



ЕВРОПА

Насколько эффективны различные виды дневного обслуживания людей с тяжелыми психическими расстройствами?

Июль 2005 г.

АННОТАЦИЯ

Данный сводный доклад Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) посвящен вопросам эффективности различных видов дневного обслуживания людей с тяжелыми психическими расстройствами.

Дневное обслуживание считается важным компонентом работы служб психиатрической помощи, однако данные в отношении разных видов дневного обслуживания сложно интерпретировать. В рамках настоящего анализа проведена оценка пяти основных видов дневного обслуживания взрослых людей с тяжелыми психическими расстройствами: психиатрическая помощь в дневных стационарах при острых состояниях, психиатрическая помощь в дневных стационарах в качестве промежуточного звена, программы профессиональной реабилитации (трудоустройство с оказанием поддержки, и подготовка до устройства на работу), центры дневного ухода и центры социально-общественной поддержки.

Хотя эффективность неотложной помощи в дневных стационарах не вызывает сомнения, нет ясности в отношении ее преимущества по сравнению с более радикальными альтернативами госпитализации, такими как меры вмешательства при критических ситуациях и помощь на дому. Однако вполне понятно, что неотложная помощь в дневных стационарах может давать наиболее положительный эффект в ситуациях, когда кадровые ресурсы для предоставления такой помощи при критических ситуациях и помощи на дому ограничены, или существует необходимость в проведении комплексной терапии.

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ), работа которой была инициирована и координируется Европейским региональным бюро ВОЗ, представляет собой информационную службу для лиц, принимающих решения в области общественного здравоохранения и медицинской помощи в Европейском регионе ВОЗ. СФДЗ может также быть полезна и другим заинтересованным сторонам.

Настоящий доклад СФДЗ составлен приглашенными для этой цели экспертами, и на них лежит ответственность за его содержание, которое не обязательно отражает официальную политику ЕРБ/ВОЗ. Доклад был подвергнут международному рецензированию, организованному сотрудниками СФДЗ.

При цитировании данного доклада просьба приводить следующее описание:

Marshall M (2005) Насколько эффективны различные виды дневного обслуживания людей с тяжелыми психическими расстройствами? How effective are different types of day care services for people with severe mental disorders? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E87317.pdf>, accessed 26 July 2005).

Ключевые слова

ДНЕВНАЯ ПОМОЩЬ
СЛУЖБЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
КАЧЕСТВО МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ
МЕТА-АНАЛИЗ
ЕВРОПА

Запросы по поводу публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ просьба направлять по следующим адресам:

По электронной почте по поводу разрешения на перепечатку публикаций – по адресу: permissions@euro.who.int;
по поводу получения копий публикаций - по адресу: publicationrequests@euro.who.int;
по поводу разрешения на перевод публикаций – по адресу: pubrights@euro.who.int.

По обычной почте Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

©Всемирная организация здравоохранения, 2005 г.

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение “страна или район”, оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

Резюме	5
Существо вопроса	5
Фактические данные	5
Рекомендации в отношении политики	5
Характер фактических данных	6
Введение	6
Источники для данного обзора	8
Фактические данные	9
Альтернатива госпитализации: Психиатрическая помощь в дневных стационарах при острых состояниях	9
Сокращение длительности госпитализации: Дневные стационары промежуточного звена	11
Восстановление и оказание поддержки: центры дневного ухода	12
Восстановление и оказание поддержки: программы профреабилитации	14
Восстановление и оказание поддержки: центры общественно-социальной поддержки и психологической помощи	17
Фактические данные по затратам и экономической эффективности	18
Осуществляемые в настоящее время проекты	19
Обсуждение	19
Степень доказательности фактических данных, нерешенные проблемы и противоречивость данных	19
Возможность обобщения результатов	20
Текущее обсуждение вопроса	20
Рекомендации в отношении политики	22
Выводы	22
Приложение 1: Методология	24
Последующее наблюдение и количество пациентов	24
Расчет «осуществимости» лечения в дневном стационаре	24
Модель случайных эффектов: изменение в социальной и клинической функции в течение времени	25
Приложение 2: Глоссарий	26
Литература	27
Дальнейшая информация	29

Резюме

Существо вопроса

Дневное обслуживание считается важным компонентом работы служб психиатрической помощи, однако данные в отношении разных видов дневного обслуживания сложно интерпретировать. В рамках настоящего анализа проведена оценка пяти основных видов дневного обслуживания взрослых людей с тяжелыми психическими расстройствами: психиатрическая помощь в дневных стационарах при острых состояниях, психиатрическая помощь в дневных стационарах в качестве промежуточного звена, программы профессиональной реабилитации (поддерживаемое трудоустройство, т.е. трудоустройство с оказанием поддержки, и предпрофессиональная подготовка, т.е. подготовка до устройства на работу), центры дневного ухода и центры психологической помощи и социально-общественной поддержки.

Фактические данные

Имеются фактические данные, указывающие на клиническую эффективность неотложной помощи в дневных стационарах и поддерживаемого трудоустройства для профессиональной реабилитации лиц с тяжелыми психическими расстройствами. По сравнению со стационарной помощью, пациенты, получающие неотложную помощь в дневных стационарах, в последующем нуждаются в менее продолжительном стационарном лечении и достигают более быстрого улучшения состояния психического здоровья. Имеются также определенные данные в отношении более низкого уровня затрат на оказание неотложной помощи в дневных стационарах по сравнению со стационарной помощью. Проведенные в США исследования показали, что поддерживаемое трудоустройство более эффективно по сравнению с предпрофессиональной подготовкой, помогая больным с тяжелыми психическими расстройствами трудоустроиться на тех же условиях, что и другие работники. Эти данные подтверждались результатами целого ряда различных исследований, однако положительных результатов в клиническом плане не было зарегистрировано.

Существуют немногочисленные данные в пользу эффективности предпрофессиональной подготовки, дневных стационаров в качестве промежуточного звена или центров дневного ухода, при этом данные рандомизированных контролируемых исследований по оценке эффективности центров психологической помощи отсутствуют.

Рекомендации в отношении политики

Хотя эффективность неотложной помощи в дневных стационарах не вызывает сомнения, нет ясности в отношении ее преимуществ по сравнению с более радикальными альтернативами госпитализации, такими как меры вмешательства при критических

Насколько эффективны различные виды дневного обслуживания людей с тяжелыми психическими расстройствами?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Июль 2005 г.*

ситуациях и помощь на дому. Однако вполне понятно, что неотложная помощь в дневных стационарах может давать наиболее положительный эффект в ситуациях, когда кадровые ресурсы для предоставления такой помощи при критических ситуациях и помощи на дому ограничены, или существует необходимость в проведении комплексной терапии.

Метод поддерживаемого трудоустройства представляется многообещающим и нуждается в дополнительном изучении в условиях Европейского региона.

Необходимо организовать обстоятельное научное исследование экономической эффективности дневных стационаров в качестве промежуточного звена, центров дневного ухода и центров психологической помощи до осуществления каких-либо инвестиций в развитие данных подходов.

Характер фактических данных

Фактические данные получены на основе систематических обзоров результатов рандомизированных контролируемых исследований, включая некоторые дополнительные рандомизированные контролируемые исследования, опубликованные после подготовки таких обзоров.

Автор данного сводного доклада СФДЗ:

Max Marshall,
Профессор коммунальной психиатрии, Манчестерский университет,
The Lantern Centre,
Vicarage Lane,
Off Watling Street Road,
Fulwood,
Preston.
PR2 8DY
Тел.: 01772 773500
Факс : 01772 718563
Эл. почта: max.marshall@man.ac.uk

Техническим редактором данного сводного доклада является:

Профессор Karen Facey, Европейское Региональное Бюро ВОЗ,
Сеть фактических данных по вопросам здоровья.

