РАЗВИТИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Европейское региональное бюро
КОПЕНГАГЕН

ЗАДАЧА 4

Снижение уровней заболеваемости и инвалидности

К 2000 году среднее число лет, в течение которых люди будут вести жизнь, свободную от тяжелых болезней и инвалидности, должно возрасти по крайней мере на 10%.

EUR/ICP/PSF 010
4725A
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

РАЗВИТИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА

Отчет о совещании рабочей группы ВОЗ

Лиссабон
15-18 ноября 1989 г.

1991 г. ЕРБ/ЗДВ задача 4

Примечание

Настоящий доклад издан Европейским региональным бюро на английском, немецком, русском и французском языках, однако он может быть воспроизведен или переведен на любой другой язык при условии надлежащего согласования.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

Рабочая группа по развитию психиатрического обслуживания в учреждениях первичной медико санитарной помощи провела свое совещание в Лиссабоне 15-18 ноября 1989 г. Совещание было организовано Европейским региональным бюро ВОЗ в сотрудничестве с национальной школой общественного здравоохранения, Лиссабон (Сотрудничающий центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи) и управлением по психиатрической помощи Генерального управления по первичной медико-санитарной помощи Португалии.

Рабочая группа состояла из 16 временных консультантов, представлявших 11 европейских стран, пяти наблюдателей из Португалии, пяти - из португалоязычных стран Африканского региона, пяти представителей других международных организаций, пяти представителей сотрудничающих центров ВОЗ по подготовке кадров и научным исследованиям в области охраны психического здоровья, двух представителей штаб-квартиры ВОЗ и двух представителей Европейского регионального бюро.

Перед совещанием рабочей группы были поставлены следующие задачи:

- изучить степень фактического воздействия стратегий здравоохранения и их компонентов, касающихся психического здоровья, на развитие психиатрического обслуживания в рамках учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) на районном и местном уровнях в разных частях Региона;

- выявить основные тенденции и сформулировать рекомендации относительно дальнейшего усиления интеграции и развития психиатрического обслуживания в учреждениях ПМСМ в качестве основного элемента подлинно всеобъемлющих систем ПМСП, ориентированных на достижение здоровья для всех (ЗДВ);

- обсудить и сформулировать показатели для проведения мониторинга и оценки этих новых тенденций.

Краткая справка

Поощряемая Региональным бюро деятельность по стимулированию психиатрической помощи в рамках коммуны в последние два десятилетия приобрела интенсивный характер. В 1971 г. рабочая группа по комплексным психиатрическим службам и роли коммуны рассмотрела не только вопрос о том, в каких услугах нуждаются пациенты, но также и особые проблемы, которые предстоит решить коммуне с целью снижения масштабов самоубийств, алкоголизма и наркомании. В 1972 г. была проведена конференция по развитию комплексных служб психиатрической помощи в рамках коммуны, на которой были изложены программные принципы ВОЗ, касающиеся развития этого обслуживания. В 1973 г. рабочая группа обсудила проблемы психиатрии и первичной медико-санитарной помощи, указав, что бригады первичной помощи являются опорным элементом коммунальной психиатрии. В 1978 г. рабочая группа подготовила отчет о меняющихся структурах психиатрической помощи в Европейском регионе. Рабочая группа, созванная в 1983 г., разработала принцип психиатрической помощи первого контакта, рассмотрела задачи и обязанности работников ПМСП по оказанию психиатрической помощи и обсудила проблемы отношений специализированных служб психиатрической помощи, групп самопомощи и добровольных организаций с работниками ПМСП. В 1986 г. рабочая группа по службам психиатрической помощи в странах южной части Европейского региона рассмотрела стратегии в области охраны психического здоровья и рекомендовала ВОЗ способствовать обмену опытом и информацией, касающимися разработки программ психиатрической помощи на коммунальной основе, которые соответствовали бы целям стратегии ЗДВ.

Ход обсуждений

В последние годы государства-члены Региона уделяют все большее внимание развитию и организации комплексной сети служб ПМСП в рамках своих систем здравоохранения. Эти новые тенденции - которые в некоторых государствах-членах фактически стали главным компонентом национальной политики в области охраны здоровья - расширяют возможности для все большего числа отдельных групп населения быть охваченными медицинским обслуживанием в рамках коммуны,

профилактическими мероприятиями, мероприятиями по укреплению здоровья и оказанию поддержки тем, кто страдает от длительных хронических болезней или инвалидности. Полной информации о том, в какой степени фактически пользуются плодами развития служб ПМСП в Регионе группы риска или люди, страдающие от тяжелых и менее тяжелых форм психических нарушений, не имеется. Более того, точно так же нет полной информации или понимания всего потенциала и ограничений различных схем связи, которая в настоящее время устанавливается между службами ПМСП и сетью коммунальных служб психиатрической помощи.

