

Глобальные приоритеты гражданского общества в отношении охраны психического здоровья: результаты опроса, проведенного в 53 странах

Перевод: Алфимов П.В.

Психические расстройства составляют 13% глобального бремени болезней. Одно только большое депрессивное расстройство займет значительную часть этого бремени уже в 2030 г. [1]. Среди людей с психическими расстройствами ожидаемая продолжительность жизни на 15-20 лет меньше, чем в общей популяции [2]. По прогнозам, психические расстройства к 2030 г. будут отвечать за треть из 47 триллионов долларов убытков, связанных со всеми неинфекционными заболеваниями [3]. Они также вносят существенный вклад в политические издержки - психические расстройства влияют на достижение Целей развития в новом тысячелетии [4].

Оказание помощи людям с психическими расстройствами имеет недостаточные объем, охват и эффективность [5], что особенно заметно в развивающихся странах [6]. Большинство стран выделяют менее 2% своих бюджетов здравоохранения на охрану психического здоровья [7]. Это различие между потребностью здравоохранения (13%) и распределения ресурсов (2%) известно, как «разрыв в лечении» (treatment gap) [8].

Один из подходов к сокращению этого разрыва лежит в области глобальной политики. Всемирная федерация психического здоровья (World Federation for Mental Health, WFMH) в стратегическом союзе с Движением за глобальное психическое здоровье (Movement for Global Mental Health) запустили инициативу «Мощный толчок для психического здоровья» (Great Push for Mental Health). Цель этой кампании заключается в выяснении того, какие направления в сфере оказания услуг являются приоритетными с точки зрения людей, которые имеют личную или профессиональную заинтересованность в области психического здоровья. С июня по ноябрь 2012 года мы опросили 473 членов WFMH (организаций и физических лиц), чтобы установить приоритеты в сфере охраны психического здоровья среди ключевых заинтересованных участников гражданского общества, в частности потребителей медицинских услуг, членов их семей и профессионалов. Опросник включал сведения об общих и специфических приоритетах развития отрасли, характеристики надлежащих психиатрических услуг, а также показатели прогресса в области охраны психического здоровья, предоставленные экспертной группой Lancet Global Mental Health Group [9]. Пункты опросника были ранжированы по важности, выделены четыре главных приоритета в каждой группе вопросов. Организации были сгруппированы по группам низкого, среднего и высокого достатка по классификации Атласа Всемирного банка.

Ответы были получены от 96 организаций (20%), представляющих 15 стран с низким уровнем доходов (16%), 28 стран со средним доходом (29%), 43 страны с высоким уровнем доходов (45%) и 10 стран со смешанным доходом (10%). Пятьдесят девять (62%) опрошенных представляли потребителей услуг (от 3 до 250 000 человек, всего 589 900 человек), 49 (51%) представляли членов семей душевнобольных (от 1 до 400 000, всего 530 916 человек), 50 (52%) опрошенных представляли специалистов в области психического здоровья (от 2 до 25 000 человек, всего 55 411 человек), 23 (24%) опрошенных представляли группы организаций по охране

психического здоровья (от 1 до 283 групп, всего 519 групп). Шестьдесят опрошенных организаций (63%) предоставляют услуги в области психического здоровья в общей сложности 681 761 пациенту (от 10 до 350 000 человек), 92 опрошенные организации (96%) считают своей задачей оказать влияние на национальную политику в области психического здоровья.

Респонденты представляли 53 страны: Афганистан (n=52), Албания (n=52), Аргентина, Австралия (n=54), Австрия (n=53), Бангладеш, Босния и Герцеговина, Бразилия (n=52), Бурунди, Камбоджа, Канада (n=53), Кабо-Верде, Китай, Острова Кука, Демократическая Республика Конго, Англия/Великобритания (n=52), Эфиопия, Фиджи, Франция, Гана (n=52), Гибралтар, Греция (n=54), Гаити, Гонконг, Венгрия, Индия (n=54), Ирландия, Италия, Кот-д'Ивуар, Кения (n=54), Ливан, Люксембург, Мадагаскар, Малави, Малайзия (n=52), Мальта (n=52), Мексика (n=53), Непал (n=56), Нидерланды, Новая Зеландия (n=52), Нигерия (n=52), Перу, Португалия (n=52), Руанда (n=52), Словения, Сомали, Южная Африка (n=53), Испания, Южный Судан, Свазиленд, Танзания, Уругвай и США (n=512).

