

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
АСОЦІАЦІЯ ПСИХІАТРІВ УКРАЇНИ

**ОРГАНІЗАЦІЯ СЛУЖБ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я
КЛІНІЧНА НАСТАНОВА, ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗАХ**

Склад
мультидисциплінарної робочої групи з опрацювання медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги на засадах доказової медицини з організації служб охорони психічного здоров'я

Пінчук Ірина Яківна	директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, д.мед.н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Наркологія, Психіатрія», заступник голови з клінічних питань;
Ліщишина Олена Михайлівна	директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», ст.н.с., к.мед.н., заступник голови з методологічного супроводу;
Болтоносів Сергій Васильович	лікар-психіатр консультативно-поліклінічного відділення Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України;
Волощук Анатолій Євгенович	головний позаштатний спеціаліст зі спеціальності «Психіатрія» Департаменту охорони здоров'я та соціального захисту населення Одеської обласної державної адміністрації;
Зборовський Олександр Михайлович	докторант Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, к.мед.н.;
Зінченко Олена Миколаївна	головний спеціаліст відділу спеціалізованої медичної допомоги управління медичної допомоги дорослим Медичного департаменту;
Колодежний Олексій Вікторович	завідувач наукового організаційно-методичного та інформаційно-аналітичного відділу Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України;
Ладик-Бризгалова Аліса Костянтинівна	аспірант Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України;
Серокурова Марина Ігорівна	головний позаштатний спеціаліст зі спеціальності «Психіатрія» Управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації;
Смаль Юрій Іванович	головний позаштатний спеціаліст зі спеціальності «Психіатрія» Департаменту охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації;

Ячнік Юлія Вікторівна молодший науковий співробітник наукового організаційно-методичного та інформаційно-аналітичного відділу Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України.

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Хачатурян Валерія Олександрівна заступник начальника Відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний МОЗ України»;

Зеленева Лариса Миколаївна експерт Відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний МОЗ України»;

Мігель Олександр Володимирович завідувач сектору економічної оцінки медичних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;

Шилкіна Олена Олександрівна начальник Відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України».

Інформація про рецензентів:

Глузман С.Ф. – Президент Асоціації психіатрів України

Левада О.А. - завідувач курсу психіатрії кафедри загальної практики - сімейної медицини з курсами дерматовенерології та психіатрії Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», д.мед.н., доцент

Роберт ван Ворен – Генеральний секретар міжнародної організації «Глобальна ініціатива в психіатрії»

Державний експертний центр МОЗ України є членом

Guidelines International Network
(Міжнародна мережа настанов)



ADAPTE (Франція)
(Міжнародний проект з адаптації клінічних
настанов)



Перегляд адаптованої клінічної настанови заплановано на 2020 рік

Зміст

Передмова

Коротке резюме

Цілі та цільова аудиторія

1. Вступ

2. Організація служб охорони психічного здоров'я в різних країнах світу і аналіз їх діяльності

2.1. Служби охорони психічного здоров'я, інтегровані в систему загальної охорони здоров'я

2.2. Спільнотні служби охорони психічного здоров'я

2.3. Інституційні послуги в психіатричних клініках

3. Сучасна організація служб охорони психічного здоров'я в різних країнах світу

4. Методичні рекомендації з організації служб охорони психічного здоров'я

4.1. Принципи організації служб охорони психічного здоров'я

4.2. Визначення оптимального поєднання типів послуг, що надаються

4.3. Інтеграція служб охорони психічного здоров'я в систему загальної охорони здоров'я

4.4. Створення державних і приватних спільнотних служб охорони психічного здоров'я

4.5. Недоліки в роботі спеціалізованих психіатричних клінік

5. Основні питання організації служб охорони психічного здоров'я

5.1. Лікування на базі науково обгрунтованого підходу в медицині

5.2. порівняння епізодичного і безперервного лікування

5.3. Шляхи отримання допомоги

5.4. Дисбаланс між міськими та сільськими районами

5.5. Лікування, орієнтоване на надання послуг, у порівнянні з лікуванням, орієнтованим на потреби пацієнта

5.6. Міжсекторальне і внутрішньосекторальне співробітництво

6. Рекомендації та висновки

7. Послідовність дій по організації служб охорони психічного здоров'я в країнах з різним рівнем ресурсного забезпечення

8. Перешкоди та шляхи їх подолання

9. Словник

Бібліографія

Передмова

Робочої групи з підготовки адаптованої клінічної настанови «Організація служб охорони психічного здоров'я».

Всесвітня організація охорони здоров'я наполягає на тому, що психіатричну допомогу необхідно надавати в лікарнях загального профілю і районних лікувальних установах. Великі та централізовані психіатричні інституції мають бути замінені іншими більш відповідними службами охорони психічного здоров'я.

Даний документ дозволяє організаторам охорони здоров'я та медичним працівникам, а також пацієнтам в Україні отримати інформацію щодо узагальненого міжнародного досвіду, а також конкретних яскравих прикладів щодо організації психіатричної допомоги пацієнтам в різних країнах та в різних системах охорони здоров'я.

Метою адаптованої клінічної настанови є допомога особам, які формують політику, і фахівцям з планування при виконанні ними наступних завдань:

- розробка політики і всеосяжних стратегій по зміцненню психічного здоров'я різних груп населення;
- використання існуючих ресурсів для досягнення найбільш оптимальних результатів;
- підвищення ефективності послуг всім, хто потребує допомоги;
- надання допомоги людям з психічними розладами при їх реінтеграції в усі сфери життя суспільства і сприяння тим самим всебічному поліпшенню якості життя таких груп населення.

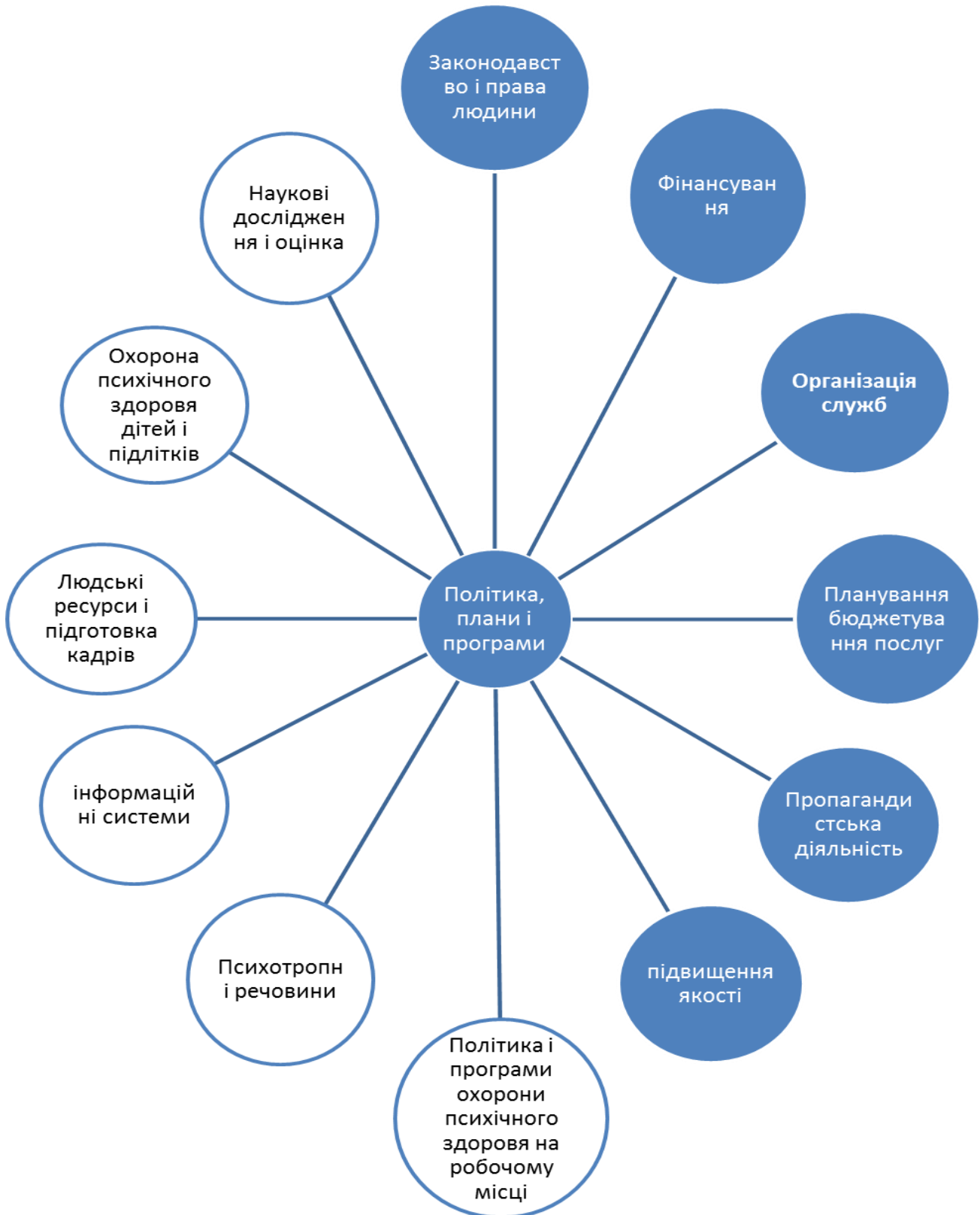
Що входить в пропоновану адаптовану клінічну настанову?

Адаптована клінічна настанова складається з декількох тематично пов'язаних і зручних для користувача модулів для вирішення широкого спектра завдань і пріоритетних проблем, що виникають при формуванні політики і плануванні послуг в області психічного здоров'я. Тематикою кожного модуля є один з ключових аспектів охорони психічного здоров'я. У вступному модулі під назвою «Контекст психічного здоров'я» дається опис глобального контексту психічного здоров'я та короткий зміст всіх інших модулів. Цей модуль повинен не тільки дати читачам загальне уявлення про глобальний контекст психічного здоров'я, але і надати їм допомогу у виборі найбільш відповідних модулів з урахуванням ситуації на місцях. Модуль «Політика, плани і програми в області психічного здоров'я» є основним, і в ньому представлена докладна інформація про процес розробки політики та методи її реалізації за допомогою відповідних планів і програм. Після ознайомлення з цим модулем фахівці в країнах можуть звернутися до конкретних аспектів психічного здоров'я, про які йдеться в інших модулях.

Збірка практичних рекомендацій включає в себе наступні модулі:

- Контекст психічного здоров'я

- Політика, плани і програми в області психічного здоров'я
- Фінансування охорони психічного здоров'я
- Законодавство в області психічного здоров'я і права людини
- Пропаганда актуальності охорони психічного здоров'я
- Організація служб охорони психічного здоров'я
- Підвищення якості охорони психічного здоров'я
- Планування і бюджетування послуг в області психічного здоров'я



○ мають бути розроблені в подальшому

Робота над представленими нижче модулями ще не завершена, однак вони будуть включені до адаптованої клінічної настанови у міру її остаточного формування:

- Розширення доступності психотропних засобів і поліпшення практики їх використання
- Інформаційні системи по психічному здоров'ю
- Людські ресурси і підготовка кадрів в області психічного здоров'я
- Охорона психічного здоров'я дітей і підлітків
- Наукові дослідження та оцінка політики і системи надання послуг в області психічного здоров'я
- Політика і програми охорони психічного здоров'я на робочому місці

Для кого призначена адаптована клінічна настанова?

Перераховані вище модулі можуть представляти інтерес для:

- осіб, які формують політику, і фахівців з планування охорони здоров'я;
- органів державної влади на федеральному, обласному / регіональному та місцевому рівнях;
- фахівців з лікування психічних захворювань;
- груп, що представляють інтереси людей з психічними розладами;
- представників або асоціацій сімей та осіб, які надають допомогу людям з психічними розладами;
- організацій, які відстоюють інтереси і права осіб, які страждають психічними розладами, їх близьких і членів їх сімей;
- неурядових організацій, залучених до процесу надання послуг в області психічного здоров'я або зацікавлених в проведенні такої роботи.

Як користуватися даними модулями на практиці?

- Будь-модуль можна використовувати **окремо або разом** з іншими модулями. Для зручності користувачів в модулях наводяться перехресні посилання. Фахівці в країнах можуть приступити до систематичного вивчення всіх модулів або вибрати для себе певний модуль, якщо є необхідність в більш пильному вивченні конкретної тематики в області психічного здоров'я. Наприклад, країни, для яких актуальні питання законодавства з охорони психічного здоров'я, можуть почати роботу з модулем «Законодавство в області психічного здоров'я і права людини».
- Модулі можуть використовуватися в якості **набору навчально-методичних матеріалів** особами, що формують політику в галузі психічного здоров'я, фахівцями з планування, організації, надання та фінансування служб охорони психічного здоров'я. Представлені матеріали можна використовувати як навчальні посібники в

університетах або коледжах. Професійні асоціації можуть скористатися даною адаптованою клінічною настановою в якості допоміжного матеріалу для підготовки фахівців, які працюють в системі охорони психічного здоров'я.

- Модулі можуть бути покладені в основу **технічних консультацій**, здійснюваних різними міжнародними і національними організаціями при наданні допомоги країнам, які ставлять перед собою завдання реформування існуючої політики та / або системи надання послуг в області психічного здоров'я.
- Модулі можуть стати **інструментом пропаганди** при проведенні роз'яснювальної роботи з споживачами послуг, членами сімей та організаціями, які пропагують цінності психічного здоров'я. Вони містять корисну інформацію для мережі санітарної освіти і ширшого ознайомлення політиків, осіб, які формують громадську думку, інших категорій медпрацівників і населення в цілому з проблемою психічних розладів і роботою служб охорони психічного здоров'я.

Формат модулів

У кожному модулі чітко викладені його цілі і позначена цільова аудиторія, для якої він призначений. Для зручності використання і впровадження в країнах методичних рекомендацій формат будь-якого модуля передбачає поетапний опис дій. Названі рекомендації не є обов'язковими до виконання, і їх не слід тлумачити однозначно, - тому країнам рекомендується адаптувати пропонований матеріал в залежності від власних потреб і обставин. З цією метою у всіх модулях наводяться приклади практичного застосування викладеного матеріалу.

Кожен модуль містить велику кількість перехресних посилань. В ході ознайомлення з одним модулем може виникнути потреба (при наявності посилань на інші модулі) в отриманні додаткової інформації.

Всі модулі необхідно розглядати в світлі політики ВООЗ, спрямованої на надання основної частини послуг в області психічного здоров'я в установах загальної лікувальної мережі та за місцем проживання (на базі спільноти). Охорона психічного здоров'я населення, безсумнівно, є міжсекторальною проблемою і передбачає колективні зусилля з боку органів освіти і забезпечення зайнятості населення, житлового сектора, а також чітку роботу соціальних служб і системи кримінального судочинства. При розробці політики в галузі охорони психічного здоров'я та організації роботи відповідних служб необхідно найсерйознішим чином прислухатися до думки організацій споживачів послуг психіатрії та членів їх сімей.

Коротке резюме

Вступ

Служби охорони психічного здоров'я є ефективним засобом надання психіатричної допомоги. Організація служб охорони психічного здоров'я значно впливає на ефективність послуг, що надаються і, в кінцевому підсумку, на виконання поставлених завдань і досягнення відповідних цілей, визначених державною політикою в галузі охорони психічного здоров'я.

Мета даного модуля не зводиться до опису виключно однієї моделі організації служб в контексті психічного здоров'я. Остаточна форма організації служб з надання психіатричної допомоги населенню, в кінцевому підсумку, залежить від соціального, культурного, політичного та економічного контексту даної країни. Однак дослідження і досвід, накопичений в країнах, що знаходяться в різних частинах світу, свідчать про наявність ключових компонентів, що забезпечують досягнення успіху при застосуванні різних моделей надання психіатричних послуг. В даному модулі наводиться опис основних компонентів по керівництву і організації служб охорони психічного здоров'я в різних країнах.

Опис і аналіз організації служб охорони психічного здоров'я в різних країнах

Існуючі служби охорони психічного здоров'я можна класифікувати за нижченаведеними категоріям. Дана класифікація не є рекомендацією щодо безпосередньої організації служб охорони психічного здоров'я, а є спробою провести широкомасштабну інвентаризацію існуючих служб з надання психіатричної допомоги.

І) Служби охорони психічного здоров'я, інтегровані в систему загальної охорони здоров'я, в цілому поділяються на служби охорони психічного здоров'я первинної медико-санітарної ланки та служби охорони психічного здоров'я лікарень загального профілю.

Служби охорони психічного здоров'я первинної медико-санітарної ланки включають лікувальні і профілактичні служби, а також послуги зі зміцнення здоров'я, що надаються лікарями загальної практики. До них відносяться послуги, що надаються лікарями терапевтами, медичними сестрами та іншим медичним персоналом, що працює в лікувальних закладах первинної медико-санітарної ланки. Надання послуг охорони психічного здоров'я на первинному медико-санітарному рівні вимагає інвестування значних коштів в підготовку фахівців первинної ланки для виявлення і лікування психічних розладів. В ході навчання особливу увагу необхідно приділити конкретним потребам при підготовці різних груп фахівців первинної медико-санітарної ланки: лікарів, медичних сестер і працівників спільнотних служб охорони здоров'я за місцем проживання. Більш того, у медичного персоналу первинного рівня має бути час для надання послуг з охорони психічного здоров'я. У зв'язку з цим може знадобитися збільшення штату медичного персоналу первинної ланки, враховуючи, що через систему первинної медико-санітарної допомоги надаватимуться додаткові послуги з охорони психічного здоров'я.

Така організація служби ефективна при роботі з розповсюдженими та гострими психічними розладами та може показувати навіть більшу ефективність, ніж спеціалізовані психіатричні клініки. Однак результати лікування багато в чому залежать від якості послуг, що надаються, які, в свою чергу, залежать від знань медичних працівників первинної ланки, практичних навичок з діагностики та лікування типових психічних розладів, а також від наявності необхідних лікарських засобів і методів психосоціального впливу. Первинна медична допомога є більш доступною для пацієнтів з психічними розладами і сприймається ними набагато краще, ніж лікування в інших психіатричних закладах. Така ситуація склалася завдяки тому, що служби охорони психічного здоров'я первинної медико-санітарної ланки не асоціюються зі стигматизацією та є більш дешевими в порівнянні з іншими психіатричними установами.

Служби охорони психічного здоров'я в лікарнях загального профілю включають послуги, що надаються в районних лікарнях загального профілю, лікарнях при навчальних закладах або центральних лікарнях, що входять в систему медичних установ загальної охорони здоров'я. У подібних закладах є психіатричні палати для стаціонарних хворих, місця в загальних палатах і відділеннях невідкладної допомоги, а також психіатричні кабінети в поліклініках. Тут можуть також надаватися спеціалізовані послуги, наприклад, для дітей, підлітків і людей похилого віку. Лікування в подібних випадках проводиться фахівцями в даній області: психіатрами, психіатричними сестрами, соціальними психологами, психологами та терапевтами, які пройшли спеціальний курс підготовки з психіатрії. Цілком очевидно, що для надання якісних послуг в цій галузі необхідна наявність достатньої кількості спеціально підготовленого медичного персоналу та навчальних закладів, що надають відповідну підготовку.

Ефективність результатів лікування при наданні подібних послуг залежить від якості і типу наданої допомоги. У багатьох країнах служби охорони психічного здоров'я в лікарнях загального профілю можуть надавати допомогу в випадках гострого поведінкового і епізодичного розладу, який не потребує стаціонарного лікування. Однак можливості з надання допомоги хворим з важкими психічними розладами залежать від наявності відповідних служб в системі первинної медико-санітарної ланки або в спільнотній системі надання психіатричної допомоги за місцем проживання, а також від безперервності надання послуг даними службами. Ставлення до служб охорони психічного здоров'я при клініках широкого профілю з боку населення зазвичай дуже позитивне. Оскільки лікарні загального профілю звичайно знаходяться у великих містах, то можуть виникати певні проблеми з доступністю лікування в тих країнах, де недостатньо розвинена транспортна система. Для лікувального закладу психіатричне лікування в лікарнях загального профілю за собівартістю найімовірніше буде вище, ніж в системі первинної медико-санітарної ланки, але менш дорогим, ніж в спеціалізованих психіатричних закладах. Пацієнтам також доведеться нести додаткові витрати на дорогу, проживання та харчування, що в ряді країн може стати додатковим бар'єром для вільного доступу до подібних медичних послуг.

II) Спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання можуть бути державними і приватними.

До *державних спільнотних служб охорони психічного здоров'я* відносяться реабілітаційні служби, програми переведення кризових пацієнтів з клінік в спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання, мобільні кризові групи, терапевтичні служби, служби підтримки і допомоги на дому та служби з надання допомоги для спецконтингенту, до якого відносяться особи, які страждають на психічні розлади внаслідок отриманої травми, діти, підлітки та люди похилого віку. Спільнотні служби охорони психічного здоров'я не функціонують на базі міських лікарень, але підтримують тісні робочі контакти з медичними установами первинної медико-санітарної ланки та спеціалізованими психіатричними клініками. Подібні служби працюють більш ефективно в тісному контакті зі службами первинного рівня і приватними постачальниками послуг на місцях. Для надання послуг у галузі спільнотної охорони психічного здоров'я за місцем проживання необхідна певна кількість фахівців з високим рівнем підготовки і знань, хоча велика частина психіатричної допомоги може бути надана медичними працівниками загального профілю за умови певної підготовки в області психіатрії. У багатьох країнах, що розвиваються, висококваліфікованого персоналу подібного профілю катастрофічно не вистачає, що дозволяє скористатися подібними послугами лише обмеженому числу пацієнтів.

При достатньому фінансуванні та наявності ресурсів спільнотні служби охорони психічного здоров'я дають можливість особам з гострими психічними розладами не змінювати місце проживання і, таким чином, залишатися в своєму оточенні. Здатність спільнотних служб охорони психічного здоров'я задовольнити потреби в медичних послугах асоціюється з їх доступністю, а зниження стигматизації асоціюється зі збільшенням звернень за психіатричною допомогою та зниженням ймовірності порушення прав людини. Для створення мережі високоякісних спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання, що надають послуги з задоволення різноманітних клінічних потреб пацієнтів, потрібна наявність певних фінансових коштів і відповідного медичного персоналу. Зниження собівартості лікування до рівня психіатричних клінік, ймовірно, займе ще досить довгий час.

Послуги *приватних спільнотних служб охорони психічного здоров'я* за місцем проживання можуть надаватися членами спільноти, які не є лікарями загальної практики, або відданими професіоналами з охорони психічного здоров'я чи парапрофесіоналами. Малоімовірно, що вони можуть стати основною базою з надання психіатричних послуг населенню, в зв'язку з чим не рекомендується повністю залежати від їх послуг, які, безумовно, можуть стати хорошим доповненням до державної системи громадської охорони здоров'я і зіграти важливу роль в підвищенні ефективності результатів терапії пацієнтів з психічними розладами. Приватні постачальники послуг зазвичай мають гарну репутацію, і у населення, як правило, не існує будь-яких проблем з доступом до послуг, що надаються, так як вони практикують за місцем проживання. Хоча дані послуги

відносяться до добровільних, не всі з них є абсолютно безкоштовними. Наприклад, у багатьох країнах народні цілителі стягують плату за лікування і, отже, можуть відноситися до категорії приватнопрактикуючих фахівців. Крім того, існує певна стурбованість порушень прав людини при використанні певних методів лікування народними цілителями і знахарями.

III) Інституційні психіатричні послуги включають спеціалізовані інституційні послуги та психіатричні клініки. Ключовою особливістю таких послуг є особливий незалежний стиль їх надання, хоча вони можуть мати деяку зв'язок з рештою системи охорони здоров'я.

Спеціалізовані інституційні психіатричні послуги надаються деякими поліклініками та окремими державними чи приватними клініками на базі лікарень, що надають безліч послуг для стаціонарних пацієнтів. Сюди входить лікування гострих психічних розладів у відділеннях суворого режиму, відділеннях для дітей і осіб старшого віку і відділеннях судової психіатрії. Дані послуги відрізняються від послуг, що надаються в типових психіатричних клініках, так як вони відповідають конкретним потребам пацієнта, для лікування якого необхідні стаціонарні умови і наявність відповідних фахівців різного профілю. Брак подібних фахівців становить серйозну проблему для країн, що розвиваються. Велика частина подібних спеціалізованих послуг виявляється в основному в спеціалізованих лікувальних центрах третинного рівня пацієнтам з важковиліковні захворюваннями. У разі належного фінансування і наявності необхідних ресурсів такі послуги можуть виявитися дуже високої якості і привести до досить хорошого проміжного результату, який може стати основою для подальшого продовження курсу лікування. Майже у всіх випадках надання спеціалізованих послуг у населення виникають проблеми з доступом до медичного обслуговування як у країнах, що розвиваються, так і в розвинених країнах. Дані проблеми можуть виникнути через відсутність певних типів послуг в регіонах країни, через розташування медичних центрів у великих містах, а також через певну стигматизацію, що асоціюється з отриманням медичної допомоги в подібних установах. Для створення і забезпечення роботи мережі спеціалізованих психіатричних служб потрібні значні кошти, в основному через вкладення в інфраструктуру і на оплату медичного персоналу. У багатьох країнах, що розвиваються вартість лікування в спеціалізованих психіатричних відділеннях не обов'язково може бути високою внаслідок того, що оплата медичного персоналу нижче, ніж в розвинених країнах і, в багатьох випадках, через те, що інвестування здійснюється на більш низькому рівні і дані установи працюють в більш жорстких умовах.

Спеціалізовані психіатричні клініки пропонують тривале лікування з лікарняним доглядом. У багатьох країнах світу вони є або єдиними установами по лікуванню психічних розладів, або надають переважну частку послуг населенню в даній області. В багатьох країнах психіатричні клініки споживають більшу частину людських і фінансових ресурсів, виділених на боротьбу з психічними розладами. Подібна ситуація є серйозною перешкодою на шляху розвитку альтернативних спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання. У

психіатричних клініках часто відзначається велика кількість несприятливих результатів лікування, пов'язаних з різними факторами, такими як погане клінічне лікування, порушення прав людини, інституційна форма лікування і недолік реабілітаційно-відновлювальних заходів. Отже, в разі гострого браку фінансових ресурсів для розвитку служб охорони психічного здоров'я в спеціалізовані психіатричні клініки треба вкладати менше коштів. Це особливо стосується країн, що розвиваються, в яких психіатричні клініки займаються виключно психіатричним лікуванням. Стигматизація, що асоціюється з психіатричними клініками, також знижує до них довіру з боку населення і призводить до зниження доступності їх послуг.