Введение

Проблема психических расстройств является очень важной для общественного здравоохранения; к примеру, по подсчетам на основании индекса, отражающего число лет

жизни, скорректированных с учетом нетрудоспособности, в 2000 г. на психические расстройства приходилось 11,6 % суммарного бремени инвалидности в мире (1). Как в развитых, так и в развивающихся странах, оказание дневной помощи становится важной составной частью обслуживания лиц с тяжелыми психическими нарушениями.

Как “тяжелые психические расстройства”, так и “дневная помощь” являются сложными терминами. Для целей данного обзора здесь будут использоваться следующие определения лиц с тяжелыми психическими расстройствами. Это люди, страдающие от: острого функционального психического нарушения в степени, когда обычно требуется госпитализация, или хронического функционального психиатрического нарушения в степени, которая вызывает значительную социальную инвалидность.

Таким образом, в данном обзоре **не будут** рассматриваться вопросы предоставления дневной помощи лицам с расстройствами в связи с токсикоманией, органическими повреждениями мозга, расстройствами личности или нарушениями, связанными с приемом пищи.

Нелегко дать определение термину “дневная помощь”; его значение будет понятнее, если сначала дать определение функций дневной помощи и затем соотнести их с различными структурами, осуществляющими их. В таблице 1 наглядно представлены эти функции и структуры. При оказании дневной помощи лицам с тяжелыми психическими расстройствами осуществляются три основные функции: предоставление помощи, альтернативной стационарной помощи; сокращение длительности госпитализации и содействие выздоровлению и пребыванию в местном сообществе по месту жительства. Эти три функции могут осуществляться тремя различными структурами: дневными стационарами, службами по обеспечению занятости и службами социального обеспечения.

Дневные стационары являются структурами, работающими на базе больниц, которые могут предложить комплексную психиатрическую помощь, и которые укомплектованы врачами, медицинскими сестрами и другими работниками здравоохранения. Службы по обеспечению занятости и социальные службы работают по месту жительства; они не предлагают комплексного психиатрического обслуживания и не обязательно укомплектованы медицинскими работниками. В службах по обеспечению занятости основное внимание уделяется предоставлению или получению работы, тогда как социальные структуры основной акцент делают на обеспечение поддержки, дружеского общения и вовлечение в общественную деятельность.

Молодым и пожилым людям с психическими расстройствами предоставляются специализированные формы дневного ухода. Эта тема находится за рамками нашего обзора, который охватывает услуги дневного ухода лишь для лиц в возрасте от 18 до 65 лет.

В данном сводном докладе будет представлена оценка эффективности пяти различных структурно-функциональных сочетаний дневного ухода.

Насколько эффективны различные виды дневного обслуживания людей с тяжелыми психическими расстройствами?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Июль 2005 г.*

Таблица 1. Классификация дневной помощи

СТРУКТУРА	ФУНКЦИЯ		
	Вариант, альтернативный госпитализации	Сокращение длительности госпитализации	Восстановительный период и поддержка
Психиатрический дневной стационар	Психиатрический дневной стационар для лечения острого состояния	Дневной стационар промежуточного звена	Центр дневного ухода
Служба обеспечения занятости			Программа профреабилитации (поддерживаемое трудоустройство, т.е. трудоустройство с предоставлением поддержки; предпрофессиональная подготовка, т.е. подготовка на этапе до устройства на работу)
Учреждения социального обеспечения			Центр психологической помощи и общественно-социальной поддержки

Источники для данного обзора

Был осуществлен поиск резюме обзоров эффектов в базе данных DARE и в Кокрановской базе данных систематических обзоров вплоть до четвертого квартала 2004 г. с использованием для поиска следующих терминов: "mental disorder" [психическое расстройство] – все категории и "day" (дневной) или "vocational" (профессиональный) или "work" (работа) или "employ*" (трудоустроить). Кроме того, был осуществлен поиск обзоров в базах данных EMBASE, PsycInfo и Medline за период 2003-2005 гг. (дата последнего систематического обзора из Кокрановской библиотеки), с целью выявления каких-либо новых систематических обзоров. Был осуществлен поиск с использованием цепочки терминов [Day NEAR hospital OR care OR centre] или [vocational OR employ* OR work], при этом ограничивая поиск обзорами, опубликованными за период с 2003г. по 2005 г. включительно.

В дополнение к выявленным обзорам были использованы соответствующие недавно опубликованные рандомизированные контролируемые испытания, появившиеся в Кокрановском центральном регистре контролируемых испытаний в период до января 2005

г. Они выявлялись с использованием той же поисковой стратегии, что и для Кокрановских обзоров.

В данном сводном докладе не используется формальная балльная оценка качества. Взамен этого источники фактических данных были ограничены рандомизированными контролируруемыми испытаниями. В докладе обсуждаются важные характеристики протокола и проведения отдельных испытаний с выявлением их возможного влияния на выводы.

Фактические данные

Альтернатива госпитализации: Психиатрическая помощь в дневных стационарах при острых состояниях

Дневные стационары для лечения острых психиатрических состояний являлись предметом систематического обзора, опубликованного в Кокрановской библиотеке в 2002 г. (2), в котором обсуждаются девять рандомизированных контролируемых испытаний по изучению помощи в дневном стационаре в сравнении со стационарным лечением, опубликованных в период с 1964 по 1997 гг. (3–11). Более поздних систематических обзоров выявлено не было. После 1997 г. не оказалось опубликованных рандомизированных контролируемых испытаний, однако одно многоцентровое Европейское исследование находилось на стадии осуществления (12).

В испытаниях, обсуждаемых в систематическом обзоре (2), участвовало 2268 пациентов в остром состоянии психических расстройств, которые были подвергнуты оценке на предмет пригодности для них лечения в психиатрическом дневном стационаре при острых состояниях. Из этого числа 1568 пациентов были по методу случайной выборки определены либо в дневной стационар, либо госпитализированы для стационарного лечения. Были включены два типа исследований, однако существующие между ними методологические различия не позволяли проводить их совместный анализ. Исследования первого типа исключали на этапе до рандомизации всех пациентов, которые считались непригодными для лечения в дневном стационаре (например, слишком буйные или страдающие навязчивыми состояниями). В исследованиях второго типа рандомизировались все пациенты, которые предстали для лечения в дневном стационаре независимо от пригодности для них такого лечения.

В исследованиях изучалось оказание стационарной помощи различными путями: в качестве параметров были взяты количество дней госпитализации; длительность лечения в дневном стационаре; скорректированная длительность лечения в дневном стационаре (за вычетом субботы, воскресенья и других выходных дней); длительность лечения при первичной госпитализации; количество ночей, проведенных вне стационара; реальная посещаемость дневного стационара; повторное лечение в дневном стационаре; повторная госпитализация и т.д. Кроме того, многие из этих конечных результатов возникли в результате асимметричных распределений и были представлены в форме (например, в

форме медиан), нелегко поддающейся обобщению в мета-анализе. Поэтому важно было получить данные по каждому пациенту из включенных исследований, с тем, чтобы можно было вывести соответствующие результаты и представить их в обычном формате. Для целей обзора были получены данные по пациентам их четырех самых последних исследований, в которых участвовало 594 пациента. Что касается остальных исследований, то данные либо были уничтожены, либо не было возможности осуществить контакт с исследователями. В Приложении 1 приводится более подробная информация относительно последующих периодов наблюдения и проведенного анализа.

В систематическом обзоре была проведена оценка 18 конечных результатов, но разброс данных оказался достаточно большим, и поэтому здесь представлены лишь основные результаты в отношении эффективности: 1) осуществимость (включая привлечение пациентов), 2) доля стационарной помощи, и 3) результаты в отношении клинических и социальных аспектов. Сравнительные данные по затратам на оказываемую помощь представлены в разделе по затратам и эффективности затрат.

