



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Руководство по осуществлению mhGAP



Программа действий
по ликвидации пробелов
в области психического здоровья



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Руководство по осуществлению mhGAP



Программа действий
по ликвидации пробелов
в области психического здоровья

Оригинал «mhGAP operations manual» опубликован на английском языке штаб-квартирой Всемирной организации здравоохранения в Женеве в 2018 г.

ISBN 9789-2890-53907

© Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, 2018 г.

Некоторые права защищены. Данная работа распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO); <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

По условиям данной лицензии разрешается копирование, распространение и адаптация работы в некоммерческих целях при условии надлежащего цитирования по указанному ниже образцу. В случае какого-либо использования этой работы не должно подразумеваться, что ВОЗ одобряет какую-либо организацию, товар или услугу. Использование эмблемы ВОЗ не разрешается. Результат адаптации работы должен распространяться на условиях такой же или аналогичной лицензии Creative Commons. Переводы настоящего материала на другие языки должны сопровождаться следующим предупреждением и библиографической ссылкой: «Данный перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), и ВОЗ не несет ответственность за его содержание или точность. Аутентичным и подлинным изданием является оригинальное издание на английском языке».

Любое урегулирование споров, возникающих в связи с указанной лицензией, проводится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности.

Пример оформления библиографической ссылки для цитирования: «Руководство по осуществлению mhGAP: программа действий по ликвидации пробелов в области психического здоровья (mhGAP)». Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро; 2018 г. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris/>.

Приобретение, вопросы авторских прав и лицензирование. Для приобретения публикаций ВОЗ перейдите по ссылке: <http://apps.who.int/bookorders>. Чтобы направить запрос для получения разрешения на коммерческое использование или задать вопрос об авторских правах и лицензировании, перейдите по ссылке: <http://www.who.int/about/licensing/>.

Материалы третьих лиц. Если вы хотите использовать содержащиеся в данной работе материалы, правообладателем которых является третье лицо, вам надлежит самостоятельно выяснить, требуется ли для этого разрешение правообладателя, и при необходимости получить у него такое разрешение. Риски возникновения претензий вследствие нарушения авторских прав третьих лиц, чьи материалы содержатся в настоящей работе, несет исключительно пользователь.

Общие оговорки об ограничении ответственности. Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения ВОЗ относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции отдельных изготовителей, патентованной или нет, не означает, что ВОЗ поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. ВОЗ ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	iv
Выражение признательности	vi
Сокращения и акронимы	ix
Введение и цели	x
1. ПЛАНИРОВАНИЕ	1
1.1 Соберите группу по осуществлению mhGAP	4
1.2 Проведите ситуационный анализ	7
1.3 Разработайте план и бюджет осуществления mhGAP	10
1.4 Выступите в защиту психического здоровья	13
2. ПОДГОТОВКА	16
2.1 Адаптируйте составные части комплекта документов по mhGAP	19
2.2 Обучите кадры программе mhGAP	22
2.3 Подготовьтесь к клинической и административной супервизии	26
2.4 Согласуйте протоколы лечения	30
2.5 Расширьте доступ к психотропным лекарственным средствам	34
2.6 Расширьте доступ к психологическим вмешательствам	37
3. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ	41
3.1 Оказывайте услуги на уровне учреждений	44
3.2 Обеспечивайте лечение и уход на уровне местного сообщества	48
3.3 Информировать о психических и неврологических расстройствах и расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, а также о доступных услугах	51
3.4 Поддерживайте осуществление программ профилактики и укрепления здоровья	54
4. Механизм мониторинга и оценки осуществления mhGAP	57
5. Интеграция с программами и услугами для особых ситуаций и групп населения	61
5.1 Чрезвычайные гуманитарные ситуации	62
5.2 Охрана материнства и детства	66
5.3 Включение программы mhGAP в лечение хронических заболеваний	69
Библиография	74
Приложения	78
A.1 Перечень индикаторов осуществления mhGAP	78
A.2 Примеры заинтересованных сторон, принимающих участие в осуществлении mhGAP	80
A.3 Методики mhGAP по проведению ситуационного анализа	81
A.4 План осуществления mhGAP	89
A.5 Типовой пример адаптации руководства mhGAP-IG версии 2.0	90
A.6 Предлагаемый график обучения	91
A.7 Вмешательства при основных расстройствах ПНВ согласно руководству mhGAP-IG версии 2.0	93
A.8 Формы для неспециализированных поставщиков медицинских услуг по программе mhGAP	98

ПРЕДИСЛОВИЕ

Во всем мире психические и неврологические расстройства, а также расстройства, связанные с употреблением наркотиков и других веществ (ПНВ), формируют крайне тяжелое бремя болезней, которые приводят к преждевременной смертности, негативно влияют на функционирование людей и качество их жизни. По оценкам, на расстройства ПНВ приходится 9,5% потерянных лет жизни с поправкой на инвалидность и 28,4% лет жизни с инвалидностью. При отсутствии лечения расстройства ПНВ могут приводить к ухудшению исхода обычных сопутствующих заболеваний, таких как туберкулез и сердечно-сосудистые заболевания. Тем не менее психическим и соматическим патологиям уделяется различная степень внимания.

Кроме того, люди с расстройствами ПНВ и их семьи страдают от стигматизации, которая снижает уровень социальной интеграции, ограничивает возможности трудоустройства и препятствует получению помощи. Несмотря на огромное социальное бремя ПНВ, страны не готовы к решению этой проблемы и зачастую игнорируют ее существование.