Сучасна організація служб охорони психічного здоров'я в різних країнах світу

Тільки невеликій кількості країн вдалося досягти оптимального поєднання послуг, що надаються. У деяких країнах, що розвиваються, психіатричні послуги стали доступнішими для населення за рахунок їх інтеграції в систему первинної медико-санітарної допомоги. У деяких країнах вже є хороші приклади міжсекторальної співпраці між неурядовими організаціями, вищими навчальними закладами, громадськими службами охорони здоров'я, приватнопрактикуючими фахівцями і споживачами послуг, що веде до становлення спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання. Навіть всередині однієї країни може спостерігатися значний дисбаланс між різними регіонами, а приватні і державні послуги одночасно можуть бути доступні тільки окремим групам населення, які зазвичай проживають у великих містах або якомусь конкретному районі.

У розвинених країнах процес переведення стаціонарних хворих на амбулаторне обслуговування за останні три десятиліття призвів до скорочення числа стаціонарних пацієнтів в психіатричних клініках, а також до закриття багатьох клінік подібного типу. Однак цей процес не супроводжувався збільшенням обсягу послуг, пропонуємих спільнотними службами охорони психічного здоров'я, які часто виявлялися неефективними і були нерівномірно розподілені по території країни. В даний час значна увага приділяється розвитку служб охорони психічного здоров'я на рівні первинної медико-санітарної ланки. Наприклад, незважаючи на те, що депресія є найбільш типовою проблемою, з якою звертаються пацієнти до лікарів терапевтів, її ще недостатньо точно діагностують і не завжди ефективно лікують лікарі загальної практики в більшості розвинених країн.

Виходячи з наявного світового досвіду роботи служб охорони психічного здоров'я, можна зробити два основні висновки. По-перше, розвиток служб охорони психічного здоров'я становить серйозну проблему як для країн, що розвиваються, так і для розвинених країн. Однак характер складнощів в розвинених країнах інший, ніж в країнах, що розвиваються. У багатьох країнах, що розвиваються, відзначається катастрофічна нестача ресурсів і медичного персоналу. Подібна ситуація заслуговує негайної уваги. У розвинених країнах існують проблеми, пов'язані з недостатнім наданням послуг на місцевому рівні, відзначається велика необхідність у виявленні та лікуванні психічних розладів в системі первинної медико-санітарної ланки, а також певна конкуренція між загальними і спеціалізованими службами охорони

психічного здоров'я. По-друге, більш дорогі спеціалізовані лікувальні установи не є панацеєю від усіх проблем. Навіть в умовах обмежених ресурсів, що виділяються на охорону здоров'я в більшості країн, значні поліпшення в сфері надання психіатричних послуг населенню можливі в разі переадресації наявних ресурсів на підтримку менш дорогих служб, які гарантують хороший результат лікування і охоплюють ширші верстви населення.

Адаптована клінічна настанова з організації служб охорони психічного здоров'я

Рекомендації даного модуля призначені для створення інтегрованої системи надання послуг і не повинні розглядатися окремо одні від одних. Застосування тільки одних рекомендацій на практиці не призведе до поліпшення здоров'я осіб, які страждають психічними розладами. В основі організації служб охорони психічного здоров'я повинні лежати принципи доступності медичних послуг, скоординованого догляду, безперервності надання медичної допомоги, результативності, рівності доступу і поваги прав людини.

Фахівці з планування повинні визначити оптимальне поєднання типів послуг з охорони психічного здоров'я, що надаються, та способи їх надання по певним каналам. Максимальні вимоги, що пред'являються до надання послуг з охорони психічного здоров'я, значно відрізняються по країнах, хоча відносні потреби в конкретних послугах подібні в більшості держав. Цілком очевидно, що велика частина послуг перш за все повинна надаватися приватними спільнотними службами охорони психічного здоров'я за місцем проживання і спільнотними службами охорони психічного здоров'я за допомогою співробітників первинної медико-санітарної ланки, а потім психіатричними службами лікарень загального профілю, державними психіатричними інститутами і, в останню чергу, спеціалізованими психіатричними клініками. Немає ніяких підстав для надання послуг з охорони психічного здоров'я тільки в психіатричних клініках. Звичайно, завжди буде існувати потреба в тривалому стаціонарному лікуванні у невеликій кількості пацієнтів, навіть якщо спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання будуть функціонувати на високому рівні. Однак більшість таких пацієнтів можна лікувати стаціонарно в невеликих установах на місцях або в палатах тривалого перебування в лікарнях, які також надають і інші види спеціалізованих послуг. Стимуляція навичок повсякденного життя у великих лікувальних установах, як, наприклад, в психіатричних клініках, часто буває не виправдана з точки зору собівартості, ефективності та якості послуг.

Інтеграція служб охорони психічного здоров'я в систему загальної охорони здоров'я сприяє зменшенню стигматизації, що асоціюється з проходженням лікування в спеціалізованій психіатричній клініці. Це також дозволяє знизити хронічну нестачу психіатрів і підвищити ймовірність раннього виявлення психічних розладів у хворих з психосоматичними симптомами, що звертаються в загальну лікувальну мережу. Інші потенційні переваги такої організації полягають в наданні послуг на місцевому рівні та можливості отримання фінансової підтримки пацієнтом з боку близьких і друзів в процесі лікування. Інтеграція служб охорони психічного здоров'я в систему

охорони здоров'я загального профілю є найбільш ефективною стратегією за охопленням психіатричними послугами тих категорій населення, які раніше не мали доступу до психіатричної допомоги.

Дана інтеграція може проводитися на клінічному, управлінському, адміністративному і фінансовому рівнях. Безумовно, повна інтеграція теоретично може мати як певні переваги, так і недоліки, і країнам необхідно брати до уваги конкретні умови при прийнятті рішення на користь повної і часткової інтеграції. По меншій мірі, на клінічному рівні інтеграція повинна бути якомога повнішою. Так само як інтеграція на рівні первинної медико-санітарної ланки, інтеграція служб охорони психічного здоров'я на рівні лікарень загального профілю, встановлення зв'язків між первинним і вторинним рівнями і інтеграція служб охорони психічного здоров'я в інші програми з охорони здоров'я і соціальні проекти.

Інтеграція на рівні первинної медичної допомоги вимагає наявності навченого медичного персоналу, який може взяти на себе обов'язки з надання послуг охорони психічного здоров'я і по інформаційно-пропагандистській роботі. У більшості країн потрібні фінансові кошти для залучення додаткового медичного персоналу первинної ланки, у якого буде достатньо часу для надання психіатричної допомоги. Серед інших питань, які заслуговують на увагу, можна виділити створення відповідної інфраструктури, забезпечення обладнанням і, що найважливіше, забезпечення психотропними лікарськими препаратами.

Інтеграція служб охорони психічного здоров'я в систему загальної охорони здоров'я вимагає наявності відділень амбулаторного лікування та психіатричних палат у лікарнях загального профілю, а також наявності фахівців в області психіатрії, а саме психіатрів, психологів, сестер психіатричних відділень та соціальних працівників.

Не можна недооцінювати необхідність взаємодії первинної медичної ланки і вторинних служб охорони психічного здоров'я. На рівні районів і областей необхідно налагодити чітку систему консультацій і направлень до психіатрів з системи первинної медико-санітарної допомоги.

У країнах, що розвиваються інтеграція служб охорони психічного здоров'я в існуючі програми охорони здоров'я населення і соціальної допомоги видається цілком доцільною для підвищення ефективності надання послуг з охорони психічного здоров'я. Так, післяпологову депресію у жінок можна лікувати в рамках більш широкої програми репродуктивного здоров'я, проблеми жіночого психічного здоров'я можуть розглядатися в рамках програм по боротьбі з домашнім насильством, а потреба в психосоціальних послугах може бути задоволена в рамках програм по боротьбі з ВІЛ / СНІДом.

У всіх країнах необхідно розвивати мережу державних і приватних служб охорони психічного здоров'я. Розвиток спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання виявляється цілком слушним там, де необхідно знизити питому вагу інституційного лікування. У країнах, що розвиваються, через брак фінансових і людських ресурсів спільнотні служби охорони психічного здоров'я слід розвивати поетапно, враховуючи місцеві потреби, що варіюються в залежності від регіону.

Крім цього, в країнах, що розвиваються, слід використовувати вже існуючі мережі неурядових організацій для надання деяких типів послуг, наприклад програми спільного проживання, лікування і реабілітації на кшталт клубного відпочинку, групи взаємної підтримки, спеціальні майстерні для реабілітації та роботи інвалідів, система забезпечення робочих місць для інвалідів на спеціальних підприємствах, працевлаштування інвалідів з подальшим спостереженням за їх роботою, будинки з обслуговуючим персоналом.

Процес переводу стаціонарних хворих на амбулаторне обслуговування є важливою складовою реформи системи охорони психічного здоров'я. Він полягає не просто в виписці пацієнтів з лікарень тривалого утримання, а вимагає значних змін, які полягають в більш широкому наданні послуг з охорони психічного здоров'я за місцем проживання в якості альтернативи інституційним психіатричним службам. Надання послуг з охорони психічного здоров'я на місцях має супроводжуватися зниженням кількості пацієнтів психіатричних клінік. Процес деінституціоналізації слід проводити поетапно відразу після створення системи психіатричної допомоги на місцевому рівні. Для досягнення даної мети будуть потрібні значні зусилля з боку фахівців з планування, керівників охорони здоров'я та клініцистів.

Основні положення організації служб охорони психічного здоров'я

При виконанні даних рекомендацій з організації служб охорони психічного здоров'я необхідно використовувати науково обгрунтований підхід в медицині при проведенні психіатричного втручання, брати до уваги потреби пацієнтів з психічними розладами, враховувати питання доступу населення до служб психіатричної допомоги та інші важливі аспекти структурного характеру, як, наприклад, необхідність міжсекторального співробітництва.

Існують дані, що підтверджують більш успішний результат лікування в системі охорони психічного здоров'я за місцем проживання, ніж в психіатричних клініках, а також докази того, що короткострокові курси лікування не поступаються за ефективністю тривалому перебуванню в стаціонарі. Деякі розлади, наприклад депресія, успішно лікуються медичними працівниками первинної ланки, з використанням лікарських препаратів і методів психотерапії. Що стосується шизофренії, то регулярний прийом препаратів і участь членів сім'ї у процесі лікування може значно знизити рівень виникнення рецидивів і, таким чином, істотно поліпшити якість життя пацієнта.

Служби охорони здоров'я повинні бути орієнтовані на потреби великого числа хворих з серйозними і тривалими психічними розладами. Використання оцінки роботи закладів охорони здоров'я за їх пропускнуою спроможністю, тобто за кількісними показниками пацієнтів, які пройшли лікування, де наголос робиться на активному лікуванні гострих станів в надії на те, що більшість пацієнтів практично повністювилікується і не виникне необхідності в продовженні лікування до наступного загострення, не підходить для таких випадків. Хворим з серйозними і тривалими психічними розладами більше підходить метод тривалого лікування. При

такому методі акцентується увага на задоволенні широкого кола потреб пацієнта, включаючи соціальні, професійні і психологічні потреби.

Шляхи отримання медичної допомоги, тобто те, яким чином люди з психічними розладами отримують доступ до служб охорони психічного здоров'я, відрізняються в розвинених і країнах, що розвиваються, через різний рівень розвитку системи охорони здоров'я. Періодично доступ до служб охорони психічного здоров'я може бути утруднений, що призводить до затримок в отриманні медичної допомоги та більшої ймовірності несприятливих наслідків лікування. Фахівці з планування служб охорони психічного здоров'я повинні налагодити їх роботу таким чином, щоб подолати можливі перешкоди, і полегшити доступ до медичних послуг, знижуючи таким чином тривалість і гостроту психічних розладів.

Фахівцям з планування також необхідно подолати дисбаланс, який існує між міськими і сільськими службами охорони психічного здоров'я. В даному модулі наводяться назви та короткий опис програм, призначених для подолання сформованого дисбалансу.

Зазвичай служби охорони психічного здоров'я організовані, виходячи зі зручності управління ними, а пацієнти змушені пристосовуватися до певної структури служби, послугами якої вони захочуть скористатися. Такий підхід характерний для багатьох служб охорони психічного здоров'я. На відміну від підходу, орієнтованого на потреби хворого, він ускладнює доступ до психіатричних послуг, особливо для пацієнтів з серйозними психічними розладами, потреби яких виходять за рамки чисто медичного та терапевтичного втручання. В даний час відбувається рух в сторону таких моделей надання медичних послуг, які орієнтовані на потреби хворих, наприклад модель ведення випадку, програми асертивного лікування і створення реабілітаційних кооперативів. Такі моделі є визнанням того, що потреби пацієнтів повинні знаходитися на першому місці, а служби охорони психічного здоров'я повинні організовуватися таким чином, щоб задовольняти їхні потреби.

Весь спектр потреб пацієнтів з психічними розладами не можна задовольнити тільки в медичному секторі. Тут важлива співпраця як в рамках одного сектора (внутрішньосекторальне співробітництво), так і між секторами (міжсекторальне співробітництво).

Визнання необхідності здійснення спільних зусиль - перший крок на шляху до зміцнення співробітництва як на міжсекторальному, так і на внутрішньосекторальному рівні. Медичні установи, які надають психіатричну допомогу, а також особи, що займаються плануванням і наданням психіатричних послуг, повинні вести роз'яснювальну роботу серед тих, хто не має відношення до охорони здоров'я. Співпрацю необхідно зміцнювати за рахунок залучення фахівців з інших секторів в розробку політики з охорони психічного здоров'я, покладаючи відповідальність за проведення певних заходів на немедичні установи, а також за рахунок створення загальнодержавних консультативних комітетів за участю установ, що не входять в медичний сектор.

В останніх двох розділах даного модуля наводяться рекомендації з проведення найперших заходів, описуються перешкоди на шляху організації служб охорони психічного здоров'я та пропонуються шляхи їх подолання.

Цілі та цільова аудиторія

Цілями даного модуля є:

- презентація опису та аналізу служб охорони психічного здоров'я по всьому світу, розгляд діяльності та організаційної структури різних служб;
- аналіз сучасного статусу служб охорони психічного здоров'я в різних країнах;
- вироблення рекомендацій щодо організації служб охорони психічного здоров'я;
- обговорення найважливіших питань щодо організації даних служб;
- обговорення можливих перешкод на шляху організації служб охорони психічного здоров'я та шляхів їх подолання.

Даний модуль призначається для:

- осіб, які формують політику охорони здоров'я, і фахівців з планування;
- департаментів охорони здоров'я на загальнодержавному, регіональному та місцевому рівнях;
- фахівців в області психічного здоров'я;
- людей з психічними розладами та організацій, що представляють їх інтереси;
- представників або асоціацій членів сімей та осіб, які здійснюють догляд за людьми з психічними розладами;
- організацій, що пропагують цінності психічного здоров'я, що представляють інтереси людей з психічними розладами, членів їх сімей та родичів;
- неурядових організацій, що займаються або зацікавлених в наданні послуг в області психічного здоров'я.

1. Вступ

Надання допомоги та надання послуг в області психічного здоров'я включає в себе весь комплекс заходів від роботи з сім'ями до спеціалізованої допомоги психічно хворим людям. Питання організації служб охорони психічного здоров'я є ключовим аспектом надання психіатричної допомоги населенню. Оптимальна організація їх діяльність сприяє досягненню цілей і виконанню завдань, передбачених державною політикою в галузі охорони психічного здоров'я. Погано організовані служби не здатні задовольнити потреби людей з психічними розладами, а отримані результати не виправдовують вкладені кошти.

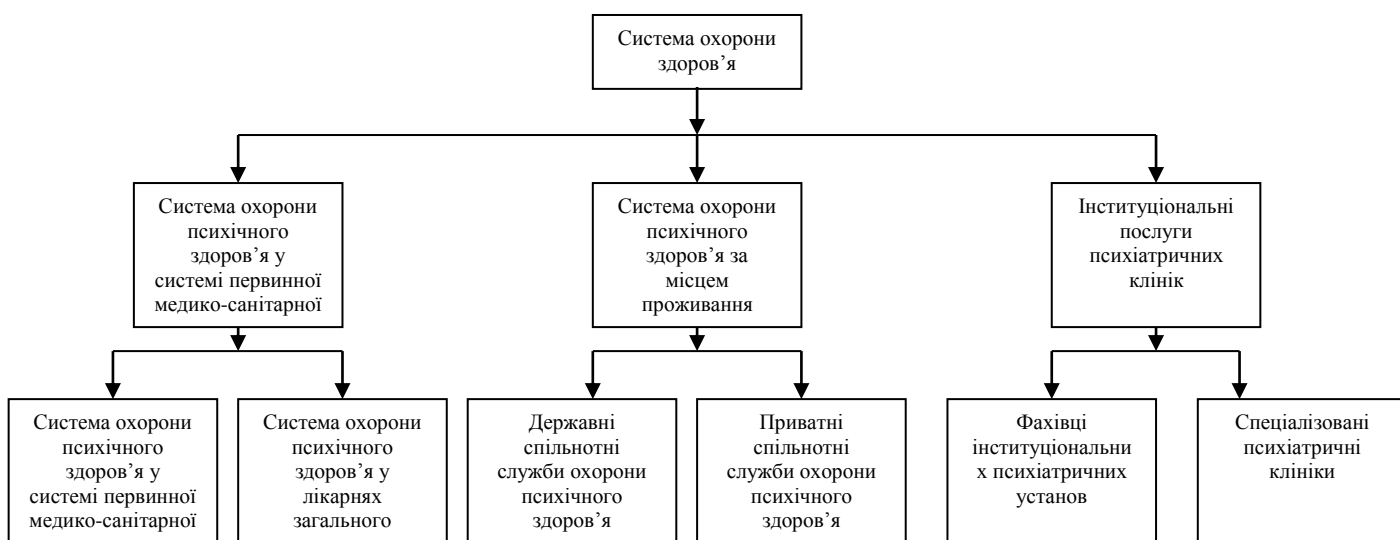
Метою модуля не є спроба нав'язати використання єдиної моделі організації служб охорони психічного здоров'я, застосовної в усіх країнах. Остаточна форма організації служб з надання психіатричної допомоги населенню, в кінцевому підсумку, залежить від соціальної, культурної, політичної та економічної ситуації. Наявність фінансових і людських ресурсів варіюється в залежності від країни. Культурна спадщина і цінності можуть бути різними навіть в межах однієї країни. Отже, малоімовірно, що будь-яка модель надання психіатричних послуг може повністю задовольнити потреби всіх пацієнтів з психічними розладами.

Однак дослідження і досвід, накопичені в різних країнах, свідчать про існування **ключових компонентів**, що забезпечують досягнення успіху при застосуванні різних моделей надання послуг в галузі охорони психічного здоров'я. У представленому модулі наводиться опис основних компонентів, необхідних для організації служб охорони психічного здоров'я в різних країнах. Він призначений для всіх країн, зацікавлених в реструктуризації існуючих служб охорони психічного здоров'я.

2. Організація служб охорони психічного здоров'я у різних країнах світу та аналіз їх діяльності

На рисунку 1 схематично показана організація служб охорони психічного здоров'я в різних країнах. Дана схема являє широкомасштабну інвентаризацію служб охорони психічного здоров'я, що існують в різних країнах світу, які мають різні системи охорони здоров'я і різні рівні надання медичних послуг. Дана схема не є рекомендацією щодо організації служб охорони психічного здоров'я, а служить лише спробою представлення різних видів існуючих служб.

Рисунок 1. Організація служб охорони психічного здоров'я



Кожна служба детально описується нижче. Після опису наводяться аргументи про переваги і недоліки кожної служби охорони психічного здоров'я для медичних працівників і пацієнтів з психічними розладами.

2.1. Служби охорони психічного здоров'я, інтегровані в систему загальної охорони здоров'я

Інтегровані служби охорони психічного здоров'я поділяються на дві категорії:

- служби охорони психічного здоров'я в системі первинної медико-санітарної допомоги;
- служби охорони психічного здоров'я в лікарнях загального профілю.

2.1.1. Служби охорони психічного здоров'я в системі первинної медико-санітарної допомоги

Дана категорія включає терапевтичне, профілактичне і санітарно-просвітницьке втручання, що здійснюються працівниками первинної медико-санітарної ланки. Конкретні приклади наведені нижче. Звичайно, така система надання послуг в галузі охорони психічного здоров'я існує не у всіх країнах. Більш того, деякі види

лікарських втручань здійснюються вузькими спеціалістами, а не працівниками первинної медико-санітарної ланки, як видно з наведених нижче прикладів.

Способи організації служб охорони психічного здоров'я в різних країнах відрізняються один від одного, в залежності від умов і наявності кваліфікованого персоналу.

Нижче наводиться перелік медичних працівників первинної ланки, які надають послуги з охорони психічного здоров'я:

a) терапевти, медичні сестри та інший персонал установ первинної медичної допомоги, які проводять діагностику та лікування психічних розладів, а також направляють пацієнтів до лікарів-спеціалістів;

b) терапевти, медичні сестри та інші працівники, що ведуть пацієнтів з психічними розладами на дому;

c) немедичні працівники первинної медико-санітарної ланки, які надають базові послуги в сільській місцевості;

d) немедичні працівники первинної медико-санітарної ланки, які здійснюють профілактичні заходи і заходи із зміцнення здоров'я, наприклад роз'яснювальну роботу з актуальності охорони психічного здоров'я та скринінг психічних розладів в школах;

e) працівники первинної медико-санітарної ланки та гуманітарних служб, які надають послуги з роз'яснення, навчання, ведення випадків і лікування осіб, які страждають на психічні розлади, після природних катастроф або актів насильства.

Можливі переваги та недоліки служб охорони психічного здоров'я в системі первинної медико-санітарної допомоги

I) **Кадрові ресурси:** Надання послуг з охорони психічного здоров'я населенню на первинному рівні вимагає інвестування значних коштів в підготовку фахівців первинної ланки, здатних діагностувати і проводити лікування психічних розладів. В ході навчання особливу увагу необхідно приділити конкретним потребам при підготовці різних груп фахівців первинної медико-санітарної ланки: лікарів, медичних сестер і працівників спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання. Бажано, щоб програми навчання були безперервними, а не склалися з декількох семінарів, які не можуть забезпечити закріплення отриманих навичок. У багатьох країнах відсутній безперервний курс підготовки і фахівці первинної медико-санітарної ланки мають недостатню підготовку для роботи з людьми, які страждають на психічні розлади, які, в свою чергу, не отримують належної медичної допомоги. Фахівці первинної медико-санітарної ланки зазвичай мають достатню кваліфікацію для надання допомоги хворим з фізичними захворюваннями, але багато хто з них відчувають себе невпевнено при веденні пацієнтів з психічними розладами. Часто вони принижують свою роль в лікуванні психічних розладів. Отже, програми навчання повинні включати розгляд даних аспектів.

Однією з причин, по якій деякі працівники первинної медичної ланки не хочуть надавати послуги з охорони психічного здоров'я, є брак часу. У зв'язку з цим може знадобитися збільшення штату медичного персоналу первинного рівня, якщо через цю систему планується надання психіатричної допомоги. Існує думка, що медичні працівники можуть заощадити час, якщо будуть надавати психіатричні послуги хворим, які звертаються до медичних установ з фізичними скаргами, що мають психологічну етіологію (Goldberg & Lecrubier, 1995; Üstin and Sartorius, 1995).

II) Результати лікування: Традиційна логіка підказує, що результати лікування на первинному рівні виявляються гірше, ніж в спеціалізованих психіатричних службах, але це не завжди вірно. На первинному рівні лікування гострих психічних розладів, що часто зустрічаються, може бути таким же гарним і навіть більш ефективним, ніж в спеціалізованих психіатричних клініках (див. Розділ 7.1). Цьому є три найбільш ймовірних пояснення. По-перше, пацієнти швидше за все звертаються за лікуванням психічних розладів на ранній стадії саме до установ первинної ланки, які є більш доступними і дешевими. По-друге, існує хороша можливість виявлення психічних розладів на ранніх стадіях у пацієнтів, що звертаються зі скаргами на свій фізичний стан. По-третє, працівники первинної медичної допомоги можуть краще знати культурні і міжособистісні особливості своїх пацієнтів, ніж персонал спеціалізованих психіатричних клінік. З цих причин пацієнти знаходять більше взаєморозуміння з медичними працівниками первинного рівня. Більш того, лікарі загальної практики здатні використовувати деякі культурні та особистісні особливості пацієнтів для досягнення успішного терапевтичного ефекту. Безумовно, результати лікування багато в чому залежать від якості послуг, що надаються, та які, в свою чергу, залежать від знань працівників первинної ланки, навичок діагностики і лікування типових психічних розладів, а також від наявності часу, необхідних лікарських засобів і використання методів психосоціального впливу.

III) Прийнятність: Зазвичай надання психіатричної допомоги фахівцями первинної медико-санітарної ланки добре сприймається пацієнтами з психічними розладами. Служби первинної ланки не асоціюються зі стигматизацією, оскільки, крім психічних розладів, вони лікують фізичні захворювання. Більш того, порушення прав громадян з психічними розладами менш вірогідні в системі первинної медико-санітарної допомоги.

IV) Доступ до медичного обслуговування: Служби первинної медичної ланки є доступними за своїм географічним положенням, а години роботи визначені з урахуванням робочого графіка населення. Доступ також полегшується порівняно низькою вартістю, що збільшує ймовірність звернення за допомогою малозабезпечених пацієнтів.

V) Фінансові витрати: Служби первинної медичної допомоги є більш дешевими, в порівнянні з іншими службами через менші витрати на людські ресурси і приміщення, оскільки вони використовуються для надання загальномедичних послуг і не вимагають наявності спеціального обладнання і місць в лікарняних палатах для стаціонарних хворих. Служби первинної медико-санітарної ланки є

більш дешевими для людей з психічними розладами, оскільки нікуди не треба їхати і витратити багато часу на отримання необхідної медичної допомоги.

2.1.2. Служби охорони психічного здоров'я лікарень загального профілю

Певні послуги з охорони психічного здоров'я можуть надаватися в спеціалізованих районних лікарнях або спеціалізованих лікарнях при навчальних закладах або центральних лікарнях, що входять в систему медичних установ загального профілю. У подібних закладах для дорослих є психіатричні палати для стаціонарних хворих, місця в загальних палатах і відділеннях невідкладної допомоги та психіатричні кабінети в поліклініках. Вони можуть також включати як психіатричні палати для дітей і підлітків, так і поліклініки. Лікування людей похилого віку може проводитися в лікарнях загального профілю і в університетських лікарнях, в яких є психіатричні палати і місця в загальних палатах, а також в амбулаторних службах поліклінік. Таке лікування проводиться фахівцями: психіатрами, дипломованими медичними сестрами, психіатричними соціальними працівниками, психологами та терапевтами, які пройшли курс підготовки з психіатрії. Приклади психіатричної допомоги, що надається в лікарнях загального профілю наведені в Рамці 1.

