

Опыт организации амбулаторной психиатрической службы в зоне Австралазии и южной части Тихого океана

Peter McGeorge

Urban Mental Health and Well-being Research Institute, St. Vincent's Hospital, Sydney, Australia

Перевод: Фролов А.М. (Москва)
Редактор: Карпенко О.А. (Москва)

Данная статья резюмирует результаты деятельности рабочей группы ВПА по разработке пошагового руководства, изучению препятствий и ошибок в рамках внедрения амбулаторной психиатрической помощи на территории Австралазии. Представлены описание психиатрической службы региона, обсуждение национальной политики, программ и практических планов по их реализации и оценку достигнутых результатов.

Ключевые слова: амбулаторная психиатрическая помощь, Австралазия, южная часть Тихого океана, психиатрическая служба, выводы.

(*World Psychiatry 2012;11:129-132*)

Данная статья входит состав серии, посвященной развитию амбулаторной психиатрической помощи в различных регионах мира (1-3). В рамках реализации плана действий Всемирной психиатрической ассоциации 2008-2011 (4,5) была создана рабочая группа, занимающаяся разработкой пошагового руководства по развитию амбулаторной помощи с целью избежания различных ошибок и препятствий в этом процессе. Цели, методы и выводы этой рабочей группы были опубликованы ранее (6). В статье освещаются данные аспекты в отношении Австралазии и южной части Тихого океана.

Австралазия включает в себя Австралию и Новую Зеландию, которые, не смотря на ряд относительно бедных регионов на территории обеих стран, в целом, могут быть отнесены к числу стран с высоким уровнем дохода. По состоянию на июнь 2009 года население Австралии составляет 21,874,000 чел. Коренное население аборигенов и жители островов пролива Торреса составляет 2,5% от общей популяции. Население Новой Зеландии (2009 г.) насчитывает 4,27 миллиона человек, среди которых около 15% составляет коренное население Маори. Островные государства Тихого океана условно объединены в Микронезию, Меланезию и Полинезию. Это страны с низким уровнем дохода, население их стремительно растет и в настоящее время оценивается в 32 миллиона человек. Наиболее густонаселенными регионами являются Меланезия (7 миллионов человек) и Полинезия (1,2 миллиона). Согласно результатам последних эпидемиологических исследований, распространенность психических расстройств среди населения Австралии (7) и Новой Зеландии (8) составляет 45% и 46,6% соответственно.

Сопоставимые значения актуальны и для других стран региона.

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА РЕГИОНА

Психиатрическая служба в Австралии и Новой Зеландии организована похожим образом, в то же время некоторые провинции Австралии имеют больше общих черт с системой здравоохранения Новой Зеландии, чем остальной части страны. Различные национальности островов Тихого океана, как правило, находятся на невысокой стадии развития общества, поэтому система оказания психиатрической помощи местному населению лишь начинает формироваться.

И в Австралии, и в Новой Зеландии психиатрическая помощь оказывается муниципальными, государственными и частными учреждениями. Доля последних в этой системе невелика в обеих странах. Психиатрическая служба обеспечивает охрану психического здоровья детей и подростков, взрослых и лиц пожилого возраста.

Без учета некоторых недостатков и, порой, недостаточную степень взаимной интеграции в отдельных регионах, в целом, амбулаторная и стационарная психиатрическая служба указанных стран представлена в Таблице 1.

Важно отметить, что в Новой Зеландии и особенно в Австралии большая часть приведенных в таблице служб может иметь дополнительные подразделения в зависимости от специализации и особенностей конкретных лечебных учреждений, их контингента. Специализированная амбулаторная помощь в некоторых случаях дополняется программой по обеспечению жильем. Задачей психиатрической службы является

Таблица 1. Психиатрические службы, существующие в Австралии, Новой Зеландии и островных государствах южной части Тихого океана

Служба	Австралия	Новая Зеландия	Острова Тихого океана
Первичная медицинская сеть	+	±	+
Дневные стационары	+	+	±
Амбулаторная помощь	+	+	-
Острые психиатрические отделения	+	+	±
Долговременная помощь на дому	+	+	-
Реабилитация, трудоустройство, проживание	+	+	±