Ресурсы для создания и поддержки служб психолого-психиатрической помощи в странах с низким и средним уровнем дохода (СНСУД) ограничены. Дефицит и неравномерное распределение услуг означают, что 76–85% людей с расстройствами ПНВ не получают необходимого им лечения; во многих СНСУД подобный разрыв между потребностью в лечении и возможностью его получения превышает 90%. Значительный разрыв негативно влияет не только на людей с расстройствами ПНВ и их семьи, но и на экономическое развитие – посредством снижения производительности труда, низкого уровня участия в трудовой деятельности и повышения расходов на здравоохранение и социальное обеспечение. Согласно оценкам, по причине не вылеченных расстройств ПНВ ежегодно утрачивается более 10 млрд рабочих дней, что соответствует 1 трлн долл. США в год.

Обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения, доступа к качественным услугам и защиты от финансовых рисков для всех составляет задачу 3.8 целей в области устойчивого развития (ЦУР). Для того чтобы добиться выполнения этой задачи по всему миру, профилактика, лечение и уход при расстройствах ПНВ должны быть включены в состав физически и финансово доступных, эффективных услуг, предоставляемых с соблюдением прав и уважением достоинства каждого человека. Целью Комплексного плана действий в области психического здоровья ВОЗ на 2013–2020 гг. является всеобщий охват расстройств ПНВ посредством предоставления основанных на фактических данных, комплексных и гибких психолого-психиатрических и социальных услуг на уровне местных сообществ. Программа действий ВОЗ по ликвидации пробелов в области психического здоровья (mhGAP) была создана для достижения целей Плана действий и устранения значительных пробелов при оказании психолого-психиатрической помощи. При надлежащей реализации описанные в mhGAP меры представляют собой наиболее выгодные вмешательства для любой страны, обеспечивающие значительную отдачу с точки зрения здоровья и экономической выгоды.

Задача данного руководства по осуществлению mhGAP заключается в оказании поддержки руководителям районных управлений здравоохранения и другим лицам, ответственным за объединение услуг по охране психического и физического здоровья. В настоящем руководстве подчеркивается важность укрепления систем здравоохранения и кадрового потенциала. Руководство предоставляет практические инструкции по осуществлению mhGAP и включает в себя способы преодоления препятствий, с которыми сталкиваются руководители в сфере общественного здравоохранения, в форме практических советов, опыта осуществления проектов с использованием mhGAP и гибких методик реализации программы. Данное руководство представляет собой неотъемлемую часть комплекта документов по mhGAP.

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Идея и концепция

Руководство по осуществлению mhGAP было подготовлено в соответствии с концепцией и под общим руководством Shekhar Saxena и Tarun Dua, Департамент по вопросам психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами.

Координация проекта и редакция

Разработку руководства по осуществлению mhGAP, включая написание текстов и редактуру, координировали Tarun Dua, Fahmy Hanna, Meredith Fendt-Newlin, Neerja Chowdhary, Zeinab Hijazi и Allie Sharma.

Техническая поддержка и рецензирование

Ценные материалы, помощь и советы были получены от технических сотрудников штаб-квартиры, региональных бюро и страновых офисов ВОЗ, а также от многих международных экспертов и технических рецензентов. Они внесли неоценимый вклад в подготовку руководства по осуществлению mhGAP.

Штаб-квартира ВОЗ

В штаб-квартире ВОЗ техническое руководство и поддержку проекта осуществляла группа штатных сотрудников, консультантов и стажеров. От Департамента по вопросам психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами: Kenneth Carswell, Peter Deli, Capucine de Fouchier, Alexandra Fleischmann, Brandon Gray, Joseph Heng, Edith van't Hof, Aiysha Malik, Sarah Frances Michael, Katrin Seeher, Chiara Servili и Mark van Ommeren. Им помогали: Faten Ben Abdelaziz, Департамент предупреждения неинфекционных заболеваний; Maurice Bucagu и Gilles Landrivon, Департамент здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков; Katthyana Aparicio, Sun Mean Kim, Julie Storr и Shams Syed, Департамент предоставления услуг и обеспечения их безопасности; Ahmet Metin Gulmezoglu, Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований.

Региональные бюро и страновые офисы ВОЗ

Основные соавторы из региональных бюро и страновых офисов ВОЗ, которые осуществляли рецензирование руководства и вносили ценные замечания: Nazneen Anwar, Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии; Florence Vaingana, страновой офис ВОЗ, Сьерра-Леоне; Daniel Chisholm, Европейское региональное бюро; Alisa Ladyk-Bryzgalova, страновой офис ВОЗ, Украина; Manuel de Lara, страновой офис ВОЗ, Турция; Devora Kestel, Региональное бюро для стран Америки; Custodia Mandlhate, страновой офис ВОЗ, Замбия; Kedar Marahatta, страновой офис ВОЗ, Непал; Sebastiana Da Gama Nkomo, Региональное бюро для стран Африки; Khalid Saeed, Региональное бюро для стран Восточного Средиземноморья; Yutaro Setoya, страновой офис ВОЗ, Тонга; Martin Vandendyck, Региональное бюро для стран западной части Тихого океана; Joseph Mogga, страновой офис ВОЗ, Южный Судан; Eyad Yanes, страновой офис ВОЗ, Сирийская Арабская Республика.