В понимании ВОЗ определение ПМСП включает принципы равенства, участия населения в укреплении здоровья и самообеспечения. Однако, это не означает предпочтения какого-либо конкретного вида организационной инфраструктуры и в любом случае не предполагает, что какой-либо конкретный метод предоставления медицинских услуг больше соответствует нуждам или предпочтительнее по отношению к любому другому. Акцент смещен на психосоциальные аспекты здравоохранения и экономического и социального развития, и одной из задач ВОЗ стало повышение статуса психического здоровья в шкале человеческих ценностей. Разработка стратегий на центральном уровне и претворение их в жизнь на периферии дали возможность осуществлять мониторинг за развитием местных инициатив и включением их в общую политику ВОЗ в области охраны психического здоровья.

Рабочая группа заслушала резюме о связанных с ПМСП новых тенденциях развития психиатрической помощи в Европейском регионе за последние несколько лет, основой которого стали отчеты, полученные из Болгарии, Испании, Италии, Нидерландов, Португалии, Турции, Соединенного Королевства, СССР, Финляндии и скандинавских стран. В связи с целым рядом причин отмечены определенные различия, например, в существующих национальных структурах общей и психиатрической помощи, предшествовавшие появлению новых тенденций, различия в административных методах отдельных стран (например, местное/центральное выделение бюджетных средств и планирование) и в национальных приоритетных задачах здравоохранения, а также в социально-демографических, социально-культурных и социально-политических факторах (например, разобщенность/компактность проживания на-

селения, различия в отношении к болезням, частная/государственная медицина).

Однако, имеются и общие черты, одна из которых - новые задачи в области ПМСП с ориентацией на охрану психического здоровья такими группами специалистов, как общепрактикующие врачи, работники общественного здравоохранения, психиатры, медсестры психиатрических отделений и клинические психологи, а также на увеличение их потенциального вклада в эту работу.

Как показывает опыт Португалии, работники общественного здравоохранения могут успешно действовать в качестве связующего звена между членами медицинских бригад и между коммуной и различными учреждениями здравоохранения и, таким образом, направлять объединенные усилия на переформирование больничных служб и программ.

В Соединенном Королевстве медсестры коммунальных психиатрических служб сами определили для себя место в первичной помощи. Это вызвало вопросы о возможных последствиях, в связи с тем, что они работают отдельно от специализированных психиатрических бригад, и стало ясно, что они нуждаются в специализации в конкретной области психических заболеваний.

В таких странах, как Соединенное Королевство, где пациенты направляются к специалистам общепрактикующими врачами, испытаны самые различные подходы к выявлению психических заболеваний пунктами первого контакта (например, с помощью анкетирования, ответов на вопросы компьютера в ходе самоинтервьюирования, улучшения методов интервьюирования для общепрактикующих врачей) и были проверены различные методы усиления участия специализированных психиатрических служб в коммунальном контроле за психическими заболеваниями (например, испытаны: модель замещения, модель связи, модель обращения к врачу).

Подготовка кадров, которая тесно связана с вопросом изменения структуры кадрового состава и роли отдельных работников, является еще одной характерной деталью национальных отчетов. В таких странах, как Турция, где охрана психического здоровья в рамках коммуны является совершен

но новым направлением деятельности, активизация различных категорий персонала, главным образом, через программы по повышения квалификации по месту работы, становится злободневным вопросом. В таких странах, как Болгария, Испания, Португалия и СССР, введение терапевтических требований, соответствующих ПМСП и коммунальной помощи, высветило проблему недостатка персонала определенных профессий (например, работников социальных служб, специалистов по профессиональным заболеваниям, клинических психологов). В других странах (например, в Нидерландах, Соединенном Королевстве и скандинавских странах) с давно установившимися традициями привлечения работников других специальностей, которые могут оказать полезное содействие службам психиатрической помощи, важным вопросом является вопрос о профессиональных полномочиях, необходимых для работы в новых учреждениях.

Третьей характерной чертой большинства национальных отчетов является вопрос о механизмах фильтрования (если пользоваться термином Goldberg и Huxley) на различных этапах поступления и передачи пациента из одной медицинской службы в другую. В одних лечебных учреждениях (например, в Соединенном Королевстве) установившаяся с давних пор традиция иметь "второй фильтр" (т.е. устанавливаются степень выявления психических заболеваний и возможности общепрактикующих врачей в этом плане) в настоящее время отвергается в результате появления новых возможностей для прямых контактов со специализированными психиатрическими службами (например, обращение в центры психического здоровья), в то же время в других странах (например, в Болгарии, Испании, Италии, Финляндии) руководители здравоохранения пытаются внедрить и укрепить эту систему фильтра, развивая связи и каналы информации между существующими службами и определяя правила их функционирования.

После изучения многих отчетов создается общее впечатление о том, что за последнее десятилетие фактически в каждой европейской стране произошли крупные сдвиги. Однако на данной стадии невозможно сделать какое-либо количественное сопоставление из-за громадных различий в подходах, применяемых в разных государствах-членах.

После разъяснения места ПМСП в программе ВОЗ по охране психического здоровья и охарактеризования основных тенденций в развитии систем ПМСП в Европейском регионе ВОЗ рабочая группа провела обсуждение прогресса, достигнутого государствами-членами в области оказания психиатрической помощи в учреждениях ПМСП. Дискуссии были организованы по следующим темам.