Осуществимость

Осуществимость лечения в дневном стационаре определялась как сокращение в процентном отношении количества госпитализаций, которого можно достичь путем направления пациента на лечение в дневном стационаре при острых состояниях. Для этого требуется определить количество пациентов, которые лечились в дневном стационаре, и количество пациентов, которые подвергались оценке на приемлемость для них такого лечения. Оба эти элемента являются субъективными, и поэтому были использованы два метода расчета для того, чтобы дать оценку осуществимости по каждому исследованию в лучшем и худшем случае; подробнее с этим предметом можно ознакомиться в Приложении 1. В ходе проведения систематического обзора было обнаружено, что лечение в дневном стационаре острого типа было возможно для 23,2% в худшем случае и 37,5% в лучшем случае (от числа пациентов, которые в настоящее время госпитализируются для стационарного лечения).

Доля стационарной помощи

Протокол исследований типа 1 позволял пациентам, направленным путем рандомизации на стационарное лечение, выписаться для лечения в дневном стационаре. Аналогично этому, пациенты, которые были направлены путем рандомизации на лечение в дневном стационаре, могли быть в последующем госпитализированы. При анализе данных по отдельным пациентам из таких исследований не выявилось различий в общем количестве дней, проведенных в больнице (при суммировании количества дней в дневном стационаре и количества дней госпитализации) между теми, кто был определен на лечение в дневном стационаре, и стационарными больными из группы контроля (N=465; средне взвешенное расхождение – 0,4 дней/месяц). Однако в ходе составления обзора было обнаружено, что в течение последующего периода пациенты, первоначально рандомизированные (т.е. направленные в результате использования метода случайной выборки – прим. переводчика) в дневной стационар, провели в нем значительно большее количество дней (средне взвешенное расхождение – 2,3 дней/месяц) и значительно меньше дней в больнице (средне взвешенное расхождение – 2,8 дней/месяц), при сравнении с контрольными пациентами, которые с помощью метода случайного отбора определены на госпитализацию. Однако при изучении данных из всех соответствующих исследований (включая некоторые исследования, не предоставлявшие индивидуальных данных по

пациентам) уровни повторного обращения за лечением после первого эпизода лечения (в дневном стационаре или в условиях госпитализации) статистически значимо не различались между группами (N=667).

Результаты по клиническим и социальным аспектам

Было изучено влияние лечения в дневном стационаре на психическое состояние и социальное функционирование пациентов с использованием модели случайных эффектов - сложного подхода, в рамках которого проводится оценка изменений в результатах для каждого пациента с течением времени, затем, позволяя проводить сравнение между лечебными группами. Подробная информация по моделированию представлена в Приложении 1. В ходе этого анализа была выявлена тесная взаимосвязь время - лечение, которая позволяет сделать предположение о том, что у пациентов, которые направлялись путем рандомизации на лечение в дневном стационаре, наблюдалось более быстрое наступление улучшения в психическом состоянии (N=407), но в отношении социальных аспектов разницы не было (N=295).

Было найдено не достаточно данных, позволяющих делать какие-либо определенные выводы относительно влияния лечения в дневном стационаре на такие показатели, как количество пациентов, выпавших из поля зрения для дальнейшего наблюдения, трудоустройство, смертность, бремя для осуществляющих уход за больными или уровни неудовлетворенности пациентов уходом.

Выводы относительно дневных психиатрических стационаров для лечения острых состояний

В обзоре (2) был сделан вывод о том, что такого рода дневные стационары являются хорошим альтернативным вариантом госпитализации в тех областях, где спрос на стационарное лечение велик и где уже существуют медицинские учреждения, пригодные для использования в качестве дневных стационаров для лечения острых состояний. Однако в обзоре было также отмечено существование эффективных альтернативных вариантов стационарному лечению – таких как кризисные команды – и было также отмечено, что существует очень немного данных как в отношении относительных преимуществ дневных стационаров и кризисных команд, так и в отношении наиболее эффективных путей интеграции дневных стационаров для лечения острых состояний в современную службу охраны психического здоровья по месту проживания.

Сокращение длительности госпитализации: Дневные стационары промежуточного звена

Использование дневных стационаров промежуточного звена с целью сокращения длительности госпитализации было проанализировано в систематическом обзоре, опубликованном в Кокрановской библиотеке в 1999 г., и обновленном в 2000 г. (13). Основное внимание в обзоре было уделено эффективности краткосрочного стационарного лечения по сравнению с долгосрочным стационарным лечением пациентов с тяжелыми психическими расстройствами в острой форме. Однако в двух из четырех исследований, которые анализировались в обзоре, в качестве средства для сокращения длительности госпитализации использовались дневные стационары промежуточного звена (14,15). В

одном из этих исследований имелись проблемы с рандомизацией и набором пациентов, что сделало данные непригодными для использования (15). Другое исследование (14) проводилось в Нью Йорке в 1970 гг.; в нем приводились результаты по 175 пациентам, которые были набраны в исследование вскоре после поступления в психиатрическую больницу для лечения острых состояний. Пациенты были распределены в результате использования метода случайной выборки по трем группам: стандартное стационарное лечение, плановая выписка через 7 дней после поступления с последующим направлением на лечение в дневной стационар, или плановая выписка с последующим внестационарным лечением. Утверждалось, что результаты по группе, проходившей лечение в дневном стационаре промежуточного звена, не отличались от результатов лечения в группе госпитализированных пациентов. Однако из-за плохого представления в этом исследовании проводимой аналитической работы остается неясным вопрос о том, оценивался ли в рамках этого испытания основной интересующий нас конечный параметр, то есть длительность госпитализации.

За период, прошедший с момента последнего обновления Кокрановского обзора, было выявлено еще одно последующее рандомизированное контролируемое испытание (16), в котором исследовалось влияние дневной формы промежуточного типа лечения людей с низким уровнем дохода, проживающих в сельских областях Соединенных Штатов Америки. Однако в этом исследовании использовалось лечение промежуточного типа по месту проживания, а не дневные стационары как таковые, поэтому это исследование не включено в данный обзор.

Изучалось также влияние такого типа лечения на психологическую функцию. Для этих целей были использованы четыре хорошо разработанные шкалы, но оказалось достаточно много выпавших из исследования пациентов, и значительных различий обнаружено не было. Обобщая сказанное, отметим, что недостаточно фактических данных для того, чтобы можно было с определенностью составить мнение об эффективности дневных стационаров промежуточного звена в условиях Европейских стран.

Восстановление и оказание поддержки: центры дневного ухода

В Кокрановском обзоре, опубликованном в 2001 г. (17), было предпринято проведение оценки эффективности центров дневного ухода для лечения пациентов с тяжелыми длительными психическими расстройствами с целью определения следующих моментов: сокращается ли при таком виде лечения потеря пациентов для последующего наблюдения, улучшаются ли клинические результаты и сокращаются ли уровни повторного поступления на лечение. Центры дневного ухода были определены как «психиатрические дневные стационары, предлагающие непрерывное лечение пациентам с тяжелыми психическими расстройствами». Обзор выявил три рандомизированных контролируемых испытания (18–20), которые соответствовали критериям включения испытаний в обзор по изучению предоставления лечения в центрах дневного ухода лицам с тяжелыми психическими расстройствами – в основном с шизофренией, – которые в противном случае получали бы поликлиническую помощь, с длительностью лечения составляющей двадцать четыре, восемнадцать и три месяца соответственно. Два из этих исследований (18,19) были проведены в американских больницах Администрации ветеранов, и в них

принимали участие лишь лица мужского пола. Все исследования были опубликованы до 1980 г.

Linn и др. (18) набирали пациентов с шизофренией, только что выписанных после лечения в стационаре (N=162). Предлагались услуги одного из 10 центров дневного ухода Администрации ветеранов, в котором была сделана попытка улучшить социальное функционирование пациентов путем предоставления возможностей для общения и участия в совместных мероприятиях в дневное время. Центры были укомплектованы социальными работниками и врачами. Предлагалась также групповая терапия, консультирование и медикаментозное лечение. В качестве контроля использовалось амбулаторное лечение лекарственными средствами, которое велось врачами центра.