Эксперты-рецензенты

ВОЗ благодарит за экспертную оценку и технический вклад в разработку руководства по осуществлению mhGAP следующих специалистов:

Corrado Barbui (Сотрудничающий центр ВОЗ по исследованиям и обучению в области психического здоровья, Университет Вероны, Италия); Thomas Barrett (Денверский университет, США); Boris Bodusan (консультирующий психиатр, Хорватия); Walter Carew (Коалиция психического здоровья, Сьерра-Леоне); Rabih El Chammay (Министерство здравоохранения, Ливан); Sudipto Chatterjee (фонд Parivartan, Индия); Dixon Chibanda (проект Friendship Bench, Университет Зимбабве, Зимбабве); Terver Chieshe (психиатр, Нигерия); Christopher Dowrick (Ливерпульский университет и Всемирная организация семейных врачей в поддержку психического здоровья [WONCA], Соединенное Королевство); Frederique Drogoul («Врачи без границ», Франция); Mohamed Elshazly (Верховный комиссар Организации Объединенных Наций по делам беженцев, Ирак); Oye Gureje (Сотрудничающий центр ВОЗ по психическому здоровью, нейронауке и проблеме злоупотребления психоактивными веществами, Департамент психиатрии, Нигерия); Sarah Harrison (Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, Справочный центр психосоциальной поддержки, Дания); Helen Herrman (Всемирная психиатрическая ассоциация и Центр психического здоровья молодежи, Мельбурнский университет, Австралия); Simone Honikman (Проект по охране психического здоровья в перинатальном периоде, Кейптаунский университет, ЮАР); Peter Hughes (Институт психиатрии, психологии и нейронауки при Лондонском королевском колледже, Соединенное Королевство); Rathanasabapathipillai Kesavan (Министерство здравоохранения, Шри-Ланка); Markus Kösters (факультет психиатрии II, Ульмский университет, Германия); Itzhak Levav (Министерство здравоохранения, Израиль); Molly Levine (социальное предприятие StrongMinds, Уганда); Antonio Lora (Департамент психического здоровья, регион Ломбардия, Италия); Pallab Maulik (Институт Джорджа, Индия); Anita Marini (некоммерческая организация Cittadinanza, Италия); Farooq Naeem (факультет психиатрии, Университет Торонто, Канада); Vikram Patel (факультет глобального здравоохранения и социальной медицины, Гарвардская медицинская школа, США); Istvan Patkai (консультант-психолог, Южный Судан); Atif Rahman (Ливерпульский университет, Соединенное Королевство); Salifu Samura (Коалиция психического здоровья, Сьерра-Леоне); Benedetto Saraceno (Лиссабонский институт всемирного психического здоровья, Португалия); Claudius Sawyer (Коалиция психического здоровья, Сьерра-Леоне); Nathalie Severy («Врачи без границ», Бельгия); Allison Shaffer (организация World Vision International, Кения); Jessica Spagnolo (Монреальский университет, Канада); Joshua Ssebunnya (факультет психического здоровья и общественной психологии, УниверситетMakerere, Уганда); Dan Stein (факультет психиатрии и психического здоровья, Кейптаунский университет, ЮАР); Charlene Sunkel (Федерация психического здоровья ЮАР, ЮАР); Graham Thornicroft (Институт психиатрии, психологии и нейронауки при Лондонском королевском колледже, Соединенное Королевство); Mark Tomlinson (факультет психологии, Стелленбосский университет, ЮАР); Chris Underhill (международная организация развития BasicNeeds, Соединенное Королевство); и Pieter Ventevogel (Верховный комиссар Организации Объединенных Наций по делам беженцев, Швейцария).

Особую благодарность за значительный вклад выражаем следующим организациям и лицам

Группа Программы повышения качества психолого-психиатрической помощи (PRIME); объединение научно-исследовательских институтов и министерств здравоохранения пяти стран Азии и Африки (Индия, Непал, Уганда, Эфиопия и ЮАР) при финансовой поддержке Департамента международного развития (DFID) и участии партнеров из Соединенного Королевства и ВОЗ; Crick Lund (Институт психиатрии, психологии и нейронауки при Лондонском королевском колледже, Соединенное Королевство, и Центр общественного психического здоровья имени Алана Дж. Флишера, Кейптаунский университет, ЮАР); Charlotte Hanlon и Abebaw Fekadu (факультет психиатрии, Аддис-Абебский университет, Эфиопия); Erica Breuer (Центр общественного психического здоровья имени Алана Дж. Флишера, Кейптаунский университет, ЮАР); Rahul Shidhaye (Индийский фонд общественного здравоохранения, Индия); Mark Jordans (организации War Child Holland и TPO Nepal); Inge Petersen (Университет Квазулу-Наталь, ЮАР); и Fred Kigozi (Национальный лечебно-диагностический центр Butabika, Уганда). Ashley Leichner и Inka Weissbecker (Международная медицинская служба Армии США). Группа экспертов организации CBM International; Julian Eaton (организация CBM International и Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство); Emeka Nwefoh (CBM International, Нигерия); Uche Onukogu (организация Mental Health Scale Up, Нигерия; организация CBM International, Нигерия); Joshua Abioseh Duncan (организация Building Back Better, организация CBM International и Коалиция психического здоровья, Сьерра-Леоне); Carmen Valle (CBM International, Таиланд); Dinah Nadera (Открытый университет Филиппинского университета, Филиппины).

Административная поддержка

Мы признательны Caroline Herment, Grazia Motturi и Cecilia Ophelia Riano за поддержку, оказанную в ходе подготовки и публикации руководства по осуществлению mhGAP.