Рамка 1. Психіатрична допомога, що надається в лікарнях загального профілю

- Стаціонарне лікування гострих розладів;
- Лікування кризових станів;
- Тимчасового стаціонарного лікування (день / ніч);
- Послуги для загальномедичних пацієнтів;
- Інтенсивної амбулаторної допомоги;
- Тимчасовий догляд за хворими та інвалідами в період відсутності осіб, зазвичай здійснюють догляд;
- Консультації фахівців / програми підтримки / навчання фахівців первинної медико-санітарної ланки;
- Групи багатoproфільної психіатричної допомоги, які взаємодіють з іншими місцевими та районними секторами (школами, роботодавцями, виправними установами, закладами соціальної допомоги) та неурядові організації, які проводять профілактичні заходи і заходи щодо пропаганди цінностей психічного здоров'я;
- Спеціалізовані відділення / палати для пацієнтів зі специфічними психічними розладами і відділення для проведення комплексу реабілітаційних заходів.

Можливі переваги та недоліки служб охорони психічного здоров'я в лікарнях загального профілю

I) Кадрові ресурси: Служби охорони психічного здоров'я вимагають наявності достатньої кількості фахівців для надання психіатричної допомоги: психіатрів, психологів, соціальних працівників та медичних сестер, які мають спеціальну

підготовку. Отже, для підготовки таких фахівців потрібні додаткові кошти. Наявність таких фахівців в лікарнях загального профілю дає їм певні переваги перед іншими клініками. Такі фахівці можуть брати участь в навчанні студентів і перепідготовки медичних працівників на курсах підвищення кваліфікації та таким чином орієнтувати лікарів загальної практики на виявлення психічних розладів. Відділення психіатрії в лікарнях загального профілю можуть виконувати функцію центрів підвищення кваліфікації в сфері психіатрії та надавати можливість для перепідготовки інших фахівців в області психічного здоров'я, наприклад психологів, медичних сестер та соціальних працівників.

II) Результати лікування: Результати лікування можуть бути різними в залежності від якості і кількості послуг, що надаються. У багатьох країнах, що розвиваються, служби охорони психічного здоров'я в лікарнях загального профілю представлені у вигляді амбулаторних відділень, палат короткострокового стаціонарного перебування для лікування гострих розладів і у вигляді системи консультаційних послуг, що надаються психіатричним відділенням інших відділеннях лікарні. В таких умовах служби охорони психічного здоров'я можуть успішно надавати допомогу при гострих поведінкових розладах, але є малоефективними при лікуванні важких психічних захворювань, коли хвороба може протікати за схемою «госпіталізація-випіска- повторна госпіталізація» (синдром «двери, що обертається»), особливо при відсутності повного обсягу послуг на рівні первинної медичної ланки і спільнотних служб охорони психічного здоров'я. Відсутність психіатричних і психосоціальних послуг знижує ймовірність позитивного результату лікування для пацієнтів, які страждають на непсихотичні захворювання.

III) Прийнятність: Ставлення до лікування, що проводиться службами охорони психічного здоров'я у профільних лікарнях з боку осіб, які страждають на психічні розлади, зазвичай позитивне. Лікування, що надається такими службами, пов'язано з меншим ступенем стигматизації, ніж в спеціалізованих психіатричних клініках. Лікарні загального профілю є відкритими установами, що робить порушення прав людини менш ймовірним, ніж в лікувальних закладах закритого типу.

IV) Доступ до медичного обслуговування: Зазвичай лікарні загального профілю знаходяться в районних центрах, тоді як медичні центри при навчальних закладах розташовані в великих містах. У країнах, що розвиваються, доступ до служб охорони психічного здоров'я, розташованих в лікарнях загального профілю, може бути утруднений через фінансові причини. Відсутність надійної і доступної за ціною системи громадського транспорту не дозволяє багатьом особам, які мешкають за межами великих міст, дістатися до таких лікарень. Переваги служб охорони психічного здоров'я на базі лікарень загального профілю полягають в більшій доступності обстеження і лікування фахівцями, так само як і лікування супутніх соматичних захворювань.

V) Фінансові витрати: Для постачальників послуг вартість надання психіатричної допомоги в лікарнях загального профілю за собівартістю, найімовірніше, буде вище, ніж у системі первинної медико-санітарної ланки. Це пов'язано з витратами на

інфраструктуру та витратами на надання стаціонарного лікування, більш високою оплатою медичному персоналу: психіатрам та іншим фахівцям, які пройшли спеціальну підготовку в галузі психіатрії. Однак вартість надання психіатричної допомоги в лікарнях загального профілю може бути нижче, ніж у спеціалізованих психіатричних інститутах. Для пацієнтів вартість лікування в лікарнях загального профілю буде вище, ніж в закладах первинної медико-санітарної ланки, оскільки їм доведеться нести додаткові витрати у вигляді оплати проїзду до місця лікування і втрати заробітку внаслідок тимчасової непрацездатності, тобто непрямі витрати. У сільських районах служби охорони психічного здоров'я при лікарнях загального профілю економлять на транспортних витратах, перекладаючи їх на плечі пацієнтів. Таке перенесення фінансового тягаря може ускладнювати доступ до психіатричної допомоги в країнах, що розвиваються, де непрямі витрати непропорційно високі в порівнянні із засобами, що витрачаються безпосередньо на лікування психічних розладів.

2.2 Спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання

Спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання можуть бути державними і приватними.

2.2.1. Державні спільнотні служби охорони психічного здоров'я

Державні служби охорони психічного здоров'я включають широке коло установ, що надають різні типи медичної допомоги фахівцями в галузі психіатрії та молодшим медичним персоналом, тобто людьми, завданням яких є надання допоміжних послуг. До них відносяться реабілітаційні служби за місцем проживання, програми переведення кризових пацієнтів з клінік в служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання, мобільні кризові групи, терапевтичні служби, служби підтримки і допомоги на дому та служби з надання допомоги для спецконтингенту, до якого належать особи, які страждають на психічні розлади внаслідок отриманої травми, діти, підлітки та люди старшого віку. Спільнотні служби охорони психічного здоров'я не функціонують на базі лікарень, але підтримують тісні робочі контакти з медичними установами загального профілю і спеціалізованими психіатричними клініками. Такі контакти можуть полягати в організації двосторонньої системи направлення пацієнтів, коли лікарні загального профілю і психіатричні клініки приймають пацієнтів для короткого курсу лікування і, в свою чергу, направляють пацієнтів, які виписуються, в спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання. Найбільшого успіху спільнотні служби охорони психічного здоров'я домагаються тоді, коли працюють в тісному контакті з установами первинної медико-санітарної ланки та приватними постачальниками послуг. У Рамці 2 наводяться приклади окремих видів спільнотних служб охорони психічного здоров'я.

Рамка 2. Види державних спільнотних служб охорони психічного здоров'я

Реабілітаційні служби

- Спільнотні центри охорони психічного здоров'я за місцем проживання /

поліклініки;

- Клубні будинки;
- Центри денного перебування;
- Центри медико-соціальної допомоги;
- Групи підтримки;
- Працевлаштування / реабілітаційні майстерні;
- Майстерні з наданням житла;
- Працевлаштування під наглядом куратора;
- Кооперативи для осіб з психічними розладами;
- Програми з підтримки працевлаштування.

Програми переведу кризових пацієнтів до спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання та мобільні кризові групи

- Мобільні служби для надання допомоги кризовим пацієнтам (включаючи вечірні години та вихідні дні), що працюють на базі спільнотних центрів охорони психічного здоров'я і поліклінік

Кризові служби

- Житлові будинки, що знаходяться поблизу медичних установ, з цілодобовою медичною допомогою, яка надається фахівцями в галузі психічного здоров'я;
- Послуги медичних працівників, які пройшли спеціальну підготовку в галузі психічного здоров'я, які можуть залишатися з пацієнтом в його власному будинку в нічний час для надання підтримки в період кризи;
- Кризові центри.

Терапевтичні служби та служби допомоги на дому

- Багатоквартирні будинки для колишніх пацієнтів (без нагляду);
- Квартири для проживання двох або трьох мешканців (без нагляду);
- Будинки для спільного проживання (з медичним персоналом і без);
- Притулки;
- Реабілітаційні центри;
- Сільськогосподарські реабілітаційні кооперативи;
- Звичайне житло.

Служби на дому

- Лікування на дому, що координується лікарем спільнотного центру охорони психічного здоров'я;

- Ведення випадків і асертивне лікування за місцем проживання;
- Центри надання психіатричної допомоги на дому.

Інші

- Медичне обслуговування в навчальних закладах, за місцем роботи або в виправних установах;
- Телефони довіри;
- Програми психологічної допомоги в таборах біженців або за місцем проживання.

Можливі переваги і недоліки спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання

I) Кадрові ресурси: Для надання послуг охорони психічного здоров'я за місцем проживання необхідна адекватна кількість фахівців з високим рівнем підготовки і знань. Велику частину психіатричних послуг може бути надано медичними працівниками загального профілю за умови певної перепідготовки в області лікування психічних розладів. Інтенсивний характер роботи спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання передбачає потребу в більшій кількості персоналу в порівнянні з іншими службами охорони психічного здоров'я для забезпечення максимальної доступності.

II) Результати лікування: Результати лікування залежать від якості послуг, що надаються. Добре фінансовані і володіють необхідними ресурсами спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання здатні надати особам з гострими психічними розладами можливість продовжувати жити в своєму оточенні, що сприяє їх інтеграції в суспільство (див. Розділ 7.1). Спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання, такі як центри денного перебування, майстерні з наданням житла та спеціальне житло для інвалідів, де їм постійно надається медична допомога, відіграють вирішальну роль у наданні соціальної підтримки людям з психічними розладами, що, в свою чергу, досить позитивно позначається на результатах лікування і якості життя пацієнта.

III) Прийнятність: Високий рівень задоволення роботою спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання залежить від їх доступності, зниження стигматизації при зверненні за психіатричною допомогою та мінімальної ймовірності порушення прав людини.

IV) Доступ до медичного обслуговування: Спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання широко доступні для осіб з серйозними психічними розладами, лікування яких вимагає тривалого лікарського втручання. У таких службах існує менший ризик стигматизації, ніж в психіатричних клініках закритого типу, що підвищує рівень їх доступності. Основними перешкодами доступу до послуг цих галузей є їх недостатня кількість. Це можна пояснити великими витратами на їх організацію та роботу, а також браком кваліфікованого персоналу.

Такі перешкоди особливо характерні для країн, що розвиваються, де спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання доступні тільки для невеликого відсотка населення. Сільське населення і національні меншини в розвинених країнах теж стикаються з проблемою обмеженого доступу через відсутність таких служб на місцях.

V) Фінансові витрати: У багатьох країнах процес деінституціоналізації, переведення психіатричної допомоги на обслуговування за місцем проживання, проводився в надії на зниження витрат з боку лікувальних установ, особливо в системі охорони здоров'я. Однак досвід останнього десятиліття показує, що економія коштів виявлялася мінімальною, особливо протягом короткострокового періоду. Спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання змушені витрачати додаткові кошти на дорогу і транспорт для персоналу, особливо в сільській місцевості. Крім цього, через наявність затрат часу, витраченого на дорогу, допомога надається меншому числу нужденних. Для створення мережі високоякісних служб охорони психічного здоров'я на місцях, які надають широкий набір послуг, які задовольняють різноманітні клінічні потреби пацієнтів, потрібні значні фінансові витрати і достатня кількість медичного персоналу. Для зниження собівартості послуг буде потрібно ще досить довгий час. Зниження собівартості може відбуватися за рахунок скорочення кількості місць у стаціонарах, які є дорогими як в розвинених, так і в багатьох країнах, що розвиваються. Для пацієнтів з психічними розладами зниження вартості послуг відбувається за рахунок економії коштів на проїзд до місця лікування і зниження непрямих витрат, оскільки в цьому випадку працівники служб охорони психічного здоров'я самі прямують до хворого, а не навпаки.

2.2.2. Приватні спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання

Крім фахівців в області загального або психічного здоров'я та молодшого медичного персоналу, на місцях можуть надаватися різноманітні послуги в області психічного здоров'я. Хоча ці люди можуть мати дуже незначну підготовку в області психіатрії або не мати її зовсім, вони можуть забезпечувати необхідний догляд за хворими, особливо коли пацієнти з психічними розладами живуть вдома серед сім'ї. Існують різні типи приватних служб охорони психічного здоров'я, наявність яких залежить від забезпеченості ресурсами і соціально-політичної ситуації в країні або регіоні. У Рамці 3 наводяться приклади приватних спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання.

Представники приватних спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання навряд чи можуть стати основною базою з надання психіатричної допомоги населенню, в зв'язку з чим країнам не рекомендується повністю залежати від їх послуг. Однак вони є хорошим доповненням до державних служб охорони психічного здоров'я.

Народних цілителів складно віднести до якої-небудь категорії, представлених в даному розділі. Народні цілителі можуть бути духовними або релігійними

цілителями або лікарями, практикуючими альтернативну медицину. У деяких країнах вони можуть бути складовою частиною приватних служб охорони психічного здоров'я. Однак в більшості країнах вони беруть плату за надані послуги і таким чином вважаються частиною приватного сектору медичних послуг. У багатьох країнах вони є першими, до кого звертаються хворі з психічними розладами і іноді єдиним доступним джерелом допомоги. Їхні послуги зазвичай доступні населенню, оскільки вони практикують за місцем проживання. Незважаючи на важливу роль цілительів з надання допомоги людям з психічними розладами, варто зауважити, що існує певна стурбованість порушенням прав людини при використанні деяких нетрадиційних методів лікування, особливо для вразливих груп населення: дітей, жінок і осіб старшого віку.

Рамка 3. Приклади приватних служб охорони психічного здоров'я

- Народні цілителі;
- Співробітники охорони психічного здоров'я в селах і за місцем проживання;
- Члени сім'ї хворого;
- Групи самопідтримки і споживачів послуг;
- Організації пропаганди цінностей психічного здоров'я;
- Добровольці, які проводять роз'яснювальну роботу серед батьків і молоді з питань, що стосуються психічного здоров'я, і скринінг для виявлення випадків психічних розладів (включаючи самогубства) в лікарнях і школах;
- Релігійні діячі, які надають допомогу з подолання посттравматичного синдрому в надзвичайних ситуаціях;
- Послуги по догляду в денний час, що надаються родичами, сусідами або пенсіонерами, які проживають поблизу;
- Працівники гуманітарної допомоги в екстремальних ситуаціях.

Можливі переваги і недоліки приватних спільнотних служб охорони психічного здоров'я

I) **Кадрові ресурси:** Зазвичай на місцях не бракує людських ресурсів, особливо в сільських і географічно віддалених районах, де є утруднений доступ до державних служб охорони психічного здоров'я.

II) **Результати лікування:** Приватні спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання можуть надати істотну підтримку в покращенні результатів лікування пацієнтів з психічними розладами. Вони грають важливу роль в процесі інтеграції пацієнтів у суспільство і є мережею підтримки, яка знижує рівень виникнення рецидивів. У багатьох країнах, що розвиваються, такі служби є єдиним джерелом психіатричної допомоги, за якої, в першу чергу, звертаються

люди з гострими, короткочасними і психосоціальними психічними розладами, що виникають на ґрунті стресу.

III) Прийнятність: Зазвичай суспільство дуже добре сприймає приватні служби охорони психічного здоров'я, тому що вважає їх більш чутливими до своїх потреб. Сприйняття психічних розладів працівниками спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання, причин їх виникнення і способів лікування співзвучно зі сприйняттям, існуючому в суспільстві, незважаючи на деякі побоювання порушення прав людини, зокрема при використанні методів, які можуть травмувати пацієнтів і порушити права вразливих груп населення: дітей, жінок і осіб старшого віку. Лікування, що здійснюється представниками приватних служб, не підлягає перевірці на якість, на відміну від установ охорони здоров'я.

IV) Доступ до медичного обслуговування: Зазвичай спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання легко доступні і майже завжди базуються в безпосередній близькості від пацієнтів, що знижує ймовірність стигматизації при зверненні за допомогою.

V) Фінансові витрати: При зверненні в приватні спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання пацієнти значно виграють фінансово порівняно з аналогічними державними службами (див. попередні розділи про народних цілителів). Однак не всі послуги обов'язково є безкоштовними, за деякі з них споживачам доводиться платити.

2.3. Інституційні послуги в психіатричних клініках

Основною особливістю таких служб є їх особливий незалежний статус, хоча вони можуть мати деяку зв'язок з рештою системи охорони здоров'я. Дані служби поділяються на спеціалізовані інституціональні служби охорони психічного здоров'я та спеціалізовані психіатричні клініки.

2.3.1. Спеціалізовані інституціональні служби охорони психічного здоров'я

Зазвичай надаються деякими поліклініками та окремими державними чи приватними клініками з палатами для стаціонарних хворих. Дані послуги відрізняються від послуг, що надаються в типових психіатричних клініках, так як вони відповідають конкретним потребам пацієнта, для лікування яких необхідні стаціонарні умови. Більш того, в рамках подібних послуг не надається первинна психіатрична допомога широкого кола населення, так як дані служби є вторинними і високоспеціалізованими. Надані послуги включають лікування гострих психічних розладів у відділеннях суворого режиму, спеціалізовані відділення для дітей та людей похилого віку, а також інші спеціалізовані послуги, наприклад відділення судової психіатрії. Приклади подібних служб наводяться в Рамці 4.

Рамка 4. Приклади спеціалізованих інституційних служб охорони психічного здоров'я

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Спеціалізовані стаціонарні відділення; • відділення посиленого режиму; |
|---|

- відділення суворого режиму.
- Спеціалізовані відділення / центри з лікування специфічних розладів і проведення відповідних реабілітаційних програм, наприклад відділення харчових розладів;
- Спеціалізовані клініки або відділення по лікуванню окремих психічних розладів у дітей та підлітків;
- Реабілітаційні служби з лікування специфічних розладів у дітей та підлітків, наприклад аутизму і психічних розладів;
- Тимчасовий догляд за інвалідами та пацієнтами на час відсутності тих, хто зазвичай за ними доглядає;
- Спеціалізовані клініки або відділення по лікуванню психічних розладів у людей похилого віку, наприклад хвороби Альцгеймера.

Можливі переваги та недоліки спеціалізованих інституційних служб охорони психічного здоров'я

I) Кадрові ресурси: Надання спеціалізованої психіатричної допомоги вимагає наявності кваліфікованих фахівців в даній області. Брак подібних фахівців становить серйозну проблему для країн, що розвиваються. Відсутність кваліфікованого персоналу може утруднити підтримку бажаного рівня якості послуг і створює переки в сторону примусових заходів медичного характеру з мінімальним терапевтичним втручанням.

II) Результати лікування: Спеціалізовані послуги надаються в високоспеціалізованих лікувальних центрах в основному пацієнтам, лікування які представляє певну проблему. Успіх лікування в спеціалізованих службах в основному залежить від якості послуг і наявної інфраструктури. У розвинених країнах є достатній рівень фінансування, який дозволяє надавати послуги високої якості і забезпечує досить позитивні результати лікування, які можуть стати основою для подальшого продовження курсу. У країнах, що розвиваються через нестачу фінансування, відсутність інфраструктури та персоналу подібні служби або відсутні, або є малоефективними.

III) Прийнятність: Спеціалізовані інституціональні служби охорони психічного здоров'я, як і всі психіатричні інститути закритого типу, асоціюються з громадської стигматизацією та, відповідно, не дуже добре сприймаються суспільством. Особи з психічними розладами неохоче звертаються за допомогою в ці служби, за винятком крайніх випадків. Однак подібна ситуація не повинна бути проблемою, так як спеціалізовані служби не розглядаються в якості первинної ланки надання послуг.

IV) Доступ до медичної допомоги: У переважній більшості випадків надання спеціалізованих послуг у населення виникають проблеми з доступом до медичного обслуговування як в розвинених, так і країнах, що розвиваються. У розвинених країнах доступ до таких послуг утруднений, а в країнах, що розвиваються ці служби

відсутні практично повністю. Дані спеціалізовані служби зазвичай розташовуються поблизу великих міст, але найчастіше на достатній відстані від них. Транспортне сполучення може бути недостатньо розвиненим, що призводить до збільшення вартості послуг. Стигматизація, пов'язана з отриманням медичної допомоги в подібних установах, також є перешкодою до доступу. Деякі проблеми доступу не мають простих рішень. Спірним залишається питання про використання таких служб у якості первинної ланки лікування. Навпаки, спеціалізовані служби повинні бути централізованими, а лікування в них проводитися тільки за напрямками.

V) Фінансові витрати: На організацію і роботу спеціалізованих служб потрібно значно більше фінансових коштів, ніж на всі інші служби охорони психічного здоров'я. Організація спеціалізованих відділень і зарплата кваліфікованого персоналу вимагає великих фінансових вкладень при невисокому співвідношенні кількості пацієнтів до наявного медичного персоналу. Крім цього, вартість послуг зростає, оскільки пацієнти проходять дуже тривалі курси лікування. У багатьох країнах, що розвиваються, вартість лікування в спеціалізованих психіатричних відділеннях не обов'язково може бути високою внаслідок того, що зарплата медичного персоналу нижче, ніж у розвинених країнах, і в багатьох випадках через те, що інвестування здійснюється на більш низькому рівні і дані установи працюють в більш жорстких умовах. У такій ситуації складно оцінити фінансову збитковість спеціалізованих служб охорони психічного здоров'я. Однак, якби в країнах, що розвиваються, виявлялися спеціалізовані психіатричні послуги належної якості, то всі фінансові проблеми, описані вище, в рівній мірі ставилися б і до них. Точний розподіл фінансових витрат між постачальниками і споживачами послуг залежить від умов фінансування в окремій країні. Навіть якщо спеціалізовані психіатричні служби перебувають на державному фінансуванні, споживачі неминуче несуть непрямі витрати при зверненні за допомогою.

2.3.2. Спеціалізовані психіатричні клініки

Довготривале примусове лікування в основному здійснюється в психіатричних клініках старого типу. У багатьох країнах вони є або єдиними установами по лікуванню психічних розладів, або надають левову частку послуг в цій галузі. Може скластися враження, що це суперечить даним Атласу ВООЗ, де говориться, що тільки в 37% країн немає медичних установ, а в 87% країн все психіатричні послуги надаються в медичних закладах первинної ланки, а також що регулярне навчання персоналу первинної медичної ланки відбувається в 59 % країн (Всесвітня організація охорони здоров'я, 2001). Однак ці процентні співвідношення не відображають рівня охоплення населення. Так в Індії, де кількість населення перевищує 1 мільярд осіб, програми з охорони психічного здоров'я за місцем проживання функціонують лише в 22 районах і охоплюють лише 40 мільйонів чоловік (Jacob, 2001).

Можливі переваги та недоліки психіатричних клінік

I) Кадрові ресурси: В більшості країн психіатричні клініки споживають більшу частину кадрових і фінансових ресурсів, асигнованих на лікування психічних

розладів. Це є серйозною перешкодою на шляху розвитку альтернативних спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання. Більш того, відзначається високий рівень демотивації серед персоналу, що призводить до поступового зниження рівня професійних навичок.

II) Результати лікування: У більшості цих установ існує тільки примусове лікування, яке можна порівняти з тюремним режимом, часто виключно низької якості. Результати лікування виявляються несприятливими через різних факторів, таких як погане клінічне лікування, порушення прав людини, примусова форма лікування і недолік реабілітаційних заходів. Висока вартість і незадовільні результати означають, що це не вигідне вкладення мізерних фінансових ресурсів, що виділяються на розвиток служб охорони психічного здоров'я. Це особливо стосується тих країн, що розвиваються, де психіатричні клініки є єдиним джерелом надання психіатричної допомоги.

III) Прийнятність: Ставлення до психіатричних клінік у людей з психічними розладами та у суспільстві в цілому вкрай негативне. Рівень стигматизації, асоційований з отриманням допомоги в психіатричних закладах закритого типу, досить великий, пацієнти неохоче, тільки в разі крайньої необхідності, звертаються за допомогою в подібні установи. В результаті звернення за психіатричною допомогою відбувається з запізненням, що несприятливо позначається на результатах лікування. За психіатричними клініками як в країнах, що розвиваються, так і в розвинених країнах тягнеться шлейф серйозних порушень прав людини. В останні два десятиліття це привело або до закриття таких лікарень, або до їх ґрунтового реформування. Незважаючи на зміни на краще, серйозні побоювання порушень прав людини в психіатричних клініках залишаються небезпідставними як в розвинених, так і в країнах, що розвиваються.

IV) Доступ до медичного обслуговування: Практично у всіх психіатричних клініках існують проблеми з доступом пацієнтів. Такі лікарні, як правило, розташовані далеко від великих населених пунктів і до них складно дістатися на транспорті. Пацієнти з психічними розладами, що знаходяться в цих установах, ізольовані від своїх родин; приймати відвідувачів і підтримувати контакти із зовнішнім світом буває для них вкрай складно. Доступ також ускладнюється обтяжливими процедурами, пов'язаними зі вступом і випискою, а також стигматизацією, асоційованою з перебуванням в подібних установах.

V) Фінансові витрати: Послуги психіатричних клінік є дорогими і в багатьох країнах, що розвиваються споживають значну частку коштів, що виділяються на фінансування служб охорони психічного здоров'я, при якому лише незначна частина йде на розвиток спільнотних служб за місцем проживання. В Індонезії, наприклад, 97% бюджету охорони психічного здоров'я витрачається на державні психіатричні клініки (Trisnantoro, 2002). Більшість лікарень є стаціонарними установи з одним і тим же контингентом хворих, які перебувають в лікарні тривалий час.

Основні положення: служби охорони психічного здоров'я.