Тенденции в области организации помощи

Нынешняя тенденция в организации психиатрической помощи в учреждениях ПМСП получила развитие в результате антиучрежденческих движений в лечении психических больных, которые начали проявляться в 50-х годах, а также учитывая значительный объем работы по охране психического здоровья, уже выполняемой врачами первого контакта либо непосредственно, либо в менее очевидной форме в процессе их повседневных медицинских консультаций. Установление более тесной связи между формальными службами психиатрической помощи и учреждениями первичной помощи будет поэтому способствовать ознакомлению персонала психиатрических служб с этой областью заболеваемости психическими болезнями. Создание надежной психиатрической службы, которая носила бы всеобъемлющий, гибкий, децентрализованный и динамичный характер, является предварительным условием сохранения ориентации первичной медико-санитарной помощи на охрану психического здоровья. При таких условиях:

- психическое здоровье рассматривается как занимающее высокое место на шкале человеческих ценностей;

- повышается значение психологии и образа мышления населения в целом и тех, кто, в частности, предоставляет психиатрическую помощь, и тех, кто пользуется ею;

- психологические проблемы с большей готовностью доводятся до сведения медиков, и возрастает мотивация общепрактикующих врачей улучшать свои знания и накапливать опыт в области охраны психического здоровья;

- результирующее повышение числа обращений по поводу общих психических заболеваний к специализированным психиатрическим службам не усиливает, в отношении "ходячих психов", стремления исключить психотии из круга забот психиатра;

- наоборот, психиатры стремятся ответить на такое развитие событий путем разработки программ, нацеленных на охват более широкого спектра потребностей, и стремятся также объединить в едином комплексе свою специализированную помощь с первичной помощью;

- это фактически еще один шаг в развитии психиатрической службы в направлении расширения ее охвата, усиления гибкости и т.д.

Если при формулировании политики и распределении ресурсов не осознать (а зачастую именно так и происходит!), что развитие и рост начинают приобретать такой характер, скорее экспоненциальный, чем линейный, то на основании более поздних оценок может быть сделан ошибочный вывод о том, что события выходят из-под контроля. Необходимо постоянно держать руку на пульсе развития, а планирование должно быть достаточно гибким, чтобы иметь возможность учитывать тенденции и ситуации, которые невозможно было предсказать в начальный момент осуществления конкретной стратегии или программы.

Учитывая вышеизложенное, невозможно переоценить важность наличия национальной стратегии. Когда потребности просматриваются еще с трудом, становится необходимой ясная и четкая национальная стратегия, поскольку решения о том, как удовлетворить соответствующие потребности, должны приниматься на фоне ограниченных фондов и ресурсов. Хорошая национальная стратегия является отражением потребностей в том виде, как их понимают различные группы населения, медицинские работники и потребители, она уравновешивает их, обеспечивая согласование интересов в сложившихся условиях. Например, говоря о соотношении между лечебной и профилактической ориентацией психиатрической помощи, необходимо указать, что в сбалансированной национальной стратегии будут учтены научные аргументы (например, сведения о причинах, технологии применения на прак-

тике этих сведений, анализ расходов), потенциальные возможности данной отрасли абсорбировать новые знания и навыки и претворять их в конкретные действия, требования и осознанные потребности потребителей и отношение к этим вопросам населения в соответствии с ценностями, превалирующими в данном обществе.

В отсутствие такой структуры практические вопросы, которые требуют немедленных действий, так и будут оставаться нерешаемыми, в результате неэффективных мер, определяемых балансом сил. Примерами такого рода вопросов являются следующие: Должны ли семейные врачи участвовать в профилактической работе? Каким образом следует поощрять это участие и кто должен решать этот вопрос (семейные врачи или органы, планирующие охрану здоровья)? Какую подготовку должны проходить различные категории персонала, чтобы иметь больше возможностей для улучшения работы по охране психического здоровья в рамках коммуны? Кто должен вести обучение и кто должен принимать решения по этому вопросу (сами профессиональные группы или академические круги)?

Бригада первичной медико-санитарной помощи

По сравнению со стационарными лечебными учреждениями, учреждения ПМСП гораздо теснее связаны с естественной средой проживания: структурно они организованы менее жестко с более подвижными границами и более изменчивыми и гибкими нормами, правилами и определениями. В стационарных учреждениях физические структуры и регулирующие положения непосредственно влияют на постоянство распределенных ролей и единообразие задач, в то время как практика психиатрической помощи в подвижном контексте ПМСП требует непосредственного и постоянного внимания к сохранению бригады как определенной системы. В этой связи решающее значение приобретает новое формулирование ролей и границ, новое определение профессиональных задач в соответствии с потребностями в каждом конкретном случае, нахождение общего языка между членами с различным профессиональным багажом и множество других таких же задач.