Выпускающий отдел

Мы благодарим группу сотрудников, ответственную за различные аспекты выпуска руководства по осуществлению mhGAP.

Графический дизайн и верстка: Irene Lengui, L'IV Com Sàrl, Виллар-су-Йен, Швейцария.

Финансовая поддержка

Финансовый вклад в разработку и выпуск руководства по осуществлению mhGAP внесли следующие организации: Autism Speaks, США; CBM International; Fountain House Inc.; правительство Японии; правительство Республики Корея; правительство Швейцарии; Национальный институт психического здоровья, США; Департамент международного развития Соединенного Королевства (DFID).

СОКРАЩЕНИЯ И АКРОНИМЫ

АФПЗ	Африканский фонд психического здоровья
КПТ	Когнитивно-поведенческая психотерапия
ОМР	Общинный медицинский работник
e-mhGAP	Приложение «Руководство mhGAP по принятию мер в отношении психических и неврологических расстройств», версия 2.0
ИПТ	Интерперсональная психотерапия
СНСУД	Страны с низким и средним уровнем дохода
ОМД	Охрана материнства и детства
mhGAP	Программа действий по ликвидации пробелов в области психического здоровья
mhGAP-IG	Руководство mhGAP по принятию мер в отношении психических и неврологических расстройств
ПНВ	Психические и неврологические расстройства и расстройства, связанные с употреблением наркотиков и других веществ
МиО	Мониторинг и оценка
НИЗ	Неинфекционное заболевание
НПО	Неправительственная организация
ППП	Первая психологическая помощь
УП+	«Управление проблемами плюс»
PRIME	Программа повышения качества психолого-психиатрической помощи

ВВЕДЕНИЕ И ЦЕЛИ

Расстройства ПНВ широко распространены и составляют около 10% от глобального бремени болезней (1). Люди, страдающие расстройствами ПНВ, имеют значительно более низкую ожидаемую продолжительность жизни, высокий риск преждевременной смерти и возникновения сопутствующих хронических заболеваний (2). При этом оценки бремени болезней не в полной мере учитывают значительные социально-экономические последствия ПНВ для отдельных лиц, семей, местных сообществ и общества в целом.

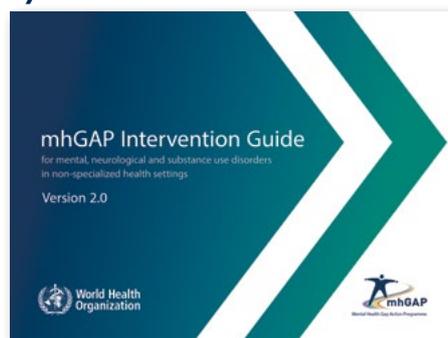
В целом экономический ущерб от расстройств ПНВ, связанный со снижением производительности труда и потребления как на индивидуальном, так и на общественном уровне, оценивается в 1 трлн долл. США в год (3). Люди, страдающие от этих патологий, также сталкиваются со стигматизацией и дискриминацией. Происходят систематические нарушения их основных прав человека – от ограничения возможностей для образования и трудоустройства до насилия и лишения свободы, иногда в лечебных учреждениях (2).

В настоящее время системы здравоохранения, в особенности в СНСУД, не справляются с удовлетворением потребностей обслуживаемого населения в области психического здоровья. Ресурсы, доступные для борьбы с этим тяжелым бременем, недостаточны, неравномерно распределены и неэффективно используются, в результате чего подавляющее большинство людей, страдающих расстройствами ПНВ, не получает никакой помощи (4), несмотря на имеющиеся фактические доказательства эффективности и действенности как психосоциальных, так и фармакологических вмешательств (5).

В мае 2012 г. пятьдесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения обратилась к генеральному директору ВОЗ с призывом подготовить Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг. (6) в целях развития служб психического здоровья и социальной помощи в местных сообществах; включения служб психического здоровья и лечения в систему служб больниц общего профиля; гарантирования непрерывности процесса лечения при переходе от одного поставщика медико-санитарной помощи к другому и с одного уровня системы здравоохранения на другой; обеспечения действенного сотрудничества между формальными и неформальными поставщиками медико-санитарной помощи, а также развития самопомощи, например на основе мобильных технологий здравоохранения. В Плане действий отмечается важная роль, которую играет психическое здоровье при обеспечении здоровья для всех.

Программа действий по ликвидации пробелов в области психического здоровья (mhGAP)

В целях сокращения разрыва между потребностями и возможностями лечения расстройств ПНВ в 2008 г. ВОЗ начала осуществление программы mhGAP (7). Основная задача программы mhGAP – активизация обязательств правительств, международных организаций и других заинтересованных сторон по выделению финансовых и кадровых ресурсов для лечения расстройств ПНВ. mhGAP вносит вклад в достижение целей Комплексного плана действий



в области психического здоровья ВОЗ на 2013–2020 гг. (6) путем расширения масштабов высококачественной, основанной на фактических данных психолого-психиатрической помощи, оказываемой с учетом соблюдения прав человека, уважения равенства и достоинства людей с расстройствами ПНВ. Программа mhGAP также способствует достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения благодаря включению психолого-психиатрической помощи в перечень услуг неспециализированных учреждений здравоохранения.