- Служби охорони психічного здоров'я можна класифікувати за наступними категоріями: (I) служби охорони психічного здоров'я, інтегровані в систему охорони здоров'я; (II) спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання; (III) інституційні психіатричні послуги, що надаються психіатричними клініками.
- Служби охорони психічного здоров'я в системі первинної медико-санітарної допомоги потребують інвестування значних коштів на підготовку фахівців первинної медичної ланки.
- У закладах первинної медико-санітарної ланки можливо добитися добрих клінічних результатів лікування багатьох психічних розладів.
- Служби охорони психічного здоров'я в системі первинної медичної допомоги мають ряд значних переваг: кращий доступ і прийнятність з боку населення і менші витрати як постачальників послуг, так і споживачів.
- Для організації роботи служби охорони психічного здоров'я в лікарнях загального профілю потрібна наявність відповідної кількості кваліфікованого медичного персоналу, що пройшов необхідну підготовку.
- Державні спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання повинні працювати в тісному контакті з установами первинної медичної допомоги і зі службами спеціалізованої і високоспеціалізованої психіатричної допомоги.
- Традиційно спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання, що володіють необхідними ресурсами, мають хорошу репутацію серед пацієнтів і медичних працівників.
- Перехід служб охорони психічного здоров'я на надання послуг за місцем проживання не забезпечує негайну економію коштів постачальників послуг.
- Приватні спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання є доступним джерелом психіатричної допомоги в багатьох країнах.
- У багатьох країнах, що розвиваються, приватні спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання є першим, а іноді і єдиним джерелом психіатричної допомоги.
- Необхідність в спеціалізованих стаціонарних психіатричних службах існує в багатьох країнах і варіюється в залежності від держави. Однак потреба в них істотно нижче, ніж потреба в службах охорони психічного здоров'я в системі первинної медико-санітарної ланки та в спільнотних службах охорони психічного здоров'я за місцем проживання.
- Лікування, що надається спеціалізованими психіатричними клініками в багатьох країнах, асоціюється зі стигматизацією та порушенням прав людини.
- У багатьох країнах спеціалізовані психіатричні клініки споживають непропорційно великі обсяги фінансових і кадрових ресурсів, що призводить до нестачі коштів на розвиток альтернативних служб охорони психічного здоров'я.

3. Сучасна організація служб охорони психічного здоров'я в різних країнах світу

Тільки деяким країнам вдалося досягти оптимального поєднання послуг, що надаються. Навіть в межах однієї країни може існувати значний дисбаланс у географічному розподілі служб охорони психічного здоров'я.

У багатьох країнах психіатричні клініки продовжують залишатися основним джерелом надання психіатричної допомоги. Той факт, що такі лікарні зазвичай розташовані на суттєвій відстані від великих міст, а також нерозвинена транспортна система підсилюють сегрегацію людей з психічними розладами. Навіть зовні такі лікарні виглядають зловісно: багато з них оточені високими парканами з наглядовими вежами, що свідчить про примусовий характер лікування. Подібні лікарні, як правило, мають низький рівень оснащення. Часто відсутні такі елементарні зручності, як туалети, ліжка і місця для зберігання особистих речей. Співвідношення медичного персоналу до кількості пацієнтів може бути дуже низьким. Таким чином, пацієнтам неможливо забезпечити професійний, якісний та індивідуальний підхід. Всілякі порушення прав людини поширені повсюдно.

У Рамці 5 приведена витримка зі звіту Національної комісії з прав людини про ситуацію в психіатричних клініках Індії, у звіті описано, що відбувається в подібних установах і з якими труднощами доведеться зіткнутися при реформуванні системи охорони психічного здоров'я.

Рамка 5. Ситуація в психіатричних клініках в Індії

Національна комісія з прав людини Індії провела перевірку 37 державних психіатричних клінік країни, в яких містяться близько 18 000 чоловік. Звіт про перевірку був опублікований в 1999 році. Дані звіту, які наводяться нижче, свідчать про грубі порушення прав людини, що зустрічаються в подібних установах.

Загальне співвідношення кількості ліжок до числа пацієнтів склало 1: 1,4, що свідчить про те, що спальні місця на підлозі є поширеним явищем у багатьох лікарнях. Навіть у тих лікарнях, де число ліжок відповідало числу пацієнтів, багато ліжок були відправлені в ремонт, і пацієнтам довелося спати на холодній і вологій підлозі.

У чоловічих відділеннях в Варанасі, Індоре, Муршідабаде і Ахмедабад пацієнти змушені справляти природні потреби в відкриті стічні канали на очах у всіх. Туалети в багатьох лікарнях забиті випорожненнями. У деяких лікарнях в туалетах відсутні водопровідні крани. У тринадцяти лікарнях (35%) туалети виявилися дуже брудними.

У багатьох лікарнях відмічені проблеми з водопровідною водою, що є результатом нестачі води в штаті, де знаходиться ця установа. У 26 лікарнях (70,2%) відзначено незадовільний стан сховищ для води, що також призводило до її нестачі. У ряді випадків пацієнти були змушені виходити з

палати в пошуках води. У деяких лікарнях була відсутня чиста питна вода. Перед входом в кожну палату стояло відро з водою для загального користування. У нічний час, коли палати замкнені на замок, пацієнти змушені, просовуючи руки крізь прутья ґрат, черпати воду загальним кухлем. У деяких лікарнях немає гарячої води для миття навіть у зимовий час. Поширене миття на відкритому повітрі (тобто в лікарні відсутні ванні кімнати, і люди змушені приймати душ на вулиці). 37 лікарень (43,2%) виявилися камерного типу. В одних лікарнях в одиночній камері утримувалося кілька пацієнтів. В інших - у камерах було не більше одного хворого. У багатьох одиночних камерах відсутні вода, постільна білизна, ліжко або туалет. Пацієнти перебували в закритих камерах постійно і змушені були справляти природні потреби на місці.

Джерело: Quality assurance in mental health (Забезпечення якості служб охорони психічного здоров'я). Нью-Делі, Національна комісія з прав людини Індії; 1999 рік.

У деяких країнах, що розвиваються, було вжито заходів щодо полегшення доступу до служб охорони психічного здоров'я шляхом їх інтеграції в систему первинної медико-санітарної допомоги. У ряді країн психіатричні послуги стали надавати в лікарнях загального профілю. На жаль, обидва шляхи надання послуг у галузі охорони психічного здоров'я роблять їх доступними лише для невеликого числа населення, зазвичай у великих містах і окремих сільських районах. Не було докладено узгоджених зусиль, щоб зробити установи первинної медико-санітарної ланки основними джерелами надання психіатричної допомоги. У Рамках 6 і 7 представлені приклади інтеграції служб. У Рамці 8 наведені приклади нерівномірного розподілу служб охорони психічного здоров'я на території країн.

Рамка 6. Надання послуг охорони психічного здоров'я в системі первинної медико-санітарної ланки: досвід різних країн

Аргентина: У провінції Неукуен співпраця між лікарями загальної практики первинної медичної ланки, які відносяться до сектору загального охорони здоров'я і психологами-консультантами, які належать до сектору психічного здоров'я, була утруднена в силу різних підходів до підготовки. Терапевти хотіли більшої підготовки з питань охорони психічного здоров'я та поліпшення взаємодії з психіатрами-консультантами і психологами. Тому відділ охорони здоров'я цієї провінції створив комісію з питань психічного здоров'я, у завдання якої, крім усього іншого, входило створення ефективної консультаційної мережі та підготовка терапевтів і медичних сестер у віддалених сільських районах.

У процесі розробки програм навчання медичного персоналу комісія провела конференцію для терапевтів, на яку були запрошені фахівці з багатим міжнародним досвідом у галузі охорони психічного здоров'я. На конференції

були присутні медсестри, психіатри, представники первинної медичної допомоги, духовенства, соціальної сфери та юристи з Аргентини, Чилі, Гватемали, Великобританії, Уругваю і США. Після закінчення конференції комісія з психічного здоров'я, що включала представників служб охорони психічного здоров'я та первинної медико-санітарної ланки, продовжила роботу з координації подальшого навчання і довготривалого подальшого спостереження за роботою терапевтів і місцевих психологів у системі первинної медичної ланки (Collins et al., 1999).

Такий підхід до інтеграції служб охорони психічного здоров'я в систему первинної медико-санітарної допомоги може здійснюватися на різних рівнях. На рівні провінцій співробітництво може здійснюватися між секторами психічного здоров'я та первинної медико-санітарної ланки. На рівні первинної медичної ланки відбувається більш широке співробітництво між різними фахівцями, які зацікавлені в даних питаннях. Програма навчання сприяє співпраці між лікарями загальної практики, медичними сестрами та соціальними працівниками в контексті надання допомоги сім'ям. Схожа програма навчання була розроблена і для медичних сестер (Collins et al., 1999). У рамках консультативного підходу, здійснюваного в системі первинної медичної допомоги, лікарі загальної практики в сільських районах щомісяця проводять зустрічі з народними цілителями для координації підходів до лікування деяких захворювань, для підвищення довіри до лікарів загальної практики з боку населення і запобігання випадкам подвійного лікування, що включає застосування трав і лікарських препаратів (Collins et al., 1999b).

Китай: Загальні терапевтичні послуги надаються в поліклініках при районних лікарнях загального профілю (Pearson, 1992; Yan et al., 1995). Крім цього, на рівні первинної медико-санітарної ланки існують спільнотні послуги з охорони психічного здоров'я за місцем проживання. До них відносяться відвідування пацієнтів на дому фахівцями з районних лікарень, а також надання сестринської допомоги або догляду особам, які живуть на вулиці, і окремим категоріям громадян (Pearson, 1992). У Шанхаї існують служби телефону довіри для підлітків і людей похилого віку (Ji, 1995).

Ботсвана: Медичні сестри психіатричних відділень районних лікарень вторинної ланки здійснюють нагляд за декількома клініками первинної медичної ланки в кожному районі. Вони регулярно відвідують дані клініки і консультують медичних працівників первинної медичної ланки за виявленими випадками розладів (Ven-Tovim, 1987).

Гвінея-Бісау: До початку останньої війни в країні існувала добре функціонуюча система первинної медико-санітарної допомоги з розвинутою інфраструктурою і оплачуваним персоналом. Медичні сестри в центрах первинної медичної допомоги були навчені виявляти і лікувати випадки основних психічних розладів у пацієнтів, що звертаються в поліклініки (De

Jong, 1996).

Індія: Проект, який здійснюється в районі Белларі, передбачав навчання всіх категорій персоналу первинної медико-санітарної ланки та служб соціального нагляду, забезпечення основними психотропними препаратами, створення простої системи обліку та механізму моніторингу роботи медичного персоналу первинної медичної ланки, який надає послуги з охорони психічного здоров'я (Murthy, 1998). Один центр первинної медичної допомоги, в якому працюють 1-2 лікарів і 15-20 інших медичних працівників, надає профілактичні та лікувальні послуги 30 000 чоловік. Лікарі контролюють роботу медичного персоналу, який відвідує хворих на дому, і надають широке коло інших медичних послуг. Пацієнти приходять на прийом до медичних центрів без попереднього запису. У середньому прийом триває від трьох до п'яти хвилин. Незважаючи на проведені навчання в галузі психічного здоров'я, лікарі первинної медичної ланки погано виявляють випадки емоційних розладів. Це відбувається внаслідок того, що пацієнти приходять зі скаргами соматичного характеру, а також через коротку тривалість прийому (Channabasavanna et al., 1995).

Ісламська Республіка Іран: Заходи щодо переведення служб охорони психічного здоров'я на амбулаторний рівень почалися в кінці 1980-х років. В даний час програма з інтеграції здійснюється по всій країні. На сьогоднішній день психіатрична допомога доступна приблизно 20 мільйонам чоловік (Mohit et al., 1999).

Пакистан: Модель інтеграції служб охорони психічного здоров'я в систему первинної медико-санітарної допомоги пройшла первинну апробацію в двох районах провінції Равалпінді (Mubbashar, 1999). Зараз вона відтворюється в усіх провінціях країни. В програми навчання в районних центрах охорони здоров'я включена підготовка в галузі психічного здоров'я. Такі центри були засновані з метою навчання медичного персоналу первинної ланки ведення найбільш поширених захворювань. У рамках даної програми по всій країні пройшло навчання понад 2000 терапевтів первинної медичної ланки і більше 40 000 медичних працівників первинної ланки (у т.ч. фахівців з жіночих хвороб і працівників широкого профілю). Було підготовлено більше 65 початківців- психіатрів для роботи в спільнотних службах охорони психічного здоров'я за місцем проживання, які згодом зможуть сприяти розвитку подібних служб у своїх регіонах, а також надавати необхідну допомогу в підготовці медичного персоналу, проведенні консультацій та аналізі потреб у процесі інтеграції служб охорони психічного здоров'я в систему первинної медико-санітарної допомоги. Був складений національний список основних лікарських засобів, що включає всі основні нейропсихіатричні препарати. Іншим суттєвим досягненням стало включення основних психічних розладів у національну інформаційну систему охорони здоров'я. Уряд погодився фінансувати заходи щодо інтеграції служб охорони психічного здоров'я в систему первинної медичної допомоги в масштабах

країни, для чого були виділені спеціальні бюджетні кошти.

Танзанія: Сільські психдиспансери фінансуються за рахунок державних, приватних та добровільних джерел. Ці установи надають основні медичні послуги в сільських районах (Ahmed et al., 1996). У деяких сільських районах сільськогосподарські кооперативи з реабілітації психічно хворих надають людям, що страждають на психічні розлади, робочі місця і дають їм можливість здійснення постійного контакту з місцевим населенням і отримання психосоціальної допомоги народних цілителів, працівників місцевих служб охорони психічного здоров'я та лікарів загальної практики. Такі служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання є альтернативою лікарняним стаціонарам середньострокового і тривалого перебування (Kilonzo & Simmons, 1998).

Рамка 7. Приклади роботи служб охорони психічного здоров'я в лікарнях загального профілю в різних країнах

Ефіопія: Служби високоспеціалізованої медичної допомоги розробили програму підготовки медичних сестер у галузі психіатрії для надання психіатричної допомоги на вторинному рівні. У 27 районних лікарнях та одному медичному центрі були відкриті психіатричні відділення, роботу кожного з яких забезпечують дві дипломовані медичні сестри (Alet et al., 1999).

Непал: У районних лікарнях розміщуються психіатричні відділення вторинної ланки. Це невеликі психіатричні відділення у військовому госпіталі і двох районних лікарнях, а також невелика спільнотна програма охорони психічного здоров'я за місцем проживання в трьох інших районних лікарнях. У відділеннях психіатричної допомоги за межами столиці тривале перебування пацієнтів не передбачено (Tausig & Subedi, 1997).

Танзанія: У столичних клініках вторинної ланки існують спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання, однак у сільських районах такі служби відсутні. Як у сільських районах, так і в містах установами вторинної ланки є психіатричні відділення районних лікарень загального профілю (Kilonzo & Simmons, 1998).

Туніс: З 1956 р. невеликі психіатричні відділення на 300 ліжок були відкриті в п'яти лікарнях загального профілю в різних районах країни, а число ліжок в єдиній психіатричній клініці було скорочено вдвічі.

Рамка 8. Концентрація служб охорони психічного здоров'я в містах в різних країнах, що розвиваються

Ботсвана: Спеціалізовані служби охорони психічного здоров'я існують в основному в столиці і регіональних центрах, в той час як в сільських районах

послуги надаються установами первинної медико-санітарної ланки, які надходили медичними сестрами з підготовкою в галузі психіатрії, а також народними цілителями (Беп-Тоуіт, 1987; БісІапсІІ ЕІ аі., 1999).

Камбоджа: У цій країні 85% населення живуть у сільських районах, однак там немає практично ніяких служб охорони психічного здоров'я, за винятком народних цілителей. У віддалених регіонах практично відсутні клініки, що надають психіатричні послуги. Пацієнтам часто доводиться долати більше 300 кілометрів, щоб дістатися до клініки в сусідньому районі або провінції.

Коста-Ріка: Більшість працівників служб охорони психічного здоров'я сконцентровано в містах. У сільських районах медичного персоналу не вистачає (Gallegos & Montero, 1999).

Ефіопія: Всі психіатричні клініки знаходяться в столиці, так само як і більшість психіатрів. Районні лікарні з психіатричними відділеннями є як в містах, так і в сільських районах. Існують плани по відкриттю психіатричних служб в більшості сільських районних лікарень і в сільських медичних центрах. У міських і сільських медичних закладах первинної ланки служби охорони психічного здоров'я відсутні. Потреби населення в психіатричній допомозі в сільських районах забезпечують народні цілители. У жителів сільської місцевості поширений домашній догляд за родичами з психічними розладами (Alem et al., 1999; Awas et al., 1999).

Країни колишнього східного блоку: Організація служб охорони психічного здоров'я, як і раніше знаходиться у веденні центрального бюрократичного апарату, при цьому існує чіткий поділ повноважень між центральними і місцевими органами охорони здоров'я. Начальство розташовується в центрі, тобто у великих містах. Віддалені сільські райони намагаються забезпечити ресурсами свої служби охорони психічного здоров'я, які сплановані і фінансуються центром (Тото, 1999).

Нігерія: У міських лікарнях працює більше медичного персоналу, і вони краще оснащені, ніж державні лікарні в сільських районах (Gureje et al., 1995).

Пакистан: У великих містах існують інтернати та установи денного перебування для пацієнтів з утрудненням в придбанні навичок, в яких проводяться соціальне, професійне і академічне навчання. Однак такі служби недоступні більшості жителів сільської місцевості (Yousaf, 1997).

Південна Африка: У країні більше 500 зареєстрованих психіатрів, але внаслідок таких факторів, як еміграція і переваги роботи у великих містах і в приватному секторі, в країні є райони і цілі провінції, де в державному секторі охорони здоров'я більш ніж на 5 мільйонів осіб припадає лише один психіатр.

Танзанія: У сільських районах співвідношення лікарів, які пройшли підготовку за західною методикою, до кількості населення становить 1:20000, а народних цілителей 1:25. У цих районах психіатрична допомога на рівні первинної медичної ланки виявляється лікарями загальної практики,

дипломованими медичними сестрами та їхніми помічниками. Психіатри працюють тільки в медичних центрах великих міст, в яких є обласні психіатричні установи. Дисбаланс між містом і селом посилюється ще і тим, що в столиці є спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання, між тим як в сільських районах вони відсутні.

У деяких країнах є хороші приклади міжсекторальної співпраці між недержавними організаціями, академічними інститутами, сектором громадської охорони здоров'я, приватними службами охорони психічного здоров'я і пацієнтами, що сприяє розвитку спільнотних служб охорони психічного здоров'я. У даний час це стосується тільки невеликих груп населення у великих містах; більшість населення сільських районів не має доступу до подібних служб. Необхідно всіляко заохочувати таке співробітництво, оскільки воно дозволяє забезпечити доступ до послуг психіатрії за місцем проживання.

У Рамці 9 представлені приклади міжсекторальної співпраці.

Рамка 9. Приклади міжсекторального співробітництва в різних країнах.

Камбоджа: В країні існує міжсекторальна співпраця між іноземними спонсорами і високоспеціалізованою психіатричною допомогою. Канадський фонд Марселя Роя для дітей Камбоджі фінансував відкриття дитячої психіатричної клініки при психіатричній лікарні третинного рівня, а Міжнародна організація міграції при Норвезькій раді з психічного здоров'я сприяла початку здійснення проекту з підготовки лікарів-психіатрів.

Республіка Чехія: Асоціація психічного здоров'я організовує свою роботу на принципах міжсекторального співробітництва. Статус недержавної організації дозволяє їй отримувати як державні кошти, так і приватні пожертвування. Асоціація отримує фінансову підтримку від Міністерств праці та соціальних справ, охорони здоров'я і культури, від Департаменту праці та муніципальної адміністрації Праги, а також від різних іноземних і національних приватних донорських організацій (Holmes & Koznar, 1998).

Ефіопія: Міжсекторальне співробітництво здійснюється на національному рівні між Міністерством охорони здоров'я, Відділенням психіатрії місцевого університету та ВООЗ. Ці організації в 1986 р почали програму з підготовки дипломованих медичних сестер у галузі психіатрії (Alem et al., 1999).

Ізраїль: Регіональні ради з психічного здоров'я, очолювані лікарями психіатрами, розвивають і координують роботу служб охорони психічного здоров'я, а також відповідають за збір інформації з психічного здоров'я населення в кожному регіоні. Кожна рада працює у співпраці з регіональним координаційним комітетом, в який входять представники уряду, страхових організацій, добровільних товариств, лікарі і пацієнти (Tuano & Mozes, 1998).

Румунія: У 2001 р Міністерство охорони здоров'я і Міністерство освіти приступили до здійснення спільної програми з пропаганди здоров'я в школах,

у програмі знайшли своє відображення питання, що стосуються психічного здоров'я.

Танзанія: Система реабілітації психічно хворих в умовах села створюється спільно з місцевими жителями, сектором охорони психічного здоров'я і народними цілителями з метою лікування і реабілітації людей з важкими психічними розладами в сільських районах. Пацієнти і члени їх сімей живуть у селах серед фермерів, рибалок та ремісників, а їх лікуванням займаються як лікарі, так і народні цілителі. Існують плани встановлення співпраці між службами психіатричної допомоги та народними цілителями на більш офіційній основі так, щоб останні грали на місцях більш активну роль у лікуванні психічних розладів, викликаних стресом. Народні цілителі брали участь у програмах з підготовки фахівців у галузі психічного здоров'я і ділилися своїми знаннями та навичками в лікуванні людей з психічними розладами. Плани щодо розширення співпраці між службами охорони психічного здоров'я і народними цілителями передбачають регулярне проведення зустрічей і семінарів (Kilonzo & Simmons, 1998).

Зімбабве: Департамент охорони здоров'я міста Хараре і медична школа Університету Зімбабве приймають спільну участь у дослідницькому проекті, в рамках якого розглядається можливість залучення населення на місцях і медичних сестер первинної медико-санітарної ланки до лікування депресії у жінок. Місцеві термінологічні визначення депресії і способів її лікування були розроблені шляхом проведення опитування народних цілителів і представників місцевої громадськості, та включали вчителів, поліцейських, служителів церкви і організаторів жіночих кооперативів, після чого медичні працівники представили результати обстеження жінок, що знаходяться в пригніченому стані, на розгляд місцевої громадськості і виробили місцеве визначення типових симптомів депресії. Учасники проекту, включно з місцевими жителями, медичними працівниками і особами, які формують політику охорони здоров'я, були об'єднані в дві робочі групи, яким було дано доручення розробити рекомендації з лікування депресії у жінок. Розроблені рекомендації полягали в наступному: 1) у закладах первинної медико-санітарної ланки необхідно створити окремі кабінети для консультацій з емоційних проблем; 2) необхідно скласти довідник організацій, які надають психіатричну допомогу для поліпшення взаємодії між ними; 3) народні цілителі, служителі церкви, вчителі та засоби масової інформації повинні брати участь в освітніх програмах для населення; 4) слід підвищити рівень виявлення і лікування депресії в закладах первинної медико-санітарної ланки (Abas et al., 1995). Програма з виявлення та лікування депресії у жінок в службах первинної медико-санітарної ланки була об'єднана з добре розвиненою ініціативою - програмою здоров'я матері і дитини, яка передбачала співробітництво між сектором загальної охорони здоров'я і службами охорони психічного здоров'я. Більш загальна програма з охорони психічного здоров'я з подібним підходом до міжсекторальної співпраці була аналогічним чином інтегрована в систему первинної медико-санітарної ланки

до Хараре. На муніципальному рівні проходили консультації працівників провідних медичних установ, осіб, які формують політику охорони здоров'я, викладачів і представників недержавних організацій, на основі яких була сформована міжгалузева дослідницька група, мета якої полягала у виявленні найбільш частих психічних розладів у пацієнтів, що звертаються за первинною медико-санітарною допомогою, і розробці керівництва з розпізнавання та лікування таких розладів на первинному рівні. Проект передбачав співпрацю психіатрів, соціологів, працівників первинної медичної ланки, народних і духовних цілителів, а також лікарів загальної практики (Abas et al., 1995; Patel, 2000).

У розвинених країнах роль психіатричних клінік у лікуванні психічних розладів є незначною. Процес деінституціоналізації протягом останніх трьох десятиліть призвів до зменшення кількості пацієнтів у психіатричних клініках, а також до закриття багатьох клінік подібного типу. Однак, у цих країнах залишаються проблеми іншого типу. Процес деінституціоналізації не супроводжувався збільшенням обсягу пропонованих психіатричних послуг на місцевому рівні (Thornicroft & Tansella, 1999).

У деяких розвинутих країнах система державного управління та шляхи фінансування системи охорони здоров'я позначилися як на темпах деінституціоналізації, так і на створенні альтернативних спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання (Goodwin, 1997). Процес деінституціоналізації в країнах Північної Америки та Західної Європи веде до поступового розвитку служб охорони психічного здоров'я на місцях. Однак, ці служби часто виявляються неефективними і нерівномірно розподілені по території країни.

Навіть у розвинутих країнах не приділяється належної уваги розвитку служб охорони психічного здоров'я в системі первинної медико-санітарної ланки. Наприклад, депресія є частою причиною звернення до лікарів загальної практики, які поки ще погано розпізнають і лікують цей розлад. Існує також проблема розвитку спеціалізованих служб, наприклад, судово-психіатричних, на шкоду розвитку служб охорони психічного здоров'я на базі лікарень загального профілю. Наприклад, у Сполученому Королівстві за останні кілька років суттєво збільшилася кількість місць у клініках посиленого режиму, в той час як існує гостра нестача місць у лікарнях загального профілю для пацієнтів з гострими психічними розладами, де показники зайнятості ліжок досягають 100%.

У Рамці 10 коротко представлені переваги та недоліки процесу деінституціоналізації.

Рамка 10. Переваги і недоліки процесу деінституціоналізації в розвинених країнах.

Переваги.

- Процес деінституціоналізації передбачає перехід від використання примусових заходів медичного характеру до реабілітаційних програм на місцевому рівні. Такий підхід є більш гуманним, так як дозволяє уникнути шкідливого психологічного впливу довготривалої госпіталізації і сконцентрувати увагу на реабілітації пацієнтів та інтеграції їх у суспільство.
- Деінституціоналізація запобігає госпіталізації нових пацієнтів, які звертаються до альтернативних спільнотних служб і сприяє програмам з більш низькою собівартістю, що веде до підвищення рентабельності та ефективності роботи альтернативних служб.
- У суспільство повертаються всі пацієнти, які пройшли необхідне лікування. Таким чином, можна уникнути шкідливих наслідків тривалого перебування в лікарні, наприклад апатії і втрати інтересу до життя, а також скоротити витрати на утримання пацієнтів у лікарнях протягом тривалого часу (Thornicroft & Tansella, 1999).

Недоліки.