"Механика" бригадной работы понята еще далеко не полностью. С одной стороны, разнообразие представленных

в бригаде специальностей расширяет ее возможности с точки зрения как спектра проблем, которые она может решать, так и богатства подходов и точек зрения, которые она может применять в каждом конкретном случае; с другой стороны, неизбежное стирание разницы и смешивание ролей могут стать толчком к возникновению проблем профессиональной идентификации, борьбы различных сил и напрасной тратой времени, непродуктивного сосредоточения внимания на трудностях, характерных для бригады как группы людей. Попытки обеспечить функциональное соответствие бригады с помощью административных средств (например, путем выделения руководителей и сфер ответственности по профессиям) должны дополняться открытостью к новаторским организационным решениям, поощряемым опытом бригады как функционирующего подразделения. Одним из таких решений могло бы стать внедрение учебных программ, имеющих целью подготовку нового вида работника, способного решать широкий спектр задач по охране психического здоровья в контексте ПМСП, вместо того, чтобы пытаться обеспечить наличие необходимого опыта в бригаде, формируя ее состав в соответствии с характерными для сегодняшнего дня сферами компетенции представителей различных профессий по оказанию помощи.

Функционирование бригады ПМСМ как отдельного подразделения характеризуется теми узами, которые связывают ее с формальными и неформальными структурами коммуны по оказанию помощи. С одной стороны, хорошо работающая бригада способна включить в свой состав специалистов со стороны и непрофессионалов на определенное время и в соответствии с требованиями, предъявляемыми клиентами, не выходя за пределы определенного пространства этой открытости, которая может угрожать ее идентичности как бригады. Это подразумевает приемлемость альтернативных способов определения, интерпретирования и решения проблем, а также способность определить их место в общей структуре. С другой стороны, функционально крепкая бригада способна абсорбировать вклад профессий второго эшелона, используя в своей работе новые знания и навыки, а не ограничиваясь определенным набором услуг и поверхностным знанием проблем, не фигурирующих в этом наборе. Повышение квалификации по месту работы и программы непрерывного медицинского образования должны учитывать (с точки зрения как содержания, так и методов)

существенное изменение роли каждого конкретного специалиста, чего требует работа в бригаде.

Учитывая особую значимость первого контакта в формировании отношений между тем, кто оказывает помощь, и тем, кто ею пользуется, обучение такому контактированию должно быть одной из главных забот бригады. Отношения сотрудничества, партнерства и распределения ответственности между потребителем и лицом, оказывающим помощь - это тот стиль, который пытаются освоить непрофессиональные врачеватели, выступающие своего рода посредниками, и они также способствуют налаживанию связей с добровольными помощниками.

Координация действий по охране психического здоровья в плане ПМСП должна обеспечиваться с помощью широких горизонтальных связей между всеми участвующими учреждениями, созданием информационных сетей, подчинением служб психиатрической помощи и служб общей врачебной помощи одному руководству, а также местного контроля над расходованием бюджетных средств.

Обеспечение качества бригадной работы по оказанию психиатрической помощи поднимает трудный и практически незатрагивавшийся ранее вопрос о стандартах психиатрического обслуживания в учреждениях ПМСП. Оценка программ коммунальной психиатрической помощи на предмет их эффективности по сравнению с другими существующими программами должна осуществляться в гораздо больших масштабах, чем это имеет место в настоящее время.

Первичная профилактика

Практически невозможно и несерьезно с научной точки зрения проводить четкую границу между первичной и вторичной профилактикой и лечением. В области психиатрической помощи, в особенности там, где требуемые изменения касаются образа жизни и привычек культурного характера, меры первичной профилактики могут способствовать возникновению повышенных надежд и требований к лечебным службам. Например, антиалкогольная программа, повышающая информированность о различных видах риска, сопутствующего пьянству, если она будет иметь успех, приведет к тому, что большее число людей будет нуждаться в консультациях относительно

того, как они могут добиться снижения потребления спиртных напитков или отказа от этой привычки.

Растет число эффективных технологий определения умственной отсталости (например, ее обнаружение в пренатальном возрасте с помощью прокола амниона), однако и в этом случае для того, чтобы население воспользовалось предоставляемыми ему возможностями необходимо обеспечить его мотивацию и информирование о том, как действовать в период болезни; необходима организационная структура, которая позволит использовать возможности новой технологии, и она должна быть в постоянной готовности к действию; кроме того, необходимо обеспечить наличие финансовых средств для активизации коллективных усилий и поддержания их на определенном уровне.

Что касается психических расстройств, то в этой области можно проводить работу по выявлению и взятию на заметку "групп риска" (например, лиц, недавно потерявших родных, либо одиноких матерей с малолетними детьми). В этих случаях профилактические мероприятия будут в основном касаться вопросов качества жизни и будут направлены на использование психосоциальных методов воздействия. Процесс накопления результатов научных исследований относительно эффективности существующих программ происходит медленно. Сети первичной помощи представляются идеальным средством для таких действий.