+ присутствует, ± переменное значение, - отсутствует

оказание помощи лицам с различными расстройствами, среди которых аффективные расстройства (включая тревожные), расстройства пищевого поведения, различные формы зависимостей (алкоголизм, наркомания, а также интернет-зависимость и игровая зависимость), посттравматические расстройства (включая помощь жертвам сексуального и домашнего насилия); психиатрическая помощь бездомным, судебная психиатрия, охрана психического здоровья материнства, организация групп взаимопомощи и отделений ранних психозов, а также обеспечение психиатрической помощи коренному населению (особенно, в Новой Зеландии, где была создана психиатрическая служба племени Маори и населения других островов).

Существенная часть работы по оказанию помощи, которая ранее была исключительной прерогативой психиатров, в настоящее время выполняется врачами первичного звена, неправительственными общественными организациями и группами взаимопомощи.

Организация психиатрической службы, а также уровень ее обеспеченности кадрами в сельских районах соответствует показателям стран с низким уровнем дохода, в то время как в средних и крупных городах в систему оказания психиатрической помощи привлекается все большее число врачей и специалистов смежного профиля. Для оказания помощи в сельских регионах часто проктируются выездные консультации сотрудниками из крупных городских центров.

В отличие от Австралии и Новой Зеландии, на островах Тихого океана психиатрическая служба развита недостаточно. Работа по ее оказанию, как правило, выполняется сельскими поликлиниками и амбулаториями, некоторые из которых связаны с областными и государственными медицинскими центрами. В более густонаселенных районах имеются больницы, однако специализированной психиатрической помощи пациенты зачастую не получают. В ряде случаев отсутствуют необходимые условия для безопасного содержания больных соответствующего профиля, либо обнаруживается нехватка персонала. В результате некоторые лица, страдающие психическими расстройствами содержатся в полицейских участках, не имея возможности получить необходимое им лечение (10).

Хотя в ряде регионов имеются квалифицированные психиатры, количество данных специалистов значительно меньше требуемого. По этой причине помощь пациентам психиатрического профиля часто оказывается специалистами общего профиля, средним медицинским персоналом, сотрудниками общественных организаций и народными целителями. Некоторым образом улучшают обстановку небольшое число врачей-психиатров постоянно работающих в этих областях, а также трудоустройство приглашаемых из Австралии, Новой Зеландии и Америки консультантов.

ПОЛИТИКА, ПЛАНЫ И ПРОГРАММЫ

В отличие от островных государств, основные векторы развития психиатрии в которых определить затруднительно, основными направлениями в организации психиатрических служб Австралии и Новой Зеландии являются развитие амбулаторной помощи и отделений реабилитации. Обе страны имеют национальные программы в области охраны психического здоровья, которые с учетом местных особенностей дополняются собственными программами отдельных регионов.

В Австралии первая подобная программа была разработана в 1992 году и предусматривала осуществление более тесной интеграции амбулаторного и стационарного звеньев психиатрической службы. Две последующие программы были нацелены на дальнейшее развитие данного направления, разработку мер профилактики улучшения качества работы психиатрической службы (11).

В Австралии существуют стандарты оказания психиатрической помощи и практические стандарты по организации психиатрической службы. Кроме того, публикуются данные по оценке заболеваемости психическими расстройствами среди населения, проводится оценка его благополучия. В 1992 году в Новой Зеландии была разработана собственная национальная стратегия здравоохранения в области психиатрии «Заглядывая вперед». Ее переработанная версия под названием «Движение вперед» легла в основу национальной программы по оказанию психиатрической помощи. Вторая программа («The Tahuhu») появилась в 2005 году (12).

Учрежденной в 1996 году комиссией по охране психического здоровья, которая создавалась в качестве независимого органа, представляющего пациентов и членов их семей, для реализации программы, был разработан план финансирования психиатрической службы (13). Используя в качестве основного аспекта психосоциальную реабилитацию больных, план обеспечивает практическую реализацию конкретных мер. В 2009 году план был реализован на 80%, а финансирование психиатрической службы было увеличено на 154%.