- Найчастіше процес деінституціоналізації не призводить до стабілізації довгострокового фінансування спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання (Talbot, 1978; Goodwin, 1997).
- Хоча процес деінституціоналізації веде до скорочення числа пацієнтів психіатричних клінік, відзначається збільшення числа випадків повторної госпіталізації, тобто багаторазових короткочасних перебувань у лікарні тих пацієнтів, які потребують стаціонарного лікування (Talbot, 1978; Breakey, 1996).
- У деяких випадках процес деінституціоналізації приводив до збільшення числа бездомних з психічними розладами і до збільшення числа психічних захворювань серед ув'язнених.

Виходячи з досвіду роботи служб охорони психічного здоров'я, можна зробити два основні висновки:

По-перше, розвиток служб охорони психічного здоров'я становить серйозну проблему як для країн, що розвиваються, так і для розвинених країн. Однак характер складнощів у розвинених країнах інші порівняно з країнами, що розвиваються. У багатьох країнах, що розвиваються відзначається катастрофічна нестача ресурсів і медичного персоналу. Подібна ситуація заслуговує найпильнішої уваги. У розвинених країнах існують проблеми, пов'язані з недостатнім наданням послуг за місцем проживання, відзначається велика необхідність у виявленні та лікуванні психічних розладів у системі первинної медико-санітарної ланки, а також існує певна конкуренція між загальними і спеціалізованими психіатричними службами.

По-друге, більш дорогі спеціалізовані лікувальні заклади не є вирішенням усіх проблем. Навіть у разі обмежених ресурсів, що виділяються на охорону здоров'я в більшості країн, значні поліпшення в сфері надання психіатричних послуг населенню можливі у разі переадресування наявних ресурсів на підтримку менш дорогих служб, які гарантують хороший результат лікування і охоплюють ширші верстви населення. На практиці це означає інтеграцію охорони психічного здоров'я в систему первинної медичної допомоги.

Основні положення: Сучасна організація служб охорони психічного здоров'я.

- Тільки деяким країнам вдалося досягти оптимального поєднання послуг, що надаються.
- У більшості країн не було докладено достатніх зусиль з інтеграції психіатричної допомоги в систему первинної медико-санітарної ланки до якості основного компонента надання послуг.
- Новаторський підхід до надання послуг на основі міжсекторального співробітництва існує в багатьох країнах, однак такі послуги, як правило, доступні невеликій групі населення в містах або окремих сільських районах.
- У розвинених країнах процес деінституціоналізації не завжди супроводжувався достатнім наданням альтернативних послуг за місцем проживання.
- Розвиток служб охорони психічного здоров'я становить серйозну проблему як для країн, що розвиваються, так і для розвинених країн, проте характер проблем у розвинених країнах інший, ніж у країнах, що розвиваються.
- Більш дорогі і / або спеціалізовані лікувальні заклади не обов'язково є рішенням проблем доступності послуг та відповідності їх вимогам, що пред'являються.

4. Методичні рекомендації щодо організації служб охорони психічного здоров'я

Не існує такої моделі організації служб охорони психічного здоров'я, яка відповідала б потребам всіх країн. Рекомендації, наведені в даному розділі, представляють спільні принципи, які, найімовірніше, можуть бути застосовані в більшості держав. Кожній країні необхідно адаптувати їх в залежності від існуючих умов.

Люди, які страждають психічними розладами, потребують задоволення різних потреб, які часто виходять за рамки медичної допомоги. Більш того, зацікавлені сторони, найімовірніше, будуть чинити певний вплив на розвиток системи послуг. Особи з психічними розладами, члени сім'ї та представники місцевої громадськості є рівноправними партнерами зі службами охорони психічного здоров'я. У зв'язку з цим особливе значення має активна співпраця всіх сторін з метою задоволення необхідних потреб. Заклади охорони психічного здоров'я та обслуговування

пацієнтів повинні бути організовані таким чином, щоб досягти поставленої мети (Всесвітня організація охорони здоров'я, 2001 г.).

4.1. Принципи організації служб охорони психічного здоров'я

Наведені нижче рекомендації необхідно розглядати як складову частину комплексної програми по реорганізації служб охорони психічного здоров'я. Застосування тільки однієї рекомендації не призведе до бажаного результату поліпшення психічного здоров'я осіб, що страждають на психічні розлади. Наголос слід робити на створення інтегрованої системи надання послуг, яка забезпечувала б комплексний підхід до задоволення різноманітних потреб осіб з психічними розладами. У такій системі кожен канал надання послуг, наприклад в системі первинної медико-санітарної ланки або на базі лікарень загального профілю, відіграє важливу роль і служить доповненням до інших. Необхідно надавати широкий спектр різноманітних послуг, які відповідають потребам пацієнтів на різних етапах.

Принцип організації служб охорони психічного здоров'я, при якому працівники первинної медико-санітарної ланки при здійсненні втручання не взаємодіють з медичними установами вторинного рівня і спільнотними службами охорони психічного здоров'я за місцем проживання, також приречений на провал. Жодна зі стратегій, описаних нижче, не може існувати ізольовано один від одного. Кожна вимагає свого розвитку, що, в свою чергу, забезпечує підтримку всіх компонентів інтегрованої системи надання психіатричної допомоги.

Ключові принципи організації служб охорони психічного здоров'я полягають в наступному:

I) Доступ до медичного обслуговування: Основні послуги в галузі психічного здоров'я повинні бути доступні на місцевому рівні, щоб людям не доводилося долати великі відстані. Вони повинні включати амбулаторне та стаціонарне лікування, а також реабілітацію. Відсутність таких служб на місцевому рівні є суттєвою перешкодою для отримання психіатричної допомоги, особливо для людей, які живуть у віддалених сільських районах. Близькість служб охорони психічного здоров'я для осіб, які страждають психічними розладами, забезпечує безперервність лікування на відповідному рівні. Дуже складно приділяти увагу багатьом соціальним і психологічним аспектам лікування хворих в ситуаціях, коли їм доводиться долати значні відстані до установ психіатричної допомоги.

II) Повнота наданих послуг: Служби охорони психічного здоров'я повинні надавати весь комплекс послуг, необхідних для задоволення основних потреб населення. Спектр послуг, що надаються може бути різним і залежить від соціальних, економічних і культурних чинників, особливостей психічних розладів і способів організації та фінансування служб охорони психічного здоров'я (див. Розділ 6.2).

III) Спадкоємність і безперервність лікування: Для людей з важкими психічними розладами особливо важливо, щоб служби охорони психічного здоров'я працювали скоординовано і намагалися задовольнити всі соціальні, психологічні та медичні

потреби пацієнтів. Для цього необхідна взаємодія зі службами, що не відносяться безпосередньо до системи охорони здоров'я, наприклад соціальними і житлово-комунальними. Для людей з психічними розладами надзвичайно складно потрапити на прийом до працівників цих організацій. У подібній ситуації служби охорони психічного здоров'я повинні взяти на себе функцію координатора і не допустити фрагментарного лікування (див. Розділ 7.2).

Одним з методів забезпечення безперервності лікування є секторальний або дільничний метод організації служб. У 1960-1970-і роки міністерства охорони здоров'я країн Північної Америки та Західної Європи розділили територію своїх держав на географічні райони або ділянки з населенням від 50 000 до 250 000 чоловік в кожному ((Breakey, 1996b; Thornicroft & Tansella, 1999).). Дільничні медичні бригади забезпечували надання послуг на всіх рівнях, тобто. первинному, вторинному і третинному, а також відповідали за надання медичних послуг всьому населенню даного району. Крім зручності планування, фінансування і управління, такий підхід має ще одну важливу перевагу: велику ймовірність забезпечення безперервності лікування, що особливо важливо в світлі тривалого характеру протікання багатьох психічних розладів і необхідності постійного лікування протягом тривалого часу.

IV) Результативність лікування: В процесі розвитку служб охорони психічного здоров'я слід керуватися даними про результативність конкретних методів лікування. Наприклад, розширюється доказова база результативності лікування багатьох психічних розладів, таких як депресія, шизофренія і алкогольна залежність. Більш детальна інформація представлена в Розділі 7.1 (див. також матеріали Всесвітньої організації охорони здоров'я, 2001а).

V) Забезпечення справедливості: Доступ людей до якісних медичних послуг повинен ґрунтуватися на існуючих потребах. Для забезпечення принципу справедливості необхідно вирішити проблеми доступу та подолати нерівність у ставленні до населення віддалених районів. Принцип справедливості необхідно враховувати при визначенні пріоритетів. Занадто часто люди, які вкрай потребують допомоги психіатра, отримують її в останню чергу або не отримують взагалі, що веде до ігнорування їх потреб при визначенні пріоритетів.

VI) Дотримання прав людини: Працівники служб охорони психічного здоров'я повинні поважати самостійність осіб, які страждають психічними розладами, заохочувати їх до прийняття рішень, здатних вплинути на їх подальше життя, і використовувати методи лікування, що найменше обмежують їх свободу.

4.2. Визначення оптимального поєднання типів послуг, що надаються

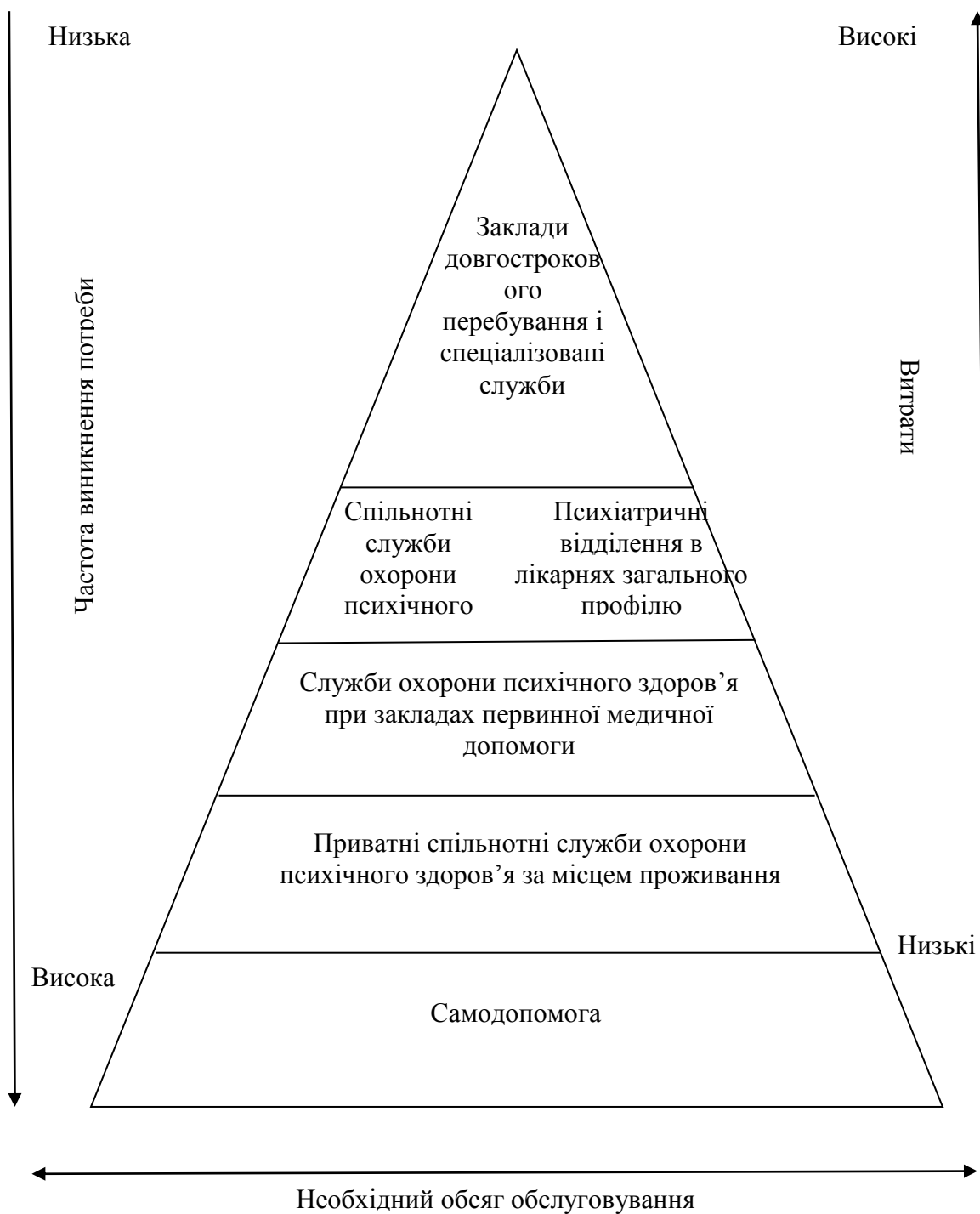
Практично всі моделі організації служб охорони психічного здоров'я, описані в Розділі 4, мають свої переваги і недоліки. Фахівцям з планування необхідно визначити оптимальне поєднання типів послуг і рівень їх надання по певних каналах. Максимальні вимоги, що пред'являються до послуг з лікування психічних захворювань, значно відрізняються в залежності від країни, хоча відносна потреба в конкретних послугах, тобто співвідношення частки конкретної послуги в складі всіх

послуг психічного здоров'я, багато в чому однакова в більшості країн. Для досягнення оптимального поєднання типів послуг слід дотримуватися всебічного підходу при плануванні служб охорони психічного здоров'я.

На рисунку 2 показані зв'язки між різними компонентами служб охорони психічного здоров'я. Цілком очевидно, що велика частина послуг повинна складатися в навчанні надання самопомоги, надаватися приватними спільнотними службами охорони психічного здоров'я за місцем проживання і службами охорони психічного здоров'я при закладах первинної медико-санітарної ланки, а потім психіатричними службами лікарень загального профілю, державними психіатричними інститутами і, в останню чергу, спеціалізованими психіатричними клініками. Обсяг послуг, що надаються службами лікарень загального профілю і спільнотними службами охорони психічного здоров'я за місцем проживання, слід визначати виходячи з того, що готова надати система охорони психічного здоров'я або загальної охорони здоров'я в даний момент, а також на основі культурних і соціально-економічних особливостей країни.

Не існує жодних підстав щодо включення послуг психіатричних клінік в схему оптимізації охорони психічного здоров'я. У психіатричних клініках, як правило, проводиться довгострокове примусове лікування. За умови розвитку спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання та спеціалізованих психіатричних служб необхідність в психіатричних клініках відпадає. Звичайно, завжди буде існувати потреба в довготривалому лікуванні відносно невеликої кількості пацієнтів, навіть якщо спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання будуть функціонувати на високому рівні. Однак більшість таких пацієнтів можна лікувати стаціонарно в невеликих установах на місцях або альтернативно в невеликих палатах тривалого перебування в лікарнях, які також надають інші види спеціалізованих послуг (див. також модуль «Планування і бюджетування послуг в сфері психічного здоров'я»). Широко розповсюджене та настільки типове для психіатричних клінік примусове лікування, часто виявляється невиправданим з точки зору собівартості, результативності та якості послуг, що надаються.

Рис.2. Оптимальне поєднання типів психіатричних послуг, що надаються



4.3. Інтеграція служб охорони психічного здоров'я в систему загальної охорони здоров'я

Для подолання проблем, пов'язаних з лікуванням в установах закритого типу, служби охорони психічного здоров'я необхідно інтегрувати в систему загальної охорони здоров'я. Інтеграція сприяє зниженню рівня стигматизації, асоційованої з отриманням допомоги в психіатричних клініках. У країнах, що розвиваються, де спостерігається гостра нестача фахівців в області психіатрії, надання психіатричної допомоги в системі загальної охорони здоров'я є найбільш ефективною стратегією для полегшення доступу до служб охорони психічного здоров'я тієї частини населення, яка раніше не мала такого доступу. Більш того, психічні розлади і проблеми з фізичним здоров'ям часто взаємопов'язані. Наприклад, люди з розповсюдженими психічними розладами, такими як депресія або тривожні розлади, часто звертаються до медичних установ загального профілю з соматичними скаргами. Інтегрована система служб охорони психічного здоров'я сприяє ранньому виявленню та лікуванню подібних розладів і, таким чином, знижує ступінь і ймовірність непрацевдатності. Інші переваги такої інтеграції полягають в можливості надавати психіатричну допомогу за місцем проживання і залучати місцевих жителів в цей процес.

Інтеграція може проводитися на всіх рівнях. На клінічному рівні психіатричні служби можуть бути інтегровані в систему надання послуг загального профілю на первинному, вторинному і третинному рівнях. Даний процес може супроводжуватися інтеграцією на рівні управління та адміністративному рівні, а також розвитком інтегрованих інформаційних систем (див. також модуль «Планування і бюджетування послуг в сфері психічного здоров'я»). Наприклад, фахівцями служб охорони психічного здоров'я в системі загальної охорони здоров'я може керувати спеціальний відділ (лінійне управління), не підпорядкований керівництву служб загальної охорони здоров'я. Періодично це може створювати проблеми в їх щоденній роботі і взаєминах з колегами. Інтеграція на рівні управління сприяє вирішенню деяких з цих проблем.

У багатьох країнах система загальної охорони здоров'я має свою інформаційну систему, окрему від інформаційних систем служб охорони психічного здоров'я. Це створює труднощі для фахівців з планування та керівників громадської охорони здоров'я, оскільки вони планують роботу служб, не враховуючи тягар психічних захворювань. Інтеграція інформаційних систем служб загальної охорони здоров'я та охорони психічного здоров'я допоможе поліпшити становище в галузі охорони здоров'я в цілому. Вона сприятиме підвищенню якості охорони психічного здоров'я, так як у фахівців з планування з'явиться чітке уявлення проблем, пов'язаних з тягарем психічних розладів. Для забезпечення адекватного процесу планування та проведення оцінки роботи служб охорони психічного здоров'я потрібно ввести додаткову інформацію про служби охорони психічного здоров'я в інформаційні системи загальної охорони здоров'я, що призведе до зміни даних систем, в які будуть включені дані про надання психіатричних послуг, а також інформація про осіб з психічними розладами.

Повна інтеграція на клінічному, адміністративному та інформаційному рівнях, а також на рівні управління має певні недоліки. Служби охорони психічного здоров'я можуть зберегти певний рівень самостійності, наприклад незалежні структури управління на нижчому рівні. Такий ступінь незалежності допоможе зберегти окремий рядок бюджету на охорону психічного здоров'я, а персоналу служб допоможе відчувати себе професійно незалежними.

При виборі між повною і частковою інтеграцією країни повинні брати до уваги можливі переваги і недоліки даних форм, а також враховувати існуючі моделі організації служб первинної медико-санітарної ланки. У більшості випадків інтеграція служб охорони психічного здоров'я вимагає стратегічного планування (Рамка 11).

Рамка 11. Стратегічне планування інтеграції служб охорони психічного здоров'я

Стратегічне планування включає наступні аспекти:

- (I) Розробка процесу переведеення основного обсягу психіатричних послуг в систему загальної охорони здоров'я. Даний аспект пов'язаний організаційними перетвореннями і перерозподілом повноважень.
- (II) Виділення бюджетних коштів на створення нових посад, обладнання приміщень і придбання матеріалів та транспортних засобів.
- (III) Планування організації роботи груп фахівців з охорони психічного здоров'я; визначення їх посадових обов'язків.
- (IV) Підготовка посадових інструкцій для фахівців і надання підтримки персоналу всіх рівнів, наприклад працівникам первинної медико-санітарної ланки, працівникам і керівникам служб охорони психічного здоров'я, а також визначення їх обов'язків виходячи з цільових пріоритетів охорони психічного здоров'я населення.
- (IV) Планування навчання персоналу в навчальних закладах; навчання без відриву від роботи; підвищення кваліфікації; включення матеріалів з охорони психічного здоров'я в навчальний курс медичних інститутів.
- (V) Розробка стратегії по залученню населення на місцях до участі в діяльності служб охорони психічного здоров'я на всіх рівнях.

На початковому рівні інтеграція служб охорони психічного здоров'я включає:

- інтеграцію служб охорони психічного здоров'я в систему первинної медико-санітарної допомоги;
- інтеграцію служб охорони психічного здоров'я в систему загальної охорони здоров'я;
- організацію взаємодії між установами первинної медико-санітарної ланки та службами вторинного рівня на базі лікарень загального профілю;

- інтеграцію допомоги в області психічного здоров'я в інші існуючі соціальні програми і програми з охорони здоров'я населення.

4.3.1. Інтеграція служб охорони психічного здоров'я в систему первинної медико-санітарної допомоги

У країнах з обмеженими ресурсами інтеграція служб охорони психічного здоров'я в систему загальної охорони здоров'я обов'язково включає інтеграцію в систему первинної медико-санітарної допомоги. Для цього потрібна наявність підготовленого медичного персоналу первинної ланки. Працівники первинної медичної ланки беруть на себе відповідальність за профілактику психічних розладів і надання психіатричних послуг. Медичні працівники, які проходять навчання і працюють в медичних установах, повинні бути орієнтовані на надання психіатричних послуг в системі первинної медико-санітарної ланки. Вони також повинні мати достатні знання і навички, що дозволяють надавати подібні послуги. Працівники первинної медичної ланки можуть неохоче брати на себе такі обов'язки. Наприклад, вони можуть сумніватися в своїх здібностях вести пацієнтів з психічними розладами, відчувати дискомфорт при веденні таких випадків і навіть самоусуватися від роботи з хворими, що страждають на психічні розлади. Результати лікування, які в великій мірі залежать від знань і навичок персоналу первинної медико-санітарної ланки, внаслідок цього виявляться незадовільними. Слабка підготовка медичного персоналу, ігнорування пацієнтів з психічними розладами або нерівноцінне приділення уваги психічно хворим в порівнянні з хворими на фізичні захворювання, може підірвати репутацію служб охорони психічного здоров'я. Можливі рішення даних проблем розглядаються в Розділі 9.

Працівники первинної медико-санітарної ланки повинні бути готові до процесу інтеграції. Їх завдання, зобов'язання і відповідальність повинні бути визначені за їх активної участі. Вони повинні пройти підготовку в області пропаганди цінностей психічного здоров'я, профілактики і лікування найбільш поширених психічних розладів. Така підготовка необхідна всім фахівцям первинної медико-санітарної ланки, а також іншим працівникам, чия діяльність пов'язана з охороною психічного здоров'я суспільства, наприклад охоронцям або працівникам реєстратури в медичних установах.

Навчальні матеріали повинні включати відповідні вибірки з матеріалів, запропонованих для фахівців з планування на державному рівні, а також матеріали, доступні на місцях або розроблені спеціально для програми по інтеграції служб охорони психічного здоров'я, які відповідають специфічним потребам жителів даної місцевості. ВООЗ також розробила Керівництво по проведенню навчання (Всесвітня організація охорони здоров'я, 1982 г.).

Слід також враховувати фактор збільшення робочого часу, якщо медичний персонал первинної медико-санітарної ланки має намір надавати адекватні психіатричні послуги. У багатьох країнах персонал медичних установ перевантажений, оскільки задіяний у багатьох програмах з охорони здоров'я, які в основному передбачають лікування фізичних захворювань. У цій ситуації необхідно збільшення штату

установ первинної медичної допомоги, в іншому випадку медичні працівники не зможуть взяти на себе додаткові обов'язки з надання послуг в області психічного здоров'я (див. модуль «Планування і бюджетування послуг в сфері психічного здоров'я»).

Для успішної інтеграції необхідний відповідний контроль за персоналом первинної медико-санітарної ланки. Фахівці в області психіатрії повинні регулярно консультувати працівників медичних закладів первинного рівня з питань ведення та лікування пацієнтів з психічними розладами. Регулярний нагляд не може бути замінений системою напрямків в медичні установи вторинного і третинного рівнів. Відсутність нагляду на первинному рівні може призвести до збільшення числа таких напрямків навіть з самими незначними проблемами, які можна вирішити на первинному рівні за наявності належного нагляду. Працівники служб охорони психічного здоров'я в установах вторинного рівня могли б проводити регулярні відвідування (раз в один або два тижні) закладів первинної медичної ланки для проведення консультацій. Фахівці в області психіатрії повинні також давати рекомендації працівникам первинної ланки з ведення випадків психічних розладів і проведення терапевтичних заходів. Така модель догляду успішно функціонує в Індії (Murthy, 1998).

Інші питання, яким слід приділити увагу, стосуються наявності адекватної інфраструктури, обладнання і, що найважливіше, психотропних лікарських препаратів. Рішення про типи психічних розладів, лікування яких буде проводитися в установах первинної медико-санітарної допомоги, допоможе спростити вимоги до застосування психотропних засобів. Необхідно скласти список основних препаратів на основі рекомендацій ВООЗ, які будуть застосовуватися на різних етапах надання медичної допомоги. Велика частина ліків доступна на всіх рівнях, хоча в системі первинної медико-санітарної допомоги вибір кілька вже. Централізовані закупівлі генериків здатні забезпечити їх низьку вартість і гарантувати безперебійні поставки протягом року. Такий підхід дозволяє спростити процес навчання медичного персоналу первинної ланки, оскільки в цьому випадку медичним фахівцям необхідно отримати досвід і навички роботи тільки з обмеженим числом препаратів (див. модуль «Планування і бюджетування послуг в області психічного здоров'я»).

4.3.2. Інтеграція служб охорони психічного здоров'я в систему загальної охорони здоров'я

Служби охорони психічного здоров'я на базі лікарень загального профілю можуть надавати послуги вторинного рівня пацієнтам, які проживають в даному районі, а також особам, госпіталізованим з фізичними захворюваннями, такими, що потребують психіатричної допомоги. Інтеграція на рівні лікарень загального профілю вимагає наявності необхідних матеріальних і кадрових ресурсів (див. модуль «Планування і бюджетування послуг в області психічного здоров'я»). До таких ресурсів відносяться наявність місць в палатах для лікування гострих психічних розладів, створення умов для прийому амбулаторних пацієнтів, наявність обладнання для проведення спеціальних досліджень, наприклад психологічних

тестів, і устаткування для спеціалізованого лікування, а також лікарських препаратів.

Необхідні кадрові ресурси включають фахівців в області психічного здоров'я, таких як психіатри, психологи, дипломовані медичні сестри і соціальні працівники. Ці фахівці повинні взяти на себе обов'язки по підготовці та нагляду за персоналом первинної медико-санітарної ланки. Варто відзначити, що деякі фахівці можуть бути не зацікавлені в наданні психіатричних послуг в системі первинної медико-санітарної ланки та спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання і самі потребують підготовки.

4.3.3. Організація взаємодії між первинним, вторинним і третинним рівнями

Медичні працівники первинного рівня першими надають необхідну психіатричну допомогу і направляють пацієнта до фахівців вузького профілю. Для того щоб задовольняти потреби людей з психічними розладами в медичній та соціальній допомозі, потрібно створити систему направлень на лікування та організувати взаємодію медичних установ різних рівнів. Така взаємодія має існувати як на районному, так і на регіональному рівні. Необхідні регулярні наради медичних працівників для вдосконалення системи направлень до фахівців вузького профілю і проведення оцінки задоволення потреб пацієнтів.