В настоящее время в рамках медицинской специализации идет процесс новой идентификации по отношению к охране психического здоровья. Общественное здравоохранение, традиционно занимавшееся вопросами планирования гигиены окружающей среды и медицинским обслуживанием, в настоящее время постепенно включает в орбиту своих забот и интересов психологические аспекты человеческой среды и ищет возможности объединения мер общественного здравоохранения и экономических интересов. Прямым следствием такой переориентации является растущий интерес к восприятию потребителями состояний здоровья и болезни, их удовлетворенности существующими службами и оказываемой помощью и их предпочтения в отношении того, какие услуги должны оказываться и каким образом.

Подготовка кадров

В число основных вопросов подготовки к деятельности по охране психического здоровья в рамках коммуны входит обучение навыкам общения (например, способности выслушать человека), получение знаний о психосоциальных аспектах и психическом здоровье (например, о цикле семейной жизни) и привитие навыков, которые определяют основы поведения, оказывающего лечебное воздействие на пациентов. Многое из того, что делает работника здравоохранения компетентным в этой области, носит, однако, опытный, а не познавательный характер и приобретается на практике, и в этой связи должны выбираться соответствующие методы обучения. Поскольку речь идет об обучении в ходе практического общения, что требует личной самоотдачи, важным шагом в процедуре отбора является самостоятельное стремление к прохождению такого обучения.

В ходе подготовки специалистов общего профиля или по семейной практике должна подчеркиваться важность обучения через практическую работу вне лечебных учреждений. Учебные программы должны иметь гибкий характер, что позволит им учитывать осознанные потребности обучаемых, они должны ориентироваться на решение конкретных проблем и обучающие должны постоянно получать информацию от обучаемых относительно того, как далеко они продвинулись в достижении целей обучения.

Обучение навыкам бригадной работы должно начинаться в самом начале образовательного процесса путем предоставления возможности поработать совместно с представителями других профессий. Непрерывное медицинское образование должно использовать возможности групповых дискуссий, работы по методу групп Балинта и обучение по аудиовизуальным программам.

Подготовка психиатров, работников общественного здравоохранения и клинических психологов должна обеспечивать достаточную информированность об области деятельности своих партнеров и круге их профессиональных интересов, с тем чтобы они имели реалистическое представление о возможностях друг друга.

Мониторинг и оценка

Мониторинг за развитием тенденций в области охраны психического здоровья в рамках ПМСП связан с созданием регистра случаев заболеваний и наблюдением за внесением в них всех необходимых сведений. Данные регистров необходимы для установления долгосрочных тенденций и представления статистических аргументов в ситуациях, когда охране психического здоровья приходится конкурировать с другими секторами за получение своей доли из ограниченных ресурсов. Регистры заболеваний являются инструментом, и подчас весьма гибким, которым администраторы и плановые органы здравоохранения должны уметь пользоваться. Однако, слишком часто их потенциальные возможности в полной мере не используются или от них ждут готовых ответов на такие вопросы, на которые они ответить не в состоянии.

Благодаря тесной привязке к коммуне, охрана психического здоровья в учреждениях ПМСП аппелирует к местным потребностям и ресурсам, и это имеет важное последствие для процесса оценки. Данные регистров, которые прекрасно подходят для разъяснения вопросов, касающихся более глобального уровня, часто недостаточно конкретны для охарактеризования местных проблем, таких, например, как оценка программ воздействия. В таких случаях необходимы тщательно планируемые исследования, предназначенные для проверки конкретных гипотез и использования простых и надежных инструментов. Хорошим примером такого рода является исследование Манна о наблюдении за психически больными в рамках общей практики. [a]

По общему мнению рабочей группы овладение персонала ПМСП навыками и знаниями в области психического здоровья способствует росту удовлетворенности медицинским обслуживанием как потребителей, так и лиц, оказывающих помощь. Из этого непосредственно вытекает вопрос о том, каким образом показатели удовлетворенности должны найти отражение в более комплексном подходе к оценке. Однако группа ука

---

[a] Mann, A.H. et al. The twelve-month outcome of patients with neurotic illness in general practice. Psychological medicine, 11: 535-550 (1981).

зала, что она не готова на данной стадии предложить перечень показателей, пригодных для общего мониторинга новых тенденций в области охраны психического здоровья.

Выводы

Тенденции в области организации помощи

1. Учитывая прогрессивное развитие систем ПМСП и сети коммунальных служб психиатрической помощи, государствам-членам сейчас самое время не только заняться вопросами улучшения помощи, оказываемой психически больным, но и уделить внимание расширению знаний и навыков в области охраны психического здоровья с целью предупреждения психических расстройств и поощрения охраны психического здоровья, особенно среди уязвимых групп населения.

2. Рабочая группа указала, что в настоящее время сотрудничество и функциональная интеграция между системами ПМСП и психиатрической помощи на уровне коммуны находятся пока еще на начальном этапе. Их развитие проходит, главным образом, через использование самых разнообразных и в целом несовершенных технологий оказания помощи и без достаточно точного учета организационных последствий этих структур связи в функционировании служб первичной помощи и психиатрической помощи.