В Новой Зеландии существуют стандарты оказания психиатрической помощи, в настоящее время включенные в состав национальных стандартов здравоохранения и социальной защиты инвалидов (14). Кроме того существуют основные документы, определяющие развитие первичной медицинской сети, кадровой системы, а также стратегия оказания психиатрической помощи Маори (15), национальная стратегия информационных систем (16).

Не смотря на наличие проводимых в обеих странах разнообразных программ, направленных на развитие охраны психического здоровья, борьбу с дискриминацией и стигматизацией пациентов, профилактическую работу, развитие амбулаторной и стационарной помощи, реабилитации больных, и в Австралии, и в Новой Зеландии потребность населения в психиатрической помощи все еще остается в некоторой степени неудовлетворенной.

В ряде тихоокеанских наций (например, на Соломоновых островах, Самоа, Папуа-Новой Гвинее, Гуаме и Кирибати) также существуют реализуемые в настоящее время национальные планы и стратегии по охране психического здоровья. Позитивные изменения происходят благодаря учреждению психиатрической сети тихоокеанских островов (PIMNnet), созданной при совместном участии штаб-квартиры Всемирной организации здравоохранения в Женеве и ее регионального отделения по западной части Тихого океана. Членами PIMNnet в настоящее время являются 18 государств.

Странами-членами PIMNnet был достигнут существенный прогресс в определении потребности населения в психиатрической помощи, а также разработке планов по ее удовлетворению. По мнению PIMNnet, «население островных государств Тихого океана удовлетворено высокими стандартами оказания психиатрической помощи и доступностью качественного медицинского обслуживания». Миссия PIMNnet заключается «в поддержке совместной и скоординированной деятельности стран-участников, способствующей повышению национальных и региональных возможностей по охране психического здоровья».

На данный момент 12 стран имеют планы по обеспечению кадрами своих психиатрических служб. В 14 государствах существуют проекты национальных программ по охране психического здоровья. Формирование национальных программ и политики способствует приверженности государств защите прав лиц, страдающих психическими расстройствами, а также создает основы для обновления законодательства в области психиатрии.

ПРОГРЕСС В РАЗВИТИИ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ

И в Австралии, и в Новой Зеландии основное внимание уделяется развитию амбулаторной помощи лицам, страдающим серьезными психическими расстройствами. В то же время, в течение последних 5 лет реализуются инициативы по лечению наиболее распространенных психических заболеваний в условиях первичной медицинской сети. Несмотря на недостаток объективных исследований, в сообщениях федерального правительства Австралии (11) и комиссии по охране психического здоровья в Новой Зеландии (17) отмечается прогресс в развитии амбулаторной психиатрической помощи. Существует также значительно количество исследований, в частности в Австралии, для разработки программ по оказанию помощи лицам, страдающим различными психическими расстройствами.

Доля расходов из государственных и региональных бюджетов на амбулаторное звено психиатрической помощи на начальном этапе реализации австралийской стратегии составляла 29%, однако к 2005 году данный показатель увеличился до 51%. В Новой Зеландии доля расходов на амбулаторное звено психиатрической службы на 2007 год составила 69%.

Несмотря на достигнутый прогресс, все еще существуют серьезные проблемы, связанные с доступностью психиатрической помощи (как в городских, так и в сельских районах), недостаточной ее продолжительностью и непрерывностью (18, 19). Это связано с увеличением заболеваемости алкоголизмом и наркоманией, их коморбидностью с иными психическими расстройствами, недостатками в материальном обеспечении психиатрической службы и подготовке персонала, отсутствием пристального внимания к интеграции новых стратегий и подходов в данном секторе здравоохранения.

В Австралии критические замечания высказываются правительственными наблюдателями, уделяющими приоритетное значение увеличению финансирования стационарного звена психиатрической помощи, в частности острых отделений, отделений неотложной помощи, реабилитационных стационаров (20). Аналогичные проблемы наблюдаются и в Новой Зеландии. Тем не менее, на уровне правительств этих стран осуществляются шаги по развитию в первую очередь именно амбулаторной помощи и переводу ряда вспомогательных психиатрических учреждений в состав первичной медицинской сети.