Meltzoff и др. (19) набирали пациентов «с нейropsychической инвалидностью», которые до этого находились на стационарном лечении и у которых не наблюдалось суицидальных или буйных наклонностей (N=80). Предлагаемая дневная помощь включала индивидуальную и групповую психотерапию и медикаментозное ведение пациентов.¹ В качестве контрольного лечения использовалась стандартная амбулаторная помощь.

Weldon и др. (20) набирали пациентов с шизофренией, которые незадолго до этого были выписаны из стационара и не имели в анамнезе случаев самоповреждения, буйного поведения или злоупотребления лекарственными средствами (N=30). Большинство пациентов этого исследования составляли женщины. Пациентам предлагалась групповая терапия, медикаментозное лечение и систематизированные мероприятия, тогда как контрольное лечение состояло в клиническом медикаментозном лечении с акцентом на психотерапии. При составлении систематического обзора не было обнаружено значительных различий между лечебной и контрольной группами в отношении количества пациентов, выпавших из поля зрения для дальнейшего наблюдения, и количества поступлений в больницу.

Linn и др. (18) сообщили, что пациенты этих центров проводили значительно меньшее количество дней в больнице на стационарном лечении за 24-месячный период (средняя продолжительность для центра дневного ухода составляет 78 дней, а для поликлинического ухода - 96 дней). Однако неясным остался вопрос о количестве пациентов, включенных в этот анализ; не были указаны ни уровни значимости, ни доверительные интервалы. В том же исследовании сообщалось о значительных улучшениях в психическом состоянии [экспресс-шкала психиатрического ранжирования - Brief Psychiatric Rating Scale] и в социальном функционировании [шкала ранжирования социальной дисфункции (Social Dysfunction Rating Scale)] в лечебных группах. И снова следует отметить, что не были упомянуты ни количество пациентов, ни доверительные интервалы. В исследовании, проведенном Weldon и др. (20), не обнаружено значимых различий по этим конечным параметрам, однако мощность этого исследования была значительно снижена. Meltzoff и др. (19) не проводили анализа результатов по этим параметрам.

¹ Сбор данных по конечным результатам не осуществлялся в зависимости от назначенного лечения, поскольку пациенты, которые не участвовали в лечении, были исключены из последующего наблюдения, так же как и пациенты, находившиеся на стационарном лечении в период последующего наблюдения. Таким образом, данное исследование предоставило данные лишь по количеству пациентов, потерянных для последующего наблюдения.

В Кокрановском обзоре (17) был сделан вывод о том, что существует недостаточно фактических данных, чтобы судить о том, лучше ли центры дневного ухода по сравнению с амбулаторной помощью, но было отмечено, что качество представления данных в этих трех исследованиях не было оптимальным.

В ходе составления обзора было также выявлено опубликованное в 1986 г. исследование (21), в котором ограниченное по времени лечение в центре дневного ухода сравнивалось с поликлинической помощью для людей, только что выписавшихся из стационара. В этом американском испытании изучалась особая, кратковременная форма использования центра дневного ухода (в течение 6 – 12 недель) для предотвращения повторной госпитализации путем предложения места для общения и участия в совместных мероприятиях, при этом используя поддержку от социальных работников и врачей. Контрольная группа получала амбулаторное медикаментозное лечение и никаких других видов последующей помощи. В ходе исследований было обнаружено, что значительно меньшее количество участников исследования влияния краткосрочного использования центра дневного ухода выпало из поля зрения для последующего наблюдения, однако значимых различий между группами не наблюдалось в отношении доли повторных госпитализаций. Аналогичным образом не было обнаружено значимых различий в общем функционировании, психическом состоянии и способности к социальному общению.

В итоге можно сделать вывод, что имеется мало фактических данных, свидетельствующих о том, что центры дневного ухода являются эффективным средством помощи пациентам с тяжелыми психическими расстройствами в предотвращении повторных госпитализаций.

Восстановление и оказание поддержки: программы профреабилитации

При составлении систематического обзора, который был опубликован в Кокрановской библиотеке в феврале 2001г. (22), были выявлены два основных вида программ профреабилитации для людей с тяжелыми психическими расстройствами: предпрофессиональная подготовка (*обучение до устройства на работу*) и поддерживаемое трудоустройство (*трудоустройство с предоставлением поддержки*). В первом случае пациентам предлагается период подготовки – работа в закрытых мастерских, или какая либо другая форма подготовки до поступления на работу или занятость переходного типа - до попытки устройства их на конкурентоспособную работу (занятость полный рабочий день или часть рабочего дня при обычных условиях работы с оплатой по рыночной стоимости). Во втором случае пациентов устраивают на конкурентоспособную работу без предварительной подготовки, но предлагают им поддержку непосредственно во время работы.

В обзоре (22) было проведено три сравнения программ профреабилитации по месту проживания: подготовка до устройства на работу сравнивалась со стандартной помощью, занятость с предоставлением поддержки - со стандартной помощью, и занятость с предоставлением поддержки – с подготовкой до поступления на работу. Под стандартной помощью подразумевается обычная психиатрическая помощь без какого либо специфического компонента профреабилитации. Основным отслеживаемым конечным параметром в обзоре являлось количество клиентов в конкурентоспособной занятости. В

обзоре также приводятся другие данные в отношении занятости, клинические результаты и результаты в отношении затрат.

Подготовка до устройства на работу в сравнении со стандартной помощью по месту жительства

Были найдены пять соответствующих испытаний (23–27), проводящих сравнение между подготовкой до устройства на работу и стандартной помощью, в которых принимали участие 1204 пользователя этой службы в Соединенных Штатах. Beard и др. (23) сравнивали «клубную» модель профреабилитации со стандартной помощью по месту проживания. Dincin и др. (24) сравнивали «пороговую» программу (программа осуществляла управление рабочей командой и промежуточным трудоустройством) со стандартной помощью по месту жительства. Griffiths и др. (25) сравнивали реабилитационную программу с использованием промышленных мастерских со стандартной помощью по месту жительства, которая включала оказание поддержки на дому и работу центра дневного ухода. Окраки и др. (26) сравнивал ведение случаев с ориентацией на обеспечение занятостью, что включало оценку работы и подготовку к трудоустройству, со стандартным ведением случаев. Wolkon и др. (27) сравнивали индивидуальное консультирование и работу промежуточного типа со стандартной помощью по месту жительства. Несмотря на то, что при проведении испытаний использовались относительно большие размеры выборки, представленные данные оказались весьма ограниченного объема. Имелись данные из двух испытаний (23,25) относительно доли пациентов, занятых на конкурентоспособной работе, при этом в одном исследовании эти данные регистрировались через 18 месяцев (N=28), а в другом – через 24 месяца (N=215). Ни в одном из этих исследований не было обнаружено значимой разницы между подготовкой до поступления на работу и стандартной помощью, равно как и между этими двумя исследуемыми параметрами в отношении их влияния на какие либо другие результаты в отношении трудоустройства.

В трех испытаниях(23,24,27) изучалось количество повторных госпитализаций. В ходе проведенного мета-анализа этих исследований (22) обнаружилась разнородность результатов (эффект от изучаемого вмешательства был разным во всех трех исследованиях), поэтому был проведен анализ случайных эффектов с тем, чтобы учесть это обстоятельство. Было обнаружено, что меньшее количество пациентов, получивших подготовку до поступления на работу, были впоследствии госпитализированы.

Нет сообщений о каких-либо других результатах, помимо незначительного различия в самооценке, полученного в ходе одного небольшого испытания (25).