3. Дальнейшее развитие комплексной коммунальной сети служб психиатрической помощи и охраны психического здоровья в государствах-членах считается необходимым предварительным условием для общего улучшения работы по охране психического здоровья в учреждениях ПМСП. Группа указала, что в стратегии здравоохранения должны быть включены сильные компоненты, касающиеся охраны психического здоровья, которые будут способствовать дальнейшему развитию коммунальных систем психиатрической помощи.

Развитие психиатрической помощи в учреждениях ПМСП

4. Вследствие роста числа учреждений и различных категорий сотрудников, работающих в коммунальных учреждениях, технологии охраны психического здоровья все больше используются медицинскими работниками, не имеющими профес-

сиональной квалификации в этой области. В этой связи особое внимание необходимо уделить:

- обеспечению качества;
- вопросам конфиденциальности;
- прохождению обучения и приобретению профессиональной квалификации для оказания соответствующих услуг и работы в коммунальных учреждениях.

5. Бригадная работа считается имеющей важное значение для эффективного проведения профилактических и лечебных мероприятий в учреждениях ПМСП. Было указано, что обучение приемам бригадной работы должно быть внедрено на додипломном и постдипломном уровнях и должно вестись в коммунальных учреждениях медико-санитарной помощи.

6. Для наиболее полного использования потенциальных возможностей бригады ключевую роль играет руководство бригадой. Отбор и подготовка сотрудников к выполнению руководящих обязанностей считаются крайне важными элементами.

7. Учитывая возможности имеющейся в наличии технологии оказания психиатрической помощи в коммунальных учреждениях, группа указала на необходимость и желательность для психиатров взять на себя обязанности по всему спектру проблем охраны психического здоровья в рамках служб психиатрической помощи. Психологи-клиницисты должны вносить все больший вклад в обеспечение психологических аспектов практической деятельности по охране психического здоровья.

8. В связи с ростом числа учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, и в связи с тем, что наблюдается тенденция дальнейшего деления служб общественного здравоохранения, было указано на необходимость усиления руководства и координации деятельности этих учреждений и служб с целью обеспечения комплексного характера и непрерывности оказания помощи.

9. Наблюдающиеся в настоящее время тенденции к децентрализации управления здравоохранением и контроля за рас

ходованием бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение, являются, по мнению группы, подходящей возможностью для усиления и стимулирования развития служб и программ охраны психического здоровья. Децентрализация должна быть также тесно связана с адекватной подготовкой работников коммунальных служб здравоохранения, и органы здравоохранения должны подумать над тем, как объединить под одним руководством охрану психического здоровья и общее медицинское обслуживание.

10. Было подчеркнуто, что разработка адекватных стандартов психиатрического обслуживания в учреждениях ПМСП в значительной мере зависит от правильного и более справедливого количественного распределения, чем это имеет в настоящее время место в области распределения ресурсов на нужды охраны психического здоровья и общего медицинского обслуживания.

11. Коммунально ориентированные планы и программы оказания психиатрической помощи должны адаптироваться к местным условиям, эффективно координироваться с работой групп самопомощи и добровольных организаций и должны учитывать интересы как потребителей, так и окружающей их социальной среды.

12. Что касается функций ПМСП, то особое внимание было уделено концепции и практике психиатрической помощи первого контакта. Идентификация потребностей и наличных ресурсов, а также обеспечение профессиональной помощью и поддержкой в случае неадекватности ресурсов были признаны в качестве основных требований.

13. Поскольку первый контакт является уникальной возможностью как для помогающего, так и для того, кому оказывается помощь, взаимодействовать в обоюдоприемлемом русле, и он, вероятно, оказывает определяющее влияние на все последующие контакты, необходимо проводить специальное обучение большого числа как специалистов, так и неспециалистов или учрежденческих работников, которые вместе работают в области охраны психического здоровья в учреждениях коммунального здравоохранения.

Профилактика психических, психосоциальных и неврологических расстройств

14. Группа указала на наличие технологий профилактики и на то, что профилактические мероприятия в учреждениях ПМСП необходимо усиливать и в дальнейшем. Примеры вероятных профилактических мероприятий можно найти, в частности, в отчете и резолюции о профилактике психических, психосоциальных и неврологических расстройств в Европейском регионе, одобренных Европейским региональным комитетом в 1988 г. Необходимо доводить до местного уровня методы осуществления этих профилактических мер на практике.

15. Программа, нацеленная на повышение информированности коммуны по вопросам профилактики (особенно по вопросам, касающимся образа жизни), всегда должны предшествовать планированию и осуществлению фактических профилактических мер. Планирование должно рассматриваться как совместные усилия специалистов и потребителей, которые приносят пользу всем участвующим сторонам.

16. Роль служб здравоохранения в профилактике психических расстройств и поощрении охраны психического здоровья необходимо усилить. Это требует установления гораздо более тесных связей между охраной психического здоровья и ПМСП и сектором общественного здравоохранения.

17. Участие других секторов, помимо здравоохранения, в действиях коммунального масштаба крайне важны для формулирования и осуществления эффективных комплексных программ профилактики с целью снижения масштабов психических расстройств и улучшения психического состояния уязвимых групп населения.