Базовым документом mhGAP является составленное на основе фактических данных техническое руководство (4), дополненное рядом методик и учебных материалов, позволяющих расширить сферу оказания услуг. Руководство по оказанию помощи в связи с расстройствами ПНВ в неспециализированных учреждениях здравоохранения (руководство mhGAP-IG) (8) служит инструментом для принятия клинических решений при оценке и лечении наиболее серьезных и распространенных расстройств ПНВ (депрессия, психозы, эпилепсия, психические и поведенческие расстройства в детском и подростковом возрасте, деменция, психические расстройства, связанные с употреблением алкоголя и наркотических веществ, самоповреждения и самоубийства). Первая версия руководства mhGAP-IG использовалась более чем в 100 странах мира, была переведена более чем на 20 языков и получила широкое признание со стороны целого ряда заинтересованных сторон, в том числе министерств здравоохранения, научных учреждений, неправительственных организаций (НПО) и других благотворительных фондов и научных работников (9). Выпущенная в 2016 г. вторая редакция руководства mhGAP-IG отражает новые данные, полученные из литературы, обновленных руководств и практического опыта. ВОЗ также подготовила мобильную версию руководства e-mhGAP (см. раздел 3.1) и учебные материалы (см. раздел 2.2).

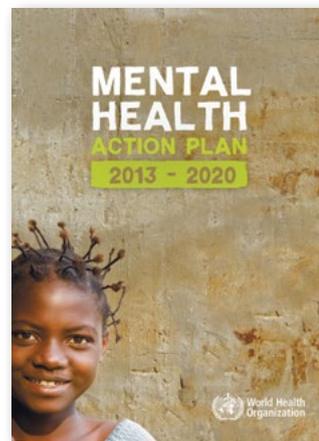
Универсальные принципы осуществления программы mhGAP

Перечисленные в табл. 1 универсальные принципы взяты из Комплексного плана действий в области психического здоровья ВОЗ на 2013–2020 гг. (6) и являются важными аспектами осуществления mhGAP. В более широком смысле они являются основой любых мер, связанных с включением психолого-психиатрической помощи в перечень услуг неспециализированных учреждений здравоохранения.

Для чего необходимо осуществление программы mhGAP?

Одной из важнейших задач ЦУР, принятых Организацией Объединенных Наций, является всеобщий охват услугами здравоохранения – ключевой элемент преобразования системы здравоохранения, которое должно произойти во всем мире к 2030 г. (12). Для государств – членов ВОЗ термин «здоровье» в контексте ВОУЗ означает состояние физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов (13).

Задачи, направленные на достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения, являются неотъемлемой частью ЦУР. Задача ЦУР 3.8 гласит: «Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех».



Существуют и две другие задачи, включающие в себя вопросы психического здоровья.

- Задача 3.4 гласит: «К 2030 г. уменьшить на треть преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний (НИЗ) посредством профилактики и лечения и поддержания психического здоровья и благополучия».
- Задача 3.5 требует «улучшать профилактику и лечение зависимости от психоактивных веществ, в том числе злоупотребления наркотическими средствами и алкоголем».

Всеобщий охват услугами здравоохранения также является одной из трех стратегических приоритетных задач Тринадцатой общей программы работы ВОЗ на 2019–2023 г. (14) наряду с защитой от чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения и улучшением показателей здоровья населения. В программе перечислены необходимые для этого меры, такие как политический диалог, стратегическая и техническая поддержка и оказание услуг.

На фоне увеличения бремени НИЗ, включая расстройства ПНВ, люди по всему миру продолжают сталкиваться со сложным сочетанием взаимосвязанных рисков для их здоровья и благополучия. Более половины мирового населения до сих пор не имеют доступа к услугам здравоохранения вследствие финансовых затруднений (13). Равноправный доступ к качественному лечению, справедливое финансирование и защита прав человека являются важными целями хорошо функционирующей системы здравоохранения, в которой ни один человек, включая людей с расстройствами ПНВ, не остается без внимания (2).

Основой программы mhGAP является подход, ориентированный на нужды людей. Многие системы здравоохранения включают в себя вертикальные программы целевого лечения, зачастую направленные на конкретные заболевания. При таком фрагментарном подходе не учитывается тот факт, что расстройства ПНВ часто встречаются на фоне таких НИЗ, как диабет или сердечно-сосудистые заболевания, а также других хронических заболеваний, таких как ВИЧ/СПИД (15). mhGAP призывает к включению психолого-психиатрической помощи в перечень услуг неспециализированных учреждений здравоохранения и предоставляет необходимые для этого методики и ресурсы.

mhGAP способствует развитию уважения к людям и их достоинству

Во многих странах оказание психолого-психиатрической помощи сосредоточено в городских психиатрических больницах и часто ассоциируется с нарушением прав человека. Люди с расстройствами ПНВ должны иметь доступ к своевременной, высококачественной, основанной на фактических данных медицинской и социальной помощи, которая будет способствовать их выздоровлению, достижению наивысшего возможного уровня здоровья, а также полноценному участию в жизни общества и трудовой деятельности без какой-либо стигматизации и дискриминации (16).