Учитывая недостаточное развитие психиатрической службы в целом, оценить соотношение амбулаторного и стационарного звеньев психиатрической помощи в островных государствах Тихого океана весьма затруднительно. Показатели заболеваемости психическими расстройствами населения данных государств до сих пор не оценены, а ресурсы, выделяемые на психиатрическую помощь, являются в лучшем случае весьма скудными. Кроме того, существуют проблемы по привлечению финансирования со стороны частных и государственных инвесторов, особенно, с учетом необходимых в данном случае долгосрочных проектов.

В Австралии и Новой Зеландии амбулаторным психиатрическим учреждениям оказывается поддержка со стороны частных и государственных стационаров (доля частных клиник в Новой Зеландии незначительна). Помощь лицам с длительным периодом дезадаптации и необходимостью долгосрочного лечения осуществляется в амбулаторных отделениях, а также социальными работниками неправительственных общественных организаций. В обеих странах существуют также государственные реабилитационные стационары и учреждения судебной психиатрии.

Повышенное внимание к уровню заболеваемости психическими расстройствами в течение последних двух десятилетий выражается в увеличении финанси-

рования и развитии психиатрической помощи в учреждениях первичной медицинской сети. Дополнительные услуги лицам, страдающим неглубокими расстройствами психики осуществляются путем интернет-консультирования, финансируемого, в основном, государственными учреждениями.

Ряд специализированных программ, таких как охрана психического здоровья материнства, отделения ранних психозов, группы взаимопомощи и наркологические службы, как правило, реализуются на уровне амбулаторного звена при содействии государственных учреждений и неправительственных организаций.

В островных государствах тихоокеанского региона психиатрическая помощь осуществляется главным образом врачами общего профиля и средним медицинским персоналом. В то же время в ряде государств обучение медицинских работников в области психиатрии и наркологии не проводится, а лица, страдающие соответствующими расстройствами, подвергаются стигматизации (10), доступ к психиатрической помощи для населения ограничивается ее высокой стоимостью, обнаруживаются недостаточные возможности лабораторий, низкий уровень диагностики.

Организация PIMHnet обеспечивает поддержку местной медицинской инфраструктуре отдельных государств тихоокеанского региона, что позволяет снизить их зависимость от внешних факторов, таких как необходимость в посещении врачами-консультантами из других стран. Осуществляется разработка местных структур по подготовке медицинских кадров, с учетом культуральных особенностей адаптируются диагностические методики, обеспечивается контроль и поддержка, налаживается взаимодействие между отдельными странами, в том числе с использованием таких технологических новшеств, как телемедицина.

В недавнем докладе PIMHnet приводятся выводы, что «реализованный проект оказался весьма успешным, а отдельные меры эффективно реализуются на практике. Учитывая ограниченный период времени и большое количество стран-участников, это можно признать значительным достижением» (21).

ВЫВОДЫ

К проблемам, связанным с охраной психического здоровья в странах тихоокеанского региона, можно отнести недостаточную подготовку медицинских кадров, а также недостаточную просвещенность и предвзятое отношение населения. Помимо этого, существуют трудности в материальном обеспечении психиатрических учреждений, развитии приоритетных служб. Все это влияет на необходимость разработки государственных программ и практических планов по их реализации.

Основные выводы, извлеченные из опыта организации психиатрической службы стран региона, включают:

- Необходимость разработки национальных программ оказания психиатрической помощи пациентам в амбулаторных условиях и планов по их практической реализации.
- Просвещение местного населения относительно психических заболеваний, меры помощи членам семей пациентов.
- Обучение врачей общего профиля методам диагностики и лечения психических расстройств.
- Обеспечение возможности оказания консультативной работы приглашенными психиатрами в качестве помощи местным врачам общего профиля.
- Привлечение к оказанию психиатрической помощи народных целителей и членов семей пациентов.
- Стимулирование развития психиатрической службы.

Данные меры должны реализовываться на основе взаимодействия со специалистами на местах, необходимо также широкое привлечение к данной проблеме населения. Лишь такой подход позволит странам тихо-

океанского региона создать систему оказания психиатрической помощи, адекватную их потребностям и культуральным особенностям. Перечисленные меры имеют решающее значение в достижении целей PIMHnet.