18. Принятию решений, касающихся профилактических мер, должен предшествовать систематический сбор как можно большего числа научных данных.

Подготовка кадров для оказания психиатрической помощи в учреждениях ПМСП

19. Группа указала на необходимость иметь основной набор учебных программ по психиатрической помощи и подчеркнула

важное значение для обучения работы с группами сверстников, применения подхода, ориентированного на решение главной проблемы, и участия в обучении представителей многих профессий.

20. При подготовке семейных врачей особое внимание необходимо уделять установлению контактов между врачами и их клиентами, обучению соответствующим технологиям и практике бригадной работы и развитию способности слушать и устанавливать контакт с лицами, пользующимися соответствующими услугами.

21. Оказание психиатрической помощи в учреждениях ПМСП требует не только обучения соответствующим технологиям, но и создания общей терминологии и классификации расстройств, в которых были бы учтены мнения специалистов ПМСП.

22. Подготовка специалистов по охране психического здоровья в школах общественного здравоохранения и на отделениях социальной медицины медицинских школ должны быть усилены, поскольку есть данные, свидетельствующие о том, что компонент подготовки кадров для оказания психиатрической помощи все еще слишком слаб.

23. Непрерывное обучение и подготовка кадров имеют важное значение для сохранения адекватных стандартов в работе коммунальных служб психиатрической помощи.

24. Постдипломное обучение психиатров и других категорий специалистов по охране психического здоровья должно включать темы, касающиеся общественного здравоохранения в целом, а также базисную подготовку в области ПМСП.

25. Обучение методом бригадной работы должно начинаться в ходе додипломного образования, и необходимо обеспечивать как можно более прямое участие в практической работе среди многих специалистов.

Мониторинг и оценка психиатрической помощи в учреждениях ПМСМ

26. Группа указала, что в целом достигнут очень слабый прогресс в идентификации и разработке хороших показателей

для проведения мониторинга и оценки психиатрической помощи в учреждениях ПМСП. Одна из трудностей состоит в отсутствии достаточного опыта в области осуществления целенаправленных программ охраны психического здоровья.

27. Регистры, собирающие сведения о случаях психических заболеваний, были указаны в качестве необходимого инструмента для проведения мониторинга и оценки психиатрической помощи в учреждениях коммунального здравоохранения. Административные работники и потребители должны пользоваться ими как можно шире.

28. Оценка должна носить комплексный характер и должна касаться всех аспектов коммунальной медицинской помощи, таких, например, как управление, эпидемиология, клиническая эффективность, степень удовлетворенности оказывающих помощь и потребителей, вопросы подготовки кадров и т.д. В программы психиатрической помощи систематически должен включаться компонент внутренней оценки, а при подготовке специалистов необходимо подчеркивать важное значение оценки.

29. Информационные системы могут давать ответы лишь в тех случаях, когда формулируются конкретные вопросы и собираются соответствующие данные. Кроме того, наблюдение за оказанием психиатрической помощи в большой степени зависит от качества регистрации, адекватности классификационной системы и оказываемой помощи.

30. Поскольку в систему оказания медицинской помощи включается все больше элементов соревнования и стратегий сдерживания расходов, группа придает важное значение мониторингу и оценке экономических затрат и выгод при оказании психиатрической помощи в рамках коммуны.

31. Данные мониторинга и оценки должны распространяться среди всех сторон, участвующих в руководстве и осуществлении программ коммунальной психиатрической помощи.

32. Группа особенно упомянула о необходимости работать над обоснованием и дальнейшим упрощением квалификационных инструментов и на необходимость обеспечения адекватного сопоставления с ранее полученными базисными данными в оценочных проектах.

Рекомендации

Государства-члены

1. Стратегии и планы государств-членов в области охраны психического здоровья и ПМСП должны отражать стремление к более тесному сотрудничеству и более эффективной функциональной интеграции между системами первичной медико-санитарной помощи и охраны психического здоровья и должны уточнять конкретные пути налаживания такого сотрудничества.

2. Поскольку развитие функционально интегрированных систем ПМСП в полной мере отвечает необходимости усиления охраны психического здоровья в коммунальных учреждениях, работники сферы охраны психического здоровья на всех уровнях управления и медобслуживания должны оказывать помощь улучшению сотрудничества между двумя системами в государствах-членах.

ВОЗ

3. ВОЗ должна заполнить пробелы в области информации, касающейся оказания психиатрической помощи в учреждениях ПМСП, включая профилактические мероприятия и поощрение охраны психического здоровья.

4. ВОЗ должна обеспечить распространение набора разработанных и прошедших испытания методов и программ по профилактике психических расстройств и поощрению охраны психического здоровья в коммунальных учреждениях.

5. Сотрудничество между программами Европейского регионального бюро по первичной медико-санитарной помощи и по охране психического здоровья в деле расширения психиатрической помощи в рамках коммунальных учреждений должно быть усилено, ему должна оказываться адекватная поддержка.