Трудоустройство с оказанием поддержки в сравнении со стандартной помощью по месту жительства

Только одно рандомизированное контролируемое испытание (28), в котором участвовало 256 пациентов, содержало данные по данному вопросу. В ходе этого испытания использовалось сочетание трудоустройства с оказанием поддержки с активным лечением по месту проживания, что сравнивалось со стандартной помощью по месту жительства без активного лечения по месту жительства. В отношении основного отслеживаемого параметра - количество пациентов, занятых на конкурентоспособной работе, не было обнаружено различий между занятостью с оказанием поддержки и контрольной группой по прошествии 12 месяцев (N=256), но по прошествии 24 и 36 месяцев было обнаружено

значительное различие в пользу трудоустройства с оказанием поддержки.¹ Было также выявлено, что клиенты из группы занятости с оказанием поддержки с большей вероятностью занимались любой формой работы, как это было отмечено по прошествии 12 месяцев, и зарабатывали в месяц существенно больше (средняя заработная плата в случае занятости с оказанием поддержки составляла 60,50 долл. США, тогда как средняя заработная плата в контрольной группе – 26,90 долл. США). Значимых различий в количестве госпитализаций обнаружено не было. По другим клиническим результатам данные не регистрировались.

Трудоустройство с оказанием поддержки в сравнении с подготовкой до устройства на работу

Задачей пяти рандомизированных контролируемых испытаний (29–33), в которых участвовало 484 пациента, являлось проведение непосредственного сравнения трудоустройства с оказанием поддержки и подготовки до поступления на работу. Bond и др. (29) сравнивали трудоустройство с оказанием поддержки и подготовку до трудоустройства. Drake и др. (30) сравнивали модель индивидуального устройства на работу и оказания поддержки с моделью подготовки до устройства на работу, в которой акцент делается на интеграцию персонала, который оказывает поддержку в процессе работы пациента в реальных условиях, в существующие службы охраны психического здоровья. Во втором испытании Drake и др. (31) сравнивали модель индивидуального устройства на работу, оказания поддержки и консультирования с подготовкой в закрытых мастерских до поступления на реальную работу. Gervery и др. (32) сравнивали трудоустройство с оказанием поддержки и подготовку в мастерских закрытого типа. McFarlane и др. (33) сравнивали активное лечение по месту жительства с участием семьи плюс трудоустройство с оказанием поддержки – с одной стороны с традиционным обучением до поступления на работу, которое проводится местными службами – с другой.

При проведении систематического обзора этих исследований (22) по основному отслеживаемому параметру было обнаружено статистически значимое различие в пользу подходов с использованием модели трудоустройства с оказанием поддержки по прошествии 4, 6, 9, 12, 15 и 18 месяцев. Например, по прошествии 12 месяцев 34% пациентов работали в группе занятости с оказанием поддержки, и только 12% – в группе с подготовкой до поступления на работу. Что касается других результатов в отношении трудоустройства, то в ходе трех испытаний было обнаружено, что клиенты в группе занятости с оказанием поддержки имели значительно большие количества часов конкурентоспособной занятости в месяц по сравнению с клиентами, проходившими подготовку до поступления на работу. В трех из четырех исследований также было обнаружено, что клиенты из группы трудоустройства с оказанием поддержки получали большую среднемесячную оплату. По клиническим результатам не было значимых различий между трудоустройством с оказанием поддержки и подготовкой до поступления на работу – по параметрам общего функционирования, самоуважения, психического состояния или качества жизни.

¹ В этом исследовании не отмечались выпавшие из исследования участники; просто было сделано предположение, что в случае отсутствия данных в определенный момент времени, результат не достигался, и тогда проводился весьма упрощенный анализ через определенный промежуток времени с повторным тестированием на значимость.

Выводы по программам профреабилитации

Общий вывод в Кокрановском обзоре (22) состоял в том, что лишь трудоустройство с оказанием поддержки оказалось эффективной моделью оказания помощи лицам с тяжелыми психическими расстройствами в приобретении и сохранении конкурентоспособной работы. Не было обнаружено фактических данных, которые свидетельствовали бы о том, что либо трудоустройство с оказанием поддержки, либо трудоустройство до поступления на работу приводило к улучшению клинических исходов, хотя было отмечено, что какие-либо положительные эффекты занятости могли быть завуалированы тем фактом, что лишь одна треть пациентов из более эффективных программ трудоустройства с обеспечением поддержки реально получали конкурентоспособную работу. По результатам анализа подгрупп в обзоре сделан вывод о том, что модель индивидуального устройства и оказания поддержки была эффективной, но что имелось недостаточно фактических данных, для того чтобы определить, была ли она более эффективной по сравнению с другими подходами, представленными с меньшей тщательностью.

Дополнительное рандомизированное контролируемое испытание по сравнению трудоустройства с оказанием поддержки и подготовки до поступления на работу

Дополнительный поиск литературы после опубликования Кокрановского обзора выявил одно завершённое рандомизированное контролируемое испытание (34), в котором изучалось трудоустройство с оказанием поддержки, и еще один систематический обзор и мета-анализ (35), содержащий лишь одно дополнительное испытание (34), в которых были сделаны выводы, аналогичные выводам Кокрановского обзора (22). Поэтому здесь приводятся данные лишь дополнительного испытания. Lehman и др. (34) изучали 219 пациентов с тяжелыми психическими расстройствами, которые были определены в группу трудоустройства с оказанием поддержки (модель индивидуального устройства на работу и оказания поддержки) или в группу подготовки до поступления на работу. По прошествии двухлетнего периода большее количество участников (в процентном выражении) из программы занятости с оказанием поддержки имели конкурентоспособную работу по сравнению с участниками из программы подготовки до поступления на работу (соответственно 27% и 7%). У них были также лучшие показатели по ряду других отслеживаемых параметров в отношении занятости, тем самым, подтверждая выводы, сделанные в других исследованиях.

Восстановление и оказание поддержки: центры общественно-социальной поддержки и психологической помощи

В Кокрановском обзоре, опубликованном в январе 2001 г. (36), содержится оценка эффективности использования центров общественно-социальной поддержки для содействия восстановлению и пребыванию хронических пациентов в сообществе по месту проживания. Хотя в обзоре использовался термин «центр дневного ухода», функция и структура соответствующих учреждений, описанных во включенных исследованиях, соответствует термину «центр общественно-социальной поддержки» в понимании данного обзора. Обзор не выявил никаких соответствующих рандомизированных контролируемых испытаний. Даже предпринятый в последующем поиск для данного сводного доклада не выявил никаких рандомизированных контролируемых испытаний или обзоров. Таким образом, не существует фактических данных рандомизированных

контролируемых испытаний по эффективности работы центров общественно-социальной поддержки.

Фактические данные по затратам и экономической эффективности

В пяти рандомизированных испытаниях (2,3,5,6,8), в которых проводилось сравнение дневных психиатрических стационаров со стационарным лечением, проведенных в период 1985-1997 гг., содержались данные о затратах на лечение. В четырех из этих испытаний, в том случае, когда пациенты направлялись в результате использования метода случайной выборки на лечение в дневной стационар, затраты на лечение сокращались на 20,9% - 36,9% по сравнению с госпитализацией, по всей видимости вследствие того, что большую часть лечения в остром состоянии они получали в менее дорогостоящих условиях.

В обзоре по изучению центров дневного ухода (17) отмечается, что не достаточно данных для сравнения стоимости их услуг с услугами стандартной амбулаторной помощи.

В одном опубликованном в 1982 г. американском испытании (24), которое проводило сравнение подготовки до устройства на работу и стандартной помощи, было показано, что среднемесячные общие издержки на оказание медико-санитарной помощи были ниже в случае с подготовкой до устройства на работу, чем в случае оказания стандартной помощи (417,90 долл. США в сравнении с 651,50 долл. США).

В американском исследовании 1966 г. (28), проводившем сравнение сочетания трудоустройства с оказанием поддержки с активным лечением по месту жительства и стандартной помощью по месту жительства, сообщалось о том, что среднемесячные затраты на медико-санитарную помощь были в первом случае значительно выше (в среднем 1599 долл. США), чем во втором (в среднем 527 долл. США). Однако не вполне понятно, как следует трактовать полученные результаты в виду комбинированного характера первого типа помощи. Кроме того, использование стандартных тестов значимости для данных по издержкам, возможно, не дает достоверных результатов, если учитывалась асимметрия этих данных.