Навіть якщо спеціалізовані служби охорони психічного здоров'я досить розвинені, важливо поліпшувати їх взаємодію з установами первинної медико-санітарної ланки. Якщо цього не відбувається, то надання медичних послуг або дублюється, або погано координується, або послуги надаються з запізненням, коли працівники первинного рівня потребують консультації по лікуванню кризових хворих.

4.3.4. Інтеграція психічного здоров'я в інші програми охорони здоров'я і соціальної допомоги

У країнах, що розвиваються, пріоритетні напрямки розвитку охорони здоров'я конкурують зі службами охорони психічного здоров'я за виділення фінансових коштів (див. модуль «Політика, плани і програми в області психічного здоров'я»). Замість конкуренції, між програмами з охорони психічного здоров'я та іншими програмами охорони здоров'я повинна існувати співпраця. Наприклад, програми з надання допомоги при післяпологовій депресії можуть стати частиною ширшої програми репродуктивного здоров'я населення. Програми по боротьбі з ВІЛ / СНІДом відкривають ще одну можливість щодо збільшення охоплення психіатричними послугами населення, що відноситься до груп ризику. Такий підхід, що передбачає співробітництво різних програм в галузі охорони здоров'я, повинен поширюватися і на немедичні програми, наприклад, питання психічного здоров'я жінок можна вирішувати в рамках програм по боротьбі з домашнім насильством.

4.4. Створення державних і приватних спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання

Державні спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання є доповненням до служб вторинного рівня на базі лікарень загального профілю. Вони

включають центри денного перебування для пацієнтів з важкими психічними захворюваннями, які були виписані з психіатричних клінік, програми з переведення медичної допомоги з великих психіатричних клінік, кризові групи, будинки спільного проживання, реабілітаційні центри та служби ведення пацієнтів. Інші приклади державних спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання наводяться в Рамці 12. У багатьох країнах, що розвиваються немає можливості розвивати всі служби одночасно. У такому випадку фахівці з планування повинні визначити пріоритетні напрямки і спрямувати зусилля і ресурси на їх розвиток. Решту служби можна розвивати поетапно протягом більш тривалого часу.

У багатьох країнах, що розвиваються людям з психічними розладами надають підтримку членів сім'ї, тому необхідність в деяких спільнотних службах охорони психічного здоров'я за місцем проживання, наприклад реабілітаційних центрах або будинках спільного проживання, нижче, ніж в розвинених країнах. Однак це не означає, що весь тягар догляду за людьми з важкими психічними захворюваннями повинен лягати на плечі їхніх родичів. Спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання повинні бути організовані так, щоб надавати підтримку сім'ям в їх зусиллях по догляду за хворими родичами.

У країнах, що розвиваються слід використовувати вже існуючі мережі неурядових організацій для надання психіатричних послуг на місцевому рівні. Вони можуть включати в себе програми спільного проживання, лікування і реабілітації на кшталт клубного відпочинку, групи взаємної підтримки, спеціальні майстерні для реабілітації або роботи інвалідів, систему забезпечення робочих місць для інвалідів на спеціальних підприємствах, працевлаштування інвалідів з подальшим спостереженням за їх роботою, будинки з обслуговуючим персоналом, будинки спільного проживання. На прикладах Танзанії і Зімбабве (Рамка 9) можна проілюструвати використання наявних ресурсів для надання психіатричної допомоги за місцем проживання. У Рамках 12 і 13 наводяться інші приклади залучення додаткових ресурсів, наприклад, неурядових організацій та добровільних помічників, як участь сусідів і релігійних діячів в наданні послуг охорони психічного здоров'я за місцем проживання.

Рамка 12 Нові форми державних і приватних спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання

Китай: Групи психіатричної допомоги складаються з сусідів пацієнтів і членів сім'ї, пенсіонерів, які допомагають доглядати за людьми з психічними захворюваннями (Pearson, 1992).

Китай, Індія і Малайзія: Уряд укладає контракт з неурядовими організаціями по догляду за бездітними людьми похилого віку в невеликих інтернатах (Levkoff et al., 1995).

Індія: Вчителі проходять спеціальну підготовку, яка дозволить надавати необхідну психологічну допомогу в школі (Nikapota, 1991). Добровольці надають допомогу при психоемоційних критичних ситуаціях в великих містах країни (Murthy, 2000).

Монголія: Місцеві центри денного перебування, розміщені в традиційних монгольських юртах, почали свою роботу в 2000 р на базі районних медичних центрів в районах Улан-Батора Сонгінохаїрхан і Чінглетей. Найсуттєвішим досягненням в районі Чінглетей була організація їдальні для лікарів і стоматологів в центрі денного перебування. Медичні працівники самі зробили столи і лави зі старих меблів, а також принесли старий посуд і столові прилади з лікарні або з дому. Незважаючи на те, що в Монголії люди з психічними розладами піддаються стигматизації та ізоляції, лікарі та сестри медичного центру охоче харчувалися в цій їдальні (Всесвітня організація охорони здоров'я, 2000 г.)

Рамка 13. Допомога службам охорони психічного здоров'я в умовах браку ресурсів: інноваційні програми неурядових організацій в Індії

В Індії неурядові організації мають істотний досвід в області охорони здоров'я, особливо в області репродуктивного та дитячого здоров'я, і дослідницької діяльності. В останні роки зростає число організацій, що розробляють інноваційні програми з охорони психічного здоров'я. У 1999 р в ході узагальнення діяльності неурядових організацій, що працюють в сфері охорони психічного здоров'я, в країні було відзначено більше 50 нових ініціатив. Більшість з них пов'язано з реабілітацією людей з важкими психічними розладами, а також зі створенням шкіл для розумово відсталих дітей. Кількість неурядових організацій продовжує збільшуватися, так як в країні зростає усвідомлення важливості проблем, пов'язаних з психічними розладами: зловживання алкоголем і наркотиками, психічні розлади у дітей, розумова відсталість і насильство. Чотири неурядові організації, про які йтиметься нижче, працюють в різних галузях охорони психічного здоров'я, поєднуючи в своїй діяльності проведення досліджень, навчання і безпосереднє надання послуг, а також активно співпрацюють з іншими секторами системи охорони здоров'я і соціальної допомоги. Всі вони фінансуються з різних джерел, включаючи приватних осіб, корпорації, фонди, іноземні агентства-донори і уряд.

Фонд вивчення шизофренії розташований в місті Ченнаї на півдні країни і є однією з найвідоміших в Індії організацій, що надають весь комплекс послуг для людей з серйозними психічними розладами. Заснований в 1984 р фахівцями місцевого медичного університету Фонд включає спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання, амбулаторне лікування, центри денного перебування і підтримуване житло для людей з важкими психічними розладами, а також широке коло послуг психосоціальної реабілітації. Фонд грає провідну роль в захисті прав осіб з психічними розладами, особливо в області офіційного визнання непрацездатності, пов'язаної з психічними захворюваннями. Ця одна з провідних організацій в країні, яка займається науковими дослідженнями всіх аспектів захворювання на шизофренію. Мадраське поздовжнє дослідження, проведене фахівцями Фонду, є найбільш цитованим дослідженням подібного роду. Воно присвячене результатам лікування шизофренії в країні, що розвивається. Фонд є центром, співпрацюючим з ВООЗ по

дослідженню психічного здоров'я та з підготовки фахівців.

Суспільство «Сангат» знаходиться в штаті Гоа на західному узбережжі Індії. Воно було засноване в 1996 р групою фахівців в галузі дитячого і підліткового розвитку. За п'ять років Суспільство стало провідною установою багатопрофільної допомоги дітям і сім'ям за місцем проживання. Щороку понад 350 осіб прямують сюди для високоспеціалізованого лікування. Діапазон послуг, що надаються Товариством, варіюється від клінічної допомоги до програм з дитячого розвитку на місцях, наприклад проведення на ранньому етапі спеціальної роботи серед дітей, що входять до груп ризику, а також шкільних програм, призначених для навчання дітей з різними розумовими здібностями. Суспільство активно співпрацює з міністерствами і відомствами, навчальними закладами та неурядовими організаціями, ставлячи своїм завданням максимальне збільшення потенціалу розвитку кожної дитини. Воно також є провідною організацією в галузі дослідження жіночого психічного здоров'я і здоров'я підлітків та координатором найбільшої вибіркової контрольної перевірки лікування депресії в системі загального охорони здоров'я, що проводиться в країні.

Фонд клінічних досліджень ім. Т.Т. Ранганатана був заснований в 1980 р жінкою, чоловік якої страждав від наслідків сильної алкогольної залежності. Цей Фонд першим розробив ряд програм по боротьбі з сильною алкогольною залежністю з наданням послуг на всіх рівнях, від громади до повністю оснащених лікарень. Основним нововведенням цього Фонду було відкриття реабілітаційних таборів у віддалених районах, які працювали протягом двох тижнів і надавали послуги з лікування алкогольної залежності в сільській місцевості. Таким чином, послуги надавалися прямо на місцях, і людям не потрібно було їздити в віддалені від них міста для отримання спеціалізованої допомоги. Лікарня, створена при Фонді, надає широкий спектр медичної та психологічної допомоги при лікуванні алкогольної залежності. З моменту відкриття клініки за допомогою Програми ООН по боротьбі з наркотиками в ній пройшли курс лікування понад 10 000 пацієнтів. ВООЗ присвоїла цій лікарні статус регіонального центру навчання.

Ашаграм - це неурядова організація, розташована в районі Барвані штату Мадья-Прадеш в західній частині Індії. Це один з найбільш бідніших регіонів країни, з високим рівнем неграмотності населення, серйозними екологічними проблемами і численним населенням, що живе племенами. Ашаграм був заснований добровольцями в 1980-х роках і був колонією для хворих на проказу. З тих пір він перетворився в селище, що динамічно розвивається, та має досить розвинені початкову освіту, медичні послуги і підприємництво. Служби охорони психічного здоров'я почали функціонувати з 1996 р для людей з важкими психічними розладами. Для забезпечення доступності послуг, що надаються і дотримання місцевих культурних традицій, була використана модель спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання. Керівництво службами здійснювалося місцевими фахівцями в галузі психічного здоров'я, які пройшли початковий курс підготовки. Програма охорони психічного здоров'я функціонувала паралельно зі службами лікування фізичних захворювань. У разі

виникнення необхідності госпіталізації пацієнта з психічним розладом, його поміщали в палату разом з іншими пацієнтами. В даний час в рамках програми охорони психічного здоров'я здійснюється лікування найбільш поширених психічних розладів.

Джерело: Patel V, Thara R, eds. Meeting mental health needs in developing countries: NGO innovations in India (Допомога службам охорони психічного здоров'я в країнах, що розвиваються: ініціативи НУО в Індії). Sage India (у пресі).

Психіатричні клініки вимагають великих витрат. Результати лікування часто виявляються незадовільними. Лікування в таких лікарнях частіше асоціюється з підвищенням, а не зі зниженням працездатності та інвалідизації, з стигматизацією пацієнтів, членів сімей та осіб, які страждають психічними розладами, а також з порушеннями прав людини. У зв'язку з цим при наданні послуг охорони психічного здоров'я необхідно знизити залежність від психіатричних клінік. Деінституціалізація є невід'ємною частиною реформування системи охорони психічного здоров'я.

Деінституціалізація не означає просто виписку пацієнта з клініки тривалого перебування. Даний процес передбачає комплексні системні зміни, пов'язані з наданням основної маси послуг охорони психічного здоров'я за місцем проживання пацієнтів. Розвиток спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання має проходити одночасно зі скороченням кількості пацієнтів в психіатричних клініках. В кінцевому підсумку, кошти, зекономлені в результаті закриття психіатричних клінік, компенсують витрати на організацію спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання. Однак в перехідний період необхідно подвійне фінансування (див. модуль «Фінансування охорони психічного здоров'я»).

При проведенні деінституціалізації слід враховувати можливі негативні наслідки передачі традиційних функцій психіатричних клінік спільнотним службам охорони психічного здоров'я за місцем проживання. Вони наводяться в Рамці 14. Крім цього, до переведення хворих з психіатричних клінік на обслуговування за місцем проживання слід провести такі підготовчі заходи:

- I) Організація служб охорони психічного здоров'я в системі первинної медико-санітарної допомоги. Це потребуватиме підготовки сімейних лікарів, медичних сестер та інших працівників первинної ланки на предмет виявлення і лікування психічних розладів.
- II) Підготовка місць в палатах і фахівців в лікарнях загального профілю або в спільнотних службах охорони психічного здоров'я за місцем проживання для ведення випадків гострих рецидивів, які вимагають короткочасної госпіталізації.
- III) Перепідготовка персоналу існуючих психіатричних клінік для роботи в лікарнях загального профілю, включаючи керівництво персоналом первинної медико-санітарної ланки та надання психіатричних послуг в лікарнях загального профілю.

IV) Забезпечення психотропними лікарськими препаратами закладів первинної медико-санітарної ланки та лікарень загального профілю.

IV) Організація державних і приватних служб охорони психічного здоров'я на місцях для надання допомоги пацієнтам в процесі їх реабілітації.

Як тільки будуть підготовлені спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання, процес деінституціоналізації може розвиватися за такими етапами:

I) На першому етапі нових пацієнтів не слід госпіталізувати в психіатричні клініки, а направляти в психіатричні відділення лікарень загального профілю.

II) Перед випискою пацієнтів з психіатричних клінік слід налагодити контакти з членами сім'ї, щоб забезпечити підтримку і допомогу пацієнтам та їхнім родинам після виписки.

III) Процес виписки повинен починатися з найбільш «легких» пацієнтів, поступово переходячи до більш важких хворих.

Менша частина пацієнтів, які страждають сильними психічними розладами і мають важку форму інвалідності, вимагає наявності цілодобового догляду. Цих пацієнтів теж можна перевести з клінік в невеликі стаціонари на місцях з цілодобовим сестринським або будь-яким іншим наглядом, за умови що такі стаціонари є і готові до прийому пацієнтів.

Проведення деінституціоналізації вимагає послідовних зусиль з боку фахівців з планування, управлінців і самих лікарів. Більш того, необхідно досягти домовленості між усіма учасниками процесу з питання темпів і часу проведення деінституціоналізації. Досвід Бразилії показує, що даний процес може бути успішним навіть при обмежених ресурсах (Рамка 15). А досвід Великобританії демонструє, що при наявності добре спланованої і фінансованої програми альтернативного надання психіатричних послуг, лікування колишніх пацієнтів психіатричних клінік в системі спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання здатне істотно поліпшити якість їх життя (Leff & Treiman, 2000). Для виконання намічених термінів створення альтернативних спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання та виписки пацієнтів з психіатричних клінік існують методи фінансового стимулювання. Вони включають збільшення виділених бюджетних коштів для розвитку спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання, виділення додаткових коштів на переведення пацієнтів психіатричних клінік на лікування за місцем проживання, а також стимули для спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання щодо зниження рівня госпіталізації (див. модулі «Фінансування охорони психічного здоров'я» та «Планування і бюджетування послуг в області психічного здоров'я»).

Рамка 14. Наслідки передачі функцій традиційної психіатричної клініки спільнотним службам охорони психічного здоров'я за місцем проживання
--

Функції традиційної психіатричної клініки	Наслідки передачі функцій спільнотним службам охорони психічного здоров'я за місцем проживання
Оцінка фізичного стану і лікування	Логічніше перевести в систему первинної допомоги або лікарні загального профілю
Активне лікування під час короткострокового і проміжного перебування	Продовження або поліпшення лікування, проте результати не є однаковими для всіх служб
довгострокове перебування	Зазвичай поліпшуються в спеціальних притулках для тих, хто потребує цілодобової довгострокової підтримки
Захист від експлуатації	Деякі пацієнти як і раніше уразливі з точки зору фізичної, сексуальної та фінансової експлуатації
Денна допомога і амбулаторні служби	Можуть бути поліпшені, якщо будуть створені місцеві доступні служби, або можуть погіршитися, якщо вони будуть відсутні; часто необхідно повторно обговорити розподіл обов'язків між медичними установами та закладами соціальної допомоги
Служби професійної підготовки та реабілітації	Поліпшуються в звичайних умовах
Кров, одяг, харчування і основний дохід	В зоні ризику, у зв'язку з чим слід уточнити відповідальність і питання координації
Служба тимчасового догляду за пацієнтами для підміни родичів або тих, хто зазвичай здійснює догляд	Зазвичай без змін: надання лікування вдома пацієнтами компенсується можливістю розширення професійної підтримки сім'ї
Дослідження і перепідготовка	Нові можливості в результаті децентралізації
Джерело: Thornicroft G, Tansella M (2000). Balancing community-based and hospital-based mental health care: the new agenda (Співвідношення спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання та стаціонарних психіатричних послуг: новий порядок денний). Женева, Всесвітня організація охорони здоров'я.	

Рамка 15. Приклади практичних моделей деінституціоналізації

Бразилія

З 1991 р кількість місць в психіатричних лікарнях зменшилася на 30%. З 1997 по 2001 рік кількість спільнотних центрів охорони психічного здоров'я за місцем

проживання, які називаються центрами психосоціальних послуг збільшилася з 176 до 295. Південно-східний регіон з найвищим рівнем виробництва внутрішнього валового продукту став місцем проведення різних програм з охорони психічного здоров'я. У штаті Сан-Паулу місто Сантос з населенням понад 400 000 осіб був відомий своєю приватною психіатричною клінікою, яка офіційно була розрахована на 260 пацієнтів. Насправді в ній знаходилися 575 хворих, в основному лікувалися від алкоголізму. У 1989 р в результаті численних скарг на погане поводження і смертельних випадків, викликаних насильницькими діями, уряд був змушений провести розслідування, після якого лікарня була закрита. На основі моделі, використовуваної в Трієсті, Італія, було створено п'ять центрів охорони психічного здоров'я, які отримали назву центрів психосоціального уваги. За участю організацій споживачів послуг і громадських діячів мережу подібних центрів стала так швидко розвиватися, що довелося створювати спеціальні майстерні для забезпечення пацієнтів оплачуваною роботою. Подібний досвід найбільш яскраво відображає процес змін в галузі охорони психічного здоров'я в Бразилії (Alves & Valentini, 2002).

Куба

Розвиток служб охорони психічного здоров'я на Кубі є хорошим прикладом організації психіатричних послуг з використанням різних моделей за останні 50 років.

- Модель «Будинок для людей похилого віку» (до 1959 р): Психіатричні послуги були нерозвинені. На 150 000 чоловік припадало лише один психіатр. Послуги надавалися тільки у великих психіатричних клініках Гавани (1 місце на 2200 чоловік).

- Модель «Лікарня» (з 1960 по 1986 рік): Служби охорони психічного здоров'я були інтегровані в національну систему охорони здоров'я, рівень фінансування збільшився, служби були децентралізовані і відкриті по всій країні для поліпшення доступу, збільшення охоплення населення і підвищення якості послуг, що надаються. Психіатричні служби в психіатричних клініках і лікарнях загального профілю були перетворені в терапевтичні громади. Приділялася особлива увага кадровим ресурсам. Кількість місць в психіатричних відділеннях лікарень загального профілю збільшилася. У той період існувало 11 психіатричних клінік, 15 психіатричних служб в лікарнях загального профілю і 4 психіатричні служби в дитячих лікарнях.

- Модель «Амбулаторне лікування та лікування в установах первинної медичної допомоги» (з 1987 по 1995 рік): Деякі психіатричні послуги були включені в систему первинної медико-санітарної допомоги, було створено 20 кризових центрів і дві психіатричні клініки, поза лікарнями загального профілю. Тим часом, почали свою роботу 30 стаціонарів денного перебування, а число психіатричних служб в лікарнях загального профілю збільшилася до 23, а в дитячих лікарнях - до 10. Кількість місць в психіатричних відділеннях лікарень загального профілю збільшилася до 1 на 1100 осіб. Розпочата раніше кадрова політика привела до

істотного збільшення числа психіатрів (1 на 9000 осіб).

- Модель «Спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання» (з 1996 р): Попередня модель амбулаторного лікування та лікування в первинних медичних установах потребувала вдосконалення, оскільки вона не змогла внести зміни в психіатричну епідеміологію, виявилася не вигідною з точки зору витрат, споживачі послуг не були задоволені їх якістю, рівень участі населення в роботі служб охорони психічного здоров'я був низький. За участю багатьох зацікавлених сторін була розроблена нова політика, згідно з якою спільнотні центри охорони психічного здоров'я за місцем проживання стали ключовим елементом системи психічного охорони здоров'я. У таких центрах працюють фахівці різних профілів (включаючи психіатрів), які використовують місцеву інфраструктуру (медичні установи, школи, фабрики, громадські установи та т. і.). Вони підтримують добрі зв'язки з центрами первинної медико-санітарної ланки (сімейні лікарі та медичні сестри), а також з різними немедицинськими організаціями. До кінця 1999 р було акредитовано 111 спільнотних центрів охорони психічного здоров'я за місцем проживання. Така стратегія допомогла краще зрозуміти потреби людей в кожному населеному пункті, виробити відповідні плани дій і знизити кількість пацієнтів, які потребують лікування в умовах психіатричних клінік (Barrientos, 2001).

Основні положення: Рекомендації по організації служб охорони психічного здоров'я

- Фахівці з планування повинні поставити за мету створення цілого ряду різних служб охорони психічного здоров'я.
- Абсолютна потреба в різних службах варіюється в залежності від країни, а відносна потреба в більшості країн однакова.
- Інтеграція служб охорони психічного здоров'я в систему первинної медико-санітарної допомоги є ефективною стратегією підвищення рівня доступності психіатричних послуг в багатьох країнах світу.
- Інтеграція служб охорони психічного здоров'я в систему первинної медико-санітарної допомоги вимагає спеціальної підготовки медичного персоналу з виявлення та лікування психічних розладів.
- У ряді країн персонал первинної медичної ланки перевантажений роботою, тому інтеграція вимагатиме збільшення числа співробітників цих медичних установ.
- Інтеграція служб охорони психічного здоров'я в систему лікарень загального профілю ефективна тільки при наявності фахівців в області психіатрії в даних лікарнях, відповідної інфраструктури і ряду інших чинників.
- Інтеграція служб охорони психічного здоров'я в програми загальної охорони здоров'я та соціальної допомоги, призначених для груп ризику, є хорошою стратегією подолання ресурсних бар'єрів і підвищення рівня доступності психіатричних послуг.

- Для забезпечення успішного процесу інтеграції та деінституціоналізації необхідно створювати спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання.
- Слід розглянути можливість використання вже існуючих каналів надання послуг, особливо неурядових організацій.
- Великі психіатричні клініки не виправдовують своє існування як економічно, так і з точки зору якості чиниться лікування.
- Деінституціоналізація не означає просту виписку пацієнта з клініки. Це процес переорієнтації надання основної маси послуг охорони психічного здоров'я на надання психіатричних послуг за місцем проживання.
- Процес деінституціоналізації повинен слідувати за створенням альтернативних спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання, а не передувати йому.
- Невеликій кількості пацієнтів потрібен постійний догляд. Їх можна розмістити в невеликих стаціонарах за місцем проживання або в палатах тривалого перебування в лікарнях загального профілю.

5. Основні питання організації служб охорони психічного здоров'я.

При виконанні наведених вище рекомендацій з організації служб охорони психічного здоров'я слід враховувати деякі ключові питання. Вони включають використання науково обгрунтованого підходу в медицині при проведенні лікарського втручання, облік індивідуальних потреби людей з психічними розладами, доступність послуг для населення та інші важливі аспекти, наприклад необхідність міжсекторального співробітництва.

5.1 Лікування на базі науково обгрунтованого підходу в медицині.

Нижче розглядаються науково обгрунтовані найпоширеніші стратегії надання психіатричних послуг.

5.1.1 Лікування і догляд на базі спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання без госпіталізації.

У розвинених країнах було проведено одинадцять досліджень, в яких порівнювалися результати лікування психічних розладів у спільнотних службах охорони психічного здоров'я за місцем проживання з результатами стандартних методів лікування в психіатричних клініках (Braun et al., 1981; Conway et al., 1994). Результати даних досліджень наводяться в Таблиці 1, де + означає більш високі результати лікування, ніж у контрольній групі, а = означає, що різниці в результатах лікування з контрольною групою немає. Не у всіх дослідженнях вимірювалися одні й ті ж змінні. Три останніх дослідження включали такі компоненти програм охорони психічного здоров'я за місцем проживання, як багатопрофільні команди, цілодобовий доступ, кризову допомогу, пропаганду цінностей психічного здоров'я, постійний догляд і медичну підтримку в місцях

проживання або центрах денного перебування. Таблиця 1 показує, що лікування в спільнотних службах охорони психічного здоров'я за місцем проживання асоціюється з більш високими результатами, ніж лікування в психіатричних клініках.

Таблиця 1.

Порівняння ефективності послуг, що надаються в спільнотних службах охорони психічного здоров'я за місцем проживання і психіатричних клініках

Дослідження	Загальна симптоматологія	Психосоціальна адаптація	Показники госпіталізації, повторної госпіталізації	Тривалість перебування у лікарні	Вдовolenня пацієнта	Менша кількість препаратів	Працевлаштування	Труднощі для родини
1	+	+						
2			+	+	+		+	+
3			+	+	+		+	+
4	+	+	+			+	+	
5	+	+	+			+	+	
6	+	+	+			+	+	
7					+			
8					+	=		
9	+	+	+		+			
10	+	+	+		+			
11	=	=			+			

У розвинених країнах було проведено тринадцять досліджень, в яких порівнювалася ефективність короточасного лікування пацієнтів в умовах стаціонару або центрах денного перебування з ефективністю тривалого курсу терапії в контрольній групі психіатричної клініки (Braun et al., 1981).

Результати, наведені в Таблиці 2, показують, що короткострокові курси лікування нітрохи не поступаються за ефективністю тривалого лікування в психіатричних клініках.

Таблиця 2.