6. В сотрудничестве с заинтересованными сторонами в государствах-членах и другими международными организациями ВОЗ должна помогать осознанию лицами, принимающими решения, и населением в целом ценностей психического здоровья и того вклада, который охрана психического здоровья может

внести в осуществление изменений в стратегиях здравоохранения, медицинских службах и подходах к развитию здравоохранения.

7. В развитие обсуждений, прошедших на данном совещании рабочей группы, программе ПМСП Регионального бюро необходимо провести в следующем двухлетнем периоде совещание, на котором должны быть рассмотрены перспективы расширения психиатрической помощи в учреждениях ПМСП, включающей профилактику психических расстройств и укрепление психического здоровья. В число участников должны войти представители общей врачебной практики, общественного здравоохранения, других секторов, помимо здравоохранения, и других заинтересованных сторон.

Приложение 1

УЧАСТНИКИ

Временные консультанты

Dr E. Aydiner
General Director of Primary Health Care, Ministry of Health, Ankara, Turkey

Mr C. Bingöl
Director of External Relations, Ministry of Health, Ankara, Turkey

Professor J.M. Caldas de Almeida
Direccao Servicos de Saude Mental, Lisbon, Portugal (Председатель)

Dr V. Corces Pando
Commmidad de Madrid, Consejeria de Salud y Bienester Social, Cerente del Hospital Psiquatrico, Madrid, Spain

Dr B. Coskun
Director of Psychology Department, Ministry of Health, Ankara, Turkey

Dr J.H. Henderson
Medical Director, St Andrew's Hospital, Northampton, United Kingdom

Professor A. Mann
Institute of Psychiatry, London, United Kingdom
(один из составителей отчета)

Dr A.R.K. Mitchell
Consultant Psychiatrist, Young People's Psychiatric Service, Cambridge, United Kingdom

Dr P. Munk-Joergensen
Institute of Psychiatric Demography, Aarhus Psychiatric Hospital, Risskov, Denmark

Dr T. Özçam
General Directorate of Preventive Psychology, Ministry of Health, Ankara, Turkey

Д р Г. Румянцева
Заведующая отделением амбулаторного обслуживания, Всесоюзный научный центр пограничной психиатрии, Москва, СССР

Dr K. Pylkkanen
Deputy Director, Department of Hospital Care, National Board of Health, Helsinki, Finland

Dr J. Shanks
Medical Officer, Mental Health and Illness Division, Department of Health, United Kingdom

Professor J. Sennfelt
National School of Public Health, Lisbon, Portugal

Professor M. Tansella
University of Verona, Istituto di Psichiatria, Verona, Italy

Dr T. Tomov
WHO collaborating centre for research and training in mental health, Medical Academy, Sofia, Bulgaria
(один из составителей отчета)

Представители других организаций

Ассоциация школ общественного здравоохранения в Европейском регионе (АШОЗЕР)

Dr Idalmiro Carraca
National School of Public Health, Cadeira de Saude Mental, Lisbon, Portugal

Европейский совет

Mrs C. Thayer
Administrative Officer, Health Division, Strasbourg, France

Европейская федерация ассоциаций профессиональных психологов (ЕФАПП)

Dr F.M. McPherson
President (EFPPA), Tayside Area Clinical Psychology Department, Royal Dundee Liff Hospital, Dundee, United Kingdom

Всемирная ассоциация социальной психиатрии (ВАСП)

Dr A. Guilherme Ferreira
President, Av. Mousinho de Albuquerque, Lisbon, Portugal

Всемирная федерация охраны психического здоровья (ВФОПЗ)

Dr S. Flache
President (WFMH), WFMH Representative to WHO, Geneva, Switzerland

Международный совет медицинских сестер (МСМС)

Ms M. do Carmo Caviedo
Rua Monte Oliveti 39, Lisbon 1200, Portugal

Сотрудничающие центры ВОЗ

Сотрудничающий центр ВОЗ по научным исследованиям и подготовке кадров в области охраны психического здоровья, Гронинген

Dr J. Jenner
Department of Social Psychiatry, University Hospital, Groningen, Netherlands

Сотрудничающий центр ВОЗ по научным исследованиям и подготовке кадров в области первичной медико-санитарной помощи, Лиссабон

Dr Teodoro Briz
National School of Public Health, Lisbon, Portugal

Наблюдатели

Dr D. Cardoso
Centro de Saude Mangualde, Portugal

Dr Medeiros Paiva
Departamento de Saude Mental, Faculdade de medicina, Hospital de S. Joao, Porto, Portugal

Dr J.F. de Freitas
Estrada Nacional-2, N° 2000, 2° Esq., Abraveses, 3500 Viseu, Portugal

Dr H. Meireles
Director, Mental Health Services, Direccao Servicos de Saude Mental, Lisbon, Portugal

Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

Dr J.C. Sampaio Faria
Региональный сотрудник по охране психического здоровья

Dr W. Hubrich
Региональный сотрудник по первичной медико-санитарной помощи

Mrs Reideh Shahsavan
И.о. секретаря, Отдел охраны психического здоровья

Штаб квартира

Dr N. Sartorius
Директор, Отделение охраны психического здоровья

Dr J.M. Bertolote
Отделение охраны психического здоровья