Логистическая регрессия по группе уровня доходов показала, что частота ответа от 257 организациях с высоким уровнем дохода (17%) была значительно ниже ($\beta=0,583$, $p<0,001$), чем частота ответа от 38 организаций с низким уровнем дохода (39%) и 16 междунациональных организаций (63%), при этом не было различий по частоте ответа со 162 организациями со средним уровнем дохода (17%).

Достигнут консенсус по всем 11 общим приоритетам охраны психического здоровья. Наибольший рейтинг получили следующие общие приоритеты: «национальная политика или стратегия в области психического здоровья» (№ 1), «продвижение кампаний по ликвидации стигмы и дискриминации» (№ 2), «развитие и обеспечение доступности психосоциальных методов лечения, направленных на функциональное восстановление и, по возможности, возврат к трудовой деятельности» (№ 3) и «содействие переходу от психиатрических больниц к оказанию помощи с опорой на сообщество» (№ 4).

Между всеми группами уровня доходов достигнут консенсус по 14 из 18 специфических приоритетам. Четыре специфических приоритета («ВИЧ/СПИД», «антропогенные катастрофы, включая войны, геноцид и боевой стресс», «стихийные бедствия» и «тропические болезни») получили наибольший рейтинг в странах с низким уровнем дохода и наименьший рейтинг в странах с высоким уровнем дохода. Во всех группах по уровню дохода участники соглашались, что наиболее важным приоритетом является «обеспечение доступности помощи психически больным с опорой на сообщество».

Достигнут консенсус по всем 11 характеристикам надлежащей психиатрической помощи с опорой на сообщество. Наибольший рейтинг получила характеристика «разработка эффективной программы, направленной на защиту прав пациентов и исследования в сфере профилактики психических заболеваний и инвалидности, а также на продвижение служб психического здоровья».

Достигнут консенсус по всем показателям развития, кроме двух («доля недобровольных госпитализаций» и «доля психиатров»). Наибольший рейтинг получили показатели «специальный бюджет, выделенный на нужды служб психического здоровья в рамках общих медицинских затрат» (№ 1), «наличие официальной политики, программ или планов в области психического здоровья, в том числе в области детского и подросткового психического здоровья» (№ 2), «доля охраны психического здоровья в общей сумме медицинских затрат в контексте помощи с опорой на сообщество, включая услуги в первичной и общей медицинской сети» (№ 3).

Респондентам было предложено указать разумную долю (в процентах) бюджета здравоохранения, который, по их мнению, следует тратить на охрану психического здоровья. Был достигнут консенсус во всех группах по уровню дохода – респонденты считают, что в среднем 10% от бюджета здравоохранения должно выделяться на охрану психического здоровья. Другие статьи расхода, на которые обращали внимания респонденты, включали электронные технологии в здравоохранении, клиент-ориентированные услуги и вовлечение в разработку политик в сфере охраны здоровья самих потребителей услуг.

Наконец, с точки зрения «польза-стоимость» были оценены профессиональные группы, участвующие в сфере охраны психического здоровья. По этим показателям не обнаружено различий между группами уровня дохода. Получены следующие результаты (в порядке убывания соотношения «польза/стоимость»): психиатрические медсестры, психиатры, врачи общей практики, социальные работники, работники в области общественного здравоохранения, психологи, члены групп поддержки пациентов, медицинские сестры общей практики.

Итак, результаты этого исследования, проведенного в 53 странах, предполагают, что среди организаций, занятых в сфере психического здоровья, есть консенсус в отношении надлежащей структуры служб психического здоровья. Участники опроса считают, что психиатрическая служба должна в большей степени быть ориентирована на сообщество, а не на госпитальное звено, а также что на всех уровнях (первичном и вторичном) должны быть доступны как психосоциальные, так и фармакологические методы лечения, которые бы предоставлялись персоналом с надлежащей квалификацией.

Важнейшим приоритетом является наличие национальной политики в сфере охраны психического здоровья. Из 15 стран в Восточной и Юго-Восточной Азии в 14 странах (93 %) существует такая национальная политика; в 10 странах (67%) существует соответствующее законодательство [10]. Из 53 европейских стран в 44 странах (83%) существует национальная политика, а 50 стран (95%) имеют соответствующее законодательство [11]. Из 34 стран Латинской Америки в 24 странах (70%) существует национальная политика, и лишь в 3 странах (10%) – соответствующее законодательство [12].

