

Свод методических рекомендаций по вопросам политики
и оказания услуг в области психического здоровья

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

“Психиатрическую помощь необходимо оказывать в больницах общего профиля и районных лечебных учреждениях. Вместо крупных психиатрических клиник, оказывающих централизованные услуги, нужна более гибкая и адекватная организация служб охраны психического здоровья.”



Всемирная организация
здравоохранения

Свод методических рекомендаций по вопросам политики
и оказания услуг в области психического здоровья

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ



Всемирная организация
здравоохранения

Библиотечный каталог публикаций ВОЗ

Организация служб охраны психического здоровья.
(Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья)

1. Службы охраны психического здоровья – вопросы организации и управления.
2. Службы охраны психического здоровья по месту жительства – вопросы организации и управления. 3. Оказание медицинских услуг, интегрированное. 4. Методические рекомендации по планированию здравоохранения. I. Всемирная организация здравоохранения. II. Серия.

ISBN 92 4 454592 6

(По классификации NLM: WM 30)

Техническую информацию об этом издании можно получить у:

д-ра Michelle Funk

Департамент психического здоровья и токсикомании

Всемирная организация здравоохранения

20 Avenue Appia

CH-1211 Geneva 27

Switzerland

Тел.: +41 22 791 3855

Факс: +41 22 791 4160

Эл. почта: funkm@who.int

Источник: Organization of services for mental health. Geneva, World Health Organization, 2003 (Mental Health Policy and Service Guidance Package).

© Всемирная организация здравоохранения, 2006 г.

Все права зарезервированы. Публикации Всемирной организации здравоохранения могут быть получены в Отделе прессы ВОЗ, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int). Запросы для получения разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ – будь то для продажи или для некоммерческого распространения – следует направлять в Отдел прессы ВОЗ по указанному выше адресу (факс: +41 22 791 4806; эл. почта: permissions@who.int).

Обозначения, используемые в настоящем издании, и приводимые в нем материалы ни в коем случае не выражают мнения Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны, территории, города или района, их правительствах или их границах. Пунктирными линиями на картах показаны приблизительные границы, в отношении которых пока еще не достигнуто полного согласия.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения отдает им предпочтение по сравнению с другими, которые являются аналогичными, но не упомянуты в тексте. Исключая ошибки и пропуски, наименования патентованной продукции выделяются начальными прописными буквами.

Все разумные меры предосторожности были приняты ВОЗ для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов.

Отпечатано в Сингапуре.

Выражение признательности

Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья был выпущен под руководством д-ра Michelle Funk, координатора по совершенствованию политики и систем обслуживания в области психического здоровья, при непосредственном участии в качестве куратора д-ра Benedetto Saraceno, Директора Департамента психического здоровья и токсикомании Всемирной организации здравоохранения.

Настоящий модуль подготовлен д-ром Soumitra Pathare, Клиника Руби Холл, Индия, д-ром Michelle Funk и г-жой Natalie Drew, Всемирная организация здравоохранения, Швейцария, и проф. Alan Flisher, Кейптаунский университет, Южная Африка. Д-р Silvia Kaaya, д-р Gad Kilonzo и д-р Jesse K. Mbwambo, Медицинский центр Мухимбили, Танзания, и д-р Ian Lockhart, Кейптаунский университет, Южная Африка, также участвовали в разработке документов, использованных при подготовке данного модуля.

В состав редакционно-координационной группы вошли:

д-р Michelle Funk, Всемирная организация здравоохранения, штаб-квартира (штаб-квартира ВОЗ), г-жа Natalie Drew (штаб-квартира ВОЗ), д-р JoAnne Epping-Jordan (штаб-квартира ВОЗ), проф. Alan J. Flisher, Кейптаунский университет, Обсерватория, Южная Африка, проф. Melvyn Freeman, Департамент здравоохранения, Претория, Южная Африка, д-р Howard Goldman, Научно-исследовательский институт Национальной ассоциации директоров государственных программ охраны психического здоровья и Медицинская школа Мэрилендского университета, США, д-р Itzhak Levav, Службы охраны психического здоровья, Министерство здравоохранения, Иерусалим, Израиль, и д-р Benedetto Saraceno, (штаб-квартира ВОЗ).

Ответственным за окончательное техническое редактирование этого модуля был д-р Crick Lund, Кейптаунский университет, Обсерватория, Южная Африка.

Технические консультации проводились со следующими специалистами:

д-р Jose Bertolote, Всемирная организация здравоохранения, штаб-квартира (штаб-квартира ВОЗ), д-р Thomas Bornemann (штаб-квартира ВОЗ), д-р José Miguel Caldas de Almeida, Региональное бюро ВОЗ для стран Америки (АМРБ), д-р Vijay Chandra, Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии (ЮВАРБ), д-р Custodia Mandlhate, Африканское региональное бюро ВОЗ (АФРБ), д-р Claudio Miranda (АМРБ), д-р Ahmed Mohit, Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья (ВСРБ), д-р Wolfgang Rutz, Европейское региональное бюро ВОЗ (ЕРБ), д-р Erica Wheeler (штаб-квартира ВОЗ), д-р Derek Yach (штаб-квартира ВОЗ) и сотрудники Кластера ВОЗ по фактическим данным и информации для политики (штаб-квартира ВОЗ).

Административное обеспечение и секретарские услуги были предоставлены:

г-жой Adeline Loo (штаб-квартира ВОЗ), г-жой Anne Yamada (штаб-квартира ВОЗ) и г-жой Razia Yaseen (штаб-квартира ВОЗ).

Оригинал-макет и графическое оформление: 2S) graphicdesign
Редактор: Walter Ryder

ВОЗ также выражает искреннюю признательность следующим лицам за сделанные ими экспертные заключения и предоставленную техническую информацию при подготовке данного модуля:

д-р Adel Hamid Afana	Директор, Департамент обучения и профессиональной подготовки, Программа охраны психического здоровья населения сектора Газа
д-р Bassam Al Ashhab	Министерство здравоохранения, Палестинская автономия, Западный берег реки Иордан
г-жа Ella Amir	Ами Квебек, Канада
д-р Julio Arboleda-Florez	Факультет психиатрии, Королевский университет, Кингстон, пров. Онтарио, Канада
г-жа Jeannine Auger	Министерство здравоохранения и социального обеспечения, пров. Квебек, Канада
д-р Florence Baingana	Всемирный банк, Вашингтон, округ Колумбия, США
г-жа Louise Blanchette	Аттестационная программа по психическому здоровью при Монреальском университете, Монреаль, Канада
д-р Susan Blyth	Кейптаунский университет, Кейптаун, Южная Африка
г-жа Nancy Breitenbach	Inclusion International, Ферней-Вольтер, Франция
д-р Anh Thu Bui	Министерство здравоохранения, Корор, Республика Палау
д-р Sylvia Caras	Организация «People Who», Санта-Крус, штат Калифорния, США
д-р Claudina Cayetano	Министерство здравоохранения, Бельмопан, Белиз
д-р Chueh Chang	Тайбэй, Тайвань
проф. Yan Fang Chen	Шаньдунский центр охраны психического здоровья, Цзинань, Китайская Народная Республика
д-р Chantharavdy Choulamany	Больница общего профиля Махосот, Вьентьян, Лаосская Народно-Демократическая Республика
д-р Ellen Corin	Научно-исследовательский центр больницы г. Дуглас, пров. Квебек, Канада
д-р Jim Crowe	Президент Всемирного общества по шизофрении и аналогичным расстройствам, Данидин, Новая Зеландия
д-р Araba Sefa Dedeh	Медицинская школа Университета Ганы, Аккра, Гана
д-р Nimesh Desai	Профессор психиатрии и главный врач, Институт поведения человека и смежных наук, Индия
д-р M. Parameshvara Deva	Факультет психиатрии, Медицинский колледж Перак, Ипох, штат Перак, Малайзия
проф. Saida Douki	Президент Общества психиатров Туниса, Тунис, Тунис
проф. Ahmed Abou El-Azayem	Бывший президент Всемирной федерации по охране психического здоровья, Каир, Египет
д-р Abra Fransch	WONCA, Хараре, Зимбабве
д-р Gregory Fricchione	Центр Картера, Атланта, США
д-р Michael Friedman	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
г-жа Diane Froggatt	Исполнительный директор Всемирного общества по шизофрении и аналогичным расстройствам, Торонто, пров. Онтарио, Канада
г-н Gary Furlong	Участковый центр здоровья «Метро», Монреаль, Канада
д-р Vijay Ganju	Научно-исследовательский институт Национальной ассоциации директоров государственных программ охраны психического здоровья, Александрия, штат Виргиния, США
г-жа Reine Gobeil	Больница г. Дуглас, пров. Квебек, Канада
д-р Nacanieli Goneyali	Министерство здравоохранения, Сува, Фиджи
д-р Gaston Harnois	Научно-исследовательский центр больницы г. Дуглас, Сотрудничающий центр ВОЗ, пров. Квебек, Канада
г-н Gary Haugland	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
д-р Yanling He	Консультант Министерства здравоохранения, Пекин, Китайская Народная Республика
проф. Helen Herrman	Факультет психиатрии, Мельбурнский университет, Австралия

г-жа Karen Hetherington проф. Frederick Hickling	Сотрудничающий центр ВОЗ/ПАОЗ, Канада Сектор психиатрии, Университет Вест-Индии, Кингстон, Ямайка
д-р Kim Hopper	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
д-р Tae-Yeon Hwang	Директор Департамента реабилитации и оказания услуг в области охраны психического здоровья по месту жительства, Йонгван, Республика Корея
д-р A. Janca	Университет Западной Австралии, Перт, Австралия
д-р Dale L. Johnson	Всемирное общество по шизофрении и аналогичным расстройствам, Таос, штат Нью-Мексико, США
д-р Kristine Jones	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
д-р David Musau Kiima	Руководитель Департамента охраны психического здоровья, Министерство здравоохранения, Найроби, Кения
г-н Todd Kriebel	Министерство здравоохранения, Веллингтон, Новая Зеландия
г-н John P. Kummer	Эквилибриум, Унтерэгер, Швейцария
проф. Lourdes Ladrado-Ignacio	Факультет психиатрии и поведенческой медицины, Медицинский колледж и Филиппинская больница общего профиля, Манила, Филиппины
д-р Pirkko Lahti	Генеральный секретарь/управляющий делами Всемирной федерации по охране психического здоровья и исполнительный директор Финской ассоциации по психическому здоровью, Хельсинки, Финляндия
г-н Eero Lahtinen	Министерство социального обеспечения и здравоохранения, Хельсинки, Финляндия
д-р Eugene M. Laska	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
д-р Eric Latimer	Научно-исследовательский центр больницы г. Дуглас, пров. Квебек, Канада
д-р Ian Lockhart	Кейптаунский университет, Обсерватория, Южная Африка
д-р Marcelino López	Научные исследования и оценка, Андалусский фонд поддержки социальной интеграции психически больных, Севиля, Испания
г-жа Annabel Lyman	Отдел поведенческого здоровья, Министерство здравоохранения, Корор, Республика Палау
д-р Ma Hong	Консультант Министерства здравоохранения, Пекин, Китайская Народная Республика
д-р George Mahy	Университет Вест-Индии, Сент-Майкл, Барбадос
д-р Joseph Mbatia	Министерство здравоохранения, Дар-эс-Салам, Танзания
д-р Céline Mercier	Научно-исследовательский центр больницы г. Дуглас, пров. Квебек, Канада
д-р Leen Meulenbergs	Бельгийский межуниверситетский центр по научным исследованиям и практике, охране здоровья и психобиологическим и психосоциальным факторам, Брюссель, Бельгия
д-р Harry I. Minas	Центр международного психического здоровья и транскультурологической психиатрии, Больница Сент-Винсент, Фицрой, штат Виктория, Австралия
д-р Alberto Minoletti	Министерство здравоохранения, Сантьяго, Чили
д-р P. Mogue	Министерство здравоохранения, Мозамбик
д-р Paul Morgan	SANE, Южный Мельбурн, штат Виктория, Австралия
д-р Driss Moussaoui	Университет психиатрии, Касабланка, Марокко
д-р Matt Muijen	Центр охраны психического здоровья Сейнсбери, Лондон, Соединенное Королевство
д-р Carmine Munizza	Научно-исследовательский центр психиатрии, Турин, Италия
д-р Shisram Narayan	Больница Сент-Джайлз, Сува, Фиджи
д-р Sheila Ndyanabangi	Министерство здравоохранения, Кампала, Уганда
д-р Grayson Norquist	Национальный институт психиатрии, Бетезда, штат Мэриленд, США
д-р Frank Njenga	Председатель Кенийской ассоциации психиатров, Найроби, Кения

д-р Angela Ofori-Atta	Отдел клинической психологии, Медицинская школа Университета Ганы, Корле-Бу, Гана
проф. Mehdi Paes	Психиатрическая больница при Университете Аррази, Сале, Марокко
д-р Rampersad Parasram	Министерство здравоохранения, Порт-оф-Спейн, Тринидад и Тобаго
д-р Vikram Patel	Центр «Сангат», штат Гоа, Индия
д-р Dixianne Penney	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
д-р Yogan Pillay	Проект «Эквити», Претория, Южная Африка
д-р M. Pohanka	Министерство здравоохранения, Чешская Республика
д-р Laura L. Post	Службы психиатрической помощи Марианских островов, Сайпан, США
д-р Prema Ramachandran	Плановая комиссия, Нью-Дели, Индия
д-р Helmut Remschmidt	Департамент детской и подростковой психиатрии, Марбург, Германия
проф. Brian Robertson	Факультет психиатрии, Кейптаунский университет, Южная Африка
д-р Julieta Rodriguez Rojas	Integrar a la Adolescencia, Коста-Рика
д-р Agnes E. Rupp	Руководитель Научно-исследовательской программы по экономике охраны психического здоровья, NIMH/NIH, США
д-р Ayesh M. Sammour	Министерство здравоохранения, Палестинская автономия, сектор Газа
д-р Aive Sarjas	Министерство социального обеспечения, Таллин, Эстония
д-р Radha Shankar	AASHA (проект «Хоуп»), Ченнаи, Индия
д-р Carole Siegel	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
проф. Michele Tansella	Факультет медицины и общественного здравоохранения, Веронский университет, Италия
г-жа Mrinali Thalgodapitiya	Исполнительный директор, NEST, Хендала, Ватала, пров. Гампаха, Шри-Ланка
д-р Graham Thornicroft	Директор, PRISM, Институт психиатрии Модсли, Лондон, Соединенное Королевство
д-р Giuseppe Tibaldi	Научно-исследовательский центр психиатрии, Турин, Италия
г-жа Clare Townsend	Факультет психиатрии, Университет штата Квинсленд, Toowong Qld, Австралия
д-р Gombodorjiin Tsetsegdary	Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Монголия
д-р Bogdana Tudorache	Президент Румынской лиги по психическому здоровью, Бухарест, Румыния
г-жа Judy Turner-Crowson	Бывший Председатель Всемирной ассоциации по психосоциальной реабилитации (WAPR), Комитет содействия WAPR, Гамбург, Германия
г-жа Pascale Van den Heede	Организация «Mental Health Europe», Брюссель, Бельгия
г-жа Marianna Várfalvi-Bognarne	Министерство здравоохранения, Венгрия
д-р Uldis Veits	Рижский муниципальный комитет по здравоохранению, Рига, Латвия
г-н Luc Vigneault	Ассоциация групп, отстаивающих право населения пров. Квебек на охрану психического здоровья, Канада
д-р Liwei Wang	Консультант Министерства здравоохранения, Пекин, Китайская Народная Республика
д-р Xiangdong Wang	И.о. регионального советника по психическому здоровью, Региональное бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана, Манила, Филиппины
проф. Harvey Whiteford	Факультет психиатрии, Университет штата Квинсленд, Toowong Qld, Австралия
д-р Ray G. Xerri	Министерство здравоохранения, Флориана, Мальта
д-р Xie Bin	Консультант Министерства здравоохранения, Пекин, Китайская Народная Республика
д-р Xin Yu	Консультант Министерства здравоохранения, Пекин, Китайская Народная Республика
проф. Shen Yucun	Институт охраны психического здоровья, Пекинский медицинский университет, Китайская Народная Республика

д-р Taintor Zebulon

Президент WAPR, факультет психиатрии, Медицинский
центр Нью-Йоркского университета, штат Нью-Йорк, США

ВОЗ также выражает признательность за щедрую финансовую помощь, которую оказали правительства Австралии, Италии, Нидерландов, Новой Зеландии, Норвегии и Финляндии, а также Фонд «Эли Лилли и Компания» и европейское отделение компании «Джонсон и Джонсон», занимающееся благотворительной деятельностью.

“Психиатрическую помощь необходимо оказывать в больницах общего профиля и районных лечебных учреждениях. Вместо крупных психиатрических клиник, оказывающих централизованные услуги, нужна более гибкая и адекватная организация служб охраны психического здоровья.”

Содержание

Предисловие	x
Краткое резюме	2
Цели и целевая аудитория	8
1. Введение	9
2. Организация служб охраны психического здоровья в разных странах мира и анализ их деятельности	10
2.1 Службы охраны психического здоровья, интегрированные в систему общего здравоохранения	10
2.2 Службы охраны психического здоровья по месту жительства	14
2.3 Институциональные услуги в психиатрических клиниках	18
3. Современная организация служб охраны психического здоровья в различных странах мира	23
4. Методические рекомендации по организации служб охраны психического здоровья	31
4.1 Принципы организации служб охраны психического здоровья	31
4.2 Определение оптимального сочетания типов предоставляемых услуг	33
4.3 Интеграция служб охраны психического здоровья в систему общего здравоохранения	35
4.4 Создание государственных и частных служб охраны психического здоровья по месту жительства	39
4.5 Недостатки в работе специализированных психиатрических клиник	42
5. Основные вопросы организации служб охраны психического здоровья	46
5.1 Лечение на базе научно обоснованного подхода в медицине	46
5.2 Сравнение эпизодического и непрерывного лечения	48
5.3 Пути получения помощи	48
5.4 Дисбаланс между городскими и сельскими районами	49
5.5 Лечение, ориентированное на предоставление услуг, в сравнении с лечением, ориентированным на потребности пациента	50
5.6 Межсекторальное и внутрисекторальное сотрудничество	51
6. Рекомендации и выводы	54
7. Последовательность действий по организации служб охраны психического здоровья в странах с разным уровнем ресурсного обеспечения	55
8. Препятствия и пути их преодоления	57
9. Глоссарий	67
Библиография	69

Данный модуль является составной частью рекомендуемого ВОЗ Свода методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья, в котором представлена полезная информация для стран в целях улучшения охраны психического здоровья своего населения.

С какой целью разработан Свод методических рекомендаций?

Цель составления Свода методических рекомендаций заключается в оказании помощи лицам, формирующим политику, и специалистам по планированию при выполнении ими следующих задач:

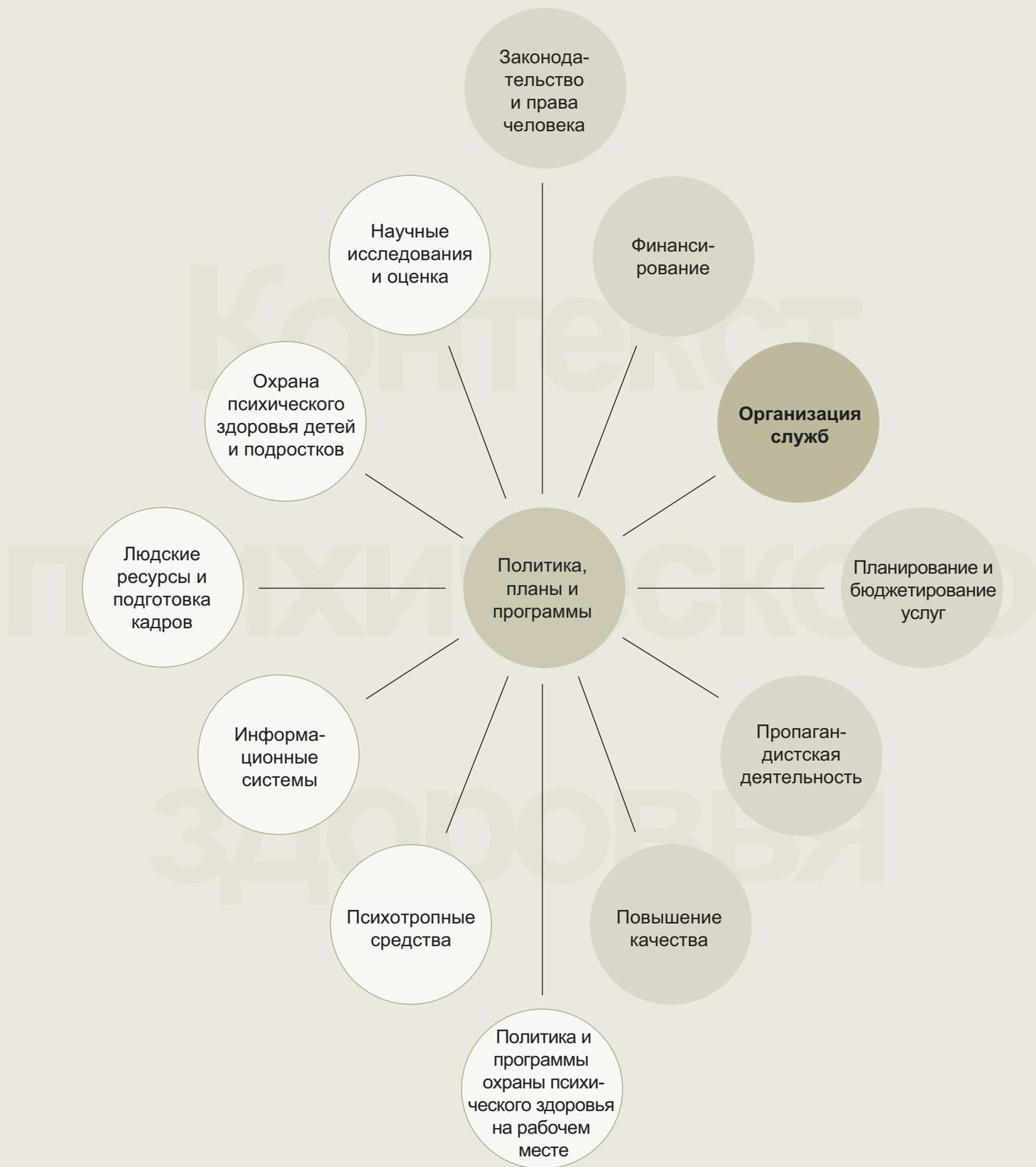
- разработка политики и всеобъемлющих стратегий по укреплению психического здоровья разных групп населения;
- использование существующих ресурсов для достижения наиболее оптимальных результатов;
- повышение эффективности услуг всем нуждающимся в помощи;
- оказание помощи людям с психическими расстройствами при их реинтеграции во все сферы жизни общества и содействие тем самым всестороннему улучшению качества жизни таких групп населения.

Что входит в предлагаемый Свод методических рекомендаций?

Свод методических рекомендаций состоит из нескольких тематически связанных и удобных для пользователя модулей для решения широкого спектра задач и приоритетных проблем, возникающих при формировании политики и планировании услуг в области психического здоровья. Тематика каждого модуля представляет собой один из ключевых аспектов охраны психического здоровья. В вводном модуле под названием *«Контекст психического здоровья»* дается описание глобального контекста психического здоровья и краткое содержание всех остальных модулей. Этот модуль должен не только дать читателям общее представление о глобальном контексте психического здоровья, но и оказать им помощь в выборе наиболее подходящих модулей с учетом сложившейся на местах ситуации. Модуль *«Политика, планы и программы в области психического здоровья»* является основным, и в нем представлена подробная информация о процессе разработки политики и методах ее реализации посредством соответствующих планов и программ. После ознакомления с этим модулем специалисты в странах могут обратиться к конкретным аспектам психического здоровья, о которых говорится в других модулях.

Свод практических рекомендаций включает в себя следующие модули:

- > Контекст психического здоровья
- > Политика, планы и программы в области психического здоровья
- > Финансирование охраны психического здоровья
- > Законодательство в области психического здоровья и права человека
- > Пропаганда актуальности охраны психического здоровья
- > Организация служб охраны психического здоровья
- > Повышение качества охраны психического здоровья
- > Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья



● подлежат разработке в дальнейшем

Работа над представленными ниже модулями еще не завершена, однако они будут включены в Свод методических рекомендаций по мере его окончательного формирования:

- > Расширение доступности психотропных средств и улучшение практики их использования
- > Информационные системы по психическому здоровью
- > Людские ресурсы и подготовка кадров в области психического здоровья
- > Охрана психического здоровья детей и подростков
- > Научные исследования и оценка политики и системы оказания услуг в области психического здоровья
- > Политика и программы охраны психического здоровья на рабочем месте

Для кого предназначен Свод методических рекомендаций?

Вышеперечисленные модули могут представлять интерес для:

- лиц, формирующих политику, и специалистов по планированию здравоохранения;
- органов государственной власти на федеральном, областном/региональном и местном уровнях;
- специалистов по лечению психических заболеваний;
- групп, представляющих интересы людей с психическими расстройствами;
- представителей или ассоциаций семей и лиц, оказывающих помощь людям с психическими расстройствами;
- организаций, отстаивающих интересы и права лиц, страдающих психическими расстройствами, их близких и членов их семей;
- неправительственных организаций, вовлеченных в процесс оказания услуг в области психического здоровья или заинтересованных в проведении такой работы.

Как пользоваться данными модулями на практике?

– Любой модуль можно использовать **отдельно или вместе с другими модулями**. Для удобства пользователей в модулях приводятся перекрестные ссылки. Специалисты в странах могут приступить к систематическому изучению всех модулей или выбрать для себя определенный модуль, если есть необходимость в более пристальном изучении конкретной тематики в области психического здоровья. Например, страны, для которых актуальны вопросы законодательства по охране психического здоровья, могут начать работу с модулем «*Законодательство в области психического здоровья и права человека*».

– Модули могут использоваться в качестве **набора учебно-методических материалов** лицами, формирующими политику в области психического здоровья, специалистами по планированию, организации, оказанию и финансированию служб охраны психического здоровья. Представленные материалы можно использовать как учебные пособия в университетах или колледжах. Профессиональные ассоциации могут воспользоваться данным Сводом методических рекомендаций в качестве вспомогательного материала для подготовки специалистов, работающих в системе охраны психического здоровья.

– Модули могут быть положены в основу **технических консультаций**, осуществляемых различными международными и национальными организациями при оказании помощи странам, которые ставят перед собой задачу реформирования существующей политики и/или системы оказания услуг в области психического здоровья.

– Модули могут стать **инструментом пропаганды** при проведении разъяснительной работы с потребителями услуг, членами семей и организациями, пропагандирующими ценности психического здоровья. Они содержат полезную информацию для сети санитарного просвещения и более широкого ознакомления политиков, лиц, формирующих общественное мнение, других категорий медработников и населения в целом с проблемой психических расстройств и работой служб охраны психического здоровья.

Формат модулей

В каждом модуле четко изложены его цели и обозначена целевая аудитория, для которой он предназначен. Для удобства использования и внедрения в странах методических рекомендаций формат любого модуля предполагает поэтапное описание действий. Названные рекомендации не являются обязательными к исполнению, и их не следует истолковывать однозначно, – поэтому странам рекомендуется адаптировать предлагаемый материал в зависимости от собственных потребностей и обстоятельств. С этой целью во всех модулях приводятся примеры практического применения изложенного материала.

Каждый модуль содержит большое количество перекрестных ссылок. В ходе ознакомления с одним модулем может возникнуть потребность (при наличии ссылок на другие модули) в получении дополнительной информации.

Все модули необходимо рассматривать в свете политики ВОЗ, направленной на предоставление основной части услуг в области психического здоровья в учреждениях общей лечебной сети и по месту жительства. Охрана психического здоровья населения, несомненно, является межсекторальной проблемой и предполагает коллективные усилия со стороны органов образования и обеспечения занятости населения, жилищного сектора, а также четкую работу социальных служб и системы уголовного судопроизводства. При разработке политики в области охраны психического здоровья и организации работы соответствующих служб необходимо самым серьезным образом прислушиваться к мнению организаций потребителей услуг психиатрии и членов их семей.

Д-р Michelle Funk

Д-р Benedetto Saraceno

ОРГАНИЗАЦИЯ
СЛУЖБ ОХРАНЫ
ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ

Введение

Службы охраны психического здоровья являются эффективным средством предоставления психиатрической помощи. Организация служб охраны психического здоровья оказывает огромное значение на эффективность предоставляемых услуг и, в конечном итоге, на выполнение поставленных задач и достижение соответствующих целей, определенных государственной политикой в области охраны психического здоровья.

Цель данного модуля не сводится к описанию исключительно одной модели организации служб в контексте психического здоровья. Окончательная форма организации служб по оказанию психиатрической помощи населению, в конечном итоге, зависит от социального, культурного, политического и экономического контекста данной страны. Однако исследования и опыт, накопленный в странах, находящихся в разных частях света, свидетельствуют о наличии ключевых компонентов, обеспечивающих достижение успеха при применении различных моделей предоставления психиатрических услуг. В данном модуле приводится описание основных компонентов по руководству и организации служб охраны психического здоровья в различных странах.

Описание и анализ организации служб охраны психического здоровья в различных странах

Существующие службы охраны психического здоровья можно классифицировать по нижеприведенным категориям. Данная классификация не служит рекомендацией по непосредственной организации служб охраны психического здоровья, а является попыткой провести широкомасштабную инвентаризацию существующих служб по оказанию психиатрической помощи.

1) Службы охраны психического здоровья, интегрированные в систему общественного здравоохранения, в целом подразделяются на службы охраны психического здоровья первичного медико-санитарного звена и службы охраны психического здоровья больниц общего профиля.