Порівняння результатів короточасного лікування в стаціонарі або центрах денного перебування з тривалим курсом терапії в психіатричній клініці

Дослідження	Загальна симптоматологія	Психосоціальна адаптація	Показник і госпіталізації, повторної госпіталізації	Тривалість перебування у лікарні	Працевлаштування	Труднощі для родини
1	=	+	=	+		
2	-				+	+
3	=	+	=	+		
4				+		
5				+		
6	+	+	=		+	+
7	=	=	=			
8	= (один рік)					=
9	=(два роки)	=				=
10	=	-				
11	=					
12			+	+		
13						

5.1.3. Лікування і догляд за хворими з важкими психічними розладами в спільнотних службах охорони психічного здоров'я за місцем проживання

У Таблиці 3 представлені підсумки п'яти досліджень, в яких порівнювалися результати лікування контрольної групи і результати лікування в спільнотних службах охорони психічного здоров'я за місцем проживання пацієнтів з важкими психічними розладами, що проходили тривалі курси лікування в психіатричних клініках (Braun et al., 1981). Знак + означає більш високий результат лікування в порівнянні з контрольною групою, = означає, що особливої різниці відзначено не було. Результати досліджень, наведені в Таблиці 3, показують, що лікування, яке проводиться в спільнотних службах охорони психічного здоров'я за місцем проживання, призводить до кращих результатів.

Таблиця 3.

Порівняльні дослідження результатів лікування в контрольній групі пацієнтів з важкими психічними розладами, що проходили тривалі курси лікування в психіатричних клініках, з результатами лікування в спільнотних службах охорони психічного здоров'я за місцем проживання

Дослідження	Загальна симптоматологія	Психосоціальна адаптація	Показники госпіталізації, повторної госпіталізації	Тривалість перебування у лікарні	Працевлаштування	Труднощі для родини
1	=					
2	=			+	+	
3	+			+	+	+
4		+	+			
5	+	+				

5.1.4 Лікування основних психічних розладів

Є істотні докази, що підтверджують ефективність лікування основних психічних розладів і зниження рівня рецидивів шляхом проведення комбінованого психофармакологічного і психосоціального реабілітаційного втручання. При лікуванні шизофренії, наприклад, поєднання регулярного прийому препаратів і підтримки сім'ї в процесі реабілітації дозволяє знизити рівень рецидивів з 50% до менш ніж 10% (Leff & Gamble, 1995; Dixon & Lehman, 1995).

Програми лікування післяпологової депресії і, як наслідок, зниження небажаних наслідків для дитини довели свою ефективність. Таке лікування може проводитися патронажними сестрами і працівниками спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання в установах первинної медико-санітарної допомоги (Cooper & Murray, 1998). Є доведені факти успішного лікування депресії працівниками первинної медичної допомоги із застосуванням лікарських препаратів і сеансів психотерапії (Mynors-Wallis et al., 1996; Schulberg et al., 1996; Ward et al., 2000; Bower et al., 2000; Sriram et al., 1990).

Повний опис економічно ефективних втручань є в наявності в ВООЗ (Всесвітня організація охорони здоров'я, 2001а).

5.2 Порівняння епізодичного і безперервного лікування

Медичні послуги в більшості держав, особливо в країнах, що розвиваються, надаються на основі пропускнув спроможності медичних установ, тобто кількісних показників пацієнтів, які пройшли курс лікування. При цьому особливе значення надається активному лікуванню гострих випадків захворювання в надії на те, що

більшість пацієнтів практично вилікується і продовження лікування не буде потрібно до наступного загострення, якщо воно відбудеться. Така модель може бути застосована для лікування вузького кола інфекційних захворювань. Її прихильники стверджують, що вона дозволяє раціонально розподіляти ресурси і не сприяє розвитку залежності. Однак, дана модель не підходить для лікування осіб з психічними розладами, у яких спостерігається тільки часткова відповідь на лікування і чий стан здоров'я пов'язаний з труднощами у повсякденному житті.

Для більшості психічних розладів, особливо хронічних захворювань, рецидивно-ремісійної характеру, найбільше підходить модель безперервного лікування. Вона дозволяє враховувати тривалу природу розладів і необхідність безперервної терапії. Принцип безперервного лікування також враховує увесь спектр потреб пацієнта, і включає соціальні, професійні та психологічні аспекти. У зв'язку з цим такий підхід до лікування вимагає тісної співпраці між різними організаціями.

Одним із прикладів організації безперервного лікування може стати метод надання послуг за дільничним принципом. Дільничні лікарі беруть на себе відповідальність за надання медичних послуг на постійній основі тим пацієнтам, які проживають на території закріпленої за ним ділянки.

Ефективність безперервного лікування заснована на координації дій медичних працівників з особами, що надають соціальну підтримку хворому за місцем проживання. У багатьох розвинених країнах принцип координації ліг в основу розробки моделі ведення випадків захворювання, яка включає стратегії щодо зниження рівня фрагментарності наданої допомоги і передбачає призначення осіб, відповідальних за координацію процесу лікування (див. Розділ 5.5).

5.3. Шляхи отримання допомоги

Шляхи отримання допомоги - способи, за допомогою яких особи з психічними розладами отримують доступ до служб охорони психічного здоров'я. Шляхи отримання допомоги впливають на процес організації послуг.

У країнах з розвинутою ринковою економікою найпоширенішими шляхами отримання медичної допомоги є:

- система первинної медико-санітарної допомоги;
- напрямок роботи медичних установ вторинної і третинної ланки;
- напрямок з інших джерел, наприклад, залучення: шкіл, соціальних працівників і судових органів;
- система сільських медичних працівників;
- система медичної сестринської допомоги;
- клініки первинної медико-санітарної ланки;
- залучення народних цілителів;
- прямий доступ до спеціалізованих послуг у державному або приватному секторі.

Отримання допомоги може бути ускладнене з наступних причин:

- низький рівень поінформованості про наявність послуг;
- відсутність добре організованої системи первинної медико-санітарної допомоги;
- недостатня взаємодія різних служб;
- незнання сільським населенням причин, що викликають психічні розлади, і способів їх лікування, що веде до невчасного звернення в служби охорони психічного здоров'я;
- недостатня спеціальна підготовка серед лікарів загальної практики і народних цілителів, що призводить до низького рівня виявлення і лікування психічних розладів та пізнього направлення до фахівців вузького профілю як з боку працівників первинної медико-санітарної ланки, так і з боку народних цілителів;
- нездатність служб охорони психічного здоров'я до активного виявлення випадків захворювання серед місцевого населення, споживачам послуг рекомендується використовувати інші доступні шляхи;
- утруднений доступ до спеціалізованих служб, частково пов'язаний з потребою отримання кваліфікованої допомоги фахівця для направлення в спеціальні програми.

Такі перешкоди часто призводять до негативних результатів, наприклад, до запізненого звернення за допомогою, коли хвороба запущена і існує велика ймовірність призначення тривалого курсу дорогого лікування зі слабкою ймовірністю позитивних результатів.

Фахівці з планування повинні організовувати служби охорони психічного здоров'я таким чином, щоб подолати подібні перешкоди, поліпшити доступ до медичних послуг і, таким чином, знизити тривалість і тяжкість періоду непрацездатності, викликаного психічними розладами. У деяких країнах робляться спроби щодо подолання цих перешкод за допомогою поліпшення зв'язку з населенням на місцях і підвищення його інформованості про державні служби охорони психічного здоров'я. Людям потрібна інформація про наявність психіатричних послуг. Таку інформацію слід розповсюджувати як через офіційні, так і неофіційні канали. Працівники медичних служб за місцем проживання та первинної медико-санітарної ланки можуть брати активну участь в профілактиці психічного здоров'я та у виявленні випадків захворювань на місцях. Іншим способом подолання перешкод доступу до лікування є організація чіткої системи направлення пацієнтів із закладів первинної медико-санітарної ланки до служби охорони психічного здоров'я вторинного рівня, і навпаки (див. Розділ 9).

5.4. Дисбаланс між міськими та сільськими районами

У всіх країнах, що розвиваються, існує дисбаланс у розподілі ресурсів між службами охорони психічного здоров'я в міських і сільських районах. У країнах, де відсутні основні види служб охорони психічного здоров'я, наприклад, центри

первинної медико-санітарної допомоги та психіатричні відділення, - необхідно розвивати передові програми з надання психіатричної допомоги в сільській місцевості. У багатьох країнах через відсутність нормальних умов, медичні співробітники не хочуть працювати в сільських районах. У таких випадках необхідно розглянути можливість розробки фінансових і професійних стимулів, здатних спонукати медичний персонал до роботи у віддалених регіонах. У країнах з розвиненою транспортною мережею одним із способів охоплення службами охорони психічного здоров'я сільських районів можуть стати виїзні групи фахівців закладів первинної або вторинної медичної ланки. Інша стратегія полягає в навчанні місцевих жителів способам виявлення основних психічних розладів і проведенні щотижневого або щомісячного контролю з боку фахівців у галузі психічного здоров'я (див. Розділ 10, Перешкоди і способи їх подолання).

5.5. Лікування, орієнтоване на надання послуг, у порівнянні з лікуванням, орієнтованим на потреби пацієнта

Служби охорони психічного здоров'я можуть бути ефективними тільки, коли вони враховують потреби осіб з психічними розладами та надають послуги для задоволення цих потреб. Однак, при виконанні цих загальноприйнятих і всім зрозумілих принципів надання медичної допомоги люди, що працюють в галузі психічного здоров'я, часто стикаються з різними проблемами.

Багато служб, у тому числі служби охорони здоров'я, соціальної допомоги та житлово-комунального господарства мають ієрархічну структуру з певними відмінностями між рівнями надання послуг і постачальниками послуг. Ці відмінності включають окремі структури управління, окремі бюджети і різні способи доступу, наприклад, систему напрямків. У більшості випадків ці служби розвивалися незалежно один від одного. Наприклад, бюджет охорони здоров'я знаходиться у веденні міністерства охорони здоров'я, що відповідає за його виконання, тоді як контроль за житловим бюджетом і виділення під нього коштів здійснюються міністерством житлово-комунального господарства. У більшості випадків зміни в структурі стосуються питань управління, і людям доводиться пристосовуватися до особливостей зміни структури служб, в які вони звертаються за допомогою.

Подібні організаційні особливості створюють серйозні труднощі для людей, які страждають на психічні розлади. Теоретично споживачі послуг повинні мати безперешкодний доступ до всіх служб, і в залежності від потреб звертатися в служби на різних рівнях і до різних постачальників, однак для людей з психічними розладами така структура організації служб охорони психічного здоров'я часто стає бар'єром на шляху отримання необхідної допомоги.

Для вирішення даної проблеми необхідно організувати служби таким чином, щоб пріоритетами були потреби пацієнтів, а не процес надання послуг. Це означає адаптацію послуг до потреб споживачів, а не навпаки.

Координація надання медичної допомоги є важливим аспектом надання послуг, орієнтованих на потреби пацієнтів. У багатьох випадках, для надання адекватних

послуг пацієнтам, службам охорони психічного здоров'я необхідно координувати свою діяльність з іншими організаціями, які не належать до сектору охорони здоров'я, наприклад з житлово-комунальними службами, службою зайнятості та соціальної допомоги.

Створення служб охорони психічного здоров'я, орієнтованих на потреби пацієнтів, не завжди вимагає додаткових фінансових ресурсів. Однак, адаптація служб до потреб пацієнтів неможлива без прийняття відповідних зобов'язань. Якщо, наприклад, пацієнтам доводиться долати великі відстані до лікарні, працівники служб охорони психічного здоров'я можуть взяти зобов'язання з перенесення прийомних годин з ранкового на денний час. Взяття таких зобов'язань не вимагатиме додаткових фінансових витрат.

Потреби населення повинні аналізуватися на місцевому рівні; необхідно продумати питання забезпечення доступу до служб охорони психічного здоров'я, а надання послуг повинно бути організовано так, щоб максимально задовольняти потреби пацієнтів.

У багатьох розвинених і в деяких країнах, що розвиваються, вже почався перехід до організації служб охорони психічного здоров'я, орієнтованих на потреби пацієнтів. Приклади таких служб включають брокерські моделі і моделі позитивного лікування, що застосовуються при серйозних психічних розладах (Stein and Test, 1980), а також моделі психосоціальної реабілітації в сільських умовах у Танзанії (Рамка 9). Такі моделі є визнанням пріоритетності потреб пацієнтів, і організація служб охорони психічного здоров'я повинна бути адаптована до задоволення даних потреб.

5.6. Міжсекторальна і внутрішньосекторальна співпраця

Потреби людей з психічними розладами мають комплексний характер; задоволення цих потреб є можливим тільки в рамках міжсекторального підходу. Малоімовірно, що соціальний захист може бути наданий виключно службами охорони здоров'я. Більш того, в країнах, що розвиваються, сектор охорони психічного здоров'я може бути недостатньо розвинений, порівняно з іншими секторами, які могли б надавати підтримку пацієнтам. Тому міжсекторальне співробітництво має величезне значення для підвищення ефективності лікування психічних розладів.

Співпраця необхідна як всередині сектора охорони здоров'я, тобто внутрішньосекторальне співробітництво, так і за його межами, отже, - міжсекторальне співробітництво.

Співпраця в рамках сектора охорони здоров'я має на увазі встановлення зв'язків між установами первинної медико-санітарної ланки та установами вторинного рівня, сектором охорони психічного здоров'я і сектором загальної охорони здоров'я на первинному, вторинному і третинному рівнях, зв'язків з працівниками традиційної медицини, неурядовими організаціями, національними та міжнародними організаціями - спонсорами, які працюють у галузі охорони здоров'я, а також з такими міжнародними організаціями, як ВООЗ.

Співпраця поза сектором охорони здоров'я передбачає спільну роботу з державними міністерствами і відомствами, а також неурядовими організаціями в таких сферах, як житло, зайнятість, соціальна допомога, освіта і кримінальне судочинство.

5.6.1. Рівні співпраці

Міжсекторальне співробітництво між названими організаціями може проходити на різних рівнях.

А) На самому початковому рівні співпраця може полягати у взаємному обміні даними та інформацією, що призводить до підвищення рівня інформованості сторін.

Б) На більш високому рівні організації можуть брати участь в спільних консультаціях і плануванні, але продовжувати надавати спеціалізовані послуги незалежно одна від одної.

В) На інтенсивному рівні співпраці організації та агенції ведуть спільну роботу з планування та надання нових послуг.

Д) На надінтенсивним рівні здійснюється спільне фінансування і загальне керівництво наданням спеціалізованих послуг, спланованих у результаті спільної роботи.

5.6.2. Зміцнення співпраці

Умовою ефективної співпраці є, перш за все, визнання його необхідності зацікавленими сторонами. Працівники служб охорони психічного здоров'я і фахівці з планування та постачальники послуг психіатрії повинні взяти на себе завдання з роз'яснення представникам інших секторів важливості і необхідності співпраці, особливо представникам секторів, що не належить до системи охорони здоров'я. Деякі шляхи зміцнення співпраці полягають у залученні фахівців з інших секторів до розробки політики в галузі охорони психічного здоров'я; делегування повноважень для проведення окремих заходів організаціям з інших секторів; створення інформаційних мереж із залученням експертів немедичних організацій; створення національних консультативних комітетів, членами яких будуть представники організацій, що не відносяться до сектору охорони здоров'я (Рамка 16).

Рамка 16. Стратегії зміцнення співробітництва

Основні галузі співробітництва включають обмін інформацією з питань філософії, політики та проведення запланованих заходів, а також аналізу досягнутих успіхів, існуючих проблем та потреб. Особисті зустрічі є ефективним способом налагодження контактів. До них можна додати проведення нарад, семінарів, телефонних переговорів, поширення інформаційних бюлетенів, обмін кореспонденцією і, по можливості, використання інтернет-сайтів.

Формування політики в галузі психічного здоров'я

До процесу формування політики слід залучати якомога більше секторів. Уряд може доручити роботу зі збору пропозицій та вироблення узгодженої думки організаціям,

що мають відповідний досвід, наприклад, університету, завданням якого може бути організація спільних нарад із зацікавленими сторонами з метою виявлення їх інтересів у галузі охорони психічного здоров'я.

Делегування повноважень

Деякі державні установи, наприклад обласні лікарні, можуть взяти на себе відповідальність за підготовку фахівців у галузі психічного здоров'я і за здійснення контролю за їх роботою в регіонах. Професійні організації можуть взяти зобов'язання зі складання навчальних і практичних посібників для працівників служб охорони психічного здоров'я. Уряди країн можуть виділяти субсидії добровільним організаціям та особам, які займаються психосоціальною терапією на місцях. Крім того, типовою практикою стало підписання договорів між урядом та інститутами або університетськими фахівцями з проведення моніторингу та оцінки роботи служб охорони психічного здоров'я. У більшості випадків такий підхід більш вигідний з економічної точки зору, ніж створення спеціальних дослідницьких організацій при міністерствах охорони здоров'я.

Обмін інформацією та координація програм з охорони психічного здоров'я

Для організації узгоджених дій між різними секторами важливо налагодити обмін інформацією. Мотивація всіх учасників процесу і зацікавлених сторін вимагає їх постійної інформованості про те, що відбувається. Це можна робити за допомогою електронних засобів, обміну інформаційними бюлетенями і короткими зведеннями.

Розробка інформаційно-комунікаційних стратегій або мереж

Процес створення мереж комунікації, інформаційних систем та комунікаційних стратегій є наступним етапом після розробки політики в галузі охорони психічного здоров'я. Зацікавлені сторони повинні брати участь у цьому процесі з самого початку для визначення типу і обсягу інформації, а також способів її передачі. Як правило, це залежить від об'єктивних умов конкретної країни.

Створення загальнодержавних консультативних та координаційних комітетів

Загальнодержавні комітети з планування, що представляють усі зацікавлені сторони, повинні заснувати консультативні комітети, визначити їх функції і правила членства. Бажано, щоб у ці комітети входили представники всіх зацікавлених сторін. Головні організації можуть представляти цілий ряд різних структур у даних комітетах, що дозволяє зробити їх компактними і функціональними.

Основні положення: Питання організації служб охорони психічного здоров'я

- Досвід розвинених країн підтверджує, що лікування, яке надається спільнотними службами охорони психічного здоров'я за місцем проживання є більш ефективним або, принаймні, не поступається лікуванню в психіатричних клініках.
- Існують докази, що депресію можна успішно лікувати в закладах первинної медико-санітарної ланки.

- Випадки психічного розладу, що мають хронічний або рецидивно- ремісійний характер, найбільш успішно ведуть служби, що використовують принцип безперервності лікування, який враховує фактор тривалого перебігу захворювання і необхідність постійного терапевтичного втручання.
- Порівняно з розвиненими країнами, у країнах, що розвиваються, існують інші шляхи надання психіатричної допомоги. У деяких випадках існуючі інстанції можуть ускладнювати доступ до служб охорони психічного здоров'я. Для вирішення даної проблеми буде потрібно проведення реформ.
- При наданні психіатричної допомоги необхідно враховувати дисбаланс між міськими і сільськими районами.
- Служби охорони психічного здоров'я повинні бути організовані з урахуванням потреб пацієнтів.
- Для повного задоволення потреб людей з психічними розладами недостатньо зусиль лише одного сектора охорони здоров'я. Для цього необхідна співпраця між сектором охорони здоров'я та іншими секторами.
- Першим кроком на шляху до ефективної співпраці є визнання необхідності подібної співпраці.
- Деякі способи зміцнення співпраці включають залучення представників інших секторів до процесу розробки політики з охорони психічного здоров'я; делегування повноважень у проведенні певних заходів організаціям з інших секторів; створення інформаційних мереж із залученням організацій з інших секторів; створення загальнодержавних консультативних комітетів, в яких будуть представлені організації, що не належать до сектору охорони здоров'я.

6. Рекомендації та висновки

Нижче наводяться деякі загальні рекомендації з організації служб охорони психічного здоров'я та щодо підвищення якості послуг, що надаються. Дані рекомендації потребують адаптації до існуючого контексту психічного здоров'я кожної країни.

- Там, де це можливо, необхідно закрити великі централізовані психіатричні клініки, а лікування психічних розладів перевести на амбулаторний рівень у спільнотних службах охорони психічного здоров'я за місцем проживання. Відразу зробити це в більшості країн навряд чи реально. Протягом короткого часу необхідно скоротити кількість стаціонарних пацієнтів у психіатричних клініках, поліпшити умови проживання хворих, підготувати медичний персонал до надання психіатричної допомоги в спільнотних службах охорони психічного здоров'я за місцем проживання та підвищити якість пропонованих послуг. Психіатричні клініки повинні бути перетворені в центри активного лікування і реабілітації.

- Слід припинити госпіталізацію нових пацієнтів у психіатричні клініки. Пацієнти, які потребують госпіталізації, повинні бути поміщені в психіатричні відділення лікарень загального профілю.
- Існуючі фінансові та кадрові ресурси необхідно перевести з великих психіатричних клінік у спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання та первинної медико-санітарної ланки.
- Основним пріоритетом має стати інтеграція служб охорони психічного здоров'я в систему первинної медико-санітарної допомоги та лікарні загального профілю. Інтеграція створює основу для переведення основної маси послуг психіатрії з високоспеціалізованих центрів у спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання.
- У країнах, що розвиваються, спеціалізовані психіатричні послуги повинні надаватися в районних лікарнях загального профілю.
- Необхідно підвищити значення психологічної підтримки, що надається в сім'ї, в групах самопомоги або з боку добровільних помічників, які здійснюють догляд, шляхом розширення їх знань про природу і причини психічних розладів, наявні способи лікування і навички ведення захворювань. З цією метою слід проводити навчання членів сімей та осіб, які доглядають за хворими.
- Для скорочення обсягу медичної допомоги, що надається спеціалізованими психіатричними клініками, слід застосовувати методи фінансового стримування. Для більш ефективної інтеграції служб охорони психічного здоров'я в лікарні загального профілю і за місцем проживання пацієнтів слід використовувати методи фінансового стимулювання.
- У країнах, що розвиваються, фахівці галузі охорони психічного здоров'я повинні брати активну участь у перепідготовці та спостереженні за роботою співробітників служб охорони психічного здоров'я з більш низьким рівнем спеціалізації.
- Розрив у рівні надання послуг між сільськими і міськими районами і недостатнє охоплення окремих груп населення можуть бути подолані за рахунок збільшення обсягу послуг, що надаються закладами охорони здоров'я загального профілю і спільнотними службами охорони психічного здоров'я за місцем проживання.
- Програми підготовки фахівців галузі охорони здоров'я повинні включати психосоціальні аспекти лікування поряд з навичками і знаннями процесу лікування.
- Необхідно розглянути питання короткострокової і довгострокової підготовки фахівців і працівників системи загальної охорони здоров'я. У країнах, що розвиваються, таку підготовку доцільно здійснювати як на короткостроковій, так і тривалій основі. Слід також приділити увагу підготовці фахівців на тривалу перспективу.
- Необхідно заохочувати більш активну участь членів сімей і споживачів послуг у процесі планування та надання медичної допомоги.

7. Послідовність дій по організації служб охорони психічного здоров'я в країнах

Дані програми заходів розглядаються на прикладі двох неіснуючих країн, ситуація в яких схожа на описану в модулі « Політика, плани і програми в області психічного здоров'я ».

Країна А з населенням 10 мільйонів чоловік і низьким рівнем ресурсного забезпечення

- У країні є тільки дві психіатричні клініки, що обмежує доступ осіб, які страждають сильними психозами або дезорганізованими розладами поведінки до медичної допомоги.
- Установи для амбулаторного лікування є тільки в чотирьох містах і охоплюють 40% населення.
- У країні працюють 20 психіатрів, 30 психологів і 80 психіатричних медичних сестер. Близько 30-50% їх робочого часу відводиться приватній практиці і викладацькій діяльності.
- Мережа центрів первинної медико-санітарної ланки розвинена досить добре; первинна медико-санітарна допомога представлена, хоча б на мінімальному рівні, практично у всіх сільських і міських районах.

Основне завдання по організації служб охорони психічного здоров'я полягає в поліпшенні доступу до амбулаторних і стаціонарних послуг по всій країні, особливо в сільській місцевості, а також у сприянні тому, щоб люди психічними розладами залишалися жити в своєму звичному оточенні.

Для цього необхідно зробити наступні кроки.

а) Визначити пріоритети в лікуванні психічних розладів. При визначенні таких пріоритетів необхідне проведення консультацій на місцях з фахівцями, представниками місцевої громадськості, особами з психічними розладами та членами їх сімей для обліку потреби населення в психіатричній допомозі. Після проведення консультацій можливі два варіанти дій. Фахівці та місцеві жителі можуть віддати пріоритет розладам, які зустрічаються найбільш часто, таким як депресія і тривожні розлади, оскільки вони впливають на життя багатьох людей, і за сукупністю років життя, втрачених в результаті інвалідності по цим розладам, перевищують серйозні психічні розлади. Пріоритетом може також стати лікування серйозних психічних розладів хронічного характеру, так як подібні розлади призводять до тривалої непрацездатності, приносять важкі випробування членам сім'ї та негативно позначаються на суспільному житті місцевих жителів.

б) Наступний крок полягає в досягненні максимальних результатів із залученням мінімальної кількості фахівців у галузі охорони психічного здоров'я. Фахівці повинні займатися перепідготовкою персоналу, наглядом за його роботою і веденням пацієнтів, спрямованих до них іншими співробітниками системи охорони психічного здоров'я, а не прямим наданням медичних послуг всім, що страждають психічними розладами.

с) Безпосередні психіатричні послуги повинні надаватися працівниками первинної медико-санітарної ланки, які пройшли відповідну підготовку, під наглядом фахівців з психіатрії. При виявленні специфічних випадків захворювання, працівники первинної медичної допомоги повинні направляти пацієнтів на консультації до спеціалістів, які, в свою чергу, після огляду і складання планів лікування направляють пацієнтів назад в установи первинного рівня для проведення призначеного лікування.

д) В лікарнях загального профілю слід створити якомога більше місць для психіатричних пацієнтів. У кожній такій лікарні повинен бути хоча б один психіатр, психолог і чотири дипломовані медичні сестри. Фахівці з психіатрії повинні надавати консультаційні послуги пацієнтам, які проходять курс лікування з приводу соматичних захворювань.

е) Слід провести оцінку необхідності тривалого лікування пацієнтів в двох психіатричних клініках і визначити ступінь передбачуваної допомоги даним хворим при їх переводі на амбулаторний рівень. На початковому етапі слід припинити прийом нових стаціонарних хворих і замість психіатричних клінік направляти їх на лікування в найближчі за місцем проживання лікарні загального профілю. Необхідно розробити чіткий п'ятирічний план виписки хворих з цих психіатричних клінік. Починати слід з більш легких хворих, а також з тих, чиї сім'ї готові забрати їх додому. Подальше лікування пацієнтів повинно здійснюватися в місцевих центрах первинної медико-санітарної ланки. Фахівці повинні проводити періодичні інспекції лікування в лікарнях загального профілю, розташованих за місцем проживання пацієнтів.