Во всех странах респонденты в целом поддерживают лечение с опорой на сообщество. Тем не менее, отметив недавний опыт Китая, который показывает, что сокращение госпитальных расходов не всегда приводит к желаемым результатам [13]. Проблемы, выявленные в африканских странах, включают: отсутствие консенсуса в отношении приоритетов между сторонами, слабая вовлеченность сообществ в лечебном процессе, ненадежность волонтеров [14].

Почти все участники опроса подчеркивают важность помощи с опорой на сообщество и вклад потребителей услуг в разработку новых политик в сфере психического здоровья. В англоговорящих странах с высоким уровнем дохода это отражено в переориентации пси-

хиатрии в направлении концепции recovery (функционального восстановления) [15]. В недавнем систематическом обзоре выделены ключевые процессы recovery: социальная интеграция, надежда и оптимизм, направленный в будущее, идентичность, смысл жизни и ощущение своей компетентности [16]. Важно отметить, что эти данные основаны на исследованиях, проведенных в англоговорящих странах [17]. Еще предстоит выяснить, что представляет собой конструкт recovery в других странах [18].

Глобальный консенсус в отношении затрат на охрану психического здоровья, составляет 10% от национального бюджета здравоохранения. Перераспределение государственных ресурсов с учетом бремени болезней, определено, расширит масштаб психиатрической помощи [9]. Особенно остро этот вопрос стоит в странах с низким и средним уровнями дохода [19]. Финансовые ресурсы, требуемые для расширения охвата психиатрической помощью, невелики: всего 2 долл. США на человека в странах с низким уровнем дохода и 3-4 долл. США в странах со средним уровнем дохода [20]. Результаты исследования были переданы для рассмотрения во Всемирную организацию здравоохранения, а также включены авторами в документ People's Charter for Mental Health (Народная хартия о психическом здоровье).

**John Copeland¹, Graham Thornicroft²,
Victoria Bird², John Bowis¹, Mike Slade²**

¹World Federation for Mental Health: Great Push for Mental Health, P.O. Box 807, Occoquan, VA 22125, USA and Division of Psychiatry, University of Liverpool, UK (Великобритания);

²King's College London, Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, Denmark Hill, London SE5 8AF, UK (Великобритания).

Благодарность

Авторы благодарят Deborah Maguire за неоценимую помощь в сборе материала.

Библиография

1. Hock RS, Or F, Kolappa K et al. A new resolution for global mental health. *Lancet* 2012;379:1367-8.
2. Thornicroft G. Premature death among people with mental illness. *BMJ* 2013;346:f2969.
3. Bloom DE, Cafiero ET, Jane-Llopis E et al. The global economic burden of non-communicable diseases. Geneva: World Economic Forum, 2011.
4. Miranda JJ, Patel V. Achieving the Millennium Development Goals: does mental health play a role? *PLoS Med* 2005;2:e291.
5. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP): scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: World Health Organization, 2008.
6. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291:2581-90.
7. Saxena S. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) 4th meeting summary report. Geneva: World Health Organization, 2012.
8. Thornicroft G. Most people with mental illness are not treated. *Lancet* 2007;370:807-8.
9. Chisholm D, Flisher AJ, Lund C et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet* 2007;370:1241-52.
10. Ito H, Setoya Y, Suzuki Y. Lessons learned in developing community mental health care in East and South East Asia. *World Psychiatry* 2012;11:186-90.
11. Semrau M, Barley EA, Law A et al. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry* 2011;10:217-25.

12. Razzouk D, Gregorio G, Antunes R et al. Lessons learned in developing community mental health care in Latin American and Caribbean countries. *World Psychiatry* 2012;11:191-5.
13. Liu J, Ma H, He YL et al. Mental health system in China: history, recent service reform and future challenges. *World Psychiatry* 2011;10:210-6.
14. Hanlon C, Wondimagegn D, Alem A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa. *World Psychiatry* 2010;9:185-9.
15. Bellack A, Drapalski A. Issues and developments on the consumer recovery construct. *World Psychiatry* 2012;11:156-60.
16. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C et al. A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011;199:445-52.
17. Slade M, Leamy M, Bacon F et al. International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2012;21:353-64.
18. Slade M, Amering M, Farkas M et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* 2014;13:12-20.
19. Eaton J, McCay L, Semrau M et al. Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2011; 378:1592-603.
20. Lund C, Chisholm D, Saxena S. The cost of scaling up mental health care in low- and middle-income countries. *S Afr J Psychiatry* 2008;14:106.

DOI 10.1002/wps.20133