Службы охраны психического здоровья первичного медико-санитарного звена включают лечебные и профилактические службы, а также услуги по укреплению здоровья, оказываемые врачами общей практики. К ним относятся услуги, оказываемые врачами терапевтами, медицинскими сестрами и другим медицинским персоналом, работающим в лечебных учреждениях первичного медико-санитарного звена. Предоставление услуг охраны психического здоровья на первичном медико-санитарном уровне требует инвестирования значительных средств в подготовку специалистов первичного звена для выявления и лечения психических расстройств. В ходе обучения особое внимание необходимо уделить конкретным потребностям при подготовке различных групп специалистов первичного медико-санитарного звена: врачей, медицинских сестер и работников служб здравоохранения по месту жительства. Более того, у медицинского персонала первичного уровня должно быть время для оказания психиатрической помощи населению. В этой связи может потребоваться увеличение штата медицинского персонала первичного звена, если через систему первичной медико-санитарной помощи будут предоставляться дополнительные услуги по охране психического здоровья.

На первичном уровне лечение наиболее часто встречающихся острых психических расстройств может осуществляться также хорошо и даже более эффективно, чем в специализированных психиатрических клиниках. Однако результаты лечения во многом зависят от качества предоставляемых услуг, которые, в свою очередь, зависят от знаний медицинских работников первичного звена, практических навыков по диагностике и лечению типичных психических расстройств, а также от наличия необходимых лекарственных средств и методов психосоциального воздействия. Первичная медицинская помощь является более доступной для пациентов с психическими расстройствами и воспринимается ими гораздо лучше, чем лечение в других психиатрических учреждениях. Такая ситуация сложилась благодаря тому, что службы охраны психического здоровья первичного медико-санитарного звена не ассоциируются со стигматизацией и являются более дешевыми по сравнению с другими психиатрическими учреждениями.

Службы охраны психического здоровья в больницах общего профиля включают услуги, оказываемые в районных больницах общего профиля, больницах при учебных заведениях или центральных больницах, входящих в систему медицинских учреждений общего здравоохранения. В подобных учреждениях имеются психиатрические палаты для стационарных больных, места в общих палатах и отделениях неотложной помощи, а также психиатрические кабинеты в поликлиниках. Здесь могут также оказываться специализированные услуги, например, для детей, подростков и престарелых. Лечение в подобных случаях проводится специалистами в данной области: психиатрами,

психиатрическими сестрами, социальными психологами, психологами и терапевтами, которые прошли специальный курс подготовки по психиатрии. Совершенно очевидно, что для предоставления качественных услуг в данной области необходимо наличие достаточного количества специально подготовленного медицинского персонала и учебных заведений для его обучения.

Эффективность результатов лечения при предоставлении подобных услуг зависит от качества и типа оказываемой помощи. Во многих странах службы охраны психического здоровья в больницах общего профиля могут оказывать помощь в случаях острого поведенческого и эпизодического расстройства, которое не требует стационарного лечения. Однако возможности по оказанию помощи больным с тяжелыми психическими расстройствами зависят от наличия соответствующих служб в системе первичного медико-санитарного звена или в системе оказания психиатрической помощи по месту жительства, а также от непрерывности оказания услуг данными службами. Отношение к службам охраны психического здоровья при клиниках широкого профиля со стороны населения обычно очень положительное. Поскольку больницы общего профиля обычно находятся в больших городах, то могут возникать определенные проблемы с доступностью лечения в тех странах, где недостаточно развита транспортная система. Для лечебного учреждения психиатрическое лечение в больницах общего профиля по себестоимости вероятнее всего будет выше, чем в системе первичного медико-санитарного звена, но менее дорогим, чем в специализированных психиатрических учреждениях. Пациентам также придется нести дополнительные расходы на дорогу, проживание и питание, что в ряде стран может стать дополнительным барьером для свободного доступа к подобным медицинским услугам.

II) Службы охраны психического здоровья по месту жительства могут быть государственными и частными.

К *государственным службам охраны психического здоровья по месту жительства* относятся реабилитационные службы, программы перевода кризисных пациентов из клиник в службы охраны психического здоровья по месту жительства, мобильные кризисные группы, терапевтические службы, службы поддержки и помощи на дому и службы по оказанию помощи для спецконтингента, к которому относятся лица, страдающие психическими расстройствами вследствие полученной травмы, дети, подростки и престарелые. Службы охраны психического здоровья по месту жительства не функционируют на базе городских больниц, но поддерживают тесные рабочие контакты с медицинскими учреждениями первичного медико-санитарного звена и специализированными психиатрическими клиниками. Подобные службы работают более эффективно в тесном контакте со службами первичного уровня и частными поставщиками услуг на местах. Для оказания услуг в области охраны психического здоровья по месту жительства необходимо определенное количество специалистов с высоким уровнем подготовки и знаний, хотя большая часть психиатрической помощи может быть оказана медицинскими работниками общего профиля при условии определенной подготовки в области психиатрии. Во многих развивающихся странах высококвалифицированного персонала подобного профиля катастрофически не хватает, что позволяет воспользоваться подобными услугами лишь ограниченному числу пациентов.

Хорошо финансируемые и имеющие необходимые ресурсы службы охраны психического здоровья по месту жительства дают возможность лицам с острыми психическими расстройствами не менять место жительства и, таким образом, оставаться в своем окружении. Способность служб охраны психического здоровья по месту жительства удовлетворить потребности в медицинских услугах ассоциируется с их доступностью, а снижение стигматизации ассоциируется с увеличением обращений за психиатрической помощью и снижением вероятности нарушения прав человека. Для создания сети высококачественных служб охраны психического здоровья по месту жительства, предоставляющих широкий набор услуг, удовлетворяющих разнообразные клинические потребности пациентов, требуется наличие определенных финансовых средств и соответствующего медицинского персонала. Снижение себестоимости лечения до уровня психиатрических клиник, вероятно, займет еще достаточно долгое время.

Услуги *частных служб охраны психического здоровья по месту жительства* могут предоставляться частными лицами, не относящимися к врачам общей практики или узким специалистам-психиатрам или парапсихологам. Маловероятно, что они могут стать основной базой по предоставлению психиатрических услуг населению, в связи с чем не рекомендуется полностью зависеть от их услуг, которые, безусловно, могут стать хорошим дополнением к государственной системе общественного здравоохранения и сыграть важную роль в повышении эффективности результатов терапии пациентов с психическими расстройствами. Частные поставщики услуг обычно обладают хорошей репутацией, и у населения, как правило, не существует каких-либо проблем с доступом к предоставляемым услугам, так как они практикуют по месту жительства. Хотя данные услуги относятся к добровольным, не все из них являются абсолютно бесплатными. Например, во многих странах народные целители взимают плату за лечение и, следовательно, могут относиться к категории частнопрактикующих специалистов. Кроме того, существует определенная обеспокоенность нарушений прав человека при использовании определенных методов лечения народными целителями и знахарями.

III) Институциональные психиатрические услуги включают специализированные институциональные услуги и психиатрические клиники. Ключевой особенностью таких услуг является особый независимый стиль их предоставления, хотя они могут иметь некоторую связь с остальной системой здравоохранения.

Специализированные институциональные психиатрические услуги предоставляются некоторыми поликлиниками и отдельными государственными или частными клиниками на базе больниц, предоставляющих множество услуг для стационарных пациентов. Сюда входит лечение острых психических расстройств в отделениях строгого режима, отделениях для детей и лиц старшего возраста и отделениях судебной психиатрии. Данные услуги отличаются от услуг, предоставляемых в типовых психиатрических клиниках, так как они отвечают конкретным потребностям пациента, для лечения которого необходимы стационарные условия и наличие соответствующих специалистов разного профиля. Нехватка подобных специалистов представляет серьезную проблему для развивающихся стран. Большая часть подобных специализированных услуг оказывается в основном в специализированных лечебных центрах третичного уровня пациентам с трудноизлечимыми заболеваниями. В случае должного финансирования и наличия необходимых ресурсов такие услуги могут оказаться очень высокого качества и привести к достаточно хорошему промежуточному результату, который может стать основой для дальнейшего продолжения курса лечения. Почти во всех случаях предоставления специализированных услуг у населения возникают проблемы с доступом к медицинскому обслуживанию как в развивающихся, так и в развитых странах. Данные проблемы могут возникнуть из-за отсутствия определенных типов услуг в регионах страны, из-за расположения медицинских центров в больших городах, а также из-за определенной стигматизации, ассоциируемой с получением медицинской помощи в подобных учреждениях. Для создания и обеспечения работы сети специализированных психиатрических служб требуются значительные средства, в основном из-за вложений в инфраструктуру и на оплату медицинского персонала. Во многих развивающихся странах стоимость лечения в специализированных психиатрических отделениях не обязательно может быть высокой вследствие того, что оплата медицинского персонала ниже, чем в развитых странах и, во многих случаях, из-за того, что инвестирование осуществляется на более низком уровне и данные учреждения работают в более жестких условиях.

Специализированные психиатрические клиники предлагают длительное лечение с больничным уходом. Во многих странах мира они являются либо единственными учреждениями по лечению психических расстройств, либо предоставляют подавляющую долю услуг населению в данной области. В большинстве стран психиатрические клиники потребляют большую часть людских и финансовых ресурсов, выделенных на борьбу с психическими расстройствами. Подобная ситуация является серьезным препятствием на пути развития альтернативных служб охраны психического здоровья по месту жительства. В психиатрических клиниках часто отмечается большое количество неблагоприятных исходов лечения, связанных с различными факторами, такими как плохое клиническое лечение, нарушение прав человека, институциональная форма лечения и недостаток реабилитационно-восстановительных мероприятий. Следовательно, в случае острой нехватки финансовых ресурсов для развития служб охраны психического здоровья в специализированные психиатрические клиники надо вкладывать меньше средств. Это особенно касается тех развивающихся стран, в которых психиатрические клиники занимаются исключительно психиатрическим лечением. Стигматизация, ассоциирующаяся с психиатрическими клиниками, также понижает к ним доверие со стороны населения и приводит к снижению доступности их услуг.

Современная организация служб охраны психического здоровья в различных странах мира

Только небольшому количеству стран удалось достигнуть оптимального сочетания предоставляемых услуг. В некоторых развивающихся странах психиатрические услуги стали более доступными для населения за счет их интеграции в систему первичной медико-санитарной помощи. В некоторых странах уже имеются хорошие примеры межсекторального сотрудничества между неправительственными организациями, высшими учебными заведениями, общественными службами здравоохранения, частнопрактикующими специалистами и потребителями услуг, что ведет к становлению служб охраны психического здоровья по месту жительства. Даже внутри одной страны может наблюдаться значительный дисбаланс между различными регионами, а частные и государственные услуги одновременно могут быть доступны только отдельным группам населения, обычно проживающим в больших городах или каком-либо конкретном районе.

В развитых странах процесс перевода стационарных больных на амбулаторное обслуживание за последние три десятилетия привел к сокращению числа стационарных пациентов в психиатрических клиниках, а также к закрытию многих клиник подобного типа. Однако данный процесс не сопровождался увеличением объема услуг, предлагаемых службами охраны психического здоровья по месту жительства, которые часто оказывались неэффективными и были неравномерно распределены по территории страны. В настоящее время значительное внимание уделяется развитию служб охраны психического здоровья на уровне первичного медико-санитарного звена. Например, несмотря на то, что депрессия является наиболее типичной проблемой, с которой обращаются пациенты к врачам терапевтам, ее еще недостаточно точно диагностируют и не всегда эффективно лечат врачи общей практики в большинстве развитых стран.

Исходя из имеющегося мирового опыта работы служб охраны психического здоровья, можно сделать два основных вывода. Во-первых, развитие служб охраны психического здоровья представляет серьезную проблему как для развивающихся, так и для развитых стран. Однако характер сложностей в развитых странах иной, чем в развивающихся. Во многих развивающихся странах отмечается катастрофическая нехватка ресурсов и медицинского персонала. Подобная ситуация заслуживает немедленного внимания. В развитых странах существуют проблемы, связанные с недостаточным предоставлением услуг на местном уровне, отмечается большая необходимость в выявлении и лечении психических расстройств в системе первичного медико-санитарного звена, а также определенная конкуренция между общими и специализированными службами охраны психического здоровья. Во-вторых, более дорогостоящие специализированные лечебные учреждения не являются панацеей от всех проблем. Даже при ограниченности ресурсов, выделяемых на охрану здоровья в большинстве стран, значительные улучшения в сфере предоставления психиатрических услуг населению возможны в случае переадресации имеющихся ресурсов на поддержку менее дорогостоящих служб, гарантирующих относительно хороший исход лечения и охватывающих более широкие слои населения.

Свод методических рекомендаций по организации служб охраны психического здоровья

Рекомендации данного модуля предназначены для создания интегрированной системы предоставления услуг и не должны рассматриваться отдельно друг от друга. Применение только одной рекомендации на практике не приведет к улучшению здоровья лиц, страдающих психическими расстройствами. В основе организации служб охраны психического здоровья должны лежать принципы доступности медицинских услуг, скоординированного ухода, непрерывности оказания медицинской помощи, результативности, равенства доступа и уважения прав человека.

Специалисты по планированию должны определить оптимальное сочетание типов оказываемых услуг охраны психического здоровья и способы их предоставления по определенным каналам. Максимальные требования, предъявляемые к оказанию услуг охраны психического здоровья, значительно отличаются по странам, хотя относительные потребности в конкретных услугах во многом одинаковы в большинстве государств. Совершенно очевидно, что большая часть услуг прежде всего должна предоставляться частными службами охраны психического здоровья по месту жительства и службами охраны психического здоровья по месту жительства при помощи сотрудников первичного медико-санитарного звена, а затем психиатрическими службами больниц общего профиля, государственными психиатрическими институтами и, в последнюю очередь, специализированными психиатрическими клиниками. Нет никаких оснований для оказания услуг охраны психического здоровья только в психиатрических клиниках. Конечно, всегда будет существовать потребность в продолжительном стационарном лечении у небольшого количества пациентов, даже если службы охраны психического здоровья по месту жительства будут функционировать на высоком уровне. Однако большинство таких пациентов можно лечить стационарно в небольших учреждениях на местах или в палатах длительного пребывания в больницах, которые также предоставляют и другие виды специализированных услуг. Стимуляция навыков повседневной жизни в крупных лечебных учреждениях, как, например, в психиатрических клиниках, часто бывает не оправдана с точки зрения себестоимости, эффективности и качества услуг.

Интеграция служб охраны психического здоровья в систему общего здравоохранения способствует уменьшению стигматизации, ассоциируемой с прохождением лечения в специализированной психиатрической клинике. Это также позволяет снизить хроническую нехватку психиатров и повысить вероятность раннего выявления психических расстройств у больных с психосоматическими симптомами, обращающимися в общую лечебную сеть. Другие потенциальные преимущества такой организации заключаются в предоставлении услуг на местном уровне и возможности получения поддержки пациентом со стороны близких и друзей в процессе лечения. Интеграция служб охраны психического здоровья в систему здравоохранения общего профиля является наиболее эффективной стратегией по охвату психиатрическими услугами тех категорий населения, которые ранее не имели доступа к психиатрической помощи.

Данная интеграция может проводиться на клиническом, управленческом, административном и финансовом уровнях. Безусловно, полная интеграция теоретически может иметь как определенные преимущества, так и недостатки, и странам необходимо принимать во внимание конкретные условия при принятии решения в пользу полной и частичной интеграции. По крайней мере, на клиническом уровне интеграция должна быть как можно более полной. Сюда относится интеграция на уровне первичного медико-санитарного звена, интеграция служб охраны психического здоровья на уровне больниц общего профиля, установление связей между первичным и вторичным уровнями и интеграция служб охраны психического здоровья в другие программы по охране здоровья и социальные проекты.

Интеграция на уровне первичной медицинской помощи требует наличия обученного медицинского персонала, который может взять на себя обязанности по предоставлению услуг охраны психического здоровья и по информационно-пропагандистской работе. В большинстве стран требуются финансовые средства для привлечения дополнительного медицинского персонала первичного звена, у которого будет достаточно времени для оказания психиатрической помощи. Среди других вопросов, заслуживающих внимания, можно выделить создание соответствующей инфраструктуры, обеспечение оборудованием и, что важнее всего, обеспечение психотропными лекарственными препаратами.

Интеграция служб охраны психического здоровья в систему общего здравоохранения требует наличия отделений амбулаторного лечения и психиатрических палат в больницах общего профиля, а также наличия специалистов в области психиатрии, а именно психиатров, психологов, сестер психиатрических отделений и социальных работников.

Нельзя недооценивать необходимость взаимодействия первичного медицинского звена и вторичных служб охраны психического здоровья. На уровне районов и областей необходимо наладить четкую систему консультаций и направления к психиатрам из системы первичной медико-санитарной помощи.

В развивающихся странах интеграция служб охраны психического здоровья в существующие программы охраны здоровья населения и социальной помощи представляется вполне целесообразной для повышения эффективности оказания услуг охраны психического здоровья. Так, послеродовую депрессию у женщин можно лечить в рамках более широкой программы репродуктивного здоровья, проблемы женского психического здоровья могут рассматриваться в рамках программ по борьбе с домашним насилием, а потребность в психосоциальных услугах может быть удовлетворена в рамках программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом.

Во всех странах необходимо развивать сеть государственных и частных служб охраны психического здоровья. Развитие служб охраны психического здоровья по месту жительства представляется особенно важным там, где необходимо снизить удельный вес институционального лечения. В развивающихся странах из-за нехватки финансовых и людских ресурсов службы охраны психического здоровья по месту жительства следует развивать поэтапно, учитывая местные потребности, варьирующиеся в зависимости от региона. Помимо этого, в развивающихся странах следует использовать уже существующие сети неправительственных организаций для оказания некоторых типов услуг, например программы совместного проживания, лечения и реабилитации по типу клубного отдыха, группы взаимной поддержки, специальные мастерские для реабилитации и работы инвалидов, система обеспечения рабочих мест для инвалидов на специальных предприятиях, трудоустройство инвалидов с последующим наблюдением за их работой, дома с обслуживающим персоналом.

Процесс перевода стационарных больных на амбулаторное обслуживание является важной составляющей реформы системы охраны психического здоровья. Он заключается не просто в выписке пациентов из больниц длительного содержания, а требует значительных изменений, состоящих в более широком оказании услуг охраны психического здоровья по месту жительства в качестве альтернативы институциональным психиатрическим службам. Предоставление услуг охраны психического здоровья на местах должно сопровождаться снижением количества пациентов психиатрических клиник. Процесс деинституционализации следует проводить поэтапно сразу после создания системы психиатрической помощи на местном уровне. Для достижения данной цели потребуются значительные усилия со стороны специалистов по планированию, руководителей здравоохранения и клиницистов.

Основные положения организации служб охраны психического здоровья

При выполнении данных рекомендаций по организации служб охраны психического здоровья необходимо использовать научно обоснованный подход в медицине при проведении психиатрического вмешательства, принимать во внимание потребности пациентов с психическими расстройствами, учитывать вопросы доступа населения к службам психиатрической помощи и другие важные аспекты структурного характера, как, например, необходимость межсекторального сотрудничества.

Существуют данные, подтверждающие более успешный исход лечения в системе охраны психического здоровья по месту жительства, чем в психиатрических клиниках, а также доказательства того, что краткосрочные курсы лечения не уступают по эффективности длительному пребыванию в стационаре. Некоторые расстройства, например депрессия, успешно лечатся медицинскими работниками первичного звена, с использованием лекарственных препаратов и методов психотерапии. Что касается шизофрении, то регулярный прием препаратов и участие членов семьи в процессе лечения может значительно снизить уровень возникновения рецидивов и, таким образом, существенно улучшить качество жизни пациента.

Службы здравоохранения должны быть ориентированы на потребности большого числа больных с серьезными и длительными психическими расстройствами. Использование оценки работы учреждений здравоохранения по их пропускной способности, т. е. по количественным показателям прошедших лечение пациентов, где упор делается на активном лечении острых состояний в надежде на то, что большинство пациентов практически полностью излечится и не возникнет необходимости в продолжении лечения до следующего обострения, не подходит для таких случаев. Больным с серьезными и длительными психическими расстройствами больше подходит метод продолжительного лечения. При таком методе акцентируется внимание на удовлетворении широкого круга потребностей пациента, включая социальные, профессиональные и психологические потребности.

Пути получения медицинской помощи, т. е. то, каким образом люди с психическими расстройствами получают доступ к службам охраны психического здоровья, отличаются в развитых и развивающихся странах из-за разного уровня развития системы здравоохранения. Периодически доступ к службам охраны психического здоровья может быть затруднен, что приводит к задержкам в получении медицинской помощи и большей вероятности неблагоприятных исходов лечения. Специалисты по планированию служб охраны психического здоровья должны наладить их работу таким образом, чтобы преодолеть возможные препятствия, и облегчить доступ к медицинским услугам, снижая таким образом продолжительность и остроту психических расстройств.

Специалистам по планированию также необходимо преодолеть дисбаланс, существующий между городскими и сельскими службами охраны психического здоровья. В данном модуле приводятся названия и краткое описание программ, предназначенных для преодоления сложившегося дисбаланса.

Обычно службы охраны психического здоровья организованы, исходя из удобства управления ими, а пациенты вынуждены приспосабливаться к определенной структуре службы, услугами которой они захотят воспользоваться. Такой подход характерен для многих служб охраны психического здоровья. В отличие от подхода, ориентированного на потребности больного, он затрудняет доступ к психиатрическим услугам, особенно для пациентов с серьезными психическими расстройствами, потребности которых выходят за рамки чисто медицинского и терапевтического вмешательства. В настоящее время происходит движение в сторону таких моделей предоставления медицинских услуг, которые ориентированы на потребности больных, например ведение пациентов, программы асертивного лечения и создание сельскохозяйственных реабилитационных кооперативов. Такие модели являются признанием того, что потребности пациентов должны находиться на первом месте, а службы охраны психического здоровья должны организовываться таким образом, чтобы удовлетворять их потребности.

Весь спектр потребностей пациентов с психическими расстройствами нельзя удовлетворить только в медицинском секторе. Здесь важно сотрудничество как в рамках одного сектора (внутрисекторальное сотрудничество), так и между секторами (межсекторальное сотрудничество).

Признание необходимости осуществления совместных усилий – первый шаг на пути к укреплению сотрудничества как на межсекторальном, так и на внутрисекторальном уровне. Медицинские учреждения, оказывающие психиатрическую помощь, а также лица, занимающиеся планированием и оказанием психиатрических услуг, должны вести разъяснительную работу среди тех, кто не имеет отношения к здравоохранению. Сотрудничество необходимо укреплять за счет вовлечения специалистов из других секторов в разработку политики по охране психического здоровья, возлагая ответственность за проведение определенных мероприятий на немедицинские учреждения, а также за счет создания общегосударственных консультативных комитетов с участием учреждений, не входящих в медицинский сектор.

В последних двух разделах данного модуля приводятся рекомендации по проведению срочных мероприятий, описываются препятствия на пути организации служб охраны психического здоровья и предлагаются пути их преодоления.

Цели и целевая аудитория

Целями данного модуля являются:

- представление описания и анализа служб охраны психического здоровья по всему миру, рассмотрение деятельности и организационной структуры различных служб;
- анализ современного статуса служб охраны психического здоровья в различных странах;
- выработка рекомендаций по организации служб охраны психического здоровья;
- обсуждение важнейших вопросов по организации данных служб;
- обсуждение возможных препятствий на пути организации служб охраны психического здоровья и путей их преодоления.

Данный модуль предназначен для:

- лиц, формирующих политику здравоохранения, и специалистов по планированию;
- департаментов здравоохранения на общегосударственном, региональном и местном уровнях;
- специалистов в области психического здоровья;
- людей с психическими расстройствами и организаций, представляющих их интересы;
- представителей или ассоциаций членов семей и лиц, осуществляющих уход за людьми с психическими расстройствами;
- организаций, пропагандирующих ценности психического здоровья, представляющих интересы людей с психическими расстройствами, членов их семей и родственников;
- неправительственных организаций, занимающихся или заинтересованных в предоставлении услуг в области психического здоровья.

1. Введение

Оказание помощи и предоставление услуг в области психического здоровья включает в себя весь комплекс мер от работы с семьями до специализированной помощи психически больным людям. Вопрос организации служб охраны психического здоровья является ключевым аспектом оказания психиатрической помощи населению. При оптимальной организации их деятельность способствует достижению целей и выполнению задач, предусмотренных государственной политикой в области охраны психического здоровья. Плохо организованные службы не способны удовлетворить потребности людей с психическими расстройствами, а полученные результаты не оправдывают вложенные средства.

Цель модуля не состоит в попытке навязать использование единственной модели организации служб охраны психического здоровья, применимой во всех странах. Окончательная форма организации служб по оказанию психиатрической помощи населению, в конечном итоге, зависит от социальной, культурной, политической и экономической ситуации. Наличие финансовых и людских ресурсов варьируется в зависимости от страны. Культурное наследие и ценности могут быть разными даже в пределах одной страны. Следовательно, маловероятно, что какая-либо модель предоставления психиатрических услуг может полностью удовлетворить потребности всех пациентов с психическими расстройствами.

Однако исследования и опыт, накопленные в разных странах, свидетельствуют о существовании **ключевых компонентов**, обеспечивающих достижение успеха при применении различных моделей предоставления услуг в области охраны психического здоровья. В представленном модуле приводится описание основных компонентов, необходимых для организации служб охраны психического здоровья в разных странах. Он предназначен для всех стран, заинтересованных в реструктуризации существующих служб охраны психического здоровья.

Вопрос организации служб охраны психического здоровья является ключевым аспектом оказания психиатрической помощи населению.

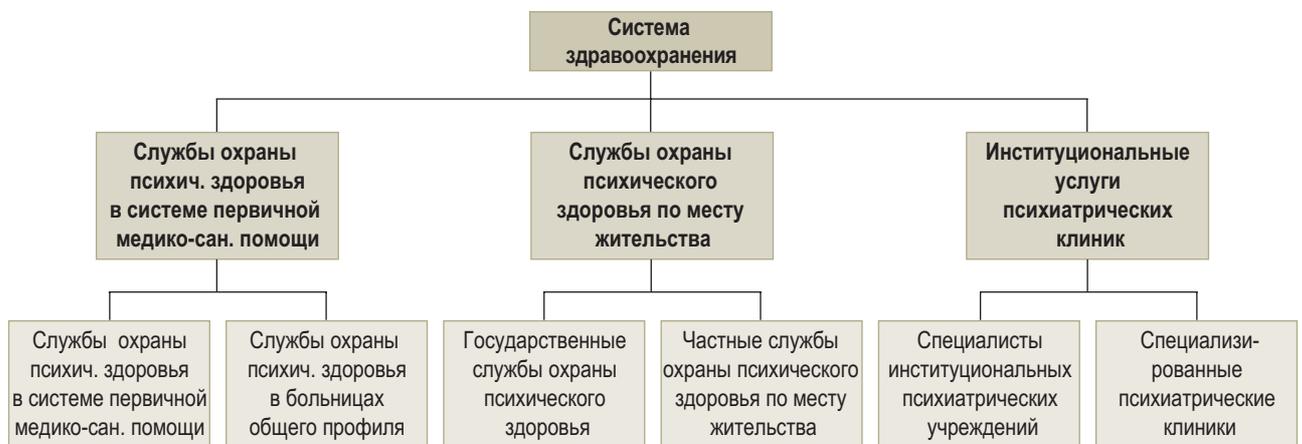
Окончательная форма организации служб охраны психического здоровья зависит от местных условий.

Несмотря на существенные различия, существуют ключевые компоненты, способствующие успешной организации служб охраны психического здоровья.

2. Организация служб охраны психического здоровья в разных странах мира и анализ их деятельности

На Рисунке 1 схематично показана организация служб охраны психического здоровья в разных странах. Данная схема представляет широкомасштабную инвентаризацию служб охраны психического здоровья, существующих в разных странах мира, которые имеют разные системы здравоохранения и различные уровни предоставления медицинских услуг. Данная схема не является рекомендацией по организации служб охраны психического здоровья, а служит лишь попыткой представить различные виды существующих служб.

Рисунок 1. Организация служб охраны психического здоровья



Каждая служба подробно описывается ниже. После описания приводятся аргументы о преимуществах и недостатках каждой службы охраны психического здоровья для медицинских работников и пациентов с психическими расстройствами.

2.1 Службы охраны психического здоровья, интегрированные в систему общего здравоохранения

Интегрированные службы охраны психического здоровья подразделяются на две категории:

- службы охраны психического здоровья в системе первичной медико-санитарной помощи;
- службы охраны психического здоровья в больницах общего профиля.

2.1.1 Службы охраны психического здоровья в системе первичной медико-санитарной помощи

Данная категория включает терапевтическое, профилактическое и санитарно-просветительное вмешательства, осуществляемые работниками первичного медико-санитарного звена. Конкретные примеры приведены ниже. Конечно, такая система оказания услуг в области охраны психического здоровья существует не во всех странах. Более того, некоторые виды врачебного вмешательства оказываются узкими специалистами, а не работниками первичного медико-санитарного звена, как видно из приведенных ниже примеров. Способы организации служб охраны психического здоровья в разных странах отличаются друг от друга в зависимости от условий и наличия квалифицированного персонала.

Ниже приводится перечень медицинских работников первичного звена, оказывающих услуги по охране психического здоровья:

- a) терапевты, медицинские сестры и другой персонал учреждений первичной медицинской помощи, которые проводят диагностику и лечение психических расстройств, а также направляют пациентов к врачам-специалистам;
- b) терапевты, медицинские сестры и другие работники, ведущие пациентов с психическими расстройствами на дому;
- c) немедицинские работники первичного медико-санитарного звена, оказывающие базовые услуги в сельской местности;
- d) немедицинские работники первичного медико-санитарного звена, проводящие профилактические мероприятия и мероприятия по укреплению здоровья, например разъяснительную работу по актуальности охраны психического здоровья и скрининг психических расстройств в школах.
- e) работники первичного медико-санитарного звена и гуманитарных служб, оказывающие услуги по разъяснению, обучению, ведению случаев и лечению лиц, страдающих психическими расстройствами, после природных катастроф или актов насилия.