ф) Почати перепідготовку медичного персоналу, що працює в інших програмах, наприклад в програмі по боротьбі з ВІЛ / СНІДом, а також в програмах з охорони репродуктивного та дитячого здоров'я.

Країна В з населенням 10 мільйонів чоловік і середнім рівнем ресурсного забезпечення

- Кілька центрів первинної медико-санітарної ланки надають послуги з лікування психічних розладів. У країні є одна неурядова організація, що здійснює програму з розвитку навичок самостійності у осіб, які страждають психічними розладами, і по пропаганді здорового способу життя в школах.

- Велика частина ресурсів, що виділяються на служби охорони психічного здоров'я, зосереджена в двох містах: існує два стаціонарних відділення в лікарнях загального профілю і одна велика психіатрична клініка.

- У країні зареєстровано 100 психіатрів, 40 психологів, 250 дипломованих медичних сестер і 40 фахівців з трудотерапії.

Основним завданням при організації служб охорони психічного здоров'я є забезпечення доступності послуг для тих, хто був раніше позбавлений цього, особливо для жителів сільських районів.

Для цього необхідно зробити наступні кроки.

- a) Визначити пріоритетність лікування психічних розладів (див. вище, країна А).
- b) Усі центри первинної медико-санітарної допомоги, особливо в сільських районах, повинні надавати базові послуги з лікування психічних розладів. Для цього медичний персонал центрів повинен пройти відповідну перепідготовку, а фахівці в області психіатрії повинні здійснювати щотижневий нагляд за їх роботою.
- c) Частина психіатрів повинна присвятити значну частину свого часу прийому пацієнтів, спрямованим до них із центрів первинної медичної допомоги.
- d) При всіх центрах первинної медико-санітарної ланки повинні бути амбулаторії. Спочатку вони повинні функціонувати як спеціалізовані установи один раз в тиждень. Слід забезпечити наявність психотропних лікарських препаратів у всіх центрах первинної медико-санітарної ланки.
- e) Між центрами первинної медико-санітарної ланки та психіатричними відділеннями лікарень загального профілю слід створити систему направлення пацієнтів. Цьому процесу може сприяти поділ території країни на сектори і призначення ділянки для кожного психіатричного відділення. Таким чином центри первинної медико-санітарної ланки, що знаходяться на території ділянки певного психіатричного відділення в лікарні загального профілю, повинні направляти пацієнтів на консультації до спеціалістів даного відділення.
- f) У лікарнях загального профілю необхідно створити місця для психічно хворих. Лікарні в сільській місцевості або в районах з низьким рівнем доступу до послуг психіатрії повинні мати пріоритет при виділенні фінансових і кадрових ресурсів.
- g) Для надання послуг дітям та підліткам необхідна співпраця з неурядовими організаціями. Працівники неурядових організацій повинні пройти навчання з виявлення психічних розладів і мати початкові навички консультування пацієнтів.
- h) Необхідно розробити план по скороченню місць у великій психіатричній клініці (див. вище, країна А).

8. Перешкоди та шляхи їх подолання

Деякі можливі перешкоди, що ускладнюють процес реформування служб охорони психічного здоров'я та шляхи їх подолання, наводяться нижче. Запропоновані рішення не є єдиним способом підвищення ефективності та якості служб охорони психічного здоров'я.

Перешкода 1

Персонал первинної медико-санітарної ланки після проходження перепідготовки в області психічного здоров'я може не застосовувати знову отримані навички на практиці. У Гвінеї-Бісау, наприклад, працівники первинної медико-санітарної ланки не використали отримані навички з виявлення психічних розладів за власною ініціативою (De Jong, 1996).

Рішення

1. У Гвінеї-Бісау довели свою ефективність регулярний нагляд за роботою медичних сестер в первинному медико-санітарному ланці і консультації зі спеціально призначеної групою фахівців в області психіатрії.

2. Небажання надавати послуги психосоціальної допомоги хворим може бути пов'язано з культурними особливостями, коли працівники первинної медикосанітарної ланки та пацієнти не можуть відкрито обговорювати емоційні проблеми, вірять в те, що багато психічних захворювань мають соматичну основу, або привласнюють симптомам психічних розладів якийсь надприродний характер. У таких випадках може знадобитися додаткове навчання медичних сестер наданню психосоціальної допомоги. На прикладі Зімбабве (Abas et al., 1995; Patel, 2000) можна зробити висновок, що вивчення місцевих ідіоматичних виразів для позначення легких психічних розладів може допомогти при розробці рекомендацій щодо їх лікування. Це може стати до основи постановки діагнозу, відповідно місцевих культурних традицій, і програми лікування, запропонованої медичними сестрами первинної медико-санітарної ланки. Програма навчання повинна включати навички з виявлення та лікування легких психічних розладів, які охоплюються ідіоматичними висловлюваннями, на основі інформації, отриманої як від сестер, так і від місцевих жителів.

3. У Камбоджі склалася ситуація, прямо протилежна тій, що має місце в Гвінеї-Бісау. Деякі місцеві інструктори не хочуть включати традиційні поняття в навчальну програму з психічного здоров'я (Somasundaram et al., 1999). Вирішення цієї проблеми схоже з тим, що пропонувалося в Гвінеї-Бісау. Медичним працівникам на місцях потрібно показати, як місцеві ідіоматичні вирази, що позначають психічні захворювання, доповнюють або збігаються з західними назвами видів психічних розладів. Таким чином, питання, що відносяться до різних культур, повинні стати частиною навчальної програми для підготовки фахівців в області охорони психічного здоров'я.

Перешкода 2

Бідні країни з переважно сільським населенням і великою територією зазнають труднощів у створенні мережі служб охорони психічного здоров'я на базі закладів первинної медико санітарної ланки через нестачу фінансових і кадрових ресурсів у віддалених лікарнях первинної медичної допомоги.

Рішення

В Ботсвані, наприклад, дипломовані медичні сестри регулярно відвідують віддалені сільські лікарні первинної медико-санітарної ланки, що є економічно вигідним способом використання недостатніх кадрових ресурсів для надання послуг в галузі психічного здоров'я на великих територіях (Ven-Tovim, 1987). Робота медичних сестер була б більш ефективною, якщо б місцеві медичні працівники в галузі охорони здоров'я допомагали б їм у виявленні випадків захворювання на місцях. Вони могли б виявляти випадки психічних розладів і направляти пацієнтів в лікарні в дні прийому медичних сестер. Інший спосіб полягає в навчанні активістів з числа

місцевих жителів навичкам виявлення психічних розладів (Somasundaram et al., 1999).

Перешкода 3

У багатьох країнах рівень надання економічно ефективних послуг відповідної якості можна максимально підвищити за рахунок посилення міжсекторальної співпраці, але даний шлях не є простим.

Рішення

1. Приклади Танзанії (Kilonzo & Simmons, 1998), Зімбабве (Abas et al., 1995), Камбоджі (Somasundaram et al., 1999) і Індії (Рамка 6) показують, що міжсекторальне співробітництво, яке здійснюється на загальнодержавному або на місцевому рівні, сприяє об'єднанню зусиль місцевих жителів, служб охорони психічного здоров'я і організацій соціального захисту. Співпраця між службами охорони психічного здоров'я, службами загальної охорони здоров'я, народними цілителями і місцевими жителями є надзвичайно важливим для розвитку економічно ефективних служб охорони психічного здоров'я на базі первинної медико-санітарної ланки.

2. Такі форми, як сільськогосподарські реабілітаційні кооперативи або лікування депресії в закладах первинної медико-санітарної ланки, розвиваються на основі взаємодії служб охорони психічного здоров'я з іншими секторами. Такі послуги є результатом міжсекторального співробітництва. У країнах, що розвиваються служби охорони психічного здоров'я повинні взаємодіяти з іншими секторами в галузі підготовки персоналу (психіатрів, психіатричних сестер, медичних сестер первинної медико-санітарної ланки, обслуговуючого персоналу, народних цілителей, викладачів, сільських медичних працівників і т. п.), надання послуг (психіатрія, первинна медико-санітарна допомога, народне цілительство, освіту) і типів послуг (фармакотерапія, консультування, лікування препаратами з лікарських рослин, вправи по релаксації і медитації).

Перешкода 4

Існуюча система служб охорони психічного здоров'я часто не дозволяє виявляти і лікувати випадки психічних розладів на ранньому етапі. Несвоєчасне звернення пацієнтів до психіатра часто є результатом неефективного лікування народними цілителями або працівниками первинної медико-санітарної ланки. Це відбувається з кількох причин.

1. Серед сільського населення спостерігається низький рівень обізнаності про причини виникнення і способи лікування психічних розладів.

2. Відсутність належної підготовки в області психічного здоров'я та координації між народними цілителями, медичним персоналом первинного рівня і психіатрами заважають раннього виявлення захворювань та лікування їх в системі первинної медико-санітарної ланки.

3. Медичний персонал первинної медико-санітарної ланки більшу частину часу проводить в лікарнях і кабінетах, замість того щоб здійснювати обходи своїх

районів, проводити профілактику і виявляти осіб з психічними розладами, які потребують лікування.

Рішення

1. Крім спеціального навчання медичного персоналу первинної медико-санітарної ланки, в країнах, де більш активно розвиваються спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання, наприклад в Чеській Республіці та Індії, були встановлені ефективні зв'язки для інформування громадськості на місцях, що сприяло розширенню доступу до служб охорони психічного здоров'я. Там, де працівники спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання та працівники первинної медико-санітарної ланки активно пропагують цінності психічного здоров'я та раннє виявлення випадків захворювання, люди, що належать до груп ризику і члени їх сімей, найімовірніше, будуть інформовані про існування служб охорони психічного здоров'я і будуть звертатися за допомогою до цих служб, а не до народних цілителів.

2. Рівень обізнаності населення може бути вище, якщо:

(а) працівники спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання та лікарі загальної практики будуть відвідувати хворих на дому;

(б) проводити регулярні зустрічі з громадськістю, наприклад вчителями, релігійними діячами і народними цілителями;

(с) проводити обстеження місцевого населення на предмет виявлення психічних розладів на основі бальної системи при заповненні анкети про загальний стан здоров'я (Breakey, 1996с).

3. Для лікування складних випадків важких психічних розладів або коморбідних розладів необхідно наявність інформаційнокомунікаційної мережі взаємодії персоналу первинної медико-санітарної ланки та фахівців служб охорони психічного здоров'я вторинного та третинного рівнів.

Перешкода 5

У більшості країнах основні фінансові та кадрові ресурси в галузі охорони психічного здоров'я сконцентровані в установах третинного рівня. На відміну від цього, підхід, орієнтований на надання основної маси послуг охорони психічного здоров'я за місцем проживання, включає в себе:

(1) спеціалізовані послуги для окремих груп населення;

(2) багатофункціональний персонал;

(3) розташування лікувальних установ поблизу місць проживання, де на відміну від психіатричних клінік закритого типу в ході лікування пацієнти зберігають сімейні та соціальні зв'язки.

Однак кваліфікований медичний персонал і адміністративні працівники, відповідальні за організацію служб, часто чинять опір процесу переведення служб охорони психічного здоров'я на обслуговування за місцем проживання (Gallegos & Montero, 1999; Rezaki et al., 1995; Tomov, 1999).

Рішення

1. Опір медичного персоналу третинного рівня при переводі ресурсів на вторинний і первинний рівні можна подолати за рахунок включення в навчальний курс практики ведення пацієнтів психіатрії в системі загального охорони здоров'я і за місцем проживання.

2. Потрібно проведення узгоджених дій на загальнодержавному рівні щодо залучення медичного персоналу третинного ланки до роботи нових служб охорони психічного здоров'я. Якщо статус медичного персоналу не знизиться, а його перегляд буде здійснюватися за участю фахівців третинного рівня, то можливий опір буде значно меншим. Наприклад, психіатри, психологи та медичні сестри можуть виконувати найрізноманітніші функції - від прямого надання медичної допомоги до участі в процесах планування та консультування.

3. Приклад країн колишнього Східного блоку показує, що і медичний персонал і працівники централізованої адміністративної системи часто чинять опір зсуву пріоритетів в службах охорони психічного здоров'я навіть тоді, коли дефіцит надання психіатричної допомоги визнається як новообраним урядом, так і тими, хто в цих послугах має потребу (Тото , 1999). В такому випадку уряди можуть обійти централізовані бюрократичні структури, переводячи фінансування в неурядові організації або інші некомерційні служби, які пропонують децентралізовану психіатричну допомогу, надану за місцем проживання пацієнтів, на вторинному і первинному рівнях. У Чехії, наприклад, неурядова організація ФОКУС, надає різні психосоціальні послуги, отримує фінансування від декількох міністерств (Holmes & Koznar, 1998).

4. Роль міжсекторальної співпраці, що включає міністерства, приватні некомерційні організації та неурядові організації, може істотно зрости при переводі ресурсів від закладів третинного ланки в служби охорони психічного здоров'я на вторинному і первинному рівнях.

Перешкода 6

У деяких країнах, що розвиваються існує достатня кількість спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання, які надають амбулаторне лікування або умови для постійного проживання. Незважаючи на це, тільки кілька країн, що розвиваються мають достатню кількість таких служб в сільських районах, а існуючі спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання для дітей, підлітків та осіб старшого віку, як в містах, так і в сільській місцевості можуть бути недостатньо розвинені.

Рішення

1. Кадрові і фінансові ресурси необхідно переводити з інституційних установ вторинного і третинного рівнів в спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання вторинного рівня і служби первинної медико-санітарної ланки. Приклади країн, які впоралися з цим завданням (Індія, Ізраїль), показують,

що цього можна досягти завдяки зусиллям на загальнодержавному та регіональному рівнях, включаючи:

- перерозподіл ресурсів;
- перепідготовку медичного персоналу;
- наступний нагляд за підготовленим персоналом;
- міжсекторальне співпрацю з членами сімей пацієнтів, місцевим населенням, працівниками охорони здоров'я, навчальними закладами та організаціями соціальної допомоги.

2. При відсутності зацікавленості з боку уряду навряд можливо досягти великого успіху в розвитку альтернативних спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання, за винятком приватної практики в міських умовах. Це стосується перш за все служб охорони психічного здоров'я для дітей, підлітків та осіб старшого віку, яким потрібна особлива допомога в області законодавчої політики, підготовки персоналу та виділення бюджетних коштів.

Перешкода 7

У деяких країнах були зроблені спроби переведення психіатричних послуг в систему первинної медико-санітарної ланки за допомогою програм з інтегрування служб охорони психічного здоров'я в існуючу мережу первинної медичної допомоги. На цьому шляху виникло багато перешкод.

- Незважаючи на те, що установи первинної медико-санітарної ланки були першим пунктом звернення за психіатричною допомогою, лікарі, медичні сестри та інші медичні працівники виявилися недостатньо підготовленими в області надання психіатричних послуг. Аналогічна ситуація спостерігалася і серед приватних лікарів.

- Без належної підготовки та нагляду за персоналом первинного рівня медичного обслуговування ефективно виявлення та лікування психічних розладів малоймовірно.

- У багатьох країнах що розвиваються і розвинених країнах прийом пацієнта триває близько п'яти хвилин. Відповідно, багато навичок в області психічного здоров'я, отримані працівниками первинної медико-санітарної ланки, залишаються незатребуваними, оскільки за такий короткий час неможливо застосувати отримані знання.

- Лікарі загальної практики найчастіше не ведуть пацієнтів тривалий час і можуть не підтримувати контакт з членами сім'ї і народними цілителями, що призводить до їхньої недостатньої інформованості про стан психічного здоров'я місцевого населення.

Рішення

1. Рішення проблем, описаних в перших двох пунктах, полягає в зміні пріоритетів при підготовці працівників первинної медико-санітарної ланки та в створенні надійної системи консультаційних послуг і напрямків до фахівців, яка забезпечить

доступ до вторинного і третинного рівнів. Підготовка фахівців первинної медико-санітарної ланки повинна проходити в умовах практичного лікування пацієнтів і повинна включати застосування простих методів по діагностиці та лікуванню як поширених, так і важких психічних розладів.

2. Програма навчання персоналу первинної медико-санітарної ланки в галузі охорони психічного здоров'я повинна приділяти увагу питанням переходу від інституційної моделі психіатрії на лікування за місцем проживання (Ozturk, 2000).

3. Один з можливих шляхів полягає в паралельному вирішенні проблем психічного здоров'я і проблем загальної охорони здоров'я, які мають більший національний пріоритет і щільно пов'язані з охороною психічного здоров'я, наприклад проблем СНІДу. Це дозволяє отримувати фінансування програм підготовки медичних працівників первинної медико-санітарної ланки в області психічного здоров'я. Наприклад, в Південній Африці потреба у фахівцях, здатних надавати консультаційні послуги населенню в рамках програми з профілактики СНІДу, привела до необхідності відповідної підготовки працівників первинної медико-санітарної ланки (Freeman, 2000). Сектор охорони психічного здоров'я повинен працювати в тісній співпраці з сектором загальної охорони здоров'я на загальнодержавному рівні, щоб мати можливість доступу до таких програм навчання. Інші області взаємодії сектора охорони психічного здоров'я та загального охорони здоров'я включають інтеграцію:

- питань дитячого психічного здоров'я та програм охорони здоров'я матері і дитини;
- питань психічного здоров'я підлітків і програм по боротьбі зі СНІДом і зловживанням наркотичними речовинами;
- проблем психічного здоров'я дітей і підлітків, і шкільних освітніх програм з питань охорони здоров'я;
- питань психічного здоров'я осіб старшого віку в складі програм охорони здоров'я сім'ї та відвідувань лікаря на дому.

4. Проблема короткостроковості спілкування з лікарями в закладах первинної медико-санітарної ланки можна вирішити за допомогою проведення більш активних заходів щодо виявлення психічних розладів серед місцевих жителів. Це допоможе заощадити час лікарів загальної практики, який витрачається на постановку діагнозу, а також створити програми з ведення пацієнтів, при яких подальше спостереження хворого буде здійснюватися іншими працівниками служб охорони здоров'я. В Індії працівники первинної медико-санітарної ланки при відвідуванні місцевого населення і проведенні загальнономедичних заходів займаються питаннями профілактики психічного здоров'я та виявлення випадків психічних розладів (Channabasavanna et al., 1995). Подібна інтеграція дозволяє лікарям загальної практики проводити діагностику і здійснювати лікування пацієнтів навіть в рамках обмеженого часу, відведеного на консультування хворих.

5. Якщо національна модель служб первинної медико-санітарної ланки зводиться до надання медичних послуг лікарями загальної практики без встановлення особистого

контакту з пацієнтами і без подальших контактів між лікарями і пацієнтами (Üstün & Von Korff, 1995), то працівникам спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання або медичним сестрам необхідно періодично відвідувати хворих.

Перешкода 8

У багатьох країнах на розвиток служб охорони психічного здоров'я в сільській місцевості виділяється набагато менше ресурсів, ніж на розвиток міських служб. Це особливо стосується всіх послуг третинного рівня, а також спеціальних служб охорони психічного здоров'я дітей, підлітків та осіб старшого віку. Крім необхідності переведення ресурсів з третинного на вторинний і первинний рівні (див. вище Перешкода 5), існує також необхідність переведу певних ресурсів з міських служб в сільські. Рішення першої проблеми може привести до того, що в містах будуть розвиватися служби охорони психічного здоров'я первинного та вторинного рівнів, в той час як відокремлені сільські райони залишаться без порівняних за обсягом ресурсів і розвинених служб. Переказ коштів в сільські райони не може привести до збільшення числа фахівців в галузі охорони психічного здоров'я на селі, яке сильно залежить від кадрових ресурсів. Через брак фінансування в країнах, що розвиваються немає можливості для розвитку інфраструктури служб охорони психічного здоров'я в сільських районах.

Рішення

1. Підготовка місцевих працівників спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання, які могли б взяти на себе обов'язки по ранньому виявленню осіб, які належать до груп ризику і брати участь в довгостроковому лікуванні таких пацієнтів після консультування з лікарями або медичними сестрами первинної медико-санітарної ланки. Програми навчання можуть включати отримання навичок по віковим особливостям охорони психічного здоров'я дітей, підлітків та осіб старшого віку.
2. Підготовка в області психічного здоров'я сільських вчителів для профілактики охорони психічного здоров'я та раннього виявлення психічних розладів у дітей та підлітків.
3. Навчання представників місцевої громадськості та релігійних діячів питань охорони психічного здоров'я дітей, підлітків та осіб старшого віку.
4. Навчання медичного персоналу первинної медико-санітарної ланки, а також подальше консультування фахівцями в галузі охорони психічного здоров'я вже розглядалося вище (див. Перешкода 7).

Перешкода 9

Незважаючи на відносну нестачу служб охорони психічного здоров'я в багатьох країнах, особливо в сільській місцевості, були відзначені спроби інтеграції служб охорони психічного здоров'я в систему первинної медико-санітарної допомоги. Крім цього, амбулаторне лікування, а також спільнотні служби охорони психічного здоров'я за місцем проживання дуже слабо розвинені в сільській місцевості як в

розвинених, так і в країнах, що розвиваються. Головною перешкодою планування служб охорони психічного здоров'я первинної медико-санітарної ланки та спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання є відсутність на загальнодержавному рівні ініціатив щодо розвитку співробітництва між службами охорони психічного здоров'я, установами первинної медико-санітарної ланки та іншими секторами, що займаються питаннями психічного здоров'я, наприклад освітніми установами, службами соціального захисту, виправними установами, неурядовими організаціями та іноземними агентствами-донорами.

- Якщо така співпраця відсутня на загальнодержавному рівні, його складно розвивати в секторі надання послуг на первинному, вторинному і третинному рівнях.

- Ефективність і доступність існуючих служб охорони психічного здоров'я може бути поставлена під сумнів через відсутність міжсекторального співробітництва на рівні надання медичних послуг.

- Різні міністерства можуть здійснювати подібні програми з надання психосоціальної допомоги, не об'єднуючи і не координуючи свої зусилля і ресурси.

- Може бути відсутня координація між службами охорони психічного здоров'я і відомствами, які працюють з цільовими групами, наприклад поліцією, виправними установами, службами соціального захисту, навчальними закладами та релігійними організаціями.

- Відсутність співпраці між службами охорони психічного здоров'я і приватним сектором, наприклад членами сімей і народними цілителями. Все це знижує доступність служб охорони психічного здоров'я для потенційних пацієнтів.

Рішення

1. Приклади Індії (Рамка 6) і Ізраїлю (Рамка 9) показують, що регіональні влади і національні уряди повинні використовувати міжсекторальне співробітництво для вирішення проблеми недостатнього охоплення населення службами охорони психічного здоров'я на всіх рівнях надання медичних послуг.

2. Така співпраця має починатися на загальнодержавному та регіональному рівнях між державними департаментами і службами охорони психічного здоров'я, включаючи громадські та неурядові організації, а також приватні некомерційні структури.

3. Міжсекторальний підхід може застосовуватися на різних рівнях надання медичної допомоги, при цьому важливо проводити міжсекторальні консультації з питань догляду.

4. На третинному рівні співпраця має на увазі зміцнення зв'язків між фахівцями в галузі психічного здоров'я з фахівцями суміжних секторів, таких як регіональні управління поліції, навчальних закладів, організацій соціального захисту, неурядових організацій і страхових компаній з питань планування та створення спеціалізованих служб, наприклад, для дітей, підлітків і осіб старшого віку.

5. На вторинному рівні передбачається співпраця працівників служб охорони психічного здоров'я з іншими секторами, включаючи представників муніципальних управлінь поліції, навчальних закладів, релігійних організацій, інших соціальних служб та неурядових організацій з питань координування, планування і функціонування стаціонарних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання та реабілітаційних центрів. Крім цього, бажано підтримання постійного контакту з членами сімей та народними цілителями.

6. На первинному рівні передбачається співпраця працівників спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання та проведення консультацій з представниками місцевих відділень поліції, вчителями, священиками, неурядовими організаціями, членами сімей пацієнтів і народними цілителями. Дані консультації повинні включати питання координації, планування та проведення санітарно-освітніх заходів з питань охорони психічного здоров'я, профілактики психічних розладів і розвитку програм з охорони психічного здоров'я в місцевих стаціонарах.

9. Глосарій

Закриті медичні установи / Установи, діяльність яких не підлягає перевірці та інспекції з боку зовнішніх організацій і які не заохочують проведення подібних перевірок. Термін не належить до установ, які були закриті і не функціонують.

Подвійне фінансування або дубльоване фінансування / Виділення фінансових ресурсів для існуючих служб і на створення нових служб в перехідний період, здатних надавати аналогічні послуги одним і тим самим групам населення. Кінцевою метою є ліквідація старих служб після того, як нові почнуть функціонувати в повному обсязі і задовольняти потреби цільової групи або груп.

Непрямі витрати / Витрати, не пов'язані безпосередньо з наданням психіатричної допомоги, які несуть особи з психічними розладами та члени сім'ї. Наприклад, людям з психічними розладами доводиться оплачувати транспортні витрати, пов'язані з тривалими поїздками до місця надання послуг. Вони можуть втратити заробіток внаслідок тимчасової непрацездатності при проходженні курсу лікування. Члени сім'ї можуть втратити дохід в разі тривалого домашнього догляду за особами, які страждають психічними розладами.

Синдром «обертових дверей» / Цикл, що складається з госпіталізації, виписки і повторної госпіталізації. Це може статися через недотримання режиму прийому лікарських препаратів або відсутності подальшого спостереження за пацієнтом в системі спільнотних служб охорони психічного здоров'я за місцем проживання, внаслідок чого у пацієнтів з психічними розладами відбуваються рецидиви хвороби.

Самостійні служби / Служби охорони психічного здоров'я, що функціонують в ізоляції і не мають міцних зв'язків з рештою системи охорони здоров'я. При наданні послуг вони практично не залежать від інших областей системи охорони здоров'я.

Бібліографія

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 Reorientacion de la Atencion Psiquiatrica 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) Planificacion y administracion 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: Ustun 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 тисяча дев'ятсот вісімдесят один (неопублікований документ AFR / МН / 12. Даний документ є в наявності в Африканському регіональному бюро ВООЗ).
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 (неопублікований документ WHO / NMH / CCH / 01. Даний звіт є в наявності в Департаменті неінфекційних захворювань і токсикоманії ВООЗ, CH-1211, Geneva 27, Switzerland. Він також доступний на веб-сайті «The Observatory on Health Care for Chronic Conditions » за адресою: http://www.who.int/chronic_conditions/en/).
60. Yan HQ, Xiao SF, Lu YF (1995) Results from the Shanghai center. In Ustun 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.