Включение психолого-психиатрической помощи в перечень услуг неспециализированных учреждений здравоохранения помогает свести к минимуму стигматизацию и дискриминацию, а также снижает риск нарушений прав человека, которые часто выявляются в психиатрических больницах. Осуществление mhGAP способствует развитию уважения к людям и их достоинству в соответствии с международными стандартами в области прав человека, включая Конвенцию о правах инвалидов Организации Объединенных Наций (11), в целях поддержки равного достоинства и равных прав уязвимых групп населения. В статье 25 Конвенции утверждается, что инвалиды (включая инвалидов с расстройствами ПНВ) имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации и что государства обеспечивают этим группам населения тот же набор, качество и уровень бесплатных или недорогих услуг и программ по охране

Таблица 1. Универсальные принципы осуществления программы mhGAP

Принцип	Описание
<p>Всеобщий охват услугами здравоохранения</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • При всеобщем охвате услугами здравоохранения все люди и сообщества могут пользоваться необходимыми им информационными, профилактическими, лечебными, реабилитационными и паллиативными медицинскими услугами высокого качества, не испытывая при этом опасности подвергнуться финансовому ущербу. • Любые действия должны приносить пользу всему обществу и не зависеть от возраста, пола, социально-экономического статуса, гражданства, расы, этнического происхождения, религиозных взглядов или сексуальной ориентации. Люди с расстройствами ПНВ должны иметь доступ к основным медицинским и социальным услугам, позволяющим обеспечить максимальный достижимый уровень здоровья.
<p>Права человека</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Люди с расстройствами ПНВ особенно уязвимы с точки зрения нарушения их прав человека (10). • Поставщики медико-санитарной помощи должны способствовать обеспечению прав и соблюдению достоинства людей с расстройствами ПНВ в соответствии с международными стандартами в области прав человека, в том числе Конвенцией Организации Объединенных Наций о правах инвалидов (11) и национальным законодательством об инвалидах (см. также раздел «Основной уход и практика» ниже). • Пособие ВОЗ QualityRights (10) является практическим руководством по повышению качества психолого-психиатрической помощи и соблюдению прав людей с расстройствами ПНВ. В нем излагается основанный на концепции прав человека и ориентированный на выздоровление подход к лечению.
<p>Практика, основанная на фактических данных</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Вмешательства, связанные с профилактикой, лечением и уходом при расстройствах ПНВ, должны быть основаны на научных данных и (или) передовом опыте с учетом конкретных обстоятельств. • Руководящие принципы mhGAP лежат в основе версии 2.0 mhGAP-IG и руководства по осуществлению mhGAP. В них подчеркивается важная роль научных данных и передового опыта в планировании, подготовке и оказании комплексной психолого-психиатрической помощи (5).
<p>Подход, охватывающий все этапы жизни</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Стратегии, планы и услуги в области психического здоровья должны учитывать изменения медицинских и социальных потребностей человека на всех этапах жизненного пути (раннее детство, подростковый возраст, период взрослой жизни и старость). • Подход, охватывающий все этапы жизни, соответствует ЦУР ООН, которые призывают обеспечить здоровую жизнь и благополучие для всех в любом возрасте. • Кроме того, этот подход учитывает важность профилактики и раннего вмешательства.
<p>Межведомственный подход</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Расстройства ПНВ связаны с социальными, экономическими и физическими условиями жизни людей. Всесторонний, скоординированный подход к помощи при ПНВ требует создания межведомственных партнерств с участием многих организаций сферы здравоохранения, образования, социальных и частных услуг. • Осуществление mhGAP не должно приводить к созданию параллельной системы психолого-психиатрической помощи. Для этого необходимо формировать партнерства между департаментами районных органов управления. • Основанный на сотрудничестве подход в местах оказания услуг является важнейшим условием для оценки, диагностики и лечения расстройств ПНВ.
<p>Расширение прав и возможностей людей с расстройствами ПНВ</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Необходимо постоянно расширять права и возможности людей с расстройствами ПНВ и обеспечивать их социальную интеграцию, включая равные права на принятие решений в отношении лечения и услуг без какой-либо дискриминации. • При лечении людей с расстройствами ПНВ в центре внимания должны находиться их интересы, поэтому таких людей необходимо привлекать к разъяснительной работе и принятию решений в отношении политики, планирования, законодательства, оказания услуг, мониторинга, исследований и оценки.

Об этих универсальных принципах необходимо помнить на каждом этапе осуществления mhGAP.

здоровья, что и другим лицам. Программа mhGAP может помочь государствам-членам в выполнении положений этой статьи посредством расширения масштаба основанных на фактических данных и ориентированных на права человека вмешательств в неспециализированных учреждениях здравоохранения по месту жительства.

Инициатива ВОЗ QualityRights описана во вставке 1.

Вставка 1. Инициатива ВОЗ QualityRights

QualityRights – это инициатива ВОЗ по оказанию поддержки странам при проведении оценки, повышении качества лечения и улучшения соблюдения прав человека в психиатрических больницах и учреждениях социальной защиты. Пособие QualityRights (10) может использоваться при осуществлении mhGAP на районном уровне для повышения качества психолого-психиатрической помощи, предоставляемой на всех уровнях (см. раздел 2.4), и защиты прав человека в местных сообществах, где люди рождаются, растут, работают, живут и стареют.

Инициатива ВОЗ QualityRights оказывает странам поддержку в целях внедрения мер политики, стратегий, законов и служб, направленных на:

- наращивание потенциала, необходимого для понимания и отстаивания прав человека и возможностей реабилитации;
- повышение качества лечения и уважения прав человека при оказании психолого-психиатрической и смежной помощи;
- создание ориентированных на выздоровление служб на уровне местного сообщества, действующих в духе уважения и защиты прав человека;
- формирование в гражданском обществе движения, которое будет заниматься информационно-разъяснительной деятельностью и влиять на выработку политики; а также
- реформирование национальной политики и законодательства в соответствии с Конвенцией о правах инвалидов Организации Объединенных Наций и другими международными стандартами в области прав человека.