Возможные преимущества и недостатки служб охраны психического здоровья в системе первичной медико-санитарной помощи

I) Кадровые ресурсы: Предоставление услуг населению по охране психического здоровья на первичном уровне требует инвестирования значительных средств в подготовку специалистов первичного звена, способных диагностировать и проводить лечение психических расстройств. В ходе обучения особое внимание необходимо уделить конкретным потребностям при подготовке различных групп специалистов первичного медико-санитарного звена: врачей, медицинских сестер и работников служб охраны психического здоровья по месту жительства. Желательно, чтобы программы обучения были непрерывными, а не состояли из нескольких семинаров, которые не могут обеспечить закрепления полученных навыков. Во многих странах непрерывный курс подготовки отсутствует, и специалисты первичного медико-санитарного звена имеют недостаточную подготовку для работы с людьми, страдающими психическими расстройствами, которые, в свою очередь, не получают должной медицинской помощи. Специалисты первичного медико-санитарного звена обычно имеют достаточную квалификацию для оказания помощи больным с физическими заболеваниями, но многие из них чувствуют себя неуверенно при ведении пациентов с психическими расстройствами. Часто они принижают свою роль в лечении психических расстройств. Следовательно, программы обучения должны включать рассмотрение данных аспектов.

Одной из причин, по которой некоторые работники первичного медицинского звена не хотят оказывать услуги по охране психического здоровья, является недостаток времени. В этой связи может потребоваться увеличение штата медицинского персонала первичного уровня, если через данную систему планируется оказание психиатрической помощи. Существует мнение, что медицинские работники могут сэкономить время, если будут оказывать психиатрические услуги больным, которые обращаются в медицинские учреждения с физическими жалобами, имеющими психологическую этиологию (Goldberg & Lecrubier, 1995; Üstün and Sartorius, 1995).

II) Результаты лечения: Традиционная логика подсказывает, что результаты лечения на первичном уровне оказываются хуже, чем в специализированных психиатрических службах, но это не всегда верно. На первичном уровне лечение наиболее часто встречающихся острых психических расстройств может быть таким же хорошим и даже более эффективным, чем в специализированных психиатрических клиниках (см. Раздел 7.1). Этому есть три наиболее вероятных объяснения. Во-первых, пациенты скорее всего обращаются за лечением психических расстройств на ранней стадии именно в

Службы охраны психического здоровья в системе первичной медико-санитарной помощи включают терапевтическое, профилактическое и санитарно-просветительное вмешательства, осуществляемые работниками первичного медико-санитарного звена.

Подготовка специалистов первичного медико-санитарного звена требует значительных средств.

Для оказания услуг охраны психического здоровья требуется увеличение штата медицинского персонала первичного звена.

Лечение некоторых психических расстройств дает хорошие результаты в системе первичного медико-санитарного звена.

учреждения первичного звена, являющиеся более доступными и дешевыми. Во-вторых, существует хорошая возможность выявления психических расстройств на ранних стадиях у пациентов, обращающихся с жалобами на физическое состояние. В-третьих, работники первичной медицинской помощи могут лучше знать культурные и межличностные особенности своих пациентов, чем персонал специализированных психиатрических клиник. По этим причинам пациенты находят большее взаимопонимание с медицинскими работниками первичного уровня. Более того, врачи общей практики способны использовать некоторые культурные и личностные особенности пациентов для достижения успешного терапевтического эффекта. Безусловно, результаты лечения во многом зависят от качества предоставляемых услуг, которые, в свою очередь, зависят от знаний работников первичного звена, навыков диагностики и лечения типичных психических расстройств, а также от наличия времени, необходимых лекарственных средств и использования методов психосоциального воздействия.

III) Приемлемость: Обычно оказание психиатрической помощи специалистами первичного медико-санитарного звена хорошо воспринимается пациентами с психическими расстройствами. Службы первичного звена не ассоциируются со стигматизацией, поскольку, помимо психических расстройств, они лечат физические заболевания. Более того, нарушения прав граждан с психическими расстройствами менее вероятны в системе первичной медико-санитарной помощи.

IV) Доступ к медицинскому обслуживанию: Службы первичного медицинского звена являются доступными по своему географическому положению, а часы работы определены с учетом рабочего графика населения. Доступ также облегчается сравнительно низкой стоимостью, что увеличивает вероятность обращения за помощью малоимущих пациентов.

V) Финансовые затраты: Службы первичной медицинской помощи являются более дешевыми по сравнению с другими службами из-за меньших затрат на людские ресурсы и помещения, поскольку они используются для оказания общемедицинских услуг и не требуют наличия специального оборудования и мест в больничных палатах для стационарных больных. Службы первичного медико-санитарного звена являются более дешевыми для людей с психическими расстройствами, поскольку никому не надо ехать и тратить много времени на получение необходимой медицинской помощи.

2.1.2 Службы охраны психического здоровья больниц общего профиля

Определенные услуги по охране психического здоровья могут оказываться в специализированных районных больницах или специализированных больницах при учебных заведениях или центральных больницах, входящих в систему медицинских учреждений общего профиля. В подобных учреждениях для взрослых имеются психиатрические палаты для стационарных больных, места в общих палатах и отделения неотложной помощи и психиатрические кабинеты в поликлиниках. Они могут также включать как психиатрические палаты для детей и подростков, так и поликлиники. Лечение пожилых людей может проводиться в больницах общего профиля и в университетских больницах, в которых имеются психиатрические палаты и места в общих палатах, а также в амбулаторных службах поликлиник. Такое лечение проводится специалистами: психиатрами, дипломированными медицинскими сестрами, психиатрическими социальными работниками, психологами и терапевтами, которые прошли курс подготовки по психиатрии. Примеры психиатрической помощи, оказываемой в больницах общего профиля приведены в Рамке 1.

Оказание психиатрической помощи в системе первичного медико-санитарного звена обычно позитивно воспринимается населением.

Службы первичного медико-санитарного звена являются наиболее доступными.

Психиатрическая помощь, оказываемая службами охраны психического здоровья первичного медико-санитарного звена, может быть более дешевой по сравнению с услугами, оказываемыми другими службами.

Некоторые психиатрические услуги могут оказываться в районных больницах общего профиля и специализированных университетских больницах.

Рамка 1. Психиатрическая помощь, оказываемая в больницах общего профиля

- > Стационарное лечение острых расстройств
- > Стабилизационное лечение кризисных состояний
- > Программы временного стационарного лечения (день/ночь)
- > Консультационные услуги для общемедицинских пациентов
- > Программы интенсивной амбулаторной помощи
- > Временный уход за больными и инвалидами в период отсутствия лиц, обычно осуществляющих уход
- > Консультации специалистов/программы поддержки/обучения специалистов первичного медико-санитарного звена
- > Группы многопрофильной психиатрической помощи, взаимодействующие с другими местными и районными секторами (школами, работодателями, исправительными учреждениями, учреждениями социальной помощи) и неправительственные организации, проводящие профилактические мероприятия и мероприятия по пропаганде ценностей психического здоровья
- > Специализированные отделения/палаты для пациентов со специфическими психическими расстройствами и отделения для проведения комплекса реабилитационных мер

Возможные преимущества и недостатки служб охраны психического здоровья в больницах общего профиля

I) Кадровые ресурсы: Службы охраны психического здоровья требуют наличия достаточного числа специалистов для оказания психиатрической помощи: психиатров, психологов, социальных работников и медицинских сестер, имеющих специальную подготовку. Следовательно, для подготовки таких специалистов требуются дополнительные средства. Наличие таких специалистов в больницах общего профиля дает им некоторые преимущества перед другими клиниками. Такие специалисты могут принимать участие в обучении студентов и переподготовке медицинских работников на курсах повышения квалификации и таким образом ориентировать врачей общей практики на выявление психических расстройств. Отделения психиатрии в больницах общего профиля могут выполнять функцию центров повышения квалификации в сфере психиатрии и предоставлять возможность для переподготовки других специалистов в области психического здоровья, например психологов, медицинских сестер и социальных работников.

II) Результаты лечения: Результаты лечения могут быть различными в зависимости от качества и количества предоставляемых услуг. Во многих развивающихся странах службы охраны психического здоровья в больницах общего профиля представлены в виде амбулаторных отделений, палат краткосрочного стационарного пребывания для лечения острых расстройств и в виде системы консультационных услуг, оказываемых психиатрическим отделением другим отделениям больницы. В таких условиях службы охраны психического здоровья могут успешно оказывать помощь при острых поведенческих расстройствах, но являются малоэффективными при лечении тяжелых психических заболеваний, когда болезнь может протекать по схеме «госпитализация–выписка–повторная госпитализация» (синдром «вращающейся двери»), особенно при отсутствии полного объема услуг на уровне первичного медицинского звена и служб охраны психического здоровья по месту жительства. Отсутствие психиатрических и психосоциальных услуг снижает вероятность положительного результата лечения для пациентов, страдающих непсихотическими заболеваниями.

III) Приемлемость: Отношение к лечению, проводимому службами охраны психического здоровья в больницах общего профиля со стороны лиц, страдающих психическими расстройствами, обычно позитивное. Лечение, оказываемое такими службами, связано с меньшей степенью стигматизации, чем в специализированных психиатрических клиниках. Больницы общего профиля являются открытыми учреждениями, что делает нарушение прав человека менее вероятным, чем в лечебных заведениях закрытого типа.

IV) Доступ к медицинскому обслуживанию: Обычно больницы общего профиля находятся в районных центрах, тогда как медицинские центры при учебных заведениях располагаются в крупных городах. В развивающихся странах доступ к службам охраны психического здоровья, расположенных в больницах общего профиля, может быть затруднен по финансовым причинам. Отсутствие надежной и доступной по цене системы общественного транспорта не позволяет многим живущим за пределами больших городов, добраться до таких больниц. Преимущества служб охраны психического здоровья на базе больниц общего профиля заключаются в большей доступности обследования и лечения специалистами, так же как и лечения сопутствующих соматических заболеваний.

Для организации служб охраны психического здоровья в больницах общего профиля требуются специально подготовленные специалисты.

Результаты лечения зависят от качества и количества предоставляемых услуг.

Пациенты психиатрии положительно относятся к лечению в больницах общего профиля.

Существуют некоторые проблемы с доступом к службам охраны психического здоровья на базе больниц общего профиля. Эти службы также имеют определенные преимущества.

V) Финансовые затраты: Для поставщиков услуг оказание психиатрической помощи в больницах общего профиля по себестоимости, вероятнее всего, будет выше, чем в системе первичного медико-санитарного звена. Это связано с расходами на инфраструктуру, расходами на предоставление стационарного лечения, более высокой оплатой медицинскому персоналу: психиатрам и другим специалистам, прошедшим специальную подготовку в области психиатрии. Однако стоимость оказания психиатрической помощи в больницах общего профиля может быть ниже, чем в специализированных психиатрических институтах. Для пациентов стоимость лечения в больницах общего профиля будет выше, чем в учреждениях первичного медико-санитарного звена, поскольку им придется нести дополнительные расходы в виде оплаты проезда к месту лечения и потери заработка вследствие временной нетрудоспособности, т. е. непрямые расходы. В сельских районах службы охраны психического здоровья при больницах общего профиля экономят на транспортных расходах, перекладывая их на плечи пациентов. Такой перенос финансового бремени может затруднять доступ к психиатрической помощи в развивающихся странах, где косвенные расходы непропорционально высоки по сравнению со средствами, расходуемыми непосредственно на лечение психических расстройств.

Стоимость оказания психиатрической помощи в больницах общего профиля выше, чем в системе первичного медико-санитарного звена, но ниже по сравнению с лечением в специализированных психиатрических клиниках.

2.2 Службы охраны психического здоровья по месту жительства

Службы охраны психического здоровья по месту жительства могут быть государственными и частными.

2.2.1 Государственные службы охраны психического здоровья по месту жительства

Государственные службы охраны психического здоровья по месту жительства включают широкий круг учреждений, предоставляющих различные типы медицинской помощи специалистами в области психиатрии и младшим медицинским персоналом, т. е. людьми, задачей которых является оказание вспомогательных услуг. К ним относятся реабилитационные службы по месту жительства, программы перевода кризисных пациентов из клиник в службы охраны психического здоровья по месту жительства, мобильные кризисные группы, терапевтические службы, службы поддержки и помощи на дому и службы по оказанию помощи для спецконтингента, к которому относятся лица, страдающие психическим расстройством вследствие полученной травмы, дети, подростки и люди старшего возраста. Службы охраны психического здоровья по месту жительства не функционируют на базе больниц, но поддерживают тесные рабочие контакты с медицинскими учреждениями общего профиля и специализированными психиатрическими клиниками. Такие контакты могут заключаться в организации двусторонней системы направления пациентов, когда больницы общего профиля и психиатрические клиники принимают пациентов для короткого курса лечения и, в свою очередь, направляют выписывающихся пациентов в службы охраны психического здоровья по месту жительства. Наибольшего успеха службы охраны психического здоровья по месту жительства добиваются тогда, когда работают в тесном контакте с учреждениями первичного медико-санитарного звена и частными поставщиками услуг. В Рамке 2 приводятся примеры отдельных видов служб охраны психического здоровья по месту жительства.

Службы охраны психического здоровья по месту жительства должны иметь тесные рабочие контакты с системой первичного медико-санитарного звена, специализированной медицинской помощью, а также с частными поставщиками услуг по месту жительства.

Рамка 2. Виды государственных служб охраны психического здоровья по месту жительства

Реабилитационные службы

- > Центры охраны психического здоровья по месту жительства/поликлиники
- > Клубные дома
- > Центры дневного пребывания
- > Центры медико-социальной помощи
- > Группы поддержки
- > Трудоустройство/реабилитационные мастерские
- > Мастерские с предоставлением жилья
- > Трудоустройство под присмотром куратора
- > Кооперативы для лиц с психическими расстройствами
- > Программы по поддержке трудоустройства

Программы перевода кризисных пациентов в службы охраны психического здоровья по месту жительства и мобильные кризисные группы

- > Мобильные службы для оказания помощи кризисным пациентам (включая вечерние часы и выходные дни), работающие на базе центров охраны психического здоровья по месту жительства и поликлиник

Кризисные службы

- > Жилые дома, находящиеся вблизи медицинских учреждений, с круглосуточной медицинской помощью, оказываемой специалистами в области психического здоровья
- > Услуги медицинских работников, прошедших специальную подготовку в области психического здоровья, которые могут оставаться с пациентом в его собственном доме в ночное время для оказания поддержки в период кризиса
- > Кризисные центры

Терапевтические службы и службы помощи на дому

- > Многоквартирные дома для бывших пациентов (без надзора)
- > Квартиры для проживания двух или трех жильцов (без надзора)
- > Дома для совместного проживания (с медицинским персоналом и без)
- > Приюты
- > Реабилитационные центры
- > Сельскохозяйственные реабилитационные кооперативы
- > Обычное жилье

Службы на дому

- > Лечение на дому, координируемое врачом из центра охраны психического здоровья по месту жительства
- > Ведение случаев и ассертивное лечение по месту жительства
- > Центры оказания психиатрической помощи на дому

Другие

- > Медицинское обслуживание в учебных заведениях, по месту работы или в исправительных учреждениях
- > Телефоны доверия
- > Программы психологической помощи в лагерях беженцев или по месту жительства

Возможные преимущества и недостатки служб охраны психического здоровья по месту жительства

I) Кадровые ресурсы: Для оказания услуг охраны психического здоровья по месту жительства необходимо адекватное количество специалистов с высоким уровнем подготовки и знаний. Большая часть психиатрических услуг может быть оказана медицинскими работниками общего профиля при условии определенной переподготовки в области лечения психических расстройств. Интенсивный характер работы служб охраны психического здоровья по месту жительства предполагает потребность в большем количестве персонала по сравнению с другими службами охраны психического здоровья для обеспечения максимальной доступности.

II) Результаты лечения: Результаты лечения зависят от качества оказываемых услуг. Хорошо финансируемые и обладающие необходимыми ресурсами службы охраны психического здоровья по месту жительства способны предоставить лицам с острыми психическими расстройствами возможность продолжать жить в своем окружении, что способствует их интеграции в общество (см. Раздел 7.1). Службы охраны психического здоровья по месту жительства, такие как центры дневного пребывания, мастерские с предоставлением жилья и специальное жилье для инвалидов, где им постоянно оказывается медицинская помощь, играют решающую роль в оказании социальной поддержки людям с психическими расстройствами, что, в свою очередь, весьма положительно сказывается на результатах лечения и качестве жизни пациента.

III) Приемлемость: Высокий уровень удовлетворения работой служб охраны психического здоровья по месту жительства зависит от их доступности, снижения стигматизации при обращении за психиатрической помощью и минимальной вероятности нарушения прав человека.

IV) Доступ к медицинскому обслуживанию: Службы охраны психического здоровья по месту жительства широко доступны для лиц с серьезными психическими расстройствами, лечение которых требует продолжительного врачебного вмешательства. В таких службах существует меньший риск стигматизации, чем в психиатрических клиниках закрытого типа, что повышает уровень их доступности. Основными препятствиями доступа к услугам данных служб является их недостаточное количество, которое можно объяснить большими затратами на организацию и работу, а также нехваткой квалифицированного персонала. Такие препятствия особенно характерны для развивающихся стран, где службы охраны психического здоровья по месту жительства доступны только для небольшого процента населения. Сельское население и национальные меньшинства в развитых странах тоже сталкиваются с проблемой ограниченного доступа из-за отсутствия таких служб на местах.

V) Финансовые расходы: Во многих странах процесс деинституционализации, перевод психиатрической помощи на обслуживание по месту жительства, проводился в надежде на снижение расходов со стороны лечебных учреждений, особенно в системе общественного здравоохранения. Однако опыт последнего десятилетия показывает, что экономия средств оказывалась минимальной, особенно в течение краткосрочного периода. Службы охраны психического здоровья по месту жительства вынуждены тратить дополнительные средства на дорогу и транспорт для персонала, особенно в сельской местности. Помимо этого, из-за времени, затраченного на дорогу, помощь оказывается меньшему числу нуждающихся. Для создания сети высококачественных служб охраны психического здоровья на местах, предоставляющих широкий набор услуг, удовлетворяющих разнообразные клинические потребности пациентов, требуются значительные финансовые затраты и достаточное количество медицинского персонала. Для снижения себестоимости услуг потребуются еще достаточно долгое время. Снижение себестоимости может происходить за счет сокращения количества мест в стационарах, которые являются дорогостоящими как в развитых, так и во многих развивающихся странах. Для пациентов с психическими расстройствами снижение стоимости услуг происходит за счет экономии средств на проезд к месту лечения и снижения косвенных расходов, поскольку в этом случае работники служб охраны психического здоровья сами направляются к больному, а не наоборот.

2.2.2 Частные службы охраны психического здоровья по месту жительства

Помимо специалистов в области общего или психического здоровья и младшего медицинского персонала, на местах могут оказываться разнообразные услуги в области психического здоровья. Хотя эти люди могут иметь весьма незначительную подготовку в области психиатрии или не иметь ее вовсе, они могут обеспечивать необходимый уход за больными, особенно когда пациенты с психическими расстройствами живут дома среди семьи. Существуют разные типы частных служб охраны психического здоровья, наличие которых зависит от обеспеченности ресурсами и социально-политической ситуации в стране или регионе. В Рамке 3 приводятся примеры частных служб охраны психического здоровья по месту жительства.

Для оказания психических услуг по месту жительства необходимо адекватное количество специалистов. В развивающихся странах их может оказаться недостаточно.

Обладающие необходимыми ресурсами службы могут обеспечить благоприятные результаты лечения.

Пациенты обычно довольны работой таких служб.

Службы охраны психического здоровья по месту жительства широко доступны для потребителей.

Службы охраны психического здоровья по месту жительства не всегда могут быть дешевыми и не обязательно приводят к снижению общей стоимости предоставляемых услуг.

Представители частных служб охраны психического здоровья по месту жительства вряд ли могут стать основной базой по предоставлению психиатрической помощи населению, в связи с чем странам не рекомендуется полностью зависеть от их услуг. Однако они являются хорошим дополнением к государственным службам охраны психического здоровья.

Народных целителей сложно отнести к какой-либо категории, представленных в данном разделе. Народные целители могут быть духовными или религиозными целителями или врачевателями, практикующими альтернативную медицину. В некоторых странах они могут быть составной частью частных служб охраны психического здоровья. Однако в большинстве стран они берут плату за оказываемые услуги и таким образом считаются частью частного сектора медицинских услуг. Во многих странах они являются первыми, к кому обращаются больные с психическими расстройствами и иногда единственным доступным источником помощи. Их услуги обычно доступны населению, поскольку они практикуют по месту проживания. Несмотря на важную роль целителей по оказанию помощи людям с психическими расстройствами, стоит заметить, что существует определенная обеспокоенность нарушением прав человека при использовании некоторых нетрадиционных методов лечения, особенно для уязвимых групп населения: детей, женщин и лиц старшего возраста.

Не рекомендуется полностью зависеть от услуг частных служб охраны психического здоровья по месту жительства.

Народные целители составляют весьма разнородную группу.

Рамка 3. Примеры частных служб охраны психического здоровья

- > Народные целители
- > Сотрудники охраны психического здоровья в деревнях и по месту жительства
- > Члены семьи больного
- > Группы самоподдержки и потребителей услуг
- > Организации пропаганды ценностей психического здоровья
- > Добровольцы, проводящие разъяснительную работу среди родителей и молодежи по вопросам, касающимся психического здоровья, и скрининг для выявления случаев психических расстройств (включая суицидальные тенденции) в больницах и школах
- > Религиозные деятели, оказывающие помощь по преодолению посттравматического синдрома в чрезвычайных ситуациях
- > Услуги по уходу в дневное время, оказываемые родственниками, соседями или пенсионерами, проживающими по близости
- > Работники гуманитарной помощи в экстремальных ситуациях.

Возможные преимущества и недостатки частных служб охраны психического здоровья по месту жительства

I) Кадровые ресурсы: Обычно на местах нет недостатка в людских ресурсах, особенно в сельских и географически отдаленных районах, где затруднен доступ к государственным службам охраны психического здоровья.

II) Результаты лечения: Частные службы охраны психического здоровья по месту жительства могут оказать существенную поддержку в улучшении результатов лечения пациентов с психическими расстройствами. Они играют важную роль в процессе интеграции пациентов в общество и представляют собой сеть поддержки, которая снижает уровень возникновения рецидивов. Во многих развивающихся странах такие службы являются единственным источником психиатрической помощи, за которой, в первую очередь, обращаются люди с острыми, кратковременными и психосоциальными психическими расстройствами, возникающими на почве стресса.

III) Приемлемость: Обычно общество очень хорошо воспринимает частные службы охраны психического здоровья, потому что считает их более чувствительными к своим нуждам. Восприятие психических расстройств работниками служб охраны психического здоровья по месту жительства, причин их возникновения и способов лечения созвучно с восприятием, существующем в обществе, несмотря на некоторые опасения нарушения прав человека, в частности при использовании методов, которые могут травмировать пациентов и нарушить права уязвимых групп населения: детей, женщин и лиц старшего возраста. Лечение, осуществляемое представителями частных служб, не подлежит проверке на качество в отличие от учреждений общественного здравоохранения.

IV) Доступ к медицинскому обслуживанию: Обычно службы охраны психического здоровья по месту жительства легко доступны и почти всегда базируются в непосредственной близости от пациентов, что снижает вероятность стигматизации при обращении за помощью.

V) Финансовые затраты: При обращении в частные службы охраны психического здоровья по месту жительства пациенты значительно выигрывают финансово по сравнению с аналогичными государственными службами (см. предыдущие разделы о народных целителях). Однако не все услуги обязательно являются бесплатными, за некоторые из них потребителям приходится платить.

2.3 Институциональные услуги в психиатрических клиниках

Основной особенностью таких служб является их особый независимый статус, хотя они могут иметь некоторую связь с остальной системой здравоохранения. Данные службы подразделяются на специализированные институциональные службы охраны психического здоровья и специализированные психиатрические клиники.

2.3.1 Специализированные институциональные службы охраны психического здоровья

Обычно предоставляются некоторыми поликлиниками и отдельными государственными или частными клиниками с палатами для стационарных больных. Данные услуги отличаются от услуг, предоставляемых в типовых психиатрических клиниках, так как они соответствуют конкретным потребностям пациента, для лечения которых необходимы стационарные условия. Более того, в рамках подобных услуг не оказывается первичная психиатрическая помощь широкому кругу населения, так как данные службы являются вторичными и высокоспециализированными. Предоставляемые услуги включают лечение острых психических расстройств в отделениях строгого режима, специализированные отделения для детей и престарелых, а также другие специализированные услуги, например отделения судебной психиатрии. Примеры подобных служб приводятся в Рамке 4.

В большинстве случаев на местах нет недостатка в людских ресурсах.

Частные службы охраны психического здоровья способны оказать существенную поддержку государственным службам.

В обществе существует хорошее отношение к частным службам охраны психического здоровья.

Службы охраны психического здоровья по месту жительства легко доступны.

Частные услуги по охране психического здоровья не всегда бесплатны, иногда потребителям приходится платить.

Рамка 4. Примеры специализированных институциональных служб охраны психического здоровья

- > Специализированные стационарные отделения
 - отделения усиленного режима
 - отделения строгого режима
- > Специализированные отделения/центры по лечению специфических расстройств и проведению соответствующих реабилитационных программ, например отделения пищевых расстройств
- > Специализированные клиники или отделения по лечению отдельных психических расстройств у детей и подростков
- > Реабилитационные службы по лечению специфических расстройств у детей и подростков, например аутизма и психических расстройств
- > Временный уход за инвалидами и пациентами на время отсутствия тех, кто обычно за ними ухаживает
- > Специализированные клиники или отделения по лечению психических расстройств у престарелых, например болезни Альцгеймера

Возможные преимущества и недостатки специализированных институциональных служб охраны психического здоровья

I) Кадровые ресурсы: Предоставление специализированной психиатрической помощи требует наличия квалифицированных специалистов в данной области. Нехватка подобных специалистов представляет серьезную проблему для развивающихся стран. Отсутствие квалифицированного персонала может затруднить поддержание желаемого уровня качества услуг и создает перекос в сторону принудительного лечения с минимальным терапевтическим вмешательством.

Нехватка кадровых ресурсов сказывается на качестве специализированных услуг.

II) Результаты лечения: Специализированные услуги оказываются в высокоспециализированных лечебных центрах в основном пациентам, лечение которые представляет определенную проблему. Успех лечения в специализированных службах в основном зависит от качества услуг и имеющейся инфраструктуры. В развитых странах имеется достаточный уровень финансирования, который позволяет оказывать услуги высокого качества и обеспечивает достаточно положительные результаты лечения, которые могут стать основой для дальнейшего продолжения курса. В развивающихся странах из-за недостатка финансирования, отсутствия инфраструктуры и персонала подобные службы либо отсутствуют, либо являются малоэффективными.

Специализированные службы оказывают помощь больным с тяжелыми психическими расстройствами, лечение которых представляет определенные трудности.

III) Приемлемость: Специализированные институциональные службы охраны психического здоровья, как и все психиатрические институты закрытого типа, ассоциируются с общественной стигматизацией и, соответственно, не очень хорошо воспринимаются обществом. Лица с психическими расстройствами неохотно обращаются за помощью в эти службы, за исключением крайних случаев. Однако подобная ситуация не должна представлять проблему, так как специализированные службы не рассматриваются в качестве первичного звена предоставления услуг.

Специализированные службы не являются первичным звеном предоставления услуг.

IV) Доступ к медицинской помощи: Практически во всех случаях предоставления специализированных услуг у населения возникают проблемы с доступом к медицинскому обслуживанию как в развитых, так и развивающихся странах. В развитых странах доступ к таким услугам затруднен, а в развивающихся странах эти службы отсутствуют практически полностью. Данные специализированные службы обычно располагаются вблизи больших городов, но зачастую на достаточном расстоянии от них. Транспортное сообщение может быть недостаточно развитым, что приводит к увеличению стоимости услуг. Стигматизация, связанная с получением медицинской помощи в подобных учреждениях также является препятствием к доступу. Некоторые проблемы доступа не имеют простых решений. Спорным остается вопрос об использовании таких служб в качестве первичного звена лечения. Наоборот, специализированные службы должны быть централизованными, а лечение в них проводится только по направлению.

Доступ к специализированным службам затруднен из-за их географического расположения.

V) Финансовые затраты: На организацию и работу специализированных служб требуется значительно больше финансовых средств, чем на все другие службы охраны психического здоровья. Организация специализированных отделений и оплата квалифицированного персонала требует больших финансовых вложений при невысоком соотношении количества пациентов к медицинскому персоналу. Помимо этого, стоимость услуг возрастает, поскольку пациенты проходят очень длительные курсы лечения. Во многих развивающихся странах стоимость лечения в специализированных психиатрических отделениях не обязательно может быть высокой вследствие того, что оплата медицинского персонала ниже, чем в развитых странах, и во многих случаях из-за того, что инвестирование осуществляется на более низком уровне и данные учреждения работают в более жестких условиях. В такой ситуации сложно оценить финансовую убыточность специализированных служб охраны психического здоровья. Однако, если бы в развивающихся странах оказывались специализированные психиатрические услуги надлежащего качества, то все финансовые проблемы, описанные выше, в равной степени относились бы и к ним. Точное распределение финансовых затрат между поставщиками и потребителями услуг зависит от условий финансирования в отдельной стране. Даже если специализированные психиатрические службы находятся на государственном финансировании, потребители неизбежно несут косвенные расходы при обращении за помощью.

