом, не требуется ни согласия пациента, ни тем более обращения в суд для принудительной госпитализации. Данное обстоятельство допускает нарушение прав недееспособных лиц, противоречит ряду международных документов, что было отражено в решении Конституционного суда РФ: «Признать положение части четвертой статьи 28 Закона Российской Федерации “О психиатрической

Рис.1. Этапы оказания психиатрической помощи



помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, согласно которому лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его законного представителя, не соответствующим Конституции Российской Федерации, ее статьям 19 (части 1 и 2), 22 (часть 1), 46 (части 1 и 2) и 55 (часть 3), в той мере, в какой данное положение предполагает помещение недееспособного лица в психиатрический стационар без судебного решения, принимаемого по результатам проверки обоснованности госпитализации в недобровольном порядке» [2]. В Украине контроль госпитализации по просьбе или заявлению законных представителей осуществляется в порядке статьи 15 Закона. Решение врача-психиатра или Комиссии, противоречащее с мнением законного представителя или несогласие его с решением Комиссии потребует судебного слушания.

Нами выделены следующие этапы ПППП.

Этапы психиатрической помощи в принудительном порядке

I. Первый этап: доклинический – принятие решения о помощи или отказ в ней.

II. Судебное решение о проведении психиатрического осмотра в принудительном порядке.

III. Осмотр пациента врачом-психиатром (врачом бригады скорой и неотложной психиатрической помощи), в том числе осмотр по решению суда.

IV. Приемное отделение психиатрического учреждения (стационара)

V. Осмотр комиссией врачей-психиатров (КВП) в лечебном отделении

VI. Судебное слушание и принятие решения судом о принудительной госпитализации или отказ в удовлетворении заявления стационара

VII. Ежемесячные осмотры КВП на предмет прекращения/продления принудительной госпитализации. На этом же этапе рассматривается необходимость продления принудительной госпитализации свыше шести месяцев в суде по заявлению представителя психиатрического учреждения и заключению КВП.

VIII. Прекращение принудительной госпитализации по решению КВП или суда.

IX. Выписка по просьбе пациента или решению психиатрического учреждения.

X. Решение врача-психиатра амбулаторной службы о необходимости АПППП.

XI. Судебное решение об АПППП

XII. Ежемесячные осмотры врачом-психиатром на предмет прекращения/продления АПППП.

XIII. Завершение АПППП по решению КВП или суда.

XIV. Перевод пациента на диспансерное наблюдение.

Сущность предлагаемой концептуальной модели ПППП состоит в применении врачом-психиатром алгоритма оценки и пациент-центрированного подхода с учетом мнения членов семьи в соответствии с клини-

ческой картины заболевания и современными этическими правовыми позициями. Несмотря на различия в осуществляемых задачах и целях каждого этапа помощи, имеется общее звено в их реализации – алгоритм оценки. Алгоритм используется даже на этапе рассмотрения письменного заявления в отношении неизвестного психиатрической службе пациента, хотя такая оценка носит предварительный характер, но врач-психиатр планирует и принимает решение о порядке осмотра (неотложный или плановый, в том числе после решения суда). Психиатрический осмотр, как известно, является начальным звеном психиатрической помощи (абзац 4 ст. 1 Закона). На этом этапе заявитель должен получить все необходимые разъяснения о порядке предоставления помощи и возможных ее вариантах, положительных и негативных последствиях каждого варианта, разрешая опасения и тревоги заявителя, тем самым реализуя восстановительно-переходную стадию алгоритма, не упуская возможности помощи в условиях наименее ограничительных альтернатив. Осмотр на III этапе врача-психиатра психиатрического учреждения или в составе бригады скорой психиатрической помощи по месту нахождения пациента в зависимости от полноты информации, возможности обследования и согласия пациента позволяет принять решение о виде помощи, провести ее самостоятельно или подготовить направление в стационар или амбулаторию. При решении о стационарной помощи как на III, так и на IV этапе (приемное отделение), врач-психиатр испытывает ограничения во времени, условиях и информации, но следуя стадиям алгоритма, следует оценить осознание болезни, критические способности и способности к принятию решения о лечении (СПРоЛ), тяжесть расстройства и риски опасности. Цель госпитализации – помощь в кризисной ситуации и стабилизации пациента, а также обеспечение его безопасности [3].