Для Австралии и Новой Зеландии основные выводы относятся к признанию необходимости развития амбулаторной психиатрической службы в долгосрочной перспективе:

- Длительный поэтапный процесс для достижения успеха в течение ближайших десятилетий.
- Поддержка обеими политическими партиями программы в области охраны психического здоровья и обеспечение стабильной бюджетной поддержки.
- Четкое планирование при распределении финансирования с указанием конкретных задач для отдельных учреждений.
- Прозрачность этого процесса для внешних наблюдателей.
- Привлечение самих пациентов, членов их семей и иных лиц.
- Приверженность партнерскому подходу при оказании помощи.
- Понимание общественных процессов.
- Полипрофессиональный подход с созданием широкой коалиции, включающей пациентов, членов их семей, врачей и социальных работников, понимание первостепенного значения потребностей самих пациентов и их окружения.
- Контроль за расходованием средств и взвешенная политика руководства.
- Сохранение расходов на охрану психического здоровья (защита активов).
- Внедрение инноваций, подготовка квалифицированного персонала.
- Разработка четких методов взаимодействия между различными участниками процесса.
- Повышенное внимание к практической реализации проектов, возможность своевременного принятия необходимых изменений.

Литература:

1. Hanlon C, Wondimageon D, Alem A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa. *World Psychiatry* 2010;9: 185-9.
2. Semrau M, Barley EA, Law A et al. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry* 2011; 10:217-25.
3. Drake RE, Latimer E. Lessons learned in developing community mental health care in North America. *World Psychiatry* 2012;11:47-51.
4. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008;7: 129-30.
5. Maj M. Report on the implementation of the WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2011;10:161-4.
6. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:67-77.
7. Australian Bureau of Statistics. National survey of mental health and wellbeing. Canberra: Australian Bureau of Statistics, 2007.
8. Oakley-Browne MA, Wells JE, Scott KM. Te Rau Hinengaro: the New Zealand mental health survey. Wellington: Ministry of Health of New Zealand, 2006.
9. Australian Institute of Health and Welfare. Mental health services in Australia 2006-07. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2009.
10. Hughes FA, Finlayson MP, Firkin PF et al. Situational analysis of mental health needs and resources in Pacific Island countries. Geneva: World Health Organization, 2005.
11. Department of Health and Aging of Australia. National mental health report 2007: summary of twelve years of reform in Australia's mental health services under the National Mental Health Strategy 1993-2005. Canberra: Commonwealth of Australia, 2007.
12. Ministry of Health of New Zealand. Te Tahuu – Improving mental health 2005-2015. The second New Zealand mental health and addiction plan. Wellington: Ministry of Health of New Zealand, 2005.
13. Mental Health Commission. Blueprint for mental health services in New Zealand. Wellington: Mental Health Commission, 1998.
14. Ministry of Health of New Zealand. Health and disability service standards. Wellington: Ministry of Health of New Zealand, 2008.
15. Ministry of Health of New Zealand. Te Puawaiwhero: the second Maori mental health and addiction national strategic framework 2008-2015. Wellington: Ministry of Health of New Zealand, 2008.
16. Ministry of Health of New Zealand. National mental health information strategy 2005-2010. Wellington: Ministry of Health of New Zealand, 2005.
17. Mental Health Commission. Report on progress 2004/2005. Wellington: New Zealand, 2006.
18. Mental Health Council of Australia. Not for service: experiences of injustice and despair in mental health care in Australia. Canberra: Mental Health Council of Australia, 2005.
19. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B et al. World mental health: problems and priorities in low-income countries. New York: Oxford University Press, 1995.
20. Rosen A, Gurr R, Fanning P. The future of community-centred health services in Australia: lessons from the mental health sector. *Aust Health Rev* 2010;34:106-15.
21. Heywood DA. Review of New Zealand's development assistance to the World Health Organization (WHO) Pacific Islands Mental Health Network (PIMHnet) 2005-2008. Geneva: World Health Organization, 2009.