В двух испытаниях (29,30) сообщалась информация о затратах на обеспечение занятости с оказанием поддержки в сравнении с предоставлением подготовки до устройства на работу, но результаты были несколько неоднозначны. В 1986 г. Бонд и др. (29) показали, что общие затраты на медико-санитарное обслуживание были ниже в случае с обеспечением трудоустройства с оказанием поддержки, тогда как Дрейк и др. (30) в Ньюхемпширском испытании 1996 г. не обнаружили значимых различий в общих затратах на медико-санитарное обслуживание между этими двумя подходами.

Не было обнаружено данных по затратам, связанным с обслуживанием в дневных стационарах промежуточного звена или центрах общественно-социальной поддержки.

Большинство испытаний, которые содержали информацию о стоимости такого рода лечения, были предприняты в Соединенных Штатах Америки, где структуры больничного и социального обслуживания, а также рынок труда весьма отличаются от

соответствующих структур во многих Европейских странах. Кроме того, многие из этих исследований проводились давно, в те времена, когда пациенты с менее тяжелыми формами заболевания лечились стационарно. Применимость этих результатов к современной клинической практике требует дальнейшего выяснения.

Осуществляемые в настоящее время проекты

В одном из Европейских многоцентровых исследований (проект EDEN) проводится сравнение дневных психиатрических стационаров и амбулаторного лечения (12).

По двум испытаниям программ профреабилитации результаты в полном объеме еще не опубликованы. В Соединенных Штатах Америки Meisler и др. (37), используя метод случайной выборки, направили 144 пациента на активное лечение по месту жительства, а также на программу трудоустройства с оказанием поддержки (модель индивидуального устройства на работу и оказания поддержки) либо на стандартное обслуживание центром психического здоровья по месту проживания. В другом испытании Mueser и др. (36), используя метод случайной выборки, направили 204 пациента в группу обеспечения занятостью с оказанием поддержки (модель индивидуального устройства на работу и оказания поддержки), в группу подготовки до поступления на работу или на стандартное обслуживание.

Обсуждение

Степень доказательности фактических данных, нерешенные проблемы и противоречивость данных

При составлении данного сводного доклада использовались лишь систематические обзоры рандомизированных контролируемых испытаний, так что фактические данные основываются на хорошо поставленных исследованиях. Могут возразить, что можно было бы включить менее строго спланированные исследования по сравнению различных форм обслуживания, но согласно выводу, к которому пришли авторы обзора по работе дневных стационаров (38), - «включение исследований, поставленных не столь надлежащим образом, как рандомизированные испытания, приведет к получению данных, которые могут ввести в заблуждение, и что ожидание того, что рандомизированные контролируемые испытания использования центров дневного ухода должны быть надлежащим образом спланированы, проведены и представлены, имеет под собой вполне определенные основания». Авторы также обнаружили, что существующие нерандомизированные сравнительные исследования содержат «противоречивые выводы».

Рандомизация (использование метода случайной выборки) является одним из методов уменьшения систематической ошибки в исследованиях; рекомендуется также использовать слепой метод. Очевидно, что при изучении таких различных программ ухода невозможно использовать слепой метод в отношении изучаемых вмешательств, но

клиницист вполне может быть не осведомлен о том, какое конкретно вмешательство изучается при проведении им оценки отслеживаемых параметров. Однако в использованных обзорах и испытаниях редко обсуждался этот момент, поэтому вполне вероятно, что при оценке представленных здесь результатов возможна систематическая ошибка.

Учитывая характер психических заболеваний, эффективные практические меры имеют возможность принести социальную пользу как для пациентов, так и для местного сообщества в целом. Последний аспект трудно поддается изучению, а что касается пользы для пациентов, то этот вопрос был изучен в ряде опросов с анализом социальных аспектов функционирования индивидуумов. Однако, как это часто бывает с результатами таких опросов, были обнаружены ограниченные данные, а между различными формами обслуживания различий не наблюдалось.

Возможность обобщения результатов

В данном обзоре изучались пациенты с тяжелыми психическими расстройствами, когда по определению исключались лица с нарушениями, вызванными токсикоманией, с органическими повреждениями мозга, расстройствами личности или нарушениями в отношении приема пищи, поэтому на эти группы населения результаты экстраполировать невозможно. Кроме того, в использованных в данном обзоре испытаниях участвовали взрослые люди работоспособного возраста (18–65 лет), поэтому результаты нельзя экстраполировать на детей, подростков или людей пожилого возраста.

Ряд фактических данных относится к более старым исследованиям конца 1980-х или даже 1970-х гг. (дневные стационары), и они могут не отражать существующей практики лечения или альтернативных форм обслуживания. Однако отмечено, что в отношении лечения в дневных стационарах исключение этих более старых данных значительно не повлияло на выводы систематического обзора.

Большая часть испытаний проводилась в Соединенных Штатах, где модели оказания помощи могут весьма отличаться от форм обслуживания в Европе. Требуется проведение дополнительных исследований для доказательства эффективности этих методов в Европейском контексте, где все более актуальным становится перенос акцента со стационарного лечения на внестационарное лечение по месту жительства.

Текущее обсуждение вопроса

Дневные стационары для лечения острых состояний

Ключевым является вопрос о том, сохраняют ли все еще дневные стационары значимую роль по сравнению с более радикальными формами обслуживания, альтернативными госпитализации, такими как вмешательства в критических (кризисных) ситуациях и уход на дому (38). Весьма ограниченные, косвенные данные позволяют предположить, что дневные стационары не столь эффективны в снижении уровня госпитализации, как помощь на дому (20,9% по сравнению с 55%), а в отсутствие прямых сравнений представляется целесообразным предположить, что они также требуют больших затрат,

учитывая стоимость содержания инфраструктуры дневных стационаров (39). С другой стороны, в определенных обстоятельствах дневные стационары для лечения острых состояний могут быть более действенны, чем помощь в домашних условиях, поскольку в первом случае отпадает необходимость персоналу добираться до дома пациента, и предоставляется возможность одному врачу оказывать комплексное лечение нескольким пациентам одновременно посредством групповой терапии. В условиях, где имеется нехватка квалифицированного персонала, такая форма обслуживания может иметь значительные преимущества. Следовательно, существует необходимость в проведении исследований, которые провели бы непосредственное сравнение дневных стационаров для лечения острых состояний с другими формами обслуживания, альтернативными госпитализации, и их роли в современных психиатрических службах, работающих по месту проживания.

Дневные стационары промежуточного звена

Недостаточно фактических данных в пользу использования дневных стационаров для сокращения длительности госпитализации пациентов. Поскольку дневные стационары часто используются с этой целью, необходимо проведение дальнейших исследований и обновление существующего систематического обзора.

Программы профреабилитации

Существуют убедительные данные, свидетельствующие о преимуществах подхода к профреабилитации, которые заключаются в обеспечении трудоустройства с оказанием поддержки, но очень мало данных в поддержку подготовки до устройства на работу. На самом деле, из всех практических мер, проводимых по месту жительства, трудоустройство с оказанием поддержки представляется такой мерой, которая наилучшим образом отвечает явным потребностям психически больных людей, и предлагает наилучшую возможность сокращения социального исключения и стигматизации (40,41). Эти фактические данные еще не оказали должного влияния на службы охраны психического здоровья; например, в Соединенном Королевстве, как представляется, превалирует подготовка до поступления на работу. Но все же остается не выясненным вопрос о том, насколько модель трудоустройства с оказанием поддержки применима вне Соединенных Штатов, где были проведены все испытания. Комплексные системы социального обеспечения ряда Европейских стран могут удерживать пользователей услуг от поиска работы из-за боязни, что в этих условиях их состояние может ухудшаться или из-за риска лишения льгот. С другой стороны, в менее богатых странах на пациентов может оказываться чрезмерное давление в отношении необходимости трудоустройства с оказанием поддержки.

Требуются более сложные исследования по изучению вклада трудовой терапии в процесс реабилитации. Проведенные до сих пор исследования оказались не убедительными, возможно в связи с тем, что даже в программах трудоустройства с оказанием поддержки лишь треть клиентов реально получают работу. Очевидным направлением будущих исследований представляется изучение включения компонента трудоустройства с оказанием поддержки на ранних этапах предоставления услуг при первом же обращении пациента по поводу психоза.