Качественные специализированные психиатрические услуги являются дорогостоящими, поскольку требуют серьезных вложений в инфраструктуру и персонал.

2.3.2 Специализированные психиатрические клиники

Долговременное принудительное лечение в основном осуществляется в психиатрических клиниках старого типа. Во многих странах они являются либо единственными учреждениями по лечению психических расстройств, либо предоставляют львиную долю услуг в этой области. Может показаться, что это противоречит данным Атласа ВОЗ, где говорится, что только в 37% стран нет медицинских учреждений, а в 87% стран все психиатрические услуги оказываются в медицинских учреждениях первичного звена, а также что регулярное обучение персонала первичного медицинского звена происходит в 59% стран (Всемирная организация здравоохранения, 2001b). Однако эти процентные соотношения не отражают уровня охвата населения. Так в Индии, где количество населения превышает 1 миллиард человек, программы по охране психического здоровья по месту жительства функционируют лишь в 22 районах и охватывают только 40 миллионов человек (Jacob, 2001).

Возможные преимущества и недостатки психиатрических клиник

I) Кадровые ресурсы: В большинстве стран психиатрические клиники потребляют большую часть кадровых и финансовых ресурсов, ассигнованных на лечение психических расстройств. Это является серьезным препятствием на пути развития альтернативных служб охраны психического здоровья по месту жительства. Более того, отмечается высокий уровень демотивации среди персонала, что приводит к постепенному снижению уровня профессиональных навыков.

Психиатрические клиники потребляют большую часть кадровых и финансовых ресурсов в большинстве стран.

II) Результаты лечения: В большинстве данных учреждений существует только принудительное лечение, которое можно сравнить с тюремным режимом, часто исключительно низкого качества. Результаты лечения оказываются неблагоприятными из-за различных факторов, таких как плохое клиническое лечение, нарушение прав человека, принудительная форма лечения и недостаток реабилитационных мероприятий. Высокая стоимость и неудовлетворительные результаты означают, что это невыгодное вложение скудных финансовых ресурсов, выделяемых на развитие служб охраны психического здоровья. Это особенно касается тех развивающихся стран, где психиатрические клиники являются единственным источником оказания психиатрической помощи.

Неблагоприятные результаты лечения вызваны низким уровнем качества услуг, предоставляемых большинством психиатрических клиник.

III) Приемлемость: Отношение к психиатрическим клиникам у людей с психическими расстройствами и в обществе в целом крайне отрицательное. Уровень стигматизации, ассоциируемый с получением помощи в психиатрических учреждениях закрытого типа, довольно велик, пациенты неохотно, только в случае крайней необходимости, обращаются за помощью в подобные учреждения. В результате обращение за психиатрической помощью происходит с опозданием, что неблагоприятно сказывается на результатах лечения. За психиатрическими клиниками как в развивающихся, так и в развитых странах тянется шлейф серьезных нарушений прав человека. В последние два десятилетия это привело либо к закрытию таких больниц, либо к их основательному реформированию. Несмотря на изменения к лучшему, серьезные опасения нарушений прав человека в психиатрических клиниках остаются небеспопеченными как в развитых, так и в развивающихся странах.

Психиатрические клиники ассоциируются со стигматизацией и нарушением прав человека.

Пациенты неохотно обращаются за помощью в такие учреждения.

IV) Доступ к медицинскому обслуживанию: Практически во всех психиатрических клиниках существуют проблемы с доступом пациентов. Такие больницы, как правило, расположены вдали от крупных населенных пунктов и до них сложно добраться на транспорте. Пациенты с психическими расстройствами, находящиеся в этих учреждениях, изолированы от своих семей; принимать посетителей и поддерживать контакты с внешним миром бывает для них крайне сложно. Доступ также затрудняется обременительными процедурами, связанными с поступлением и выпиской, а также стигматизацией, ассоциируемой с пребыванием в подобных учреждениях.

V) Финансовые затраты: Услуги психиатрических клиник являются дорогостоящими и во многих развивающихся странах потребляют значительную долю средств, выделяемых на финансирование служб охраны психического здоровья, при котором лишь незначительная часть идет на развитие служб по месту жительства. В Индонезии, например, 97% бюджета охраны психического здоровья расходуется на государственные психиатрические клиники (Trisnantoro, 2002). Большинство больниц представляют собой стационарные учреждения с одним и тем же контингентом больных, пребывающих в больнице длительное время.

Во многих странах существуют значительные препятствия на пути доступа к психиатрическим услугам.

Большие финансовые затраты на психиатрические клиники не оставляют средств на развитие альтернативных служб охраны психического здоровья.

Основные положения: Службы охраны психического здоровья

- Службы охраны психического здоровья можно классифицировать по следующим категориям: (I) службы охраны психического здоровья, интегрированные в систему общественного здравоохранения; (II) службы охраны психического здоровья по месту жительства; (III) институциональные психиатрические услуги, предоставляемые психиатрическими клиниками.
- Службы охраны психического здоровья в системе первичной медико-санитарной помощи требуют инвестирования значительных средств на подготовку специалистов первичного медицинского звена.
- В учреждениях первичного медико-санитарного звена возможно добиться хороших клинических результатов лечения многих психических расстройств.
- Службы охраны психического здоровья в системе первичной медицинской помощи обладают рядом значительных преимуществ: лучший доступ и приемлемость со стороны населения и меньшие затраты как поставщиков услуг, так и потребителей.
- Для организации работы службы охраны психического здоровья в больницах общего профиля требуется наличие соответствующего количества квалифицированного медицинского персонала, прошедшего необходимую подготовку.
- Государственные службы охраны психического здоровья по месту жительства должны работать в тесном контакте с учреждениями первичной медицинской помощи и со службами специализированной и высокоспециализированной психиатрической помощи.
- Традиционно службы охраны психического здоровья по месту жительства, обладающие необходимыми ресурсами, имеют хорошую репутацию среди пациентов и медицинских работников.
- Перевод служб охраны психического здоровья на оказание услуг по месту жительства не обеспечивает немедленную экономию средств поставщиков услуг.
- Частные службы охраны психического здоровья по месту жительства являются доступным источником психиатрической помощи во многих странах.
- Во многих развивающихся странах частные службы охраны психического здоровья по месту жительства являются первым, а иногда и единственным источником психиатрической помощи.
- Необходимость в специализированных стационарных психиатрических службах существует во многих странах и варьируется в зависимости от государства. Однако потребность в них существенно ниже, чем потребность в службах охраны психического здоровья в системе первичного медико-санитарного звена и в службах охраны психического здоровья по месту жительства.
- Лечение, предоставляемое специализированными психиатрическими клиниками во многих странах, ассоциируется со стигматизацией и нарушением прав человека.
- Во многих странах специализированные психиатрические клиники потребляют непропорционально большие объемы финансовых и кадровых ресурсов, что приводит к недостатку средств на развитие альтернативных служб охраны психического здоровья.

3. Современная организация служб охраны психического здоровья в различных странах мира

Только некоторым странам удалось достигнуть оптимального сочетания предоставляемых услуг. Даже в пределах одной страны может существовать значительный дисбаланс в географическом распределении служб охраны психического здоровья.

Во многих странах психиатрические клиники продолжают оставаться основным источником оказания психиатрической помощи. Тот факт, что такие больницы обычно расположены на существенном расстоянии от крупных городов, а также неразвита транспортная система усиливают сегрегацию людей с психическими расстройствами. Даже внешне такие больницы выглядят злое: многие окружены высокими заборами с наблюдательными вышками, что свидетельствует о принудительном характере лечения. Подобные больницы, как правило, имеют низкий уровень оснащенности. Часто отсутствуют такие элементарные удобства, как туалеты, кровать и места для хранения личных вещей. Соотношение медицинского персонала к количеству пациентов может быть очень низким. Таким образом, пациентам невозможно обеспечить профессиональный, качественный и индивидуальный подход. Всевозможные нарушения прав человека распространены повсеместно. В Рамке 5 приведена выдержка из отчета Национальной комиссии по правам человека о ситуации в психиатрических клиниках Индии, в котором описывается, что происходит в подобных учреждениях и с какими трудностями придется столкнуться при реформировании системы охраны психического здоровья.

Как в развивающихся, так и в развитых странах нарушения прав человека в психиатрических клиниках продолжают оставаться серьезной проблемой.

Рамка 5. Ситуация в психиатрических клиниках в Индии

Национальная комиссия по правам человека Индии провела проверку 37 государственных психиатрических клиник страны, в которых содержатся около 18 000 человек. Отчет о проверке был опубликован в 1999 году. Данные отчета, которые приводятся ниже, свидетельствуют о грубых нарушениях прав человека, встречающихся в подобных учреждениях.

Общее соотношение количества коек к числу пациентов составило 1:1,4, что говорит о том, что спальные места на полу являются распространенным явлением во многих больницах. Даже в тех больницах, где число коек соответствовало числу пациентов, многие койки были отправлены в ремонт, и пациентам пришлось спать на холодном и влажном полу.

В мужских отделениях в Варанаси, Индоре, Муршидабаде и Ахмедабаде пациенты вынуждены справлять естественные нужды в открытые сточные канавы на виду у всех. Туалеты во многих больницах забиты испражнениями. В некоторых больницах в туалетах отсутствуют водопроводные краны. В тринадцати больницах (35%) туалеты оказались очень грязными.

Во многих больницах отмечены проблемы с водопроводной водой, являющиеся результатом нехватки воды в штате, где находится это учреждение. В 26 больницах (70,2%) отмечено неудовлетворительное состояние хранилищ для воды, что также приводило к ее нехватке. В ряде случаев пациенты были вынуждены выходить из палаты в поисках воды. В некоторых больницах отсутствовала чистая питьевая вода. Перед входом в каждую палату стояло ведро с водой для общего пользования. В ночное время, когда палаты заперты на замок, пациенты вынуждены, просовывая руки сквозь прутья решеток, черпать воду общей кружкой. В некоторых больницах нет горячей воды для мытья даже в зимнее время. Распространена помывка на открытом воздухе (т. е. в больнице отсутствуют ванны комнаты, и люди вынуждены принимать душ на улице). 37 больниц (43,2%) оказались камерного типа. В одних больницах в одиночной камере содержалось несколько пациентов. В других – в камерах было не более одного больного. Во многих одиночных камерах отсутствовали вода, постельное белье, кровать или туалет. Пациенты находились в закрытых камерах постоянно и вынуждены были справлять естественные нужды на месте.

Источник: *Quality assurance in mental health (Обеспечение качества служб охраны психического здоровья)*. Нью-Дели, Национальная комиссия по правам человека Индии; 1999 год.

В некоторых развивающихся странах были предприняты меры по облегчению доступа к службам охраны психического здоровья путем их интеграции в систему первичной медико-санитарной помощи. В ряде стран психиатрические услуги стали оказывать в больницах общего профиля. К сожалению, оба пути оказания услуг в области охраны психического здоровья делают их доступными лишь для небольшого числа населения, обычно в крупных городах и отдельных сельских районах. Не было приложено достаточно согласованных усилий, чтобы сделать учреждения первичного медико-санитарного звена основными источниками предоставления психиатрической помощи. В Рамках 6 и 7 представлены примеры интеграции служб. В Рамке 8 приведены примеры неравномерного распределения служб охраны психического здоровья по территории стран.

Службы первичного медико-санитарного звена все еще не являются основным источником предоставления психиатрической помощи в большинстве стран.

Рамка 6. Оказание услуг охраны психического здоровья в системе первичного медико-санитарного звена: опыт разных стран

Аргентина: В провинции Неукуэн сотрудничество между врачами общей практики первичного медицинского звена, которые относятся к сектору общего здравоохранения, и психологами-консультантами, относящимися к сектору психического здоровья, было затруднено в силу разных подходов к подготовке. Терапевты хотели большей подготовки по вопросам охраны психического здоровья и улучшения взаимодействия с психиатрами-консультантами и психологами. Поэтому отдел здравоохранения этой провинции создал комиссию по вопросам психического здоровья, в задачи которой, помимо всего прочего, входило создание эффективной консультационной сети и подготовка терапевтов и медицинских сестер в отдаленных сельских районах. В процессе разработки программ обучения медицинскому персоналу комиссия провела конференцию для терапевтов, на которую были приглашены специалисты с богатым международным опытом в области охраны психического здоровья. На конференции присутствовали медсестры, психиатры, представители первичной медицинской помощи, духовенства, социальной сферы и юристы из Аргентины, Чили, Гватемалы, Великобритании, Уругвая и США. По окончании конференции комиссия по психическому здоровью, включающая представителей служб охраны психического здоровья и первичного медико-санитарного звена, продолжила работу по координации дальнейшего обучения и одновременного последующего наблюдения за работой терапевтов и местных психологов в системе первичного медицинского звена (Collins et al., 1999f). Такой подход к интеграции служб охраны психического здоровья в систему первичной медико-санитарной помощи может осуществляться на разных уровнях. На уровне провинций сотрудничество может осуществляться между секторами психического здоровья и первичного медико-санитарного звена. На уровне первичного медицинского звена происходит более широкое сотрудничество между различными специалистами, которые заинтересованы в данных вопросах. Программа обучения способствует сотрудничеству между врачами общей практики, медицинскими сестрами и социальными работниками в контексте оказания помощи семьям. Похожая программа обучения была разработана и для медицинских сестер (Collins et al., 1999a). В рамках консультативного подхода, осуществляемого в системе первичной медицинской помощи, врачи общей практики в сельских районах ежемесячно проводят встречи с народными целителями для координации подходов к лечению некоторых заболеваний, для повышения доверия к врачам общей практики со стороны населения и предотвращения случаев двойного лечения, включающего применения трав и лекарственных препаратов (Collins et al., 1999b).

Китай: Общие терапевтические услуги оказываются в поликлиниках при районных больницах общего профиля (Pearson, 1992; Yan et al., 1995). Помимо этого, на уровне первичного медико-санитарного звена существуют услуги по охране психического здоровья по месту жительства. К ним относятся посещения пациентов на дому специалистами из районных больниц, а также оказание сестринской помощи или ухода лицам, живущим на улице, и отдельным категориям граждан (Pearson, 1992). В Шанхае существуют службы телефона доверия для подростков и престарелых (Ji, 1995).

Ботсвана: Медицинские сестры психиатрических отделений районных больниц вторичного звена осуществляют надзор за несколькими клиниками первичного медицинского звена в каждом районе. Они регулярно навещают данные клиники и консультируют медицинских работников первичного медицинского звена по выявленным случаям расстройств (Ben-Tovim, 1987).

Гвинея-Бисау: До начала последней войны в стране существовала хорошо функционирующая система первичной медико-санитарной помощи с развитой инфраструктурой и оплачиваемым персоналом. Медицинские сестры в центрах первичной медицинской помощи были обучены выявлять и лечить случаи основных психических расстройств у пациентов, обращающихся в поликлиники (De Jong, 1996).

Индия: Проект, осуществляемый в районе Беллари, предусматривал обучение всех категорий персонала первичного медико-санитарного звена и служб социального надзора, обеспечение основными психотропными препаратами, создание простой системы учета и механизма мониторинга работы медицинского персонала первичного медицинского звена, оказывающего услуги по охране психического здоровья (Murthy, 1998). Один центр первичной медицинской помощи, в котором работают 1–2 врача и 15–20 других медицинских работников, оказывает профилактические и лечебные услуги 30 000 человек. Врачи контролируют работу медицинского персонала, посещающего больных на дому, и оказывают широкий круг других медицинских услуг. Пациенты приходят на прием в медицинские центры без предварительной записи. В среднем прием длится от трех до пяти минут. Несмотря на проводимое обучение в области психического здоровья, врачи первичного медицинского звена плохо выявляют случаи эмоциональных расстройств. Это происходит вследствие того, что пациенты приходят с жалобами соматического характера, а также из-за короткой продолжительности приема (Channabasavanna et al., 1995).

Исламская Республика Иран: Мероприятия по переводу служб охраны психического здоровья на амбулаторный уровень начались в конце 1980-х годов. В настоящее время программа по интеграции осуществляется по всей стране. На сегодняшний день психиатрическая помощь доступна примерно 20 миллионам человек (Mohit et al., 1999).

Пакистан: Модель интеграции служб охраны психического здоровья в систему первичной медико-санитарной помощи прошла первоначальную апробацию в двух районах провинции Равалпинди (Mubbashar, 1999). Сейчас она воссоздается во всех провинциях страны. В программы обучения в районных центрах здравоохранения включена подготовка в области психического здоровья. Такие центры были основаны с целью обучения медицинского персонала первичного звена ведению наиболее распространенных заболеваний. В рамках данной программы по всей стране прошло обучение более 2000 терапевтов первичного медицинского звена и более 40 000 медицинских работников первичного звена (включая специалистов по женским болезням и работников широкого профиля). Было подготовлено более 65 начинающих психиатров для работы в службах охраны психического здоровья по месту жительства, которые впоследствии смогут содействовать развитию подобных служб в своих регионах, а также оказывать необходимую помощь в подготовке медицинского персонала, проведении консультаций и анализе потребностей в процессе интеграции служб охраны психического здоровья в систему первичной медико-санитарной помощи. Был составлен национальный список основных лекарственных средств, включающий все основные нейропсихиатрические препараты. Другим существенным достижением явилось включение основных психических расстройств в национальную информационную систему здравоохранения. Правительство согласилось финансировать мероприятия по интеграции служб охраны психического здоровья в систему первичной медицинской помощи в масштабах страны, для чего были выделенные специальные бюджетные средства.

Танзания: Сельские психдиспансеры финансируются за счет государственных, частных и добровольных источников. Эти учреждения оказывают основные медицинские услуги в сельских районах (Ahmed et al., 1996). В некоторых сельских районах сельскохозяйственные кооперативы по реабилитации психически больных предоставляют людям, страдающим психическими расстройствами, рабочие места и дают им возможность осуществления постоянного контакта с местным населением и получения психосоциальной помощи народных целителей, работников местных служб охраны психического здоровья и врачей общей практики. Такие службы охраны психического здоровья по месту жительства являются альтернативой больничным стационарам среднесрочного и длительного пребывания (Kilonzo & Simmons, 1998).

Рамка 7. Примеры работы служб охраны психического здоровья в больницах общего профиля в разных странах

Эфиопия: Службы высокоспециализированной медицинской помощи разработали программу подготовки медицинских сестер в области психиатрии для оказания психиатрической помощи на вторичном уровне. В 27 районных больницах и одном медицинском центре были открыты психиатрические отделения, работу каждого из которых обеспечивают две дипломированные медицинские сестры (Alem et al., 1999).

Непал: В районных больницах размещаются психиатрические отделения вторичного звена. Это небольшие психиатрические отделения в военном госпитале и двух районных больницах, а также небольшая программа охраны психического здоровья по месту жительства в трех других районных больницах. В отделениях психиатрической помощи за пределами столицы длительное пребывание пациентов не предусмотрено (Tausig & Subedi, 1997).

Танзания: В столичных клиниках вторичного звена существуют службы охраны психического здоровья по месту жительства, однако в сельских районах такие службы отсутствуют. Как в сельских районах, так и в городах учреждениями вторичного звена являются психиатрические отделения районных больниц общего профиля (Kilonzo & Simmons, 1998).

Тунис: С 1956 г. небольшие психиатрические отделения на 300 коек были открыты в пяти больницах общего профиля в разных районах страны, а число коек в единственной психиатрической клинике было сокращено вдвое.

Рамка 8. Концентрация служб охраны психического здоровья в городах в различных развивающихся странах

Ботсвана: Специализированные службы охраны психического здоровья существуют в основном в столице и региональных центрах, в то время как в сельских районах услуги предоставляются учреждениями первичного медико-санитарного звена, приходящими медицинскими сестрами с подготовкой в области психиатрии, а также народными целителями (Ben-Tovim, 1987; Sidandi et al., 1999).

Камбоджа: Несмотря на то, что 85% населения живут в сельских районах, там нет практически никаких служб охраны психического здоровья, за исключением народных целителей. В удаленных регионах практически отсутствуют клиники, предоставляющие психиатрические услуги. Пациентам часто приходится преодолевать более 300 километров, чтобы добраться до клиники в соседнем районе или провинции.

Коста-Рика: Большинство работников служб охраны психического здоровья сконцентрировано в городах. В сельских районах медицинского персонала не хватает (Gallegos & Montero, 1999).

Эфиопия: Все психиатрические клиники находятся в столице, так же как и большинство психиатров. Районные больницы с психиатрическими отделениями есть как в городах, так и в сельских районах. Существуют планы по открытию психиатрических служб в большинстве сельских районных больниц и в сельских медицинских центрах. В городских и сельских медицинских учреждениях первичного звена службы охраны психического здоровья отсутствуют. Потребности населения в психиатрической помощи в сельских районах обеспечивают народные целители. У жителей сельской местности распространен домашний уход за родственниками с психическими расстройствами (Alem et al., 1999; Awas et al., 1999).

Страны бывшего восточного блока: Организация служб охраны психического здоровья по-прежнему находится в ведении центрального бюрократического аппарата, при этом существует четкое разделение полномочий между центральными и местными органами здравоохранения. Начальство располагается в центре, т. е. крупных городах. Отдаленные сельские районы пытаются обеспечить ресурсами свои службы охраны психического здоровья, которые спланированы и финансируются центром (Томов, 1999).

Нигерия: В городских больницах работает больше медицинского персонала, и они лучше оснащены, чем государственные больницы в сельских районах (Gureje et al., 1995).

Пакистан: В крупных городах существуют интернаты и учреждения дневного пребывания для пациентов с затруднением в приобретении навыков, в которых проводятся социальное, профессиональное и академическое обучение. Однако такие службы недоступны большинству жителей сельской местности (Yousaf, 1997).

Южная Африка: В стране более 500 зарегистрированных психиатров, но вследствие таких факторов, как эмиграция и предпочтение работать в крупных городах и в частном секторе, в стране есть районы и целые провинции, где в государственном здравоохранении более чем на 5 миллионов человек приходится только один психиатр.

Танзания: В сельских районах соотношение врачей, прошедших подготовку по западной методике, к количеству населения составляет 1:20 000, а народных целителей 1:25. В этих районах психиатрическая помощь на уровне первичного медицинского звена оказывается врачами общей практики, дипломированными медицинскими сестрами и их помощниками. Психиатры работают только в медицинских центрах крупных городов, в которых имеются областные психиатрические учреждения. Дисбаланс между городом и деревней усиливается еще и тем, что в столице есть службы охраны психического здоровья по месту жительства, между тем как в сельских районах они отсутствуют.

В некоторых странах имеются хорошие примеры межсекторального сотрудничества между негосударственными организациями, академическими институтами, сектором общественного здравоохранения, частными службами охраны психического здоровья и пациентами, что способствует развитию служб охраны психического здоровья по месту жительства, в которых ощущается большая необходимость. В настоящее время это касается только небольших групп населения в крупных городах; большинство населения сельских районов не имеет доступа к подобным службам. Необходимо всячески поощрять такое сотрудничество, поскольку оно позволяет обеспечить доступ к услугам психиатрии по месту жительства. В Рамке 9 представлены примеры межсекторального сотрудничества.

Негосударственные организации играют важную роль в охране психического здоровья.

Рамка 9. Примеры межсекторального сотрудничества в разных странах

Камбоджа: В стране существует межсекторальное сотрудничество между иностранными спонсорами и высокоспециализированной психиатрической помощью. Канадский фонд Марселя Роя для детей Камбоджи финансировал открытие детской психиатрической клиники при психиатрической больнице третичного уровня, а Международная организация миграции при Норвежском совете по психическому здоровью начала осуществление проекта по подготовке врачей-психиатров.

Республика Чехия: Ассоциация психического здоровья ФОКУС организует свою работу на принципах межсекторального сотрудничества. Статус негосударственной организации позволяет ей получать как государственные средства, так и частные пожертвования. ФОКУС получает финансовую поддержку от Министерств труда и социальных дел, здравоохранения и культуры, от Департамента труда и муниципальной администрации Праги, а также от иностранных и национальных частных донорских организаций (Holmes & Koznar, 1998).

Эфиопия: Межсекторальное сотрудничество осуществляется на национальном уровне между Министерством здравоохранения, Отделением психиатрии местного университета и ВОЗ. Эти организации в 1986 г. начали программу по подготовке дипломированных медицинских сестер в области психиатрии (Alem et al., 1999).

Израиль: Региональные советы по психическому здоровью, возглавляемые врачами-психиатрами, развивают и координируют работу служб охраны психического здоровья, а также отвечают за сбор информации по психическому здоровью населения в каждом регионе. Каждый совет работает в сотрудничестве с региональным координационным комитетом, в который входят представители правительства, страховых организаций, добровольных обществ, врачи и пациенты (Tuano & Mozes, 1998).

Румыния: В 2001 г. Министерство здравоохранения и Министерство образования приступили к осуществлению совместной программы по пропаганде здоровья в школах, в которой нашли свое отражение вопросы, касающиеся психического здоровья.

Танзания: Система реабилитации психически больных в условиях деревни создается совместно с местными жителями, сектором охраны психического здоровья и народными целителями с целью лечения и реабилитации людей с тяжелыми психическими расстройствами в сельских районах. Пациенты и члены их семей живут в деревнях среди фермеров, рыбаков и ремесленников, а их лечением занимаются как врачи, так и народные целители. Существуют планы установления сотрудничества между службами психиатрической помощи и народными целителями на более официальной основе так, чтобы последние играли на местах более активную роль в лечении психических расстройств, вызванных стрессом. Народные целители принимали участие в программах по подготовке специалистов в области психического здоровья и делились своими знаниями и навыками в лечении людей с психическими расстройствами. Планы по расширению сотрудничества между службами охраны психического здоровья и народными целителями предусматривают регулярное проведение встреч и семинаров (Kilonzo & Simmons, 1998).

Зимбабве: Департамент здравоохранения города Хараре и медицинская школа Университета Зимбабве принимают совместное участие в исследовательском проекте, в рамках которого рассматривается возможность привлечения населения на местах и медицинских сестер первичного медико-санитарного звена к лечению депрессии у женщин. Местные терминологические определения депрессии и способов ее лечения были разработаны путем проведения опроса народных целителей и представителей местной общественности, включая учителей, полицейских, служащих церкви и организаторов женских кооперативов, после чего медицинские работники представили результаты обследования женщин, находящихся в подавленном состоянии, на рассмотрение местной общественности и выработали местное определение типичных симптомов депрессии. Участники проекта, включая местных жителей, медицинских работников и лиц, формирующих политику здравоохранения, были объединены в две рабочие группы, которым было дано поручение разработать рекомендации по лечению депрессии у женщин. Разработанные рекомендации заключались в следующем: 1) в учреждениях первичного медико-санитарного звена необходимо создать отдельные кабинеты для консультаций по эмоциональным проблемам; 2) необходимо составить справочник организаций, оказывающих психиатрическую помощь для улучшения взаимодействия между ними; 3) народные целители, служащие церкви, учителя и средства массовой информации должны принимать участие в образовательных программах для населения; 4) следует повысить уровень выявления и лечения депрессии в учреждениях первичного медико-санитарного звена (Abas et al., 1995). Программа по выявлению и лечению депрессии у женщин в службах первичного медико-санитарного звена была объединена с существовавшей ранее хорошо развитой инициативой – программой здоровья матери и ребенка, которая предусматривала сотрудничество между сектором общего здравоохранения и службами охраны психического здоровья. Более общая программа по охране психического здоровья с похожим подходом к межсекторальному сотрудничеству была аналогичным образом интегрирована в систему первичного медико-санитарного звена в Хараре. На муниципальном уровне проходили консультации работников ведущих медицинских учреждений, лиц, формирующих политику здравоохранения, преподавателей и представителей негосударственных организаций, на основе которых была сформирована межотраслевая исследовательская группа, цель которой заключалась в выявлении наиболее часто встречающихся психических расстройств у пациентов, обращающихся за первичной медико-санитарной помощью, и разработке руководства по распознаванию и лечению таких расстройств на первичном уровне. Проект предусматривал сотрудничество психиатров, социологов, работников первичного медицинского звена, народных и духовных целителей, а также врачей общей практики (Abas et al., 1995; Patel, 2000).

В развитых странах роль психиатрических клиник в лечении психических расстройств является незначительной. Процесс деинституционализации в течение последних трех десятилетий привел к снижению числа пациентов в психиатрических клиниках, а также к закрытию многих клиник подобного типа. Однако в этих странах остаются проблемы иного типа. Процесс деинституционализации не сопровождался увеличением объема предлагаемых психиатрических услуг на местном уровне (Thornicroft & Tansella, 1999). В некоторых развитых странах система государственного управления и пути финансирования системы здравоохранения сказались как на темпах деинституционализации, так и на создании альтернативных служб охраны психического здоровья по месту жительства (Goodwin, 1997). Процесс деинституционализации в странах Северной Америки и Западной Европы ведет к постепенному развитию служб охраны психического здоровья на местах. Однако эти службы часто оказываются неэффективными и неравномерно распределены по территории страны.

Даже в развитых странах не уделяется должного внимания развитию служб охраны психического здоровья в системе первичного медико-санитарного звена. Например, депрессия является частой причиной обращения к врачам общей практики, которые пока еще плохо распознают и печат данное расстройство. Существует также проблема развития специализированных служб, например судебно-психиатрических, в ущерб развитию служб охраны психического здоровья на базе больниц общего профиля. Например, в Соединенном Королевстве за последние несколько лет существенно увеличилось число мест в клиниках усиленного режима, в то время как существует острая нехватка мест в больницах общего профиля для пациентов с острыми психическими расстройствами, где показатели занятости коек достигают 100%. В Рамке 10 вкратце представлены преимущества и недостатки процесса деинституционализации.

Даже в развитых странах процесс деинституционализации не сопровождается достаточным предоставлением услуг по месту жительства.