Методика оценки QualityRights опирается на Конвенцию о правах инвалидов Организации Объединенных Наций (11) и предоставляет местным и государственным учреждениям информацию и указания, относящиеся к соблюдению и защите прав человека. В рамках инициативы QualityRights ВОЗ подготовила комплексный пакет учебных и справочных модулей по наращиванию потенциала в среде практикующих врачей-психиатров, людей с психосоциальными, интеллектуальными и когнитивными нарушениями, получателей психолого-психиатрической помощи, их семей, опекунов и других помощников, НПО и других сторон в целях обеспечения подхода к психическому здоровью, нацеленного на соблюдение прав человека и выздоровление пациента.



Инициатива QualityRights

Цель руководства

Цель данного руководства по осуществлению mhGAP заключается в предоставлении практических пошаговых инструкций руководителям районных управлений здравоохранения и другим лицам, ответственным за объединение услуг по охране психического и физического здоровья. Оно включает в себя инструменты, необходимые для подготовки, осуществления, мониторинга и оценки mhGAP. Руководство поможет руководителям районных управлений здравоохранения:

- осуществить децентрализованное планирование в соответствии с национальными и региональными программами и стратегиями;
- развить навыки по масштабированию услуг в целях покрытия неудовлетворенных потребностей людей с расстройствами ПНВ;
- укрепить существующий ресурсный и кадровый потенциал в целях получения максимально возможной отдачи от комплексного лечения ПНВ;

- обеспечить эффективное оказание психолого-психиатрической помощи в неспециализированных учреждениях здравоохранения; и
- принять участие в деятельности, направленной на укрепление сотрудничества, оценку итоговых результатов и агитацию за включение людей с расстройствами ПНВ во все сферы общественной жизни и повышение качества их жизни в целом.

Операционным уровнем для включения лечения ПНВ в перечень услуг неспециализированных учреждений здравоохранения является район. Понятие района может различаться в разных странах (например, где-то район может называться провинцией или округом) и зависеть от уровня ресурсов (например, в СНСУД). Мы определяем район как единицу административного деления на уровне ниже регионального.

Описанные в настоящем руководстве действия требуют широкого спектра умений, доступ к которым наилучшим образом обеспечивает постоянное сотрудничество заинтересованных сторон на национальном, региональном и районном уровнях, а также сотрудников организаций развития и технических служб, вузов, учреждений первичной, вторичной и третичной медико-санитарной помощи, организаций гражданского общества, национальных и международных организаций, участвующих в программе mhGAP или заинтересованных в ее осуществлении. Эти заинтересованные стороны могут являться членами группы по осуществлению mhGAP (см. раздел 1.1). Приведенная в руководстве информация будет полезна и для них.

Структура руководства

Данное руководство по осуществлению mhGAP представляет собой неотъемлемую часть комплекта документов по mhGAP. Руководителям районных управлений здравоохранения и другим заинтересованным сторонам, занимающимся осуществлением mhGAP, предлагается использовать данное руководство как источник практических указаний. Содержание документа взаимосвязано с модулем «Выполнение Руководства» mhGAP-IG редакции 2.0 (8) и включает в себя три этапа удовлетворения требований и приоритетных нужд руководителей районных управлений здравоохранения на различных стадиях осуществления руководства (см. рис. 1).

- **Планирование** путем оценки систем здравоохранения и организации осуществления mhGAP на районном уровне.
- **Подготовка** к осуществлению mhGAP путем наращивания кадрового потенциала и обеспечения готовности системы здравоохранения к включению психолого-психиатрической помощи в перечень услуг.
- **Предоставление услуг** по интеграции mhGAP в учреждениях и местных сообществах на всех уровнях системы здравоохранения.

В основе этих стадий лежит механизм мониторинга и оценки (МиО), который позволяет измерить прогресс, выявить проблемы, повысить качество оказываемой в районе психолого-психиатрической помощи и усовершенствовать отчетность. В приложении 1 предлагается перечень индикаторов для мероприятий, описанных в руководстве по осуществлению mhGAP.

В руководство также включены указания по интеграции mhGAP в конкретные программы или ситуации. Руководителям районных управлений здравоохранения предлагается практическая информация по применению mhGAP при реагировании на чрезвычайные гуманитарные ситуации, а также по включению mhGAP в существующие программы охраны материнства и детства (ОМД) и его использованию в совокупности с программами ведения хронических заболеваний.

Каждый раздел содержит:

- обзорные сведения, определения терминов и обоснование подхода к осуществлению программы;
- этапы для руководителей районных управлений здравоохранения;
- практические советы;
- предлагаемые индикаторы осуществления mhGAP; и
- уроки, извлеченные из осуществления mhGAP и практического опыта.

Рисунок 1. Осуществление mhGAP





ПЛАНИРОВАНИЕ

1. ПЛАНИРОВАНИЕ

Планирование – это систематическое выявление и конкретизация желаемых целей, соответствующих направлений деятельности и ресурсов, необходимых для достижения этих целей. Укрепление районной психолого-психиатрической помощи представляет собой непрерывный процесс, который включает в себя планирование изменений и улучшений в области оказания психолого-психиатрической помощи.