Центры дневного ухода и центры психологической помощи и социально-общественной поддержки

Существует очень мало фактических данных в поддержку использования центров дневного ухода, которые, как представляется, немного могут предложить в сравнении с центрами социально-общественной поддержки, которые, вероятнее всего, обходятся дешевле, поскольку обычно не комплектуются медицинскими работниками. Но и сами центры социально-общественной поддержки не достаточно изучены, поэтому требуется проведение исследований по изучению эффективности работы различных их видов.

Рекомендации в отношении политики

Хотя была показана эффективность дневных стационаров для лечения острых состояний, не вполне ясно, имеют ли они преимущества по сравнению с более радикальными вариантами помощи, альтернативного госпитализации, такими как нейровмешательства в кризисных ситуациях или помощь на дому. Тем не менее, возможно, что дневные стационары для лечения острых состояний получают признание в обстоятельствах с ограниченными кадровыми ресурсами для принятия мер в кризисных ситуациях или ухода на дому, или в случае необходимости комплексного лечения. Обеспечение занятости с обеспечением поддержки представляется более перспективным и эффективным подходом, чем обучение до поступления на работу, и требует дальнейшего изучения в Европейском контексте.

Следует провести строгие научные исследования по изучению клинической и экономической эффективности дневных стационаров промежуточного звена, центров дневного ухода и центров социально-общественной поддержки до осуществления каких-либо инвестиций в развитие данных подходов.

Выводы

В отношении лечения пациентов с тяжелыми психическими расстройствами имеются фактические данные клинической эффективности дневных стационаров при лечении острых состояний по сравнению с госпитализацией – в отношении осуществимости, быстрее наступления улучшения и значительно меньшего количества дней стационарного лечения в последующем. Однако, показатели повторного обращения к той или иной форме лечения в стационаре не различались по группам, равно как и не было различий в социальных аспектах функционирования пациентов. Имеются некоторые данные, свидетельствующие о снижении затрат на лечение острых состояний в дневных стационарах в сравнении с госпитализацией, но не проводилось оценок по критерию затрат и выгоды. Также не проводилось сравнительного изучения дневных стационаров для лечения острых состояний с другими формами обслуживания, альтернативными стационарному лечению, такими как вмешательства в кризисных ситуациях или помощь на дому. В отношении профессиональной реабилитации была продемонстрирована большая эффективность трудоустройства с оказанием поддержки по сравнению с подготовкой до поступления на работу, когда лицам с тяжелыми психическими расстройствами оказывается помощь в приобретении конкурентоспособной работы.

Насколько эффективны различные виды дневного обслуживания людей с тяжелыми психическими расстройствами?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Июль 2005 г.*

Этот эффект воспроизведен в ряде различных испытаний, в которых было продемонстрировано положительное влияние данного подхода на ряд отслеживаемых факторов занятости. Однако не было обнаружено преимуществ в отношении клинических исходов, а данные о затратах весьма ограничены. Кроме того, все испытания проводились в Соединенных Штатах Америки, и вопрос о возможности обобщения данных на другие страны остается не ясным.

Мало фактических данных в поддержку эффективности дневных стационаров промежуточного звена и центров дневного ухода. Не существует рандомизированных контролируемых испытаний по изучению эффективности центров социально-общественной поддержки. Требуются дальнейшие исследования клинической и экономической эффективности этих различных форм дневного обслуживания лиц с тяжелыми психическими расстройствами.

Приложение 1: Методология

Последующее наблюдение и количество пациентов

Длительность периодов последующего наблюдения в испытаниях, из которых были получены индивидуальные данные пациентов, была следующей: 12 месяцев (3,4); 10 месяцев (6) для первого типа испытаний и 24 месяца (5) для второго типа испытаний. Длительность периодов последующего наблюдения для испытаний, включенных в данный обзор, но не содержащих индивидуальных данных пациентов, составляла: 12 месяцев (8), 24 месяца (7), 2 месяца (11) и 6 месяцев (10) для первого типа испытаний и 24 месяца (9) для второго типа испытаний. Иногда при проведении анализа учитывались все имевшиеся пациенты и все имевшиеся данные, в других случаях проводился анализ показателей, регистрируемых через определенный период времени, поэтому цифры, полученные в результате проведения различных видов анализа, различаются.

Расчет «осуществимости» лечения в дневном стационаре

Такой показатель, как осуществимость лечения в дневном стационаре, определялся как сокращение доли госпитализаций в остром состоянии, которого можно было достичь путем направления пациентов в дневной стационар для лечения острых состояний. Расчет осуществимости проводился по формуле: $100 \times \text{количество пациентов, «привлеченных к лечению в дневном стационаре»} / (\text{количество «подвергнутых оценке на пригодность для лечения в дневном стационаре»} \times R)$, где R – показатель рандомизации в конкретном исследовании.

Оценка осуществимости зависит от того, что подразумевается под «привлечением к лечению в дневном стационаре» и от того, сколько пациентов были «подвергнуты оценке на пригодность». Поэтому были применены два метода расчета осуществимости для того, чтобы получить наилучшие и наихудшие значения оценки осуществимости для каждого включенного в обзор испытания.

Расчет наилучшего значения оценки осуществимости основывался на определении числа «привлеченных» к лечению в дневном стационаре как количество пациентов, направленных с использованием метода случайной выборки для лечения в дневном стационаре, при этом количество пациентов, «подвергнутых оценке на пригодность для лечения в дневном стационаре», определялось как количество пациентов, оставшихся после исключения определенного количества пациентов по административным причинам.

Расчет наихудшего значения оценки осуществимости основывался на определении числа «привлеченных» как количества пациентов, направленных с использованием метода случайной выборки для лечения в дневном стационаре (тех, кого приняли на госпитализацию в первые четыре недели + число пациентов дневного стационара, которые не появились для лечения в дневном стационаре), а число «подвергнутых оценке на пригодность для лечения в

дневном стационаре» определялось как число пациентов, обратившихся за лечением до исключения по каким-либо административным причинам.

Взвешенное среднее было выведено для наилучшего и худшего значений оценки. Однако к небольшому количеству исследований эта формула оказалась не применима, поскольку все пациенты, участвовавшие в этих исследованиях, были госпитализированы до рандомизации. Для этих испытаний была рассчитана одна оценка осуществимости на основе числа пациентов, направленных с использованием метода случайной выборки для лечения в дневном стационаре, которые лишь очень недолгое время провели на стационарном лечении до перевода в дневной стационар.

Модель случайных эффектов: изменение в социальной и клинической функции в течение времени

В испытаниях проводилась оценка социального и клинического аспектов функционирования пациентов с использованием различных инструментов. Полученные в результате этих методов оценки баллы объединялись и затем измерялся эффект лечения в дневном стационаре в сравнении с госпитализацией с использованием стандартизированного (взвешенного среднего) различия.

Для изучения эффекта лечения в дневном стационаре на эти стандартизированные конечные показатели для первого типа исследований была использована модель случайных эффектов. По каждому пациенту были построены кривые, характеризующие изменение конечного показателя в течение времени с использованием множественной регрессионной модели, которая учитывала различную длительность периодов последующего наблюдения. Рассматривались случайные пересечения с поправкой на индивидуальную вариабельность между пациентами внутри лечебной группы. Предварительно проводился анализ для оценки необходимости включения в модели условия случайного эффекта. Усредненный эффект лечения в течение времени выражался в виде средней линии для каждого лечения. Сравнивались показатели угла наклона средней линии для каждого лечения, а эффект лечения измерялся на основании соотношения время – лечение в группе. Для оценки эффекта лечения сравнивались две модели: полная модель, в рамках которой прослеживалось соотношение время – вмешательство в группе, и упрощенная модель без учета этого соотношения. При проведении анализа использовались три общих для включенных в обзор исследований параметра (возраст, диагноз и пол).