Даже в развитых странах не исчерпан потенциал развития служб охраны психического здоровья в системе первичного медико-санитарного звена.

Рамка 10. Преимущества и недостатки процесса деинституционализации в развитых странах

Преимущества

- Процесс деинституционализации предусматривает переход от использования принудительного лечения к реабилитационным программам на местном уровне. Такой подход является более гуманным, так как позволяет избежать вредного психологического воздействия долговременной госпитализации и сконцентрировать внимание на реабилитации пациентов и интеграции их в общество.
- Деинституционализация предотвращает госпитализацию новых пациентов, которые обращаются к альтернативным службам по месту жительства и программам с более низкой себестоимостью, что способствует повышению рентабельности и эффективности работы альтернативных служб.
- В обществе возвращаются все пациенты, которые прошли необходимое лечение. Таким образом, можно избежать вредных последствий длительного пребывания в больнице, например апатии и потери интереса к жизни, а также сократить расходы на содержание пациентов в больницах в течение длительного времени (Thornicroft & Tansella, 1999).

Недостатки

- Зачастую процесс деинституционализации не приводит к стабилизации долгосрочного финансирования служб охраны психического здоровья по месту жительства (Talbot, 1978; Goodwin, 1997).
- Хотя процесс деинституционализации ведет к сокращению числа пациентов психиатрических клиник, отмечается увеличение числа случаев повторной госпитализации, т. е. многократных кратковременных пребываний в больнице пациентов, нуждающихся в стационарном лечении (Talbot, 1978; Breakey, 1996a).
- В некоторых случаях процесс деинституционализации приводил к увеличению числа бездомных с психическими расстройствами и к увеличению числа психических заболеваний среди заключенных.

Исходя из опыта работы служб охраны психического здоровья, можно сделать два основных вывода:

– Во-первых, развитие служб охраны психического здоровья представляет серьезную проблему как для развивающихся, так и для развитых стран. Однако характер сложностей в развитых странах иной по сравнению с развивающимися. Во многих развивающихся странах отмечается катастрофическая нехватка ресурсов и медицинского персонала. Подобная ситуация заслуживает самого пристального внимания. В развитых странах существуют проблемы, связанные с недостаточным предоставлением услуг по месту жительства, отмечается большая необходимость в выявлении и лечении психических расстройств в системе первичного медико-санитарного звена, а также существует определенная конкуренция между общими и специализированными психиатрическими службами.

– Во-вторых, более дорогостоящие специализированные лечебные заведения не являются решением всех проблем. Даже в случае ограниченных ресурсов, выделяемых на здравоохранение в большинстве стран, значительные улучшения в сфере предоставления услуг психиатрии населению возможны при переадресовке имеющихся ресурсов на поддержку менее дорогостоящих служб, которые гарантируют относительно хороший исход лечения и охватывают более широкие слои населения. На практике это означает интеграцию охраны психического здоровья в систему первичной медицинской помощи.

Характер сложностей в развитых странах иной, чем в развивающихся.

Увеличение числа специализированных лечебных заведений не всегда способствует улучшению доступа к лечению психических расстройств.

Основные положения: Современная организация служб охраны психического здоровья

– Только некоторым странам удалось достигнуть оптимального сочетания предоставляемых услуг.

– В большинстве стран не было приложено достаточных усилий по интеграции психиатрической помощи в систему первичного медико-санитарного звена в качестве основного компонента оказания услуг.

– Новаторский подход к предоставлению услуг на основе межсекторального сотрудничества существует во многих странах, однако такие услуги, как правило, доступны небольшой группе населения в городах или отдельных сельских районах.

– В развитых странах процесс деинституционализации не всегда сопровождался достаточным предоставлением альтернативных услуг по месту жительства.

– Развитие служб охраны психического здоровья представляет серьезную проблему как для развивающихся, так и для развитых стран, однако характер проблем в развитых странах иной, чем в развивающихся.

– Более дорогостоящие и/или специализированные лечебные заведения не обязательно являются решением проблем доступности услуг и соответствия их предъявляемым требованиям.

4. Методические рекомендации по организации служб охраны психического здоровья

Не существует такой модели организации служб охраны психического здоровья, которая отвечала бы потребностям всех стран. Рекомендации, приведенные в данном разделе, представляют общие принципы, которые, вероятнее всего, применимы в большинстве государств. Каждой стране необходимо адаптировать их в зависимости от существующих условий.

Люди, страдающие психическими расстройствами, нуждаются в удовлетворении различных потребностей, часто выходящих за рамки медицинской помощи. Более того, заинтересованные стороны, вероятнее всего, будут оказывать определенное воздействие на развитие системы услуг. Лица с психическими расстройствами, члены семьи и представители местной общественности являются равноправными партнерами со службами охраны психического здоровья. В этой связи особое значение имеет активное сотрудничество всех сторон с целью удовлетворения необходимых потребностей. Учреждения охраны психического здоровья и обслуживание пациентов должны быть организованы таким образом, чтобы достигнуть поставленной цели (Всемирная организация здравоохранения, 2001 г.).

4.1 Принципы организации служб охраны психического здоровья

Приведенные ниже рекомендации необходимо рассматривать как составную часть комплексной программы по реорганизации служб охраны психического здоровья. Применение только одной рекомендации не приведет к желаемому результату улучшения психического здоровья лиц, страдающими психическими расстройствами. Упор следует делать на создание интегрированной системы предоставления услуг, которая обеспечивала бы комплексный подход к удовлетворению различных потребностей лиц с психическими расстройствами. В такой системе каждый канал предоставления услуг, например в системе первичного медико-санитарного звена или на базе больниц общего профиля, играет важную роль и служит дополнением к другим. Необходимо предоставлять широкий спектр разнообразных услуг, которые отвечают потребностям пациентов на различных этапах.

Принцип организации служб охраны психического здоровья, при котором работники первичного медико-санитарного звена при осуществлении вмешательства не взаимодействуют с медицинскими учреждениями вторичного уровня и службами охраны психического здоровья по месту жительства, также обречен на провал. Ни одна из стратегий, описанных ниже, не может существовать изолированно друг от друга. Каждая требует своего развития, что, в свою очередь, обеспечивает поддержку всех компонентов интегрированной системы оказания психиатрической помощи.

Ключевые принципы организации служб охраны психического здоровья заключаются в следующем:

I) Доступ к медицинскому обслуживанию: Основные услуги в области психического здоровья должны быть доступны на местном уровне, чтобы людям не приходилось преодолевать большие расстояния. Они должны включать амбулаторное и стационарное лечение, а также реабилитацию. Отсутствие таких служб на местном уровне является существенным препятствием для получения психиатрической помощи, особенно для людей, живущих в отдаленных сельских районах. Близость служб охраны психического здоровья для лиц, страдающих психическими расстройствами, обеспечивает непрерывность лечения на соответствующем уровне. Очень сложно уделять внимание многим социальным и психологическим аспектам лечения больных в ситуациях, когда им приходится преодолевать значительные расстояния до учреждений психиатрической помощи.

II) Полнота предоставляемых услуг: Службы охраны психического здоровья должны предоставлять весь комплекс услуг, необходимых для удовлетворения основных потребностей населения. Спектр предоставляемых услуг может быть различным и зависит от социальных, экономических и культурных факторов, особенностей психических расстройств и способов организации и финансирования служб охраны психического здоровья (см. Раздел 6.2).

Люди, страдающие психическими расстройствами, нуждаются в удовлетворении различных потребностей, часто выходящими за рамки медицинской помощи.

Особое внимание следует уделять развитию комплексных и интегрированных систем предоставления услуг.

Системы предоставления услуг психиатрии могут строиться на базе основных принципов.

III) Приемственность и непрерывность лечения: Для людей с тяжелыми психическими расстройствами особенно важно, чтобы службы охраны психического здоровья работали скоординированно и старались удовлетворить все социальные, психологические и медицинские потребности пациентов. Для этого необходимо взаимодействие со службами, не относящимися напрямую к системе здравоохранения, например социальными и жилищно-коммунальными. Для людей с психическими расстройствами чрезвычайно сложно попасть на прием к работникам данных организаций. В подобной ситуации службы охраны психического здоровья должны взять на себя функцию координатора и не допустить фрагментарного лечения (см. Раздел 7.2).

Одним из методов обеспечения непрерывности лечения является секторальный или участковый метод организации служб. В 1960–1970-е годы министерства здравоохранения стран Северной Америки и Западной Европы разделили территорию своих государств на географические районы или участки с населением от 50 000 до 250 000 человек в каждом (Breakey, 1996b; Thornicroft & Tansella, 1999). Участковые медицинские бригады обеспечивали предоставление услуг на всех уровнях, т. е. первичном, вторичном и третичном, а также отвечали за предоставление медицинских услуг всему населению данного района. Помимо удобства планирования, финансирования и управления, такой подход имеет еще одно важное преимущество: большую вероятность обеспечения непрерывности лечения, что особенно важно в свете длительного характера протекания многих психических расстройств и необходимости постоянного лечения в течение продолжительного времени.

IV) Результативность лечения: При развитии служб охраны психического здоровья следует руководствоваться данными о результативности конкретных методов лечения. Например, ширится доказательная база результативности лечения многих психических расстройств, таких как депрессия, шизофрения и алкогольная зависимость. Более подробная информация приводится в Разделе 7.1 (см. также материалы Всемирной организации здравоохранения, 2001а).

V) Обеспечение справедливости: Доступ людей к качественным медицинским услугам должен основываться на существующих потребностях. Для обеспечения принципа справедливости необходимо решить проблемы доступа и преодолеть неравенство в отношении населения удаленных районов. Принцип справедливости необходимо учитывать при определении приоритетов. Слишком часто люди, очень нуждающиеся в помощи психиатра, получают ее в последнюю очередь или не получают вообще, что ведет к игнорированию их потребностей при определении приоритетов.

VI) Соблюдение прав человека: Работники служб охраны психического здоровья должны уважать самостоятельность лиц, страдающих психическими расстройствами, поощрять их к принятию решений, способных оказать влияние на их дальнейшую жизнь, и использовать методы лечения, наименее ограничивающие их свободу.

4.2 Определение оптимального сочетания типов предоставляемых услуг

Практически все модели организации служб охраны психического здоровья, описанные в Разделе 4, имеют свои преимущества и недостатки. Специалистам по планированию необходимо определить оптимальное сочетание типов услуг и уровень их предоставления по определенным каналам. Максимальные требования, предъявляемые к услугам по лечению психических заболеваний, значительно отличаются в зависимости от страны, хотя относительная потребность в конкретных услугах, т. е. соотношение доли конкретной услуги в составе всех услуг психического здоровья, во многом одинакова в большинстве стран. Для достижения оптимального сочетания типов услуг следует придерживаться всестороннего подхода при планировании служб охраны психического здоровья.

На Рисунке 2 показаны взаимоотношения между различными компонентами служб охраны психического здоровья. Совершенно очевидно, что большая часть услуг должна состоять в обучении оказанию самопомощи, предоставляться частными службами охраны психического здоровья по месту жительства и службами охраны психического здоровья при учреждениях первичного медико-санитарного звена, а затем психиатрическими службами больниц общего профиля, государственными психиатрическими институтами и, в последнюю очередь, специализированными психиатрическими клиниками. Объем услуг, предоставляемых службами больниц общего профиля и службами охраны психического здоровья по месту жительства, следует определять исходя из того, что готова предоставить система психического здоровья или общего здравоохранения в данный момент, а также на основе культурных и социально-экономических особенностей страны.

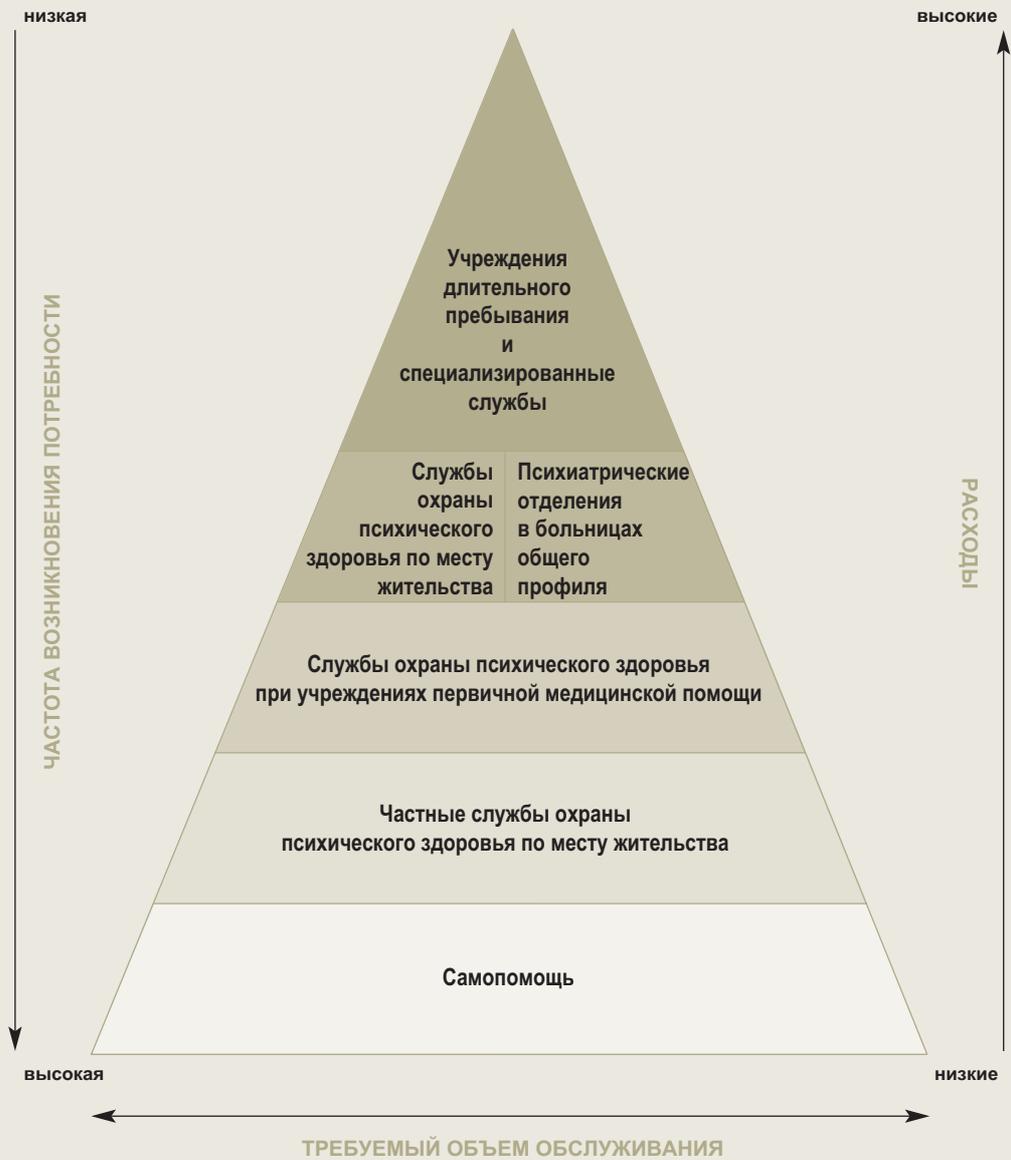
Не существует никаких оснований по включению услуг психиатрических клиник в схему оптимизации охраны психического здоровья. В психиатрических клиниках, как правило, проводится долговременное принудительное лечение. При условии развития служб охраны психического здоровья по месту жительства и специализированных психиатрических служб необходимость в психиатрических клиниках отпадает. Конечно, всегда будет существовать потребность в долговременном лечении относительно небольшого количества пациентов, даже если службы охраны психического здоровья по месту жительства будут функционировать на высоком уровне. Однако большинство таких пациентов можно лечить стационарно в небольших учреждениях на местах или альтернативно в небольших палатах длительного пребывания в больницах, которые также предоставляют другие виды специализированных услуг. (См. также модуль «Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья».) Широко применяемое принудительное лечение, столь типичное для психиатрических клиник, часто оказывается неоправданным с точки зрения себестоимости, результативности и качества оказываемых услуг.

Специалисты по планированию должны предоставлять широкий круг услуг.

Для достижения оптимального сочетания типов услуг следует придерживаться всестороннего подхода при планировании служб охраны психического здоровья.

При условии развития служб охраны психического здоровья по месту жительства необходимость в психиатрических клиниках отпадает.

Рисунок 2. Оптимальное сочетание типов предоставляемых психиатрических услуг



4.3 Интеграция служб охраны психического здоровья в систему общего здравоохранения

Для преодоления проблем, связанных с лечением в учреждениях закрытого типа, службы охраны психического здоровья необходимо интегрировать в систему общего здравоохранения. Интеграция способствует снижению уровня стигматизации, ассоциируемой с получением помощи в психиатрических клиниках. В развивающихся странах, где наблюдается острая нехватка специалистов в области психиатрии, оказание психиатрической помощи в системе общего здравоохранения является наиболее эффективной стратегией для облегчения доступа к службам охраны психического здоровья той части населения, которая ранее не имела такого доступа. Более того, психические расстройства и проблемы с физическим здоровьем часто взаимосвязаны. Например, люди с часто встречающимися психическими расстройствами, такими как депрессия или тревожные расстройства, часто обращаются в медицинские учреждения общего профиля с соматическими жалобами. Интегрированная система служб охраны психического здоровья способствует раннему выявлению и лечению подобных расстройств и, таким образом, снижает степень и вероятность нетрудоспособности. Другие преимущества такой интеграции заключаются в возможности оказывать психиатрическую помощь по месту жительства и привлекать местных жителей в этот процесс.

Интеграция может проводиться на всех уровнях. На клиническом уровне психиатрические службы могут быть интегрированы в систему предоставления услуг общего профиля на первичном, вторичном и третичном уровнях. Данный процесс может сопровождаться интеграцией на уровне управления и административном уровне, а также развитием интегрированных информационных систем. (См. также модуль «Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья».) Например, специалистами служб охраны психического здоровья в системе общего здравоохранения может руководить специальный отдел (линейное управление), не подчиняющийся руководству служб общего здравоохранения. Периодически это может создавать проблемы в их ежедневной работе и взаимоотношениях с коллегами. Интеграция на уровне управления способствует решению некоторых из этих проблем.

Во многих странах система общего здравоохранения имеет свою информационную систему, отдельную от информационных систем служб охраны психического здоровья. Это создает трудности для специалистов по планированию и руководителей общественного здравоохранения, поскольку они планируют работу служб, не учитывая бремя психических заболеваний. Интеграция информационных систем служб общего здравоохранения и психического здоровья поможет улучшить положение в области здравоохранения в целом. Она будет способствовать повышению качества охраны психического здоровья, так как у специалистов по планированию появится четкое представление о проблемах, связанных с бременем психических расстройств. Для обеспечения адекватного процесса планирования и проведения оценки работы служб охраны психического здоровья потребуются ввести дополнительную информацию о службах охраны психического здоровья в информационные системы общего здравоохранения, что приведет к изменению данных систем, в которые будут включены данные о предоставлении психиатрических услуг, а также информация о лицах с психическими расстройствами.

Полная интеграция на клиническом, административном и информационном уровнях, а также на уровне управления имеет определенные недостатки. Службы охраны психического здоровья могут сохранить некоторую степень самостоятельности, например независимые структуры управления на низшем уровне. Такая степень независимости поможет сохранить отдельную строку бюджета на охрану психического здоровья, а персоналу служб поможет чувствовать себя профессионально независимыми.

При выборе между полной и частичной интеграцией страны должны принимать во внимание возможные преимущества и недостатки данных форм, а также учитывать существующие модели организации служб первичного медико-санитарного звена. В большинстве случаев интеграция служб охраны психического здоровья требует стратегического планирования (Рамка 11).

Интеграция служб охраны психического здоровья способствует меньшей стигматизации, помогает решать проблемы нехватки людских ресурсов и облегчает доступ к службам охраны психического здоровья той части населения, которая ранее не имела такого доступа.

Полная интеграция имеет свои преимущества и недостатки.

Рамка 11. Стратегическое планирование интеграции служб охраны психического здоровья

Стратегическое планирование включает следующие аспекты:

- (I) Разработка процесса перевода основного объема психиатрических услуг в систему общего здравоохранения. Данный аспект связан организационными преобразованиями и перераспределением полномочий.
- (II) Выделение бюджетных средств на создание новых должностей, оборудование помещений и покупку материалов и транспортных средств.
- (III) Планирование организации работы групп специалистов по охране психического здоровья; определение их должностных обязанностей.
- (IV) Подготовка должностных инструкций для специалистов и оказание поддержки персоналу всех уровней, например работникам первичного медико-санитарного звена, работникам и руководителям служб охраны психического здоровья, а также определение их обязанностей исходя из целевых приоритетов охраны психического здоровья населения.
- (V) Планирование обучения персонала в учебных заведениях; обучения без отрыва от работы; повышения квалификации; включения материалов по охране психического здоровья в учебный курс медицинских институтов.
- (VI) Разработка стратегии по привлечению населения на местах к участию в деятельности служб охраны психического здоровья на всех уровнях.

На начальном уровне интеграция служб охраны психического здоровья включает:

- интеграцию служб охраны психического здоровья в систему первичной медико-санитарной помощи;
- интеграцию служб охраны психического здоровья в систему общего здравоохранения;
- организацию взаимодействия между учреждениями первичного медико-санитарного звена и службами вторичного уровня на базе больниц общего профиля;
- интеграцию помощи в области психического здоровья в другие существующие социальные программы и программы по охране здоровья населения.

4.3.1 Интеграция служб охраны психического здоровья в систему первичной медико-санитарной помощи

В странах с ограниченными ресурсами интеграция служб охраны психического здоровья в систему общего здравоохранения обязательно включает интеграцию в систему первичной медико-санитарной помощи. Для этого требуется наличие подготовленного медицинского персонала первичного звена. Работники первичного медицинского звена берут на себя ответственность за профилактику психических расстройств и оказание психиатрических услуг. Медицинские работники, проходящие обучение и работающие в медицинских учреждениях, должны быть ориентированы на предоставление психиатрических услуг в системе первичного медико-санитарного звена. Они также должны обладать достаточными знаниями и навыками, позволяющими оказывать подобные услуги. Работники первичного медицинского звена могут неохотно брать на себя подобные обязанности. Например, они могут сомневаться в своих способностях вести пациентов с психическими расстройствами, испытывать дискомфорт при ведении таких случаев и даже самоустраняться от работы с больными, страдающими психическими расстройствами. Результаты лечения, которые в большой степени зависят от знаний и навыков персонала первичного медико-санитарного звена, вследствие этого окажутся неудовлетворительными. Слабая подготовка медицинского персонала, игнорирование пациентов с психическими расстройствами или неравноценное внимание, уделяемое психически больным по сравнению с больными физическими заболеваниями, может подорвать репутацию служб охраны психического здоровья. Возможные решения данных проблем рассматриваются в Разделе 9.

Работники первичного медико-санитарного звена должны быть готовы к процессу интеграции. Их задачи, обязательства и ответственность должны быть определены при их активном участии. Они должны пройти подготовку в области пропаганды ценностей психического здоровья, профилактики и лечения наиболее распространенных психических расстройств. Такая подготовка необходима всем специалистам первичного медико-санитарного звена, а также другим работникам, чья деятельность связана с охраной психического здоровья общества, например охранникам или работникам регистратуры в медицинских учреждениях.

Учебные материалы должны включать соответствующие выборки из материалов, предложенных для специалистов по планированию на государственном уровне, а также материалы, доступные на местах или разработанные специально для программы по интеграции служб охраны психического здоровья, которые отвечают специфическим потребностям жителей данной местности. ВОЗ также разработала руководство по проведению обучения (Всемирная организация здравоохранения, 1982 г.).

Следует также учитывать фактор увеличения рабочего времени, если медицинский персонал первичного медико-санитарного звена намерен оказывать адекватные психиатрические услуги. Во многих странах персонал медицинских учреждений перегружен, поскольку задействован во многих программах по охране здоровья, которые в основном предполагают лечение физических заболеваний. В этой ситуации необходимо увеличение штата учреждений первичной медицинской помощи, в противном случае медицинские работники не смогут взять на себя дополнительные обязанности по оказанию услуг в области психического здоровья. (См. модуль «Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья».)

Для успешной интеграции необходим соответствующий контроль за персоналом первичного медико-санитарного звена. Специалисты в области психиатрии должны регулярно консультировать работников медицинских учреждений первичного уровня по вопросам ведения и лечения пациентов с психическими расстройствами. Регулярный надзор не может быть заменен системой направлений в медицинские учреждения вторичного и третичного уровней. Отсутствие надзора на первичном уровне может привести к увеличению числа таких направлений даже с самыми незначительными проблемами, которые можно решить на первичном уровне при наличии должного надзора. Работники служб охраны психического здоровья в учреждениях вторичного уровня могли бы проводить регулярные посещения (раз в одну или две недели) учреждений первичного медицинского звена для проведения консультаций. Специалисты в области психиатрии должны также давать рекомендации работникам первичного звена по ведению случаев психических расстройств и проведению терапевтических мероприятий. Такая модель надзора успешно функционирует в Индии (Murthy, 1998).

Другие вопросы, которым следует уделить внимание, касаются наличия адекватной инфраструктуры, оборудования и, что самое важное, психотропных лекарственных препаратов. Решение о типах психических расстройств, лечение которых будет проводиться в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, поможет упростить требования к применению психотропных средств. Необходимо составить список основных препаратов на

Работники первичного медицинского звена должны пройти необходимую подготовку и иметь соответствующие навыки лечения психических расстройств.

Во многих странах для успешной интеграции необходимо увеличение штата учреждений первичного медико-санитарного звена.

Для успешной интеграции служб охраны психического здоровья в систему первичной медицинской помощи необходимо наличие соответствующей инфраструктуры и квалифицированный персонал.

основе рекомендаций ВОЗ, которые будут применяться на разных этапах оказания медицинской помощи. Большая часть лекарств доступна на всех уровнях, хотя в системе первичной медико-санитарной помощи выбор несколько уже. Централизованные закупки генериков способны обеспечить их низкую стоимость и гарантировать бесперебойные поставки в течение года. Такой подход позволяет упростить процесс обучения медицинского персонала первичного звена, поскольку в этом случае медицинским специалистам необходимо получить опыт и навыки работы только с ограниченным числом препаратов. (См. модуль «Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья».)

4.3.2 Интеграция служб охраны психического здоровья в систему общего здравоохранения

Службы охраны психического здоровья на базе больниц общего профиля могут предоставлять услуги вторичного уровня пациентам, проживающим в данном районе, а также лицам, госпитализированным с физическими заболеваниями, нуждающимися в психиатрической помощи. Интеграция на уровне больниц общего профиля требует наличия необходимых материальных и кадровых ресурсов. (См. модуль «Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья».) К таким ресурсам относятся наличие мест в палатах для лечения острых психических расстройств, создание условий для приема амбулаторных пациентов, наличие оборудования для проведения специальных исследований, например психологических тестов, и оборудования для специализированного лечения, а также лекарственных препаратов.

Необходимые кадровые ресурсы включают специалистов в области психического здоровья, таких как психиатры, психологи, дипломированные медицинские сестры и социальные работники. Эти специалисты должны взять на себя обязанности по подготовке и надзору за персоналом первичного медико-санитарного звена. Стоит отметить, что некоторые специалисты могут быть не заинтересованы в оказании психиатрических услуг в системе первичного медико-санитарного звена и служб охраны психического здоровья по месту жительства и сами нуждаются в подготовке.

4.3.3 Организация взаимодействия между первичным, вторичным и третичным уровнями

Медицинские работники первичного уровня первыми оказывают необходимую психиатрическую помощь и направляют пациента к специалистам узкого профиля. Для того чтобы удовлетворять потребности людей с психическими расстройствами в медицинской и социальной помощи, нужно создать систему направлений на лечение и организовать взаимодействие медицинских учреждений различных уровней. Такое взаимодействие должно существовать как на районном, так и на региональном уровне. Необходимы регулярные совещания медицинских работников для совершенствования системы направлений к специалистам узкого профиля и проведения оценки удовлетворения потребностей пациентов.

Даже если специализированные службы охраны психического здоровья достаточно развиты, важно улучшать их взаимодействие с учреждениями первичного медико-санитарного звена. Если этого не происходит, то предоставление медицинских услуг либо дублируется, либо плохо координируется, либо услуги оказываются с опозданием, когда работники первичного уровня нуждаются в консультации по лечению кризисных больных.

4.3.4 Интеграция психического здоровья в другие программы здравоохранения и социальной помощи

В развивающихся странах приоритетные направления развития здравоохранения конкурируют со службами охраны психического здоровья за выделение финансовых средств. (См. модуль «Политика, планы и программы в области психического здоровья».) Вместо конкуренции между программами по охране психического здоровья и другими программами здравоохранения должно существовать сотрудничество. Например, программы по оказанию помощи при послеродовой депрессии могут стать частью более широкой программы репродуктивного здоровья населения. Программы по борьбе с ВИЧ/СПИДом открывают еще одну возможность по увеличению охвата психиатрическими услугами населения, относящегося к группам риска. Такой подход, предполагающий сотрудничество различных программ в области здравоохранения, должен распространяться и на немедицинские программы, например, вопросы психического здоровья женщин можно решать в рамках программ по борьбе с домашним насилием.

Взаимодействие между учреждениями первичного звена и других уровней имеет важное значение.

Интеграция с другими медицинскими и социальными программами может помочь в решении проблем, связанных с нехваткой ресурсов.