При допускаемых заниженных порогах диагностической оценки, критики и СПРоЛ принимается решение о порядке госпитализации. Оба этих этапа нуждаются в доступных пациенту разъяснениях его правового статуса, порядка оказания помощи, альтернативах помощи и условиях их осуществления. В случае принудительной госпитализации каждый последующий этап является своего рода контролем предыдущего, сопровождается детальными разъяснениями касательно принятых и планируемых решений психиатрической службы. На любой стадии этапа и при реализации стандартов ведущими являются уважение личности и достоинства пациента, его автономии. Вслед за этим значимо раннее распознавание особенностей личности пациента для определения его отношения к лечению и рекомендациям врача и конкретной сферы несогласия пациента с предлагаемой помощью для фокусирования разъяснительной работы и получения осознанного согласия. Так же действенно подключение близких, субъективно значимых пациенту лиц и благодаря сочетанной и адекватной разъяснительной работе содействовать переходу пациента в статус доб-

ровольца и затем удержание его в этом статусе с приемом лечения, создания мотивации к встрече с врачом, лечению, прежде всего поддерживающему, по возможности формировать повышение ответственности пациента за свое здоровье и поведение.

Выводы и предложения

Законодательство Украины о психиатрической помощи соответствует основным международным принципам, предъявляемым к документам такого рода. Предлагаемая нами концепция повышения качества оказания психиатрической помощи в принудительном порядке учитывает интересы, задачи и обязанности всех участников процесса психиатрической помощи в принудительном порядке и направлена на повышение качества оказываемой помощи, а также на снижение отрицательных последствий принуждения, ускорение перевода пациента из принудительного порядка оказания помощи в добровольный. Необходимость концептуального подхода в решении вопросов ПППП связана со сложностью данной проблемы, остающейся путаницей в понятиях и в понимании сущности ПППП, а также значимыми социальными и экономическими потерями вследствие применения ПППП. Осуществление принуждения базируется, прежде всего, на законе, имеет свой алгоритм оценки на каждом этапе, начиная с выявления тяжести психического расстройства, затем критериев принуждения и других значимых моментов, и наконец заканчивая констатацией восстановления и прекращения помощи на данном этапе с планированием помощи на следующем и соблюдением ее преемственности. Предложенные этапы и алгоритм

оценки на каждом из них являются значимыми для психиатрической службы, пациента и его близких, так как связаны с повторными оценками в соответствии со стандартами помощи. Соблюдение алгоритма оценки будет способствовать принятию адекватных решений на каждом этапе оказания психиатрической помощи в принудительном порядке и с последующим правильным оформлением соответствующей документации, позволит избежать как нарушений прав пациента, так и обжалований действий и решений психиатрической службы. Рассматриваемая концептуальная модель в данном виде не предлагает дополнительных затрат, но при этом остается несовершенной, например, в области терапии и реабилитации, не говоря уже об отсутствии возможности внедрения мультидисциплинарного подхода при ПППП. Однако учитывая большую затратность процедуры принуждения и еще большие затраты для предотвращения применения ПППП, должна быть заинтересованность государственных органов в финансировании данного вида помощи - для начала хотя бы для целевой закупки пролонгированных препаратов, осуществления преемственности в комплексной помощи данному контингенту.

Литература

1. Насинник О.А. Оценка алгоритма, этапов, преемственности психиатрической помощи принудительном порядке: соответствие законодательству // Психічне здоров'я. – 2007. - № 4 (17). - С.87-93.
2. Постановление Конституционного суда РФ от 27 февраля 2009 г. N 4-П // <http://www.psychepravo.ru/doc/ksrf4p.pdf>
3. Simon R. I. The Law and Psychiatry // Focus. – 2003. – Vol. 1. – P.349-372.

КОНЦЕПТУАЛЬНА МОДЕЛЬ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ПРИМУСОВОМУ ПОРЯДКУ: ПОВІДОМЛЕННЯ III

О.А. Насінник

На основі власного дослідження та теоретичного аналізу вітчизняної та закордонної літератури розроблена концептуальна модель надання психіатричної допомоги в примусовому порядку.

Ключові слова: психіатрична допомога в примусовому порядку, концепція

CONCEPTUAL MODEL OF PSYCHIATRIC COMPULSORY CARE: REPORT III

O.A. Nasinnyk

On the basis of own research and theoretical analysis of domestic and foreign literature the conceptual model of psychiatric compulsory care is developed.

Keywords: psychiatric compulsory care, conception