Приложение 2: Глоссарий

центр дневного ухода	предлагает непрерывную помощь пациентам с тяжелыми психическими расстройствами
дневной стационар (для лечения острых состояний)	предлагает услуги по диагностике и лечению для пациентов в остром состоянии, которые в противном случае должны были бы лечиться в психиатрическом стационаре
центр психологической помощи и общественно-социальной поддержки	центр, в который лица с психическими расстройствами обращаются за социальной поддержкой и с целью общения; медицинский персонал не предусмотрен
предпрофессиональная подготовка (подготовка до устройства на работу)	форма профессиональной реабилитации, которая обеспечивает постепенную подготовку лиц с психическими расстройствами к работе
тяжелые психические расстройства	либо острое функциональное психиатрическое расстройство, требующее госпитализации и стационарного лечения, либо хроническое функциональное расстройство, вызывающее значительную социальную инвалидность
поддерживаемое трудоустройство (трудоустройство с предоставлением поддержки)	форма профессиональной реабилитации, в рамках которой делается попытка устройства психически больных людей на реальную работу без длительной предварительной подготовки
дневной стационар промежуточного звена	предоставляет лечение в дневном стационаре в течение ограниченного периода времени в период между стационарным лечением и поликлиническим лечением
профессиональная реабилитация	общий термин для любой лечебной программы, направленной на оказание помощи лицам с психическими расстройствами в поиске и сохранении работы; включает подготовку до устройства на работу и оказание поддержки во время работы
N	количество пациентов/лиц, включенных в исследование

Литература

1. World Health Organization. *World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva, 2001, <http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/>.
2. Marshall M et al. Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders (Cochrane Review, last amended 2002). *The Cochrane Library*, 2003, 4.
3. Creed F et al. Randomized controlled trial of day patient versus inpatient psychiatric treatment. *BMJ*, 1990, 300:1033–1037.
4. Creed F et al. Cost effectiveness of day and in-patient psychiatric treatment. *BMJ*, 1997, 314:1381–1385.
5. Wiersma D et al. Costs and benefits of hospital and day treatment with community care of affective and schizophrenic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1995, 166:52–59.
6. Sledge WH et al. Day hospital/crisis respite care versus inpatient care, part I: clinical outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 1996, 153:1065–1073.
7. Herz MI et al. Day versus inpatient hospitalization: a controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 1971, 10:1371–1382.
8. Dick P, et al. Day and full time psychiatric treatment: a controlled comparison. *British Journal of Psychiatry*, 1985, 147:246–249.
9. Zwerling I, Wilder JF. An evaluation of the applicability of the day hospital in the treatment of acutely disturbed patients. *Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, 1964, 2:162–185.
10. Schene AH, et al. The Utrecht comparative study on psychiatric day treatment and inpatient treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1993, 87:427–436.
11. Kris EB. Day hospitals. *Current Therapeutic Research*, 1965, 7:320–323.
12. Kiejna A, Kallert TW, Rymaszewska J. Treatment in psychiatric day hospital in comparison with inpatient wards in different European health care systems - objectives of EDEN project. *Psychiatria Polska*, 2002, 36(supplement 6):361–367.
13. Johnstone P, Zolese G. Length of hospitalization for people with severe mental illness (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003, 4.
14. Herz MI, Endicott J, Spitzer RL. Brief hospitalization of patients with families: initial results. *American Journal of Psychiatry*, 1975, 132:413–418.

15. Hirsch SR et al. Shortening hospital stay for psychiatric care: effect on patients and their families. *BMJ*, 1979, 1:442–446.
16. Dush DM et al. Reducing psychiatric hospital use of the rural poor through intensive transitional acute care. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2001, 25(1):28–34.
17. Marshall M et al. Day hospital versus outpatient care for psychiatric disorders (Cochrane Review, last amended 2001). *The Cochrane Library*, 2003, 4.
18. Linn MW et al. Day treatment and psychotropic drugs in the aftercare of schizophrenic patients. *Archives of General Psychiatry*, 1979, 36:1055–1066.
19. Meltzoff J, Blumenthal RL. The day treatment center: principles, application and evaluation. Springfield, IL, Charles C Thomas, 1966.
20. Weldon E et al. Day hospital versus outpatient treatment: a controlled study. *Psychiatric Quarterly*, 1979, 51:144–150.
21. Glick ID et al. A controlled study of transitional day care for non-chronically ill patients. *American Journal of Psychiatry*, 1986, 143:1551–1556.
22. Crowther R et al. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Cochrane Review, last amended 2001). *The Cochrane Library*, 2003, 4.
23. Beard JH et al. Evaluating the effectiveness of a psychiatric rehabilitation program. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1963, 33:701–712.
24. Dincin J, Witheridge TF. Psychiatric Rehabilitation as a deterrent to recidivism. *Hospital and Community Psychiatry*, 1982, 33(8):645–650.
25. Griffiths RD. Rehabilitation of chronic psychotic patients. *Psychological Medicine*, 1974, 4:316–325.
26. Okpaku SO et al. The effectiveness of a multidisciplinary case management intervention on the employment of SSDI applicants and beneficiaries. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1997, 20(3):34–41.
27. Wolkon GH, Karmen M, Tanaka HT. Evaluation of a social rehabilitation program for recently released psychiatric patients. *Community Mental Health Journal*, 1971, 7:312–322.
28. Chandler D et al. Client outcomes in a three-year controlled study of an integrated service agency model. *Psychiatric Services*, 1996, 47(12):1337–1343.
29. Bond GR, Dincin J. Accelerating entry into transitional employment in a psychosocial rehabilitation agency. *Rehabilitation Psychology*, 1986, 31(3):143–155.
30. Drake RE et al. The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996, 64(2):391–399.

31. Drake RE et al. A randomized controlled trial of supported employment for inner-city patients with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56:627–633.
32. Gervey R, Bedell JR. Supported employment in vocational rehabilitation. In: Bedell JR, ed. *Psychological Assessment and Treatment of Persons with Severe Mental Disorders*. Washington, Taylor and Francis, 1994.
33. McFarlane WR et al. Employment outcomes in family-aided assertive community treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2000, 70(2):203–214.
34. Lehman AF et al. Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Archives of General Psychiatry*, 2002, 59(2):165–172.
35. Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2003, 191(8):515–523.
36. Mueser KT, Becker DR, Wolfe R. Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. *Journal of Mental Health*, 2001, 10:411–417.
37. Meisler N. Rural-based supported employment approaches: results from the South Carolina site of the employment intervention demonstration project. 155th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Philadelphia, 18–23 May 2002.
38. Catty J, Burns T, Comas A. Day centres for severe mental illness (Cochrane Review, last amended 2001). *The Cochrane Library*, 2003, 4.
39. Marshall M. Acute psychiatric day hospitals. *BMJ*, 2003, 327:116–117.
40. Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1995, 21(4):645–656.
41. National Institute for Clinical Excellence. Schizophrenia - Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care. Clinical Guideline 1. London, 2002.

Дальнейшая информация

The Cochrane Central Register of Controlled Trials (Кокрановский Центральный Регистр контролируемых испытаний) можно получить в: *The Cochrane Library*, 2003, 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Некоторые из систематических обзоров, на которые делались ссылки в данном сводном докладе, можно бесплатно получить в: NHS HTA Programme website at <http://www.nchta.org.uk>. Например: Marshall M et al. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders («Систематические обзоры эффективности

Насколько эффективны различные виды дневного обслуживания людей с тяжелыми психическими расстройствами?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Июль 2005 г.*

оказания дневной помощи лицам с тяжелыми психическими расстройствами»)(1) Acute day hospital versus admission («Дневной стационар для лечения острых состояний в сравнении с госпитализацией»)(2) Vocational rehabilitation («Профреабилитация»)(3) Day hospital versus outpatient care.«Дневной стационар в сравнении с амбулаторной помощью») *Health Technology Assessment*, 2001, 5, no. 21.