4.4 Создание государственных и частных служб охраны психического здоровья по месту жительства

Государственные службы охраны психического здоровья по месту жительства являются дополнением к службам вторичного уровня на базе больниц общего профиля. Они включают центры дневного пребывания для пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями, которые были выписаны из психиатрических клиник, программы по переводу медицинской помощи из крупных психиатрических клиник, кризисные группы, дома совместного проживания, реабилитационные центры и службы ведения пациентов. Другие примеры государственных служб охраны психического здоровья по месту жительства приводятся в Рамке 12. Во многих развивающихся странах нет возможности развивать все службы одновременно. В таком случае специалисты по планированию должны определить приоритетные направления и направить усилия и ресурсы на их развитие. Остальные службы можно развивать поэтапно в течение более длительного времени.

Во многих развивающихся странах людям с психическими расстройствами оказывают поддержку члены семьи, поэтому необходимость в некоторых службах охраны психического здоровья по месту жительства, например реабилитационных центрах или домах совместного проживания, ниже, чем в развитых странах. Однако это не означает, что все бремя ухода за людьми с тяжелыми психическими заболеваниями должно ложиться на плечи их родных. Службы охраны психического здоровья по месту жительства должны быть организованы так, чтобы оказывать поддержку семьям в их усилиях по уходу за больными родственниками.

В развивающихся странах следует использовать уже существующие сети неправительственных организаций для предоставления психиатрических услуг на местном уровне. Они могут включать в себя программы совместного проживания, лечения и реабилитации по типу клубного отдыха, группы взаимной поддержки, специальные мастерские для реабилитации или работы инвалидов, систему обеспечения рабочих мест для инвалидов на специальных предприятиях, трудоустройство инвалидов с последующим наблюдением за их работой, дома с обслуживающим персоналом, дома совместного проживания. На примерах Танзании и Зимбабве (Рамка 9) можно проиллюстрировать использование имеющихся ресурсов для оказания психиатрической помощи по месту жительства. В Рамках 12 и 13 приводятся другие примеры привлечения дополнительных ресурсов, например неправительственных организаций и добровольных помощников, например участие соседей и религиозных деятелей в предоставлении услуг охраны психического здоровья по месту жительства.

Рамка 12. Новые формы государственных и частных служб охраны психического здоровья по месту жительства

Китай: Группы психиатрической помощи состоят из соседей пациентов и членов семьи, пенсионеров, которые помогают ухаживать за людьми с психическими заболеваниями (Pearson, 1992).

Китай, Индия и Малайзия: Правительство заключает контракт с неправительственными организациями по уходу за бездетными престарелыми людьми в небольших интернатах (Levkoff et al., 1995).

Индия: Учителя проходят специальную подготовку, позволяющую оказывать необходимую психологическую помощь в школе (Nikapota, 1991). Добровольцы оказывают помощь при психоэмоциональных критических ситуациях в крупных городах страны (Murthy, 2000).

Монголия: Местные центры дневного пребывания, размещенные в традиционных монгольских юртах, начали свою работу в 2000 г. на базе районных медицинских центров в районах Улан-Батора Сонгинохаирхан и Чинглетей. Самым существенным достижением в районе Чинглетей была организация столовой для врачей и стоматологов в центре дневного пребывания. Медицинские работники сами сделали столы и скамьи из старой мебели, а также принесли старую посуду и столовые приборы из больницы или из дома. Несмотря на то, что в Монголии люди с психическими расстройствами подвергаются стигматизации и изоляции, врачи и сестры медицинского центра охотно питались в этой столовой (Всемирная организация здравоохранения, 2000 г.).

Государственные службы охраны психического здоровья по месту жительства должны эффективно взаимодействовать со службами вторичного уровня на базе больниц общего профиля.

Семья – важный источник помощи для больного, поэтому службы охраны психического здоровья по месту жительства должны оказывать ей всяческую поддержку.

Неправительственные организации являются еще одним источником помощи.

Рамка 13. Помощь службам охраны психического здоровья в условиях нехватки ресурсов: инновационные программы неправительственных организаций в Индии

В Индии неправительственные организации имеют существенный опыт в области охраны здоровья, особенно в области репродуктивного и детского здоровья, и исследовательской деятельности. В последние годы растет число организаций, разрабатывающих инновационные программы по охране психического здоровья. В 1999 г. в ходе обобщения деятельности неправительственных организаций, работающих в сфере охраны психического здоровья, в стране было отмечено более 50 новых инициатив. Большинство из них связано с реабилитацией людей с тяжелыми психическими расстройствами, а также с созданием школ для умственно отсталых детей. Количество неправительственных организаций продолжает увеличиваться, так как в стране растет осознание важности проблем, связанных с психическими расстройствами: злоупотребление алкоголем и наркотиками, психические расстройства у детей, умственная отсталость и насилие. Четыре неправительственные организации, о которых речь пойдет ниже, работают в различных областях охраны психического здоровья, совмещая в своей деятельности проведение исследований, обучение и непосредственное предоставление услуг, а также активно сотрудничают с другими секторами системы здравоохранения и социальной помощи. Все они финансируются из различных источников, включая частных лиц, корпорации, фонды, иностранные агентства-доноры и правительство.

Фонд изучения шизофрении расположен в городе Ченнаи на юге страны и является одной из самых известных в Индии организаций, предоставляющих весь комплекс услуг для людей с серьезными психическими расстройствами. Основанный в 1984 г. специалистами местного медицинского университета Фонд включает службы охраны психического здоровья по месту жительства, амбулаторное лечение, центры дневного пребывания и поддерживаемое жилье для людей с тяжелыми психическими расстройствами, а также широкий круг услуг психосоциальной реабилитации. Фонд играет ведущую роль в защите прав лиц с психическими расстройствами, особенно в области официального признания нетрудоспособности, связанной с психическими заболеваниями. Эта одна из ведущих организаций в стране, которая занимается научными исследованиями всех аспектов заболевания шизофренией. Мадрасское продольное исследование, проведенное специалистами Фонда, является самым цитируемым исследованием подобного рода. Оно посвящено результатам лечения шизофрении в развивающейся стране. Фонд является Сотрудничающим центром ВОЗ по исследованию психического здоровья и подготовки специалистов.

Общество «Сангат» находится в штате Гоа на западном побережье Индии. Оно было основано в 1996 г. группой специалистов в области детского и подросткового развития. За пять лет Общество стало ведущим учреждением многопрофильной помощи детям и семьям по месту жительства. Каждый год более 350 человек направляются сюда для высокоспециализированного лечения. Диапазон услуг, предоставляемых Обществом, варьируется от клинической помощи до программ по детскому развитию на местах, например проведение на раннем этапе специальной работы среди детей, входящих в группы риска, а также школьных программ, предназначенных для обучения детей с разными умственными способностями. Общество активно сотрудничает с министерствами и ведомствами, учебными заведениями и неправительственными организациями, ставя своей задачей максимальное увеличение потенциала развития каждого ребенка. Оно также является ведущей организацией в области исследования женского психического здоровья и здоровья подростков и координатором проводимой в стране крупнейшей выборочной контрольной проверки лечения депрессии в системе общего здравоохранения.

Фонд клинических исследований им. Т.Т. Ранганатана был основан в 1980 г. женщиной, чей муж страдал от последствий сильной алкогольной зависимости. Этот Фонд первым разработал ряд программ по борьбе с сильной алкогольной зависимостью с предоставлением услуг на всех уровнях, от общины до полностью оснащенных больниц. Основным нововведением данного Фонда было открытие реабилитационных лагерей в отдаленных районах, которые работали в течение двух недель и предоставляли услуги по лечению алкогольной зависимости в сельской местности. Таким образом, услуги предоставлялись прямо на местах, и людям не нужно было ездить в удаленные от них города для получения специализированной помощи. Больница, созданная при Фонде, предоставляет широкий спектр медицинской и психологической помощи при лечении алкогольной зависимости. С момента открытия клиники с помощью Программы ООН по борьбе с наркотиками в ней прошли курс лечения более 10 000 пациентов. ВОЗ присвоила этой больнице статус регионального центра обучения.

Ашаграм – это неправительственная организация, расположенная в районе Барвани штата Мадья-Прадеш в западной части Индии. Это один из самых бедных регионов страны, с высоким уровнем неграмотности населения, серьезными экологическими проблемами и многочисленным населением, живущим племенами. Ашаграм был основан добровольцами в 1980-х годах и представлял собой колонию для больных проказой. С тех пор он превратился в динамично развивающийся поселок, где развиты начальное образование, медицинские услуги и предпринимательство. Службы охраны психического здоровья начали функционировать с 1996 г. для людей с тяжелыми психическими расстройствами. Для обеспечения доступности оказываемых услуг и соблюдения местных культурных традиций, была использована модель служб охраны психического здоровья по месту жительства. Руководство службами осуществлялось местными специалистами в области психического здоровья, которые прошли начальный курс подготовки. Программа охраны психического здоровья функционировала параллельно со службами лечения физических заболеваний. В случае возникновения необходимости госпитализации пациента с психическим расстройством, его помещали в палату вместе с другими пациентами. В настоящее время в рамках программы охраны психического здоровья осуществляется лечение наиболее распространенных психических расстройств.

Источник: Patel V, Thara R, eds. *Meeting mental health needs in developing countries: NGO innovations in India (Помощь службам охраны психического здоровья в развивающихся странах: инициативы НПО в Индии)*. Sage India (в печати).

4.5 Недостатки в работе специализированных психиатрических клиник

Психиатрические клиники требуют больших расходов. Результаты лечения часто оказываются неудовлетворительными. Лечение в таких больницах чаще ассоциируется с повышением, а не с понижением нетрудоспособности и инвалидности, со стигматизацией пациентов, членов семей и лиц, страдающих психическими расстройствами, а также с нарушениями прав человека. В этой связи при оказании услуг охраны психического здоровья необходимо снизить зависимость от психиатрических клиник. Деинституционализация является неотъемлемой частью реформирования системы охраны психического здоровья.

Деинституционализация не означает простой выписки пациента из клиники длительного пребывания. Данный процесс предполагает комплексные системные изменения, связанные с предоставлением основной массы услуг охраны психического здоровья по месту жительства пациентов. Развитие служб охраны психического здоровья по месту жительства должно проходить одновременно с сокращением количества пациентов в психиатрических клиниках. В конечном итоге, средства, сэкономленные в результате закрытия психиатрических клиник, будут компенсировать расходы на организацию служб охраны психического здоровья по месту жительства. Однако в переходный период необходимо двойное финансирование. (См. модуль «Финансирование охраны психического здоровья».)

При проведении деинституционализации следует учитывать возможные отрицательные последствия передачи традиционных функций психиатрических клиник службам охраны психического здоровья по месту жительства. Они приводятся в Рамке 14. Помимо этого, до перевода больных из психиатрических клиник на обслуживание по месту жительства должны быть проведены следующие подготовительные мероприятия:

- I) Организация служб охраны психического здоровья в системе первичной медико-санитарной помощи. Это потребует подготовки семейных врачей, медицинских сестер и других работников первичного звена на предмет выявления и лечения психических расстройств.
- II) Подготовка мест в палатах и специалистов в больницах общего профиля или в службах охраны психического здоровья по месту жительства для ведения случаев острых рецидивов, которые требуют кратковременной госпитализации.
- III) Переподготовка персонала существующих психиатрических клиник для работы в больницах общего профиля, включая руководство персоналом первичного медико-санитарного звена и оказание психиатрических услуг в больницах общего профиля.
- IV) Обеспечение психотропными лекарственными препаратами учреждений первичного медико-санитарного звена и больниц общего профиля.
- V) Организация государственных и частных служб охраны психического здоровья на местах для оказания помощи пациентам в процессе их реабилитации.

Как только будут подготовлены службы охраны психического здоровья по месту жительства, процесс деинституционализации может развиваться по следующим этапам:

- I) На первом этапе новых пациентов не следует госпитализировать в психиатрические клиники, а направлять в психиатрические отделения больниц общего профиля.
- II) Перед выпиской пациентов из психиатрических клиник следует наладить контакты с членами семьи, чтобы обеспечить поддержку и помощь пациентам и их семьям после выписки.
- III) Процесс выписки должен начинаться с наиболее «легких» пациентов, постепенно переходя к более тяжелым больным.

Меньшая часть пациентов, страдающих сильными психическими расстройствами и имеющих тяжелую форму инвалидности, требует наличия круглосуточного ухода. Этих пациентов тоже можно перевести из клиник в небольшие стационары на местах с круглосуточным сестринским или любым другим наблюдением, при условии что такие стационары есть и готовы к приему пациентов.

Деинституционализация – не одномоментное событие, а планируемый процесс.

Процессу деинституционализации должно предшествовать развитие альтернативных служб охраны психического здоровья по месту жительства.

Проведение деинституционализации требует последовательных усилий со стороны специалистов по планированию, управленцев и самих врачей. Более того, необходимо достигнуть договоренности между всеми участниками процесса по вопросу темпов и времени проведения деинституционализации. Опыт Бразилии показывает, что данный процесс может быть успешным даже при ограниченных ресурсах (Рамка 15). А опыт Великобритании демонстрирует, что при наличии хорошо спланированной и финансируемой программы альтернативного предоставления психиатрических услуг, лечение бывших пациентов психиатрических клиник в системе служб охраны психического здоровья по месту жительства способно существенно улучшить качество их жизни (Leff & Treiman, 2000). Для выполнения намеченных сроков создания альтернативных служб охраны психического здоровья по месту жительства и выписки пациентов из психиатрических клиник существуют методы финансового стимулирования. Они включают увеличение выделяемых бюджетных средств для развития служб охраны психического здоровья по месту жительства, выделение дополнительных средств на перевод пациентов психиатрических клиник на лечение по месту жительства, а также стимулы для служб охраны психического здоровья по месту жительства по снижению уровня госпитализации. (См. модули «Финансирование охраны психического здоровья» и «Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья».)

Требуется безоговорочная приверженность общему делу всех заинтересованных участников процесса.

Рамка 14. Последствия передачи функций традиционной психиатрической клиники службам охраны психического здоровья по месту жительства

Функции традиционной психиатрической клиники	Последствия передачи функций службам охраны психического здоровья по месту жительства
Оценка физического состояния и лечение	Логичнее перевести в систему первичной помощи или больницы общего профиля
Активное лечение во время краткосрочного и промежуточного пребывания	Продолжение или улучшение лечения, однако результаты не являются одинаковыми для всех служб
Долгосрочное пребывание	Обычно улучшаются в специальных приютах для тех, кто нуждается в круглосуточной долгосрочной поддержке
Защита от эксплуатации	Некоторые пациенты по-прежнему уязвимы с точки зрения физической, сексуальной и финансовой эксплуатации
Дневная помощь и амбулаторные службы	Могут быть улучшены, если будут созданы местные доступные службы, или могут ухудшиться, если они будут отсутствовать; часто необходимо повторно обсудить распределение обязанностей между медицинскими учреждениями и учреждениями социальной помощи
Службы профессиональной подготовки и реабилитации	Улучшаются в обычных условиях
Кров, одежда, питание и основной доход	Подвержены риску, в связи с чем следует уточнить ответственность и вопросы координации
Служба временного ухода за пациентами для подмены родственников или тех, кто обычно осуществляет уход	Обычно без изменений: оказание лечения на дому компенсируется возможностью расширения профессиональной поддержки семье
Исследования и переподготовка	Новые возможности в результате децентрализации

Источник: Thornicroft G, Tansella M (2000). *Balancing community-based and hospital-based mental health care: the new agenda* (Соотношение служб охраны психического здоровья по месту жительства и стационарных психиатрических услуг: новая повестка дня). Женева, Всемирная организация здравоохранения.

Бразилия

С 1991 г. количество мест в психиатрических больницах уменьшилось на 30%. С 1997 по 2001 год количество центров охраны психического здоровья по месту жительства, называемых центрами психосоциальных услуг увеличилось со 176 до 295. Юго-восточный регион с самым высоким уровнем производства внутреннего валового продукта стал местом проведения различных программ по охране психического здоровья. В штате Сан-Паулу город Сантос с населением более 400 000 человек был известен своей частной психиатрической клиникой, которая официально была рассчитана на 260 пациентов. На самом деле в ней находились 575 больных, в основном лечившихся от алкоголизма. В 1989 г. в результате многочисленных жалоб на плохое обращение и смертельных случаев, вызванных насильственными действиями, правительство было вынуждено провести расследование, после которого больница была закрыта. На основе модели, используемой в Триесте, Италия, было создано пять центров охраны психического здоровья, которые получили название центров психосоциального внимания. При участии организаций потребителей услуг и общественных деятелей сеть подобных центров стала так быстро развиваться, что пришлось создавать специальные мастерские для обеспечения пациентов оплачиваемой работой. Подобный опыт наиболее ярко отражает процесс перемен в области охраны психического здоровья в Бразилии (Alves & Valentini, 2002).

Куба

Развитие служб охраны психического здоровья на Кубе является хорошим примером организации психиатрических услуг с использованием различных моделей за последние 50 лет.

– **Модель «Дом престарелых» (до 1959 г.):** Психиатрические услуги были неразвиты. На 150 000 человек приходился только один психиатр. Услуги предоставлялись только в крупных психиатрических клиниках Гаваны (1 место на 2200 человек).

– **Модель «Больница» (с 1960 по 1986 год):** Службы охраны психического здоровья были интегрированы в национальную систему здравоохранения, уровень финансирования увеличился, службы были децентрализованы и открыты по всей стране для улучшения доступа, охвата населения и качества предоставляемых услуг. Психиатрические службы в психиатрических клиниках и больницах общего профиля были преобразованы в терапевтические общины. Уделялось особое внимание кадровым ресурсам. Количество мест в психиатрических отделениях больниц общего профиля увеличилось. В тот период существовало 11 психиатрических клиник, 15 психиатрических служб в больницах общего профиля и 4 психиатрические службы в детских больницах.

– **Модель «Амбулаторное лечение и лечение в учреждениях первичной медицинской помощи» (с 1987 по 1995 год):** Некоторые психиатрические услуги были включены в систему первичной медико-санитарной помощи, было создано 20 кризисных центров и две психиатрические поликлиники, вне больниц общего профиля. Тем временем, начали свою работу 30 стационаров дневного пребывания, а число психиатрических служб в больницах общего профиля увеличилось до 23, а в детских больницах – до 10. Количество мест в психиатрических отделениях больниц общего профиля увеличилось до 1 на 1100 человек. Начатая ранее кадровая политика привела к существенному увеличению числа психиатров (1 на 9000 человек).

– **Модель «Службы охраны психического здоровья по месту жительства» (с 1996 г.):** Предыдущая модель амбулаторного лечения и лечения в первичных медицинских учреждениях нуждалась в совершенствовании, поскольку она не смогла внести изменения в психиатрическую эпидемиологию, оказалась невыгодной с точки зрения затрат, потребители услуг не были удовлетворены их качеством, уровень участия населения в работе служб охраны психического здоровья был низок. При участии многих заинтересованных сторон была разработана новая политика, согласно которой центры охраны психического здоровья по месту жительства стали ключевым элементом системы психического здравоохранения. В таких центрах работают специалисты разных профилей (включая психиатров), которые используют местную инфраструктуру (медицинские учреждения, школы, фабрики, общественные учреждения и т. п.). Они поддерживают хорошие связи с центрами первичного медико-санитарного звена (семейные врачи и медицинские сестры), а также с различными немедицинскими организациями. К концу 1999 г. было аккредитовано 111 центров охраны психического здоровья по месту жительства. Такая стратегия помогла лучше понять нужды людей в каждом населенном пункте, выработать соответствующие планы действий и снизить количество пациентов, нуждающихся в лечении в условиях психиатрических клиник (Barrientos, 2001).

Основные положения: Рекомендации по организации служб охраны психического здоровья

- Специалисты по планированию должны поставить цель создания целого ряда различных служб охраны психического здоровья.
- Абсолютная потребность в различных службах варьируется в зависимости от страны, а относительная потребность в большинстве стран одинакова.
- Интеграция служб охраны психического здоровья в систему первичной медико-санитарной помощи является эффективной стратегией повышения уровня доступности психиатрических услуг во многих странах мира.
- Интеграция служб охраны психического здоровья в систему первичной медико-санитарной помощи требует специальной подготовки медицинского персонала по выявлению и лечению психических расстройств.
- В ряде стран персонал первичного медицинского звена перегружен работой, поэтому интеграция потребует увеличения числа сотрудников этих медицинских учреждений.
- Интеграция служб охраны психического здоровья в систему больниц общего профиля эффективна только при наличии специалистов в области психиатрии в данных больницах, соответствующей инфраструктуры и ряда других факторов.
- Интеграция служб охраны психического здоровья в программы общего здравоохранения и социальной помощи, предназначенных для групп риска, является хорошей стратегией преодоления ресурсных барьеров и повышения уровня доступности психиатрических услуг.
- Для обеспечения успешного процесса интеграции и деинституционализации необходимо создавать службы охраны психического здоровья по месту жительства.
- Следует рассмотреть возможность использования уже существующих каналов оказания услуг, особенно неправительственных организаций.
- Крупные психиатрические клиники не оправдывают свое существование как экономически, так и с точки зрения качества оказываемого лечения.
- Деинституционализация не означает простой выписки пациента из клиники. Это процесс переориентации предоставления основной массы услуг охраны психического здоровья на оказание услуг психиатрии по месту жительства.
- Процесс деинституционализации должен следовать за созданием альтернативных служб охраны психического здоровья по месту жительства, а не предшествовать ему.
- Небольшому количеству пациентов требуется постоянный уход. Их можно разместить в небольших стационарах по месту жительства или в палатах длительного пребывания в больницах общего профиля.

5. Основные вопросы организации служб охраны психического здоровья

При выполнении приведенных выше рекомендаций по организации служб охраны психического здоровья следует учитывать некоторые ключевые вопросы. Они включают использование научно обоснованного подхода в медицине при проведении врачебного вмешательства, учет индивидуальных потребности людей с психическими расстройствами, доступность услуг для населения и другие важные аспекты, например необходимость межсекторального сотрудничества.

5.1 Лечение на базе научно обоснованного подхода в медицине

Ниже рассматриваются научно обоснованные наиболее распространенные стратегии предоставления психиатрических услуг.

5.1.1 Лечение и уход на базе служб охраны психического здоровья по месту жительства без госпитализации

В развитых странах было проведено одиннадцать исследований, в которых сравнивались результаты лечения психических расстройств в службах охраны психического здоровья по месту жительства с результатами стандартных методов лечения в психиатрических клиниках (Braun et al., 1981; Conway et al., 1994). Результаты данных исследований приводятся в Таблице 1, где + означает более высокие результаты лечения, чем в контрольной группе, а = означает, что различия в результатах лечения с контрольной группой нет. Не во всех исследованиях измерялись одни и те же переменные. Три последних исследования включали такие компоненты программ охраны психического здоровья по месту жительства, как многопрофильные команды, круглосуточный доступ, кризисную помощь, пропаганду ценностей психического здоровья, постоянный уход и медицинскую поддержку в местах проживания или центрах дневного пребывания. Таблица 1 показывает, что лечение в службах охраны психического здоровья по месту жительства ассоциируется с более высокими результатами, чем лечение в психиатрических клиниках.

Существуют очевидные данные, что лечение многих психических расстройств в службах охраны психического здоровья по месту жительства дает лучшие результаты, чем лечение в психиатрических клиниках.

Таблица 1. Сравнение эффективности предоставляемых услуг в службах охраны психического здоровья по месту жительства и психиатрических клиниках

Исследование	Общая симптоматология	Психосоциальная адаптация	Показатели госпитализации/повторной госпитализации	Продолжительность пребывания в больнице	Удовлетворенность пациента	Меньшее количество препаратов	Трудоустройство	Время для семьи
1	+	+						
2			+	+	+		+	+
3			+	+	+		+	+
4	+	+	+			+	+	
5	+	+	+			+	+	
6	+	+	+			+	+	
7	+	+			+			
8	+	+			+	=	+	
9	+	+	+		+			
10	+	+	+		+			
11	=	=			+			

5.1.2 Госпитализация после лечения в службах охраны психического здоровья по месту жительства

В развитых странах было проведено тринадцать исследований, в которых сравнивалась эффективность кратковременного лечения пациентов в условиях стационара или центрах дневного пребывания с эффективностью длительного курса терапии в контрольной группе психиатрической клиники (Braun et al., 1981). Результаты, приведенные в Таблице 2, показывают, что краткосрочные курсы лечения ничуть не уступают по эффективности длительному лечению в психиатрических клиниках.

Таблица 2. Сравнение результатов кратковременного лечения в стационаре или центрах дневного пребывания с длительным курсом терапии в психиатрической клинике

Исследование	Общая симптоматология	Психосоциальная адаптация	Показатели госпитализации/повторной госпитализации	Продолжительность пребывания в больнице	Трудоустройство	Бремя для семьи
1	=	+	=	+		
2	-				+	=
3	=	+	=	+		
4				+		
5				+		
6	+	+	=		+	+
7	=	=	=			
8	= (один год)					=
9	= (два года)	=				=
10	=	-				
11	=					
12			+	+		
13						

5.1.3 Лечение и уход за больными с тяжелыми психическими расстройствами в службах охраны психического здоровья по месту жительства

В Таблице 3 представлены итоги пяти исследований, в которых сравнивались результаты лечения контрольной группы и результаты лечения в службах охраны психического здоровья по месту жительства пациентов с тяжелыми психическими расстройствами, проходивших длительные курсы лечения в психиатрических клиниках (Braun et al., 1981). Знак + означает более высокий результат лечения по сравнению с контрольной группой, = означает, что особой разницы отмечено не было. Результаты исследований, приведенные в Таблице 3, показывают, что лечение, проводимое в службах охраны психического здоровья по месту жительства, приводит к лучшим результатам.

Деинституционализация ассоциируется с хорошими результатами лечения.

Таблица 3. Сравнительные исследования результатов лечения в контрольной группе пациентов с тяжелыми психическими расстройствами, проходивших длительные курсы лечения в психиатрических клиниках, с результатами лечения в службах охраны психического здоровья по месту жительства

Исследование	Общая симптоматология	Социальная адаптация	Показатели госпитализации/повторной госпитализации	Самостоятельное проживание	Трудоустройство	Бремя для семьи
1	=					
2	=			+	+	
3	+			+	+	+
4		+	+			
5	+	+				

5.1.4 Лечение основных психических расстройств

Имеются существенные доказательства, подтверждающие эффективность лечения основных психических расстройств и снижения уровня рецидивов путем проведения комбинированного психофармакологического и психосоциального реабилитационного вмешательства. При лечении шизофрении, например, сочетание регулярного приема препаратов и поддержки семьи в процессе реабилитации позволяет снизить уровень рецидивов с 50% до менее чем 10% (Leff & Gamble, 1995; Dixon & Lehman, 1995).

Программы лечения послеродовой депрессии и, как следствие, снижения нежелательных последствий для ребенка доказали свою эффективность. Такое лечение может проводиться патронажными сестрами и работниками служб охраны психического здоровья по месту жительства в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (Cooper & Murray, 1998). Имеются доказанные факты успешного лечения депрессии работниками первичной медицинской помощи с применением лекарственных препаратов и сеансов психотерапии (Mynors-Wallis et al., 1996; Schulberg et al., 1996; Ward et al., 2000; Bower et al., 2000; Sriram et al., 1990).

Полное описание экономически эффективных вмешательств имеется в наличии в ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения, 2001a).

5.2 Сравнение эпизодического и непрерывного лечения

Медицинские услуги в большинстве государств, особенно в развивающихся странах, предоставляются исходя из пропускной способности медицинских учреждений, т. е. количественных показателей прошедших курс лечения пациентов. При этом особое значение придается активному лечению острых случаев заболевания в надежде на то, что большинство пациентов практически излечится и продолжения лечения не потребуется до следующего обострения, если оно произойдет. Такая модель применима для лечения узкого круга инфекционных заболеваний. Ее сторонники утверждают, что она позволяет рационально распределять ресурсы и не способствует развитию зависимости. Однако данная модель не подходит для лечения лиц с психическими расстройствами, у которых наблюдается только частичный ответ на лечение и чье состояние здоровья связано с трудностями повседневной жизни.

Для большинства психических расстройств, особенно хронических заболеваний, рецидивно-ремиссионного характера, больше всего подходит модель непрерывного лечения. Она позволяет учитывать длительную природу расстройств и необходимость непрерывной терапии. Принцип непрерывного лечения также учитывает весь спектр потребностей пациента, включая социальные, профессиональные и психологические аспекты. В этой связи такой подход к лечению требует тесного сотрудничества между различными организациями.

Одним из примеров организации непрерывного лечения может стать метод оказания услуг по участковому принципу. Участковые врачи берут на себя ответственность за предоставление медицинских услуг на постоянной основе тем пациентам, которые проживают на территории закрепленного участка.

Эффективность непрерывного лечения основана на координации действий медицинских работников с лицами, оказывающими социальную поддержку больному по месту жительства. Во многих развитых странах принцип координации лег в основу разработки модели ведения случаев заболевания, которая включает стратегии по снижению уровня фрагментарности оказываемой помощи и предусматривает назначение лиц, ответственных за координацию процесса лечения (см. Раздел 5.5).

5.3 Пути получения помощи

Пути получения помощи – способы, посредством которых лица с психическими расстройствами получают доступ к службам охраны психического здоровья. Пути получения помощи влияют на процесс организации услуг.

В странах с развитой рыночной экономикой самыми распространенными путями получения медицинской помощи являются:

- система первичной медико-санитарной помощи;
- направления из медицинских учреждений вторичного и третичного звена;
- направления из других источников, например школ, от социальных работников и из судов.

Депрессия успешно лечится в учреждениях первичного медико-санитарного звена.

Модель непрерывного лечения способствует удовлетворению всех потребностей пациентов, страдающих тяжелыми психическими расстройствами.

В развивающихся странах наиболее распространенные пути получения помощи включают:

- сельских медицинских работников;
- медицинских сестер;
- клиники первичного медико-санитарного звена;
- народных целителей;
- прямой доступ к специализированным услугам в государственном или частном секторе.

Получение помощи может быть затруднено по следующим причинам:

- низкий уровень осведомленности о наличии услуг;
- отсутствие хорошо организованной системы первичной медико-санитарной помощи;
- недостаточное взаимодействие различных служб;
- незнание сельским населением причин, вызывающих психические расстройства, и способов их лечения, что ведет к плохой обращаемости в службы охраны психического здоровья;
- недостаточная специальная подготовка среди врачей общей практики и народных целителей, приводящая к низкому уровню выявления и лечения психических расстройств и направлению к специалистам узкого профиля как со стороны работников первичного медико-санитарного звена, так со стороны народных целителей;
- неспособность служб охраны психического здоровья к активному выявлению случаев заболевания среди местного населения, потребителям услуг рекомендуется использовать другие доступные пути;
- затрудненный доступ к специализированным службам, частично связанный с потребностью получения квалифицированной помощи специалиста для направления в специальные программы.

Такие препятствия часто приводят к отрицательным результатам, например к запоздалому обращению за помощью, когда болезнь запущена и существует большая вероятность назначения длительного курса дорогостоящего лечения со слабой вероятностью положительных результатов.

Специалисты по планированию должны организовывать службы охраны психического здоровья таким образом, чтобы преодолеть подобные препятствия, улучшить доступ к медицинским услугам и, таким образом, снизить продолжительность и тяжесть периода нетрудоспособности, вызванного психическими расстройствами. В некоторых странах предпринимаются попытки по преодолению данных препятствий с помощью улучшения связи с населением на местах и повышением его информированности о государственных службах охраны психического здоровья. Людям нужна информация о наличии психиатрических услуг. Такую информацию следует распространять как через официальные, так и неофициальные каналы. Работники медицинских служб по месту жительства и первичного медико-санитарного звена могут активно участвовать в профилактике психического здоровья и в выявлении случаев заболеваний на местах. Другим способом преодоления препятствий доступа к лечению является организация четкой системы направления пациентов из учреждений первичного медико-санитарного звена в службы охраны психического здоровья вторичного уровня, и наоборот (см. Раздел 9).

5.4 Дисбаланс между городскими и сельскими районами

Во всех развивающихся странах существует дисбаланс в распределении ресурсов между службами охраны психического здоровья в городских и сельских районах. В странах, где отсутствуют основные виды служб охраны психического здоровья, например центры первичной медико-санитарной помощи и психиатрические отделения, необходимо развивать передовые программы по оказанию психиатрической помощи в сельской местности. Во многих странах из-за отсутствия нормальных условий медицинские сотрудники не хотят работать в сельских районах. В таких случаях необходимо рассмотреть возможность разработки финансовых и профессиональных стимулов, способных побудить медицинский персонал к работе в отдаленных регионах. В странах с развитой транспортной сетью одним из способов охвата службами охраны психического здоровья сельских районов могут стать выездные группы специалистов учреждений первичного или вторичного медицинского звена. Другая стратегия заключается в обучении местных жителей способам выявления основных психических расстройств и проведении еженедельного или ежемесячного контроля со стороны специалистов в области психического здоровья (см. Раздел 10, Препятствие 2 и способы его преодоления).

Существующие пути получения помощи могут затруднять доступ к службам охраны психического здоровья и приводить к неблагоприятным результатам лечения.

Необходимо решать проблему дисбаланса между городскими и сельскими районами.

5.5 Лечение, ориентированное на предоставление услуг, в сравнении с лечением, ориентированным на потребности пациента

Службы охраны психического здоровья могут быть эффективными только, когда они учитывают потребности лиц с психическими расстройствами и предоставляют услуги для удовлетворения этих потребностей. Однако при исполнении этих общепринятых и всем понятных принципов оказания медицинской помощи люди, работающие в области психического здоровья, часто сталкиваются с различными проблемами.

Многие службы, включая службы здравоохранения, социальной помощи и жилищно-коммунального хозяйства имеют иерархическую структуру с определенными различиями между уровнями оказания услуг и поставщиками услуг. Эти различия включают отдельные структуры управления, отдельные бюджеты и разные способы доступа, например систему направлений. В большинстве случаев эти службы развивались независимо друг от друга. Например, бюджет здравоохранения находится в ведении министерства здравоохранения, отвечающего его исполнению, тогда как контроль за жилищным бюджетом и выделение под него средств осуществляются министерством жилищно-коммунального хозяйства. В большинстве случаев изменения в структуре касаются вопросов управления, и людям приходится приспосабливаться к особенностям изменения структуры служб, в которые они обращаются за помощью.

Подобные организационные особенности создают серьезные трудности для людей, страдающих психическими расстройствами. Теоретически потребители услуг должны иметь беспрепятственный доступ ко всем службам и в зависимости от возникающих потребностей обращаться в службы на различных уровнях и к различным поставщикам. Однако для людей с психическими расстройствами такая структура организации служб охраны психического здоровья часто становится барьером на пути получения необходимой помощи.

Для решения данной проблемы необходимо организовывать службы таким образом, чтобы приоритетами являлись потребности пациентов, а не процесс оказания услуг. Это означает адаптацию услуг к нуждам потребителей, а не наоборот.

Координация оказания медицинской помощи является важным аспектом предоставления услуг, ориентированных на потребности пациентов. Во многих случаях для предоставления адекватных услуг пациентам службам охраны психического здоровья необходимо координировать свою деятельность с другими организациями, не относящимися к сектору здравоохранения, например жилищно-коммунальными службами, службой занятости и социальной помощи.

Создание служб охраны психического здоровья, ориентированных на потребности пациентов, не всегда требует дополнительных финансовых ресурсов. Однако адаптация служб к потребностям пациентов невозможна без принятия соответствующих обязательств. Если, например, пациентам приходится преодолевать большие расстояния до больницы, работники служб охраны психического здоровья могут взять обязательства по переносу приемных часов с утреннего на дневное время. Принятие таких обязательств не потребует дополнительных финансовых затрат.

Потребности населения должны анализироваться на местном уровне; необходимо продумать вопросы обеспечения доступа к службам охраны психического здоровья, а предоставление услуг должно быть организовано так, чтобы максимально удовлетворять потребности пациентов.

Во многих развитых и в некоторых развивающихся странах уже начался переход к организации служб охраны психического здоровья, ориентированных на потребности пациентов. Примеры таких служб включают брокерские модели и модели позитивного лечения, применяемые при серьезных психических расстройствах (Stein and Test, 1980), а также модели психосоциальной реабилитации в сельских условиях в Танзании (Рамка 9). Такие модели являются признанием приоритетности потребностей пациентов, и организация служб охраны психического здоровья должна быть адаптирована к удовлетворению данных потребностей.

При организации служб охраны психического здоровья иногда не учитываются потребности людей с психическими расстройствами.

Модель предоставления услуг, ориентированных на потребности пациента, может оказаться достаточно эффективной.

Ключевой принцип организации служб охраны психического здоровья заключается в учете потребностей местного населения и максимальном повышении вероятности удовлетворения потребностей лиц с психическими расстройствами.

5.6 Межсекторальное и внутрисекторальное сотрудничество

Потребности людей с психическими расстройствами имеют комплексный характер; удовлетворение этих потребностей возможно только в рамках межсекторального подхода. Маловероятно, что социальная защита может быть оказана исключительно службами здравоохранения. Более того, в развивающихся странах сектор охраны психического здоровья может быть недостаточно развит по сравнению с другими секторами, которые могли бы оказывать поддержку при предоставлении психиатрической помощи. Поэтому межсекторальное сотрудничество имеет огромное значение для повышения эффективности лечения психических расстройств.

Сотрудничество необходимо как внутри сектора здравоохранения, т. е. внутрисекторальное сотрудничество, так и за его пределами, т. е. межсекторальное сотрудничество.

Сотрудничество в рамках сектора здравоохранения подразумевает установление связей между учреждениями первичного медико-санитарного звена и учреждениями вторичного уровня, сектором охраны психического здоровья и сектором общего здравоохранения на первичном, вторичном и третичном уровнях, связей с работниками традиционной медицины, неправительственными организациями, национальными и международными организациями-спонсорами, работающими в области охраны здоровья, а также с такими международными организациями, как ВОЗ.

Сотрудничество вне сектора здравоохранения подразумевает совместную работу с государственными министерствами и ведомствами, а также неправительственными организациями в таких сферах, как жилье, занятость, социальная помощь, образование и уголовное судопроизводство.

5.6.1 Уровни сотрудничества

Межсекторальное сотрудничество между названными организациями может проходить на разных уровнях.

- a) На самом начальном уровне сотрудничество может заключаться во взаимном обмене данными и информацией, что приводит к повышению уровня информированности сторон.
- b) На более высоком уровне организации могут участвовать в совместных консультациях и планировании, но продолжать оказывать специализированные услуги независимо друг от друга.
- c) На интенсивном уровне сотрудничества организации и агентства ведут совместную работу по планированию и оказанию новых услуг.
- d) На сверхинтенсивном уровне осуществляется совместное финансирование и общее руководство оказанием специализированных услуг, спланированных в результате совместной работы.

5.6.2 Укрепление сотрудничества

Условием эффективного сотрудничества является, прежде всего, признание его необходимости заинтересованными сторонами. Работники служб охраны психического здоровья и специалисты по планированию и поставщики услуг психиатрии должны взять на себя задачу по разъяснению представителям других секторов важности и необходимости сотрудничества, особенно представителям секторов, не принадлежащим к системе здравоохранения. Некоторые пути укрепления сотрудничества заключаются в привлечении специалистов из других секторов к разработке политики в области охраны психического здоровья; делегировании полномочий для проведения отдельных мероприятий организациям из других секторов; создания информационных сетей с привлечением экспертов немедицинских организаций; создания национальных консультативных комитетов, членами которых будут представители организаций, не относящихся к сектору здравоохранения (Рамка 16).

Межсекторальное и внутрисекторальное сотрудничество является ключевым фактором комплексного удовлетворения потребностей людей с психическими расстройствами.

Сотрудничество может осуществляться на различных уровнях.

Организации могут извлечь значительную пользу от сотрудничества.

Рамка 16. Стратегии укрепления сотрудничества

Основные области сотрудничества включают обмен информацией по вопросам философии, политики и проведению запланированных мероприятий, а также анализу достигнутых успехов, существующих проблем и потребностей. Личные встречи являются эффективным способом налаживания контактов. К ним можно добавить проведение совещаний, семинаров, телефонных переговоров, распространение информационных бюллетеней, обмен корреспонденцией и, по возможности, использование интернет-сайтов.

Формирование политики в области психического здоровья

К процессу формирования политики следует привлекать как можно больше секторов. Правительство может поручить работу по сбору предложений и выработке согласованного мнения организации, имеющей соответствующий опыт, например университету, задачей которого может быть организация совещаний по планированию с заинтересованными сторонами с целью выявления их интересов в области охраны психического здоровья.

Делегирование полномочий

Некоторые государственные учреждения, например областные больницы, могут взять на себя ответственность по подготовке специалистов в области психического здоровья и по осуществлению контроля за их работой в регионах. Профессиональные организации могут взять обязательства по составлению учебных и практических пособий для работников служб охраны психического здоровья. Правительства стран могут выделять субсидии добровольным организациям и лицам, занимающимся психосоциальной терапией на местах. Кроме того, типичной практикой стало подписание договоров между правительством и институтами или университетскими специалистами по проведению мониторинга и оценке работы служб охраны психического здоровья. Во большинстве случаев такой подход более выгоден с экономической точки зрения, чем создание специальных исследовательских организаций при министерствах здравоохранения.

Обмен информацией и координация программ по охране психического здоровья

Для организации согласованных действий между различными секторами важно наладить обмен информацией. Мотивация всех участников процесса и заинтересованных сторон требует их постоянной информированности о происходящем. Это можно делать с помощью электронным средств, обмена информационными бюллетенями и краткими сводками.

Разработка информационно-коммуникационных стратегий или сетей

Процесс создания сетей коммуникации, информационных систем и коммуникационных стратегий является следующим этапом после разработки политики в области охраны психического здоровья. Заинтересованные стороны должны принимать участие в этом процессе с самого начала для определения типа и объема информации, а также способов ее передачи. Как правило, это зависит от объективных условий в конкретной стране.

Создание общегосударственных консультативных и координационных комитетов

Общегосударственные комитеты по планированию, представляющие все заинтересованные стороны, должны учредить консультативные комитеты, определить их функции и правила членства. Желательно, чтобы в эти комитеты входили представители всех заинтересованных сторон. Головные организации могут представлять целый ряд разных структур в данных комитетах, что позволяет сделать их компактными и функциональными.

Основные положения: Вопросы организации служб охраны психического здоровья

- Опыт развитых стран подтверждает, что лечение, предоставляемое службами охраны психического здоровья по месту жительства является более эффективным или, по крайней мере, не уступает лечению в психиатрических клиниках.
- Существуют доказательства, что депрессию можно успешно лечить в учреждениях первичного медико-санитарного звена.
- Случаи психического расстройства, имеющие хронический или рецидивно-ремиссионный характер, успешнее всего ведут службы, использующие принцип непрерывности лечения, который учитывает фактор длительного течения заболевания и необходимость постоянного терапевтического вмешательства.
- В развивающихся странах существуют иные пути оказания психиатрической помощи, чем в развитых. В некоторых случаях они могут затруднять доступ к службам охраны психического здоровья. Для решения данной проблемы потребуются проведение реформ.
- При оказании психиатрической помощи необходимо учитывать дисбаланс между городскими и сельскими районами.
- Службы охраны психического здоровья должны быть организованы с учетом потребностей пациентов.
- Для полного удовлетворения потребностей людей с психическими расстройствами недостаточно усилий лишь одного сектора здравоохранения. Для этого необходимо сотрудничество между сектором здравоохранения и другими секторами.
- Первым шагом на пути к эффективному сотрудничеству является признание необходимости подобного сотрудничества.
- Некоторые способы укрепления сотрудничества включают привлечение представителей других секторов к процессу разработки политики по охране психического здоровья; делегирование полномочий по проведению определенных мероприятий организациям из других секторов; создание информационных сетей с привлечением организаций из других секторов; создание общегосударственных консультативных комитетов, в которых будут представлены организации, не относящиеся к сектору здравоохранения.

6. Рекомендации и выводы

Ниже приводятся некоторые общие рекомендации по организации служб охраны психического здоровья и по повышению качества оказываемых услуг. Данные рекомендации нуждаются в адаптации к существующему контексту психического здоровья в каждой стране.

– Там, где это возможно, необходимо закрыть крупные централизованные психиатрические клиники, а лечение психических расстройств перевести на амбулаторный уровень в службах охраны психического здоровья по месту жительства. Сразу сделать это в большинстве стран вряд ли реально. В течение короткого времени необходимо сократить количество стационарных пациентов в психиатрических клиниках, улучшить условия проживания оставшихся больных, подготовить медицинский персонал к оказанию психиатрической помощи в службах охраны психического здоровья по месту жительства и повысить качество предлагаемых услуг. Психиатрические клиники должны быть преобразованы в центры активного лечения и реабилитации.

– Следует приостановить госпитализацию новых пациентов в психиатрические клиники. Пациенты, нуждающиеся в госпитализации, должны быть помещены в психиатрические отделения больниц общего профиля.

– Существующие финансовые и кадровые ресурсы необходимо перевести из крупных психиатрических клиник в службы охраны психического здоровья по месту жительства и первичного медико-санитарного звена.

– Основным приоритетом должна стать интеграция служб охраны психического здоровья в систему первичной медико-санитарной помощи и больницы общего профиля. Интеграция создает основу для перевода основной массы услуг психиатрии из высокоспециализированных центров в службы охраны психического здоровья по месту жительства.

– В развивающихся странах специализированные психиатрические услуги должны предоставляться в районных больницах общего профиля.

– Необходимо повысить значение психологической поддержки, оказываемой в семье, в группах самопомощи или со стороны добровольных помощников, осуществляющих уход, путем расширения их знаний о природе и причинах психических расстройств, имеющихся способах лечения и навыках ведения заболеваний. С этой целью следует проводить обучение членов семей и лиц, ухаживающих за больными.

– Для сокращения объема медицинской помощи, предоставляемой специализированными психиатрическими клиниками, следует применять методы финансового сдерживания. Для более эффективной интеграции служб охраны психического здоровья в больницы общего профиля и по месту жительства пациентов следует использовать методы финансового стимулирования.

– В развивающихся странах специалисты в области охраны психического здоровья должны активно участвовать в переподготовке и наблюдении за работой сотрудников служб охраны психического здоровья с более низким уровнем специализации.

– Разрыв в уровне предоставления услуг между сельскими и городскими районами и недостаточный охват отдельных групп населения могут быть преодолены за счет увеличения объема услуг, оказываемых учреждениями здравоохранения общего профиля и службами охраны психического здоровья по месту жительства.

– Программы подготовки специалистов в области охраны здоровья должны включать психосоциальные аспекты лечения наряду с навыками и знаниями процесса лечения.

– Необходимо рассмотреть вопросы краткосрочной и долгосрочной подготовки специалистов и работников системы общего здравоохранения. В развивающихся странах такую подготовку целесообразно осуществлять как на краткосрочной, так и длительной основе. Следует также уделить внимание подготовке специалистов на длительную перспективу.

– Необходимо поощрять более активное участие членов семей и потребителей услуг в процессе планирования и оказания медицинской помощи.

7. Последовательность действий по организации служб охраны психического здоровья в странах с разным уровнем ресурсного обеспечения

Данные программы мероприятий рассматриваются на примере двух несуществующих стран, ситуация в которых похожа на описываемую в модуле «*Политика, планы и программы в области психического здоровья*».

Страна А с населением 10 миллионов человек и низким уровнем ресурсного обеспечения

- В стране имеются только две психиатрические клиники, что ограничивает доступ лиц, страдающих сильными психозами или дезорганизованными расстройствами поведения к медицинской помощи.
- Учреждения для амбулаторного лечения есть только в четырех городах и охватывают 40% населения.
- В стране работают 20 психиатров, 30 психологов и 80 психиатрических медицинских сестер. Около 30–50% их рабочего времени отводится частной практике и преподавательской деятельности.
- Сеть центров первичного медико-санитарного звена развита достаточно хорошо; первичная медико-санитарная помощь представлена, хотя бы на минимальном уровне, практически во всех сельских и городских районах.

Основная задача по организации служб охраны психического здоровья заключается в улучшении доступа к амбулаторным и стационарным услугам по всей стране, особенно в сельской местности, а также способствовать тому, чтобы люди психическими расстройствами оставались жить в своем привычном окружении.

Для этого необходимо предпринять следующие шаги.

- a)** Определить приоритеты в лечении психических расстройств. При определении таких приоритетов необходимо проведение консультаций на местах со специалистами, представителями местной общественности, лицами с психическими расстройствами и членами их семей для учета потребности населения в психиатрической помощи. После проведения консультаций возможны два варианта действий. Специалисты и местные жители могут отдать приоритет наиболее часто встречающимся нарушениям, таким как депрессия и тревожные расстройства, поскольку они влияют на жизнь многих людей, и по совокупности годы жизни, утраченные в результате инвалидности по этим расстройствам, превышают серьезные психические расстройства. Приоритетом может также стать лечение серьезных психических расстройств хронического характера, так как подобные расстройства приводят к продолжительной нетрудоспособности, приносят тяжелые испытания членам семьи и отрицательно сказываются на общественной жизни местных жителей.
- b)** Следующий шаг заключается в достижении максимальных результатов с привлечением минимального количества специалистов в области охраны психического здоровья. Специалисты должны заниматься переподготовкой персонала, наблюдением за его работой и ведением пациентов, направленных к ним другими сотрудниками системы охраны психического здоровья, а не прямым оказанием медицинских услуг всем, страдающим психическими расстройствами.
- c)** Непосредственные психиатрические услуги должны оказываться работниками первичного медико-санитарного звена, прошедшими соответствующую подготовку, надзор за которыми должен осуществляться специалистами по психиатрии. При выявлении специфических случаев заболевания, работники первичной медицинской помощи должны направлять пациентов на консультации к специалистам, которые, в свою очередь, после осмотра и составления планов лечения направляют пациентов обратно в учреждения первичного уровня для проведения назначенного лечения.
- d)** В больницах общего профиля следует создать как можно больше мест для пациентов психиатрии. В каждой такой больнице должен быть хотя бы один психиатр, психолог и четыре дипломированные медицинские сестры. Специалисты по психиатрии должны оказывать консультационные услуги пациентам, проходящим курс лечения по поводу физических заболеваний.

- е)** Следует провести оценку необходимости длительного лечения пациентов в двух психиатрических клиниках и определить степень предполагаемой помощи данным больным при их переводе на амбулаторный уровень. На начальном этапе следует прекратить прием новых стационарных больных и вместо психиатрических клиник направлять их на лечение в ближайшие по месту жительства больницы общего профиля. Необходимо разработать четкий пятилетний план выписки больных из этих психиатрических клиник. Начинать следует с более легких больных, а также с тех, чьи семьи готовы забрать их домой. Дальнейшее лечение пациентов должно осуществляться в местных центрах первичного медико-санитарного звена. Специалисты должны проводить периодические инспекции лечения в больницах общего профиля, расположенных по месту жительства пациентов.
- ф)** Начать переподготовку медицинского персонала, работающего в других программах, например в программе по борьбе с ВИЧ/СПИДом, а также в программах по охране репродуктивного и детского здоровья.

Страна В с населением 10 миллионов человек и средним уровнем ресурсного обеспечения

- Несколько центров первичного медико-санитарного звена предоставляют услуги по лечению психических расстройств. В стране есть одна неправительственная организация, осуществляющая программу по развитию навыков самостоятельности у лиц, страдающих психическими расстройствами, и по пропаганде здорового образа жизни в школах.
- Большая часть ресурсов, выделяемых на службы охраны психического здоровья, сосредоточена в двух городах: существует два стационарных отделения в больницах общего профиля и одна крупная психиатрическая клиника.
- В стране зарегистрированы 100 психиатров, 40 психологов, 250 дипломированных медицинских сестер и 40 специалистов по трудотерапии.

Основной задачей при организации служб охраны психического здоровья является обеспечение доступности услуг для тех, кто был раньше лишен этого, особенно для жителей сельских районов.

Для этого необходимо предпринять следующие шаги.

- а)** Определить приоритетность лечения психических расстройств (см. выше, страна А).
- б)** Все центры первичной медико-санитарной помощи, особенно в сельских районах, должны оказывать базовые услуги по лечению психических расстройств. Для этого медицинский персонал центров должен пройти соответствующую переподготовку, а специалисты в области психиатрии должны осуществлять еженедельный надзор за его работой.
- в)** Часть психиатров должна посвятить существенную часть своего времени приему пациентов, направленным к ним из центров первичной медицинской помощи.
- д)** При всех центрах первичного медико-санитарного звена должны быть амбулатории. Первоначально они должны функционировать как специализированные учреждения один раз в неделю. Следует обеспечить наличие психотропных лекарственных препаратов во всех центрах первичного медико-санитарного звена.
- е)** Между центрами первичного медико-санитарного звена и психиатрическими отделениями больниц общего профиля следует создать систему направления пациентов. Этому процессу может способствовать разделение территории страны на секторы и назначение участка для каждого психиатрического отделения. Таким образом центры первичного медико-санитарного звена, находящиеся на территории участка определенного психиатрического отделения в больнице общего профиля, должны направлять пациентов на консультации к специалистам данного отделения.
- ф)** В больницах общего профиля необходимо создать места для психически больных. Больницы в сельской местности или в районах с низким уровнем доступа к услугам психиатрии должны иметь приоритет при выделении финансовых и кадровых ресурсов.
- г)** Для предоставления услуг детям и подросткам необходимо сотрудничество с неправительственными организациями. Работники неправительственных организаций должны пройти обучение по выявлению психических расстройств и иметь начальные навыки консультирования пациентов.
- h)** Необходимо разработать план по сокращению мест в крупной психиатрической клинике (см. выше, страна А).

8. Препятствия и пути их преодоления

Некоторые возможные препятствия, затрудняющие процесс реформирования служб охраны психического здоровья и пути их преодоления, приводятся ниже. Предлагаемые решения не являются единственным способом повышения эффективности и качества служб охраны психического здоровья.

Препятствие 1

Персонал первичного медико-санитарного звена после прохождения переподготовки в области психического здоровья может не применять вновь полученные навыки на практике. В Гвинее-Бисау, например, работники первичного медико-санитарного звена не использовали полученные навыки по выявлению психических расстройств по собственной инициативе (De Jong, 1996).

Решение

1. В Гвинее-Бисау доказали свою эффективность регулярный надзор за работой медицинских сестер в первичном медико-санитарном звене и консультации со специально назначенной группой специалистов в области психиатрии.

2. Нежелание оказывать услуги психосоциальной помощи больным может быть связано с культурными особенностями, когда работники первичного медико-санитарного звена и пациенты не могут открыто обсуждать эмоциональные проблемы, верят в то, что многие психические заболевания имеют соматическую основу, или присваивают симптомам психических расстройств некий сверхъестественный характер. В таких случаях может потребоваться дополнительное обучение медицинских сестер оказанию психосоциальной помощи. На примере Зимбабве (Abas et al., 1995; Patel, 2000) можно заключить, что изучение местных идиоматических выражений для обозначения легких психических расстройств может помочь при разработке рекомендаций по их лечению. Это должно послужить основой постановки диагноза, соответствующего местным культурным традициям, и программы лечения, предлагаемой медицинскими сестрами первичного медико-санитарного звена. Программа обучения должна включать навыки по выявлению и лечению легких психических расстройств, обозначаемых идиоматическими выражениями, на основе информации, полученной как от сестер, так и от местных жителей.

3. В Камбодже сложилась ситуация, прямо противоположная той, что имеет место в Гвинее-Бисау. Некоторые местные инструкторы не хотят включать традиционные понятия в учебную программу по психическому здоровью (Somasundaram et al., 1999). Решение этой проблемы схоже с тем, что предлагалось в Гвинее-Бисау. Медицинским работникам на местах нужно показать, как местные идиоматические выражения, обозначающие психические заболевания, дополняют или совпадают с западными названиями видов психических расстройств. Таким образом, вопросы, относящиеся к разным культурам, должны стать частью учебной программы для подготовки специалистов в области охраны психического здоровья.

Препятствие 1

Проблема мотивации персонала первичного медико-санитарного звена к применению полученных навыков в области психического здоровья на практике.

Решение

Регулярный надзор.

Использование местных идиоматических выражений для обозначения психических заболеваний при обучении медицинского персонала.

Продемонстрировать соответствие местных названий психических заболеваний принятой западными странами классификации психических расстройств.

Препятствие 2

Бедные страны с преимущественно сельским населением и большой территорией испытывают сложности в создании сети служб охраны психического здоровья на базе учреждений первичного медико-санитарного звена из-за недостатка финансовых и кадровых ресурсов в отдаленных больницах первичной медицинской помощи.

Решение

В Ботсване, например, дипломированные медицинские сестры регулярно посещают отдаленные сельские больницы первичного медико-санитарного звена, что является экономически выгодным способом использования недостаточных кадровых ресурсов для оказания услуг в области психического здоровья на обширных территориях (Ben-Tovim, 1987). Работа медицинских сестер была бы более эффективной, если бы местные медицинские работники в области охраны здоровья помогали бы им в выявлении случаев заболевания на местах. Они могли бы выявлять случаи психических расстройств и направлять пациентов в больницы в дни приема медицинских сестер. Другой способ заключается в обучении активистов из числа местных жителей навыкам выявления психических расстройств (Somasundaram et al., 1999).

Препятствие 3

Во многих странах уровень предоставления экономически эффективных услуг соответствующего качества можно максимально повысить за счет усиления межсекторального сотрудничества, но данный путь не является простым.

Решение

1. Примеры Танзании (Kilonzo & Simmons, 1998), Зимбабве (Abas et al., 1995), Камбоджи (Somasundaram et al., 1999) и Индии (Рамка 6) показывают, что межсекторальное сотрудничество, осуществляемое на общегосударственном или на местном уровне, способствует объединению усилий местных жителей, служб охраны психического здоровья и организаций социальной защиты. Сотрудничество между службами охраны психического здоровья, службами общего здравоохранения, народными целителями и местными жителями является чрезвычайно важным для развития экономически эффективных служб охраны психического здоровья на базе первичного медико-санитарного звена.

2. Такие формы, как сельскохозяйственные реабилитационные кооперативы или лечение депрессии в учреждениях первичного медико-санитарного звена, развиваются на основе взаимодействия служб охраны психического здоровья с другими секторами. Такие услуги являются результатом межсекторального сотрудничества. В развивающихся странах службы охраны психического здоровья должны взаимодействовать с другими секторами в области подготовки персонала (психиатров, психиатрических сестер, медицинских сестер первичного медико-санитарного звена, обслуживающего персонала,

Препятствие 2

Страны, имеющие большую территорию, могут испытывать сложности при создании единой сети служб охраны психического здоровья на базе первичного медико-санитарного звена.

Решение

Регулярные визиты психиатрических медицинских сестер в клиники первичного медико-санитарного звена.

Переподготовка работников охраны психического здоровья в сельских районах на предмет выявления психических расстройств.

Препятствие 3

Отсутствие межсекторального сотрудничества затрудняет развитие новых экономически эффективных служб охраны психического здоровья.

Решение

Программы по укреплению связей между службами охраны психического здоровья, службами общего здравоохранения, народными целителями и местными жителями.

Координация в рамках сотрудничества по оказанию услуг охраны психического здоровья.

народных целителей, преподавателей, сельских медицинских работников и т. п.), оказания услуг (психиатрия, первичная медико-санитарная помощь, народное целительство, образование) и типов услуг (фармакотерапия, консультирование, лечение препаратами из лекарственных растений, упражнения по релаксации и медитации).

Препятствие 4

Существующая система служб охраны психического здоровья часто не позволяет выявлять и лечить случаи психических расстройств на раннем этапе. Запоздалое обращение пациентов к психиатру часто является результатом неэффективного лечения народными целителями или работниками первичного медико-санитарного звена. Это происходит по нескольким причинам.

1. Среди сельского населения наблюдается низкий уровень осведомленности о причинах возникновения и способах лечения психических расстройств.
2. Отсутствие должной подготовки в области психического здоровья и координации между народными целителями, медицинским персоналом первичного уровня и психиатрами мешают раннему выявлению заболеваний и лечению их в системе первичного медико-санитарного звена.
3. Медицинский персонал первичного медико-санитарного звена большую часть времени проводит в больницах и кабинетах, вместо того чтобы совершать обходы своих районов, проводить профилактику и выявлять лиц с психическими расстройствами, нуждающихся в лечении.

Решение

1. Помимо специального обучения медицинского персонала первичного медико-санитарного звена, в странах, где более активно развиваются службы охраны психического здоровья по месту жительства, например в Чешской Республике и Индии, были установлены эффективные связи для информирования общественности на местах, что способствовало расширению доступа к службам охраны психического здоровья. Там, где работники служб охраны психического здоровья по месту жительства и работники первичного медико-санитарного звена активно пропагандируют ценности психического здоровья и раннее выявление случаев заболевания, люди, принадлежащие к группам риска и члены их семей, вероятнее всего, будут осведомлены о существовании служб охраны психического здоровья и будут обращаться за помощью к этим службам, а не к народным целителям.
2. Уровень осведомленности населения может быть выше, если:
 - (а) работники служб охраны психического здоровья по месту жительства и врачи общей практики будут навещать больных на дому;
 - (б) проводить регулярные встречи с общественностью, например учителями, религиозными деятелями и народными целителями;
 - (в) проводить обследование местного населения на предмет выявления психических расстройств на основе базальной системы при заполнении анкеты об общем состоянии здоровья (Breakey, 1996с).

Препятствие 4

Службы охраны психического здоровья не могут своевременно выявлять пациентов с психическими расстройствами из-за фрагментарного характера оказания услуг, отсутствия должной подготовки и слабой информированности на местах.

Решение

Активное санитарное просвещение по вопросам психического здоровья и раннее выявление случаев заболевания на местном уровне специалистами первичного медико-санитарного звена приводит к улучшению результатов лечения и снижению его стоимости.

3. Для лечения сложных случаев тяжелых психических расстройств или коморбидных расстройств необходимо наличие информационно-коммуникационной сети взаимодействия персонала первичного медико-санитарного звена и специалистов служб охраны психического здоровья вторичного и третичного уровней.

Препятствие 5

В большинстве странах основные финансовые и кадровые ресурсы в области охраны психического здоровья сконцентрированы в учреждениях третичного уровня. В отличие от этого подход, ориентированный на оказание основной массы услуг охраны психического здоровья по месту жительства, включает в себя:

- (1) специализированные услуги для отдельных групп населения;
- (2) многофункциональный персонал;
- (3) расположение лечебных учреждений вблизи мест проживания, где в отличие от психиатрических клиник закрытого типа в ходе лечения пациенты сохраняют семейные и социальные связи.

Однако квалифицированный медицинский персонал и административные работники, отвечающие за организацию служб, часто сопротивляются процессу перевода служб охраны психического здоровья на обслуживание по месту жительства (Gallegos & Montero, 1999; Rezaki et al., 1995; Tomov, 1999).

Решение

1. Сопротивление медицинского персонала третичного уровня при переводе ресурсов на вторичный и первичный уровни можно преодолеть за счет включения в учебный курс практики ведения пациентов психиатрии в системе общего здравоохранения и по месту жительства.

2. Требуется проведение согласованных действий на общегосударственном уровне по привлечению медицинского персонала третичного звена к работе новых служб охраны психического здоровья. Если статус медицинского персонала не понизится, а его пересмотр будет осуществляться при участии специалистов третичного уровня, то возможное сопротивление будет значительно меньшим. Например, психиатры, психологи и медицинские сестры могут исполнять самые разнообразные функции – от прямого оказания медицинской помощи до участия в процессах планирования и консультирования.

3. Пример стран бывшего восточного блока показывает, что и медицинский персонал и работники централизованной административной системы часто сопротивляются смещению приоритетов в службах охраны психического здоровья даже тогда, когда дефицит предоставления психиатрической помощи признается как вновь избранным правительством, так и теми, кто в этих услугах нуждается (Tomov, 1999). В таком случае правительства могут обойти централизованные бюрократические структуры, переводя финансирование в неправительственные организации или другие некоммерческие службы, которые предлагают децентрализованную психиатрическую помощь,

Консультационная сеть, включающая все три уровня оказания услуг.

Препятствие 5

Концентрация финансовых и людских ресурсов в учреждениях третичного уровня.

Сопротивление со стороны медицинского персонала и административных работников при переводе служб охраны психического здоровья на обслуживание по месту жительства.

Решение

Изменение учебного курса с включением в него практики ведения пациентов психиатрии в системе общего здравоохранения.

Статус медицинского персонала учреждений третичного звена может быть пересмотрен относительно лечебных, консультативных и плановых функций.

Перевод средств из учреждений третичного уровня в неправительственные организации, службы первичного медико-санитарного звена и службы охраны психического здоровья по месту жительства.

предоставляемую по месту жительства пациентов, на вторичном и первичном уровнях. В Чехии, например, неправительственная организация ФОКУС, предоставляющая различные психосоциальные услуги, получает финансирование от нескольких министерств (Holmes & Koznar, 1998).

4. Роль межсекторального сотрудничества, включающего министерства, частные некоммерческие организации и неправительственные организации, может существенно возрасти при переводе ресурсов от учреждений третичного звена в службы охраны психического здоровья на вторичном и первичном уровнях.

Препятствие 6

В некоторых развивающихся странах существует достаточное количество служб охраны психического здоровья по месту жительства, которые предоставляют амбулаторное лечение или условия для постоянного проживания. Несмотря на это, только несколько развивающихся стран имеют достаточное количество таких служб в сельских районах, а существующие службы охраны психического здоровья по месту жительства для детей, подростков и лиц старшего возраста как в городах, так и в сельской местности могут быть недостаточно развиты.

Решение

1. Кадровые и финансовые ресурсы необходимо переводить из институциональных учреждений вторичного и третичного уровней в службы охраны психического здоровья по месту жительства вторичного уровня и службы первичного медико-санитарного звена. Примеры стран, которые справились с данной задачей (Индия, Израиль), показывают, что этого можно достичь благодаря усилиями на общегосударственном и региональном уровнях, включая:

- перераспределение ресурсов;
- переподготовку медицинского персонала;
- последующий надзор за подготовленным персоналом;
- межсекторальное сотрудничество с членами семей пациентов, местным населением, работниками здравоохранения, учебными заведениями и организациями социальной помощи.

2. При отсутствии заинтересованности со стороны правительства вряд ли возможно добиться большого успеха в развитии альтернативных служб охраны психического здоровья по месту жительства, за исключением частной практики в городских условиях. Это касается прежде всего служб охраны психического здоровья для детей, подростков и лиц старшего возраста, которым требуется особая помощь в области законодательной политики, подготовки персонала и выделения бюджетных средств.

Препятствие 7

В некоторых странах были сделаны попытки перевода психиатрических услуг в систему первичного медико-санитарного звена с помощью программ по интегрированию служб охраны психического здоровья в существующую сеть первичной медицинской помощи. На этом пути возникли многие препятствия.

Межсекторальное сотрудничество играет ключевую роль при переводе средств от учреждений третичного звена на другие уровни оказания психиатрической помощи.

Препятствие 6

Нехватка служб охраны психического здоровья на местах.

Решение

Общегосударственные и региональные инициативы по планированию и ресурсному обеспечению, подготовке медицинского персонала, оценке деятельности и межсекторальному сотрудничеству.

Развитие служб охраны психического здоровья по месту жительства требует взаимодействия поставщиков услуг и сотрудников департамента здравоохранения.

Развитие служб охраны психического здоровья по месту жительства для детей, подростков и лиц старшего возраста требует поддержки со стороны государства и специальных ассигнований на общегосударственном и региональном уровнях.

Препятствие 7

Проблемы предоставления психиатрической помощи в системе первичного медико-санитарного звена.

– Несмотря на то, что учреждения первичного медико-санитарного звена являлись первым пунктом обращения за психиатрической помощью, врачи, медицинские сестры и другие медицинские работники оказались недостаточно подготовленными в области оказания психиатрических услуг. Аналогичная ситуация наблюдалась и среди частнопрактикующих врачей.

– Без надлежащей подготовки и надзора за персоналом первичного уровня медицинского обслуживания эффективное выявление и лечение психических расстройств маловероятны.

– Во многих развивающихся и развитых странах прием пациента длится около пяти минут. Соответственно, многие навыки в области психического здоровья, полученные работниками первичного медико-санитарного звена, остаются невостребованными, поскольку за такое короткое время невозможно применить полученные знания.

– Врачи общей практики чаще всего не ведут пациентов длительное время и могут не поддерживать контактов с членами семьи и народными целителями, что приводит к их недостаточной информированности о состоянии психического здоровья местного населения.

Решение

1. Решение проблем, описанных в первых двух пунктах, заключается в смене приоритетов при подготовке работников первичного медико-санитарного звена и в создании надежной системы консультационных услуг и направлений к специалистам, которая обеспечит доступ к вторичному и третичному уровням. Подготовка специалистов первичного медико-санитарного звена должна проходить в условиях практического лечения пациентов и должна включать применение простых методов по диагностике и лечению как распространенных, так и тяжелых психических расстройств.

2. Программа обучения персонала первичного медико-санитарного звена в области охраны психического здоровья должна уделять внимание вопросам перехода от институциональной модели психиатрии на лечение по месту жительства (Ozturk, 2000).

3. Один из возможных путей заключается в параллельном решении проблем психического здоровья и проблем общего здравоохранения, которые имеют больший национальный приоритет и тесно связаны с охраной психического здоровья, например проблем СПИДа. Это позволяет получать финансирование программ подготовки медицинских работников первичного медико-санитарного звена в области психического здоровья. Например, в Южной Африке потребность в специалистах, способных оказывать консультационные услуги населению в рамках программы по профилактике СПИДа, привела к необходимости соответствующей подготовки работников первичного медико-санитарного звена (Freeman, 2000). Сектор охраны психического здоровья должен работать в тесном сотрудничестве с сектором общего здравоохранения на общегосударственном уровне, чтобы иметь возможность доступа к таким программам обучения. Другие области взаимодействия сектора охраны психического здоровья и общего здравоохранения включают интеграцию:

Решение

Подготовка персонала первичного медико-санитарного звена должна проходить в условиях непосредственного оказания услуг и включать программы по диагностике, лечению и последующему наблюдению.

Для получения средств на развитие служб охраны психического здоровья в системе первичного медико-санитарного звена необходимо объединение инициатив по охране психического здоровья с приоритетными направлениями общего здравоохранения.

- вопросов детского психического здоровья и программ охраны здоровья матери и ребенка;
- вопросов психического здоровья подростков и программ по борьбе со СПИДом и злоупотреблением наркотическими веществами;
- проблем психического здоровья детей и подростков и школьных образовательных программ по вопросам охраны здоровья;
- вопросов психического здоровья лиц старшего возраста в составе программ охраны здоровья семьи и посещений врача на дому.

4. Проблему краткосрочности общения с врачами в учреждениях первичного медико-санитарного звена можно решить с помощью проведения более активных мероприятий по выявлению психических расстройств среди местных жителей. Это поможет сэкономить время врачей общей практики, которое тратится на постановку диагноза, а также создать программы по ведению пациентов, при которых последующее наблюдение больного будет осуществляться другими работниками служб охраны здоровья. В Индии работники первичного медико-санитарного звена при посещении местного населения и проведении общемедицинских мероприятий занимаются вопросами профилактики психического здоровья и выявления случаев психических расстройств (Channabasavanna et al., 1995). Подобная интеграция позволяет врачам общей практики проводить диагностику и осуществлять лечение пациентов даже в рамках ограниченного времени, отводимого на консультирование больных.

5. Если национальная модель служб первичного медико-санитарного звена сводится к оказанию медицинских услуг врачами общей практики без установления личного контакта с пациентами и без последующих контактов между врачами и пациентами (Üstün & Von Korff, 1995), то работникам служб охраны психического здоровья по месту жительства или медицинским сестрам необходимо периодически навещать больных.

Препятствие 8

Во многих странах на развитие служб охраны психического здоровья в сельской местности выделяется гораздо меньше ресурсов, чем на развитие городских служб. Это особенно касается всех услуг третичного уровня, а также специальных служб охраны психического здоровья детей, подростков и лиц старшего возраста. Помимо необходимости перевода ресурсов с третичного на вторичный и первичный уровни (см. выше Препятствие 5), существует также необходимость перевода определенных ресурсов из городских служб в сельские. Решение первой проблемы может привести к тому, что в городах будут развиваться службы охраны психического здоровья первичного и вторичного уровней, в то время как отделенные сельские районы останутся без сопоставимых по объему ресурсов и развитых служб. Перевод средств в сельские районы не может привести к увеличению числа специалистов в области охраны психического здоровья на селе, которое сильно зависит от кадровых ресурсов. Из-за нехватки финансирования в развивающихся странах нет возможности для развития инфраструктуры служб охраны психического здоровья в сельских районах.

Работники первичного медико-санитарного звена и служб охраны психического здоровья по месту жительства должны проводить мероприятия по профилактике психического здоровья и раннему выявлению психических расстройств.

Препятствие 8

В сельских районах гораздо меньше кадровых ресурсов и менее развитая инфраструктура для служб охраны психического здоровья, чем в городах.

Решение

1. Подготовка местных работников служб охраны психического здоровья по месту жительства, которые могли бы взять на себя обязанности по раннему выявлению лиц, относящихся к группам риска и участвовать в долгосрочном лечении таких пациентов после консультирования с врачами или медицинскими сестрами первичного медико-санитарного звена. Программы обучения могут включать получение навыков по возрастным особенностям охраны психического здоровья детей, подростков и лиц старшего возраста.

2. Подготовка в области психического здоровья сельских учителей для профилактики охраны психического здоровья и раннего выявления психических расстройств у детей и подростков.

3. Обучение представителей местной общественности и религиозных деятелей вопросам охраны психического здоровья детей, подростков и лиц старшего возраста.

4. Обучение медицинского персонала первичного медико-санитарного звена, а также дальнейшее консультирование специалистами в области охраны психического здоровья уже рассматривалось выше (см. Препятствие 7).

Препятствие 9

Несмотря на относительную нехватку служб охраны психического здоровья во многих странах, особенно в сельской местности, были отмечены попытки интеграции служб охраны психического здоровья в систему первичной медико-санитарной помощи. Кроме этого, амбулаторное лечение, а также службы охраны психического здоровья по месту жительства очень слабо развиты в сельской местности как в развитых, так и в развивающихся странах. Главным препятствием планирования служб охраны психического здоровья первичного медико-санитарного звена и служб охраны психического здоровья по месту жительства является отсутствие на общегосударственном уровне инициатив по развитию сотрудничества между службами охраны психического здоровья, учреждениями первичного медико-санитарного звена и другими секторами, занимающимися вопросами психического здоровья, например образовательными учреждениями, службами социальной защиты, исправительными учреждениями, неправительственными организациями и иностранными агентствами-донорами.

– Если такое сотрудничество отсутствует на общегосударственном уровне, его сложно развивать в секторе предоставления услуг на первичном, вторичном и третичном уровнях.

– Эффективность и доступность существующих служб охраны психического здоровья может быть поставлена под сомнение из-за отсутствия межсекторального сотрудничества на уровне оказания медицинских услуг.

Решение

Обучить работников сельских служб охраны здоровья навыкам выявления случаев психических расстройств на раннем этапе и возрастным особенностям охраны психического здоровья детей, подростков и лиц старшего возраста.

Обучить сельских учителей навыкам профилактики охраны психического здоровья и раннему выявлению психических расстройств у детей и подростков.

Обучить представителей местной общественности и религиозных деятелей профилактике здоровья и уходу за лицами старшего возраста.

Препятствие 9

Невнимание со стороны государства к проблемам межсекторального сотрудничества.

– Разные министерства могут осуществлять похожие программы по оказанию психосоциальной помощи, не объединяя и не координируя свои усилия и ресурсы.

– Может отсутствовать координация между службами охраны психического здоровья и ведомствами, работающими с целевыми группами, например полицией, исправительными учреждениями, службами социальной защиты, учебными заведениями и религиозными организациями.

– Отсутствие сотрудничества между службами охраны психического здоровья и частным сектором, например членами семей и народными целителями. Все это снижает доступность служб охраны психического здоровья для потенциальных пациентов.

Решение

1. Примеры Индии (Рамка 6) и Израиля (Рамка 9) показывают, что региональные власти и национальные правительства должны использовать межсекторальное сотрудничество для решения проблемы недостаточного охвата населения службами охраны психического здоровья на всех уровнях предоставления медицинских услуг.

2. Такое сотрудничество должно начинаться на общегосударственном и региональном уровнях между государственными департаментами и службами охраны психического здоровья, включая общественные и неправительственные организации, а также частные некоммерческие структуры.

3. Межсекторальный подход может применяться на разных уровнях оказания медицинской помощи, при этом важно проводить межсекторальные консультации по вопросам ухода.

4. На третичном уровне сотрудничество подразумевает укрепление связей между специалистами в области психического здоровья со специалистами смежных секторов, таких как региональные управления полиции, учебных учреждений, организаций социальной защиты, неправительственных организаций и страховых компаний по вопросам планирования и создания специализированных служб, например, для детей, подростков и лиц старшего возраста.

5. На вторичном уровне предусматривается сотрудничество работников служб охраны психического здоровья с другими секторами, включая представителей муниципальных управлений полиции, учебных заведений, религиозных организаций, других социальных служб и неправительственных организаций по вопросам координации, планирования и функционирования стационарных служб охраны психического здоровья по месту жительства и реабилитационных центров. Помимо этого, желательно поддержание постоянного контакта с членами семей и народными целителями.

Решение

Региональные власти и национальные правительства должны использовать межсекторальное сотрудничество для решения проблемы недостаточного охвата населения службами охраны психического здоровья.

Сотрудничество между государственными департаментами и всеми поставщиками услуг охраны психического здоровья.

Сотрудничество между представителями учреждений третичного уровня, региональных государственных департаментов, неправительственных организаций и страховых компаний по вопросам планирования специализированных услуг.

Сотрудничество между службами вторичного уровня, местными департаментами здравоохранения, неправительственными организациями, представителями местной общественности и религиозными деятелями по вопросам планирования служб охраны психического здоровья по месту жительства.

6. На первичном уровне предусматривается сотрудничество работников служб охраны психического здоровья по месту жительства и проведение консультаций с представителями местных отделений полиции, учителями, священниками, неправительственными организациями, членами семей пациентов и народными целителями. Данные консультации должны включать вопросы координации, планирования и проведения санитарно-просветительных мероприятий по вопросам охраны психического здоровья, профилактики психических расстройств и развитию программ по охране психического здоровья в местных стационарах.

Сотрудничество между работниками первичного медико-санитарного звена, местными учреждениями, неправительственными организациями и представителями общественности по вопросам осуществления программ профилактики и охраны психического здоровья.

9. Глоссарий

Закрытые медицинские учреждения / Учреждения, деятельность которых не подлежит проверке и инспекции со стороны внешних организаций и которые не поощряют проведение подобных проверок. Термин не относится к учреждениям, которые были закрыты и не функционируют.

Двойное финансирование или дублированное финансирование / Выделение финансовых ресурсов для существующих служб и на создание новых служб в переходный период, способных предоставлять аналогичные услуги одним и тем же группам населения. Конечной целью является ликвидация старых служб после того, как новые начнут функционировать в полном объеме и удовлетворять потребности целевой группы или групп.

Косвенные расходы / Расходы, не связанные напрямую с оказанием психиатрической помощи, которые несут лица с психическими расстройствами и члены семьи. Например, людям с психическими расстройствами приходится оплачивать транспортные расходы, связанные с длительными поездками к месту предоставления услуг. Они могут потерять заработок вследствие временной нетрудоспособности при прохождении курса лечения. Члены семьи могут потерять доход в случае продолжительного домашнего ухода за лицами, страдающими психическими расстройствами.

Синдром «вращающейся двери» / Цикл, состоящий из госпитализации, выписки и повторной госпитализации. Это может произойти из-за несоблюдения режима приема лекарственных препаратов или отсутствия последующего наблюдения за пациентом в системе служб охраны психического здоровья по месту жительства, вследствие чего у пациентов с психическими расстройствами происходят рецидивы болезни.

Самостоятельные службы / Службы охраны психического здоровья, функционирующие в изоляции и не имеющие прочных связей с остальной системой здравоохранения. При оказании услуг они практически не зависят от других областей системы здравоохранения.

Библиография

1. Abas M et al. (1995) Health service and community-based responses to mental ill-health in urban areas. In: Harpham T, Blue I, eds. *Urbanization and mental health in developing countries*, Avebury, Aldershot.
2. Ahmed AM et al. (1996) Capabilities of public, voluntary and private dispensaries in basic health service provision. *World Health Forum*, 17:257-60.
3. Alem A et al. (1999) How are mental disorders seen and where is help sought in a rural Ethiopian community? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100:40-7.
4. Alves DN, Valentini W (2002) Mental health policy in Brazil. In: Morrall PA, Hazelton M, eds. *Mental health policy: international perspectives*. London: Whurr.
5. Awas M, Kedebe D, Alem A (1999) Major mental disorders in Butajira, southern Ethiopia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100:56-64.
6. Barrientos G (2001) La Reorientación de la Atención Psiquiátrica en Cuba. In: *Enfoques para un debate en salud mental colectivo de autores*. Havana: Ediciones Conexiones. p. 87-137. (In Spanish.)
7. Ben-Tovim DJ (1987) *Development psychiatry: mental health and primary health care in Botswana*. London: Tavistock Publications.
8. Bertolote JM (1992) Planificación y administración de acciones en salud mental en la comunidad. In: Levav I, ed. *Temas de salud mental en la comunidad*. Washington DC: OPS. (PALTEX Series No. 19.) (In Spanish.)
9. Bower P et al. (2000) Randomised controlled trial of non-directive counselling cognitive behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. II: Cost-effectiveness. *British Medical Journal*, 321:1389-92.
10. Braun P et al. (1981) Overview of psychiatric patients: a critical review of outcome studies. *American Journal of Psychiatry*, 136:736.
11. Breakey WR (1996a) Inpatient services. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc. p. 264-75.
12. Breakey WR (1996b) The catchment area. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc. p. 139-45.
13. Breakey WR (1996c) Developmental milestones for community psychiatry. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc. p. 29-42.
14. Channabasavanna SM, Sriram TG, Kumar K (1995) Results from the Bangalore center. In: Üstün TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester JohnWiley and Sons. p. 79-97.
15. Collins PY et al. (1999a) Using local resources in Patagonia: primary care and mental health in Neuquen, Argentina. *International Journal of Mental Health*, 28:3-16.
16. Collins PY et al. (1999b) Using local resources in Patagonia: a model of community-based rehabilitation. *International Journal of Mental Health*, 28:17-24.
17. Conway M et al. (1994) *A companion to purchasing mental health services*. Cambridge: Anglia and Oxford Regional Health Authority.

18. Cooper PJ, Murray L (1998) Postnatal depression. *British Medical Journal*, 316:1884-6.
19. De Jong JTVM (1996) A comprehensive public mental health programme in Guinea-Bissau: a useful model for African, Asian and Latin-American countries. *Psychological Medicine*, 26:97-108.
20. Dixon LB, Lehman AF (1995) Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4):631-43.
21. Freeman M (2000) Using all opportunities for improving mental health examples from South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 78:508-10.
22. Gallegos A, Montero F (1999) Issues in community-based rehabilitation for persons with mental illness in Costa Rica. *International Journal of Mental Health*, 28:25-30.
23. Goldberg DP, Lecrubier Y (1995) Form and frequency of mental disorders across centres. In: Üstün TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: John Wiley and Sons 323B334.
24. Goodwin S (1997) *Comparative mental health policy: from institutional to community care*. London: Sage Publications.
25. Gureje O et al. (1995) Results from the Ibadan center. In: Üstün TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: John Wiley and Sons. p. 157-73.
26. Holmes T, Koznar J (1998) The impact of independence on the development of community mental health services in the Czech Republic. *International Journal of Mental Health*, 27:18-45.
27. Jacob KS (2001) Community care for people with mental disorders in developing countries. Problems and possible solutions. *British Journal of Psychiatry*, 178:296-8.
28. Ji J (1995) Advances in mental health services in Shanghai, China. *International Journal of Mental Health*, 23:90-7.
29. Kilonzo GP, Simmons N (1998) Development of mental health services in Tanzania: a reappraisal for the future. *Social Science and Medicine*, 47:419-28.
30. Leff J, Gamble C (1995) Training of community psychiatric nurses in family work for schizophrenia. *International Journal of Mental Health*, 24:76–88.
31. Levkoff SE, Macarthur IW, Bucknall J (1995) Elderly mental health in the developing world. *Social Science and Medicine*, 41:983-1003.
32. Mohit A et al. (1999) Mental health manpower development in Afghanistan: Report of a training course for primary health care physicians. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 5(2):215-9.
33. Mubbashar MH (1999) Mental health services in rural Pakistan. In: Tansella M, Thornicroft G, eds. *Common mental disorders in primary care - Essays in honour of Professor Sir David Goldberg*. London: Routledge.
34. Murthy SR (1998) Rural psychiatry in developing countries. *Psychiatric Services*, 49:967-9.
35. Murthy SR (2000) Community resources for mental health care in India. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 9(2):89-92.

36. Mynors-Wallis L (1996) Problem solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 26:249-62.
37. Nikapota AD (1991) Child psychiatry in developing countries. *British Journal of Psychiatry*, 158:743-51.
38. Ozturk MO (2000) Removing the barriers to effective mental health care: a view from Turkey. *Bulletin of the World Health Organization*, 78:506-7.
39. Patel V (2000) Health systems research: a pragmatic model for meeting mental health needs in low-income countries. In: Andrews G, Henderson S, eds. *Unmet need in psychiatry: problems, resources, responses*. Cambridge: Cambridge University Press. p. 363-77.
40. Pearson V (1992) Community and culture: a Chinese model of community care for the mentally ill. *International Journal of Social Psychiatry*, 38:163-78.
41. Rezaki MS et al. (1995) Results from the Ankara center. In: Üstün TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: John Wiley and Sons. p. 39-55.
42. Schulberg HC et al. (1996) Treating major depression in primary care practice: eight-month clinical outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 53:913-9.
43. Sidandi P et al. (1999) Psychiatric rehabilitation: the perspective from Botswana. *International Journal of Mental Health*, 28:31-7.
44. Somasundaram DJ et al. (1999) Starting mental health services in Cambodia. *Social Science and Medicine*, 48:1029-46.
45. Sriram TG et al. (1990) Training primary care medical officers in mental health care: an evaluation using a multiple choice questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81: 414-7.
46. Talbott JA (1978) *The death of the asylum: a critical study of state hospital management, services, and care*. New York: Grune and Stratton.
47. Tausig M, Subedi S (1997) The modern mental health system in Nepal: organizational persistence in the absence of legitimating myths. *Social Science and Medicine*, 45:441-7.
48. Thornicroft G, Tansella M (1999) *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press.
49. Tomov T (1999) Central and Eastern European countries. In: Thornicroft G, Tansella M, eds. *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press. p. 216-27.
50. Trisnantoro L (2002) *Decentralization policy on public mental hospitals in Indonesia: a financial perspective*. Paper presented at the seminar on Mental Health and Health Policy in Developing Countries (15 May 2002). Harvard University.
51. Tyano S, Mozes T (1998) Mental health reform: the Israeli experience. In: Young JG, Ferrari P, eds. *Designing mental health services and systems for children and adolescents: A shrewd investment*. Philadelphia: Brunner/Mazel. p. 295-304.
52. Üstün TB, Sartorius N (1995) *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: John Wiley and Sons.
53. Üstün TB, Von Korff M (1995) Primary mental health services: access and provision of care. In Üstün TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: John Wiley and Sons. p. 347-60.

54. Ward E et al. (2000) Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive behaviour therapy and usual general practitioner care for patients with depression. I: clinical effectiveness. *British Medical Journal*, 321:1381-8.
55. World Health Organization (1982) *Training in mental health for primary health care workers*. Report of a workshop for trainers in mental health for nurses, medical assistants and village health workers. Maseru, 30 March to 10 April 1981(неопубликованный документ AFR/MH/12. Данный документ имеется в наличии в Африканском региональном бюро ВОЗ).
56. World Health Organization (2000) *Making a difference in Mongolian mental health: the Nations for Mental Health Project of the WHO to reorient mental health in Mongolia, 1997-2000*. Geneva: World Health Organization.
57. World Health Organization (2001a) *World health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
58. World Health Organization (2001b) *Atlas: Mental health resources in the world*. Geneva: World Health Organization.
59. World Health Organization (2001) *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report*. Geneva: World Health Organization (неопубликованный документ WHO/NMH/CCH/01. Данный отчет имеется в наличии в Департаменте неинфекционных заболеваний и токсикомании ВОЗ, CH-1211, Geneva 27, Switzerland. Он также доступен на веб-сайте «The Observatory on Health Care for Chronic Conditions» по адресу: http://www.who.int/chronic_conditions/en/).
60. Yan HQ, Xiao SF, Lu YF (1995) Results from the Shanghai center. In Üstün TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: John Wiley and Sons. p. 285-300.
61. Yousaf F (1997) Psychiatry in Pakistan. *International Journal of Social Psychiatry*, 43:298-302.

ISBN 92 4 454592 6



9 789244 545928