Ниже приведены примеры возможностей или отправных точек для планирования осуществления mhGAP на районном уровне:

- вклад в достижение ЦУР (12), реализацию Тринадцатой общей программы работы ВОЗ (14) и Комплексного плана действий в области психического здоровья ВОЗ на 2013–2020 гг. (6);
- реализация на районном уровне национальной политики, закона или плана в области психического здоровья;
- интеграция лечения расстройств ПНВ на районном уровне в общую национальную программу здравоохранения или лечения НИЗ;
- переработка существующего плана районных мероприятий после анализа потребностей населения в лечении расстройств ПНВ и оказание более эффективных и действенных услуг – например, введение общинных и децентрализованных услуг, заменяющих лечение в стационаре;
- максимальное использование доступных ресурсов и перераспределение средств пересмотренного районного бюджета сферы здравоохранения в пользу охраны психического здоровья;
- реагирование на новые проблемы здравоохранения, сопровождающиеся известными психическими и психосоциальными последствиями (например, заболевания, вызванные вирусами Зика и Эбола), либо повторное возникновение или всплеск известных проблем здравоохранения (например, туберкулез или ВИЧ/СПИД), которые могут потребовать реорганизации существующих услуг или интеграции лечения ПНВ в программы охраны общественного здоровья; и
- реагирование на наплыв большого количества перемещенных лиц (например, беженцы, лица, ищущие убежища, и внутренне перемещенные лица) с использованием целевого финансирования со стороны гуманитарных организаций в целях повышения качества психолого-психиатрической помощи как коренному, так и перемещенному населению (см. раздел 5.1).

После завершения мероприятий данного этапа руководители районных управлений здравоохранения должны иметь функционирующую группу по осуществлению mhGAP, заверченный анализ ситуации по району и учреждениям, операционный план и бюджет осуществления mhGAP.

Лица, занимающиеся осуществлением mhGAP, могут столкнуться с препятствиями на этапе планирования. В табл. 2 перечислены основные препятствия для внедрения mhGAP в неспециализированных учреждениях здравоохранения и потенциальные способы их устранения.

При планировании осуществления mhGAP необходимо помнить об универсальных принципах.



Таблица 2. Потенциальные препятствия и их потенциальные решения на этапе планирования

Потенциальные препятствия	Потенциальные решения	Тематические разделы
Психическое здоровье не является приоритетной задачей для общественного здравоохранения на районном уровне	<ul style="list-style-type: none"> • Включить в группу по осуществлению mhGAP заинтересованные стороны из сектора здравоохранения и смежных секторов. • На всем протяжении процесса осуществления mhGAP выступать в защиту важности психического здоровья перед разработчиками политики и информировать общество. • Усилить группы пациентов, лиц, осуществляющих уход, и пропагандистов, помогая им возглавить процесс охраны психического здоровья в местном сообществе. • Сотрудничать с региональными и национальными разработчиками политики в целях пересмотра планов охраны психического здоровья и перераспределения бюджета в пользу лечения ПНВ. • Сотрудничать с другими секторами в целях укрепления системы здравоохранения в целом в противовес поддержке вертикальных подходов, при которых оказание психолого-психиатрической помощи происходит изолированно. • Предоставлять фактические доказательства эффективного и экономически целесообразного лечения расстройств ПНВ. • Поддерживать разъяснительную работу в области психолого-психиатрической помощи, проводимую организациями пациентов. 	1.1, 1.3, 1.4 и 3.3
Услуги по лечению ПНВ сосредоточены в крупных медицинских учреждениях и больших городах	<ul style="list-style-type: none"> • Включить существующие пробелы в области оказания услуг в ситуационный анализ района. • Разработать план по расширению масштабов оказания психолого-психиатрической помощи в сельской местности и недостаточно охваченных частях района. • Подключить к планированию специалистов-психиатров, чтобы они осознали выгоды перераспределения функций и привлечения неспециалистов к оказанию психолого-психиатрической помощи, а также поняли свою роль в их поддержке. • Разработать четкие протоколы направления и обратного направления пациентов, увязанные с предполагаемыми функциями и обязанностями специалистов и неспециалистов, а также централизованных учреждений (например, районных или психиатрических больниц) и общинных служб. 	1.2, 1.3 и 2.4
Доступные кадровые ресурсы ограничены	<ul style="list-style-type: none"> • Подчеркнуть существующий кадровый дефицит в ситуационном анализе. • Разработать план и бюджет наращивания потенциала неспециализированных поставщиков медицинских услуг и социальных работников в недостаточно охваченных районах. • Более эффективно использовать возможности специалистов-психиатров (например, для наращивания потенциала и супервизии неспециализированных поставщиков медицинских услуг). 	1.2, 1.3 и 2.2

Адаптировано по (17).

1.1

Соберите группу по осуществлению mhGAP

Осуществить mhGAP силами одного человека невозможно. Первым шагом должно стать создание группы по осуществлению, которая возьмет на себя обязанности по общему надзору за осуществлением программы, объединению заинтересованных сторон из различных секторов в рамках района, облегчению сотрудничества и координации мероприятий на протяжении трех этапов осуществления.

В состав группы может входить руководитель районного управления здравоохранения, руководитель медицинского учреждения, сотрудник службы медицинской статистики или информационной системы здравоохранения, а также общинные и традиционные лидеры, авторитетные специалисты из сферы здравоохранения и других секторов (включая профильные НПО), представители различных трудовых коллективов, опытные преподаватели и супервизоры, пациенты с расстройствами ПНВ и члены их семей. Группа по осуществлению также может включать в себя представителей региональных и национальных органов здравоохранения, которые будут контролировать осуществление программы на районном уровне.

Деятельность группы по осуществлению mhGAP предполагает обладание различными знаниями и навыками. При отборе членов группы можно руководствоваться следующими критериями:

- знание местной системы здравоохранения и принципов охраны общественного здоровья;
- руководители, занимающие свой пост долгое время и намеренные занимать его и далее;
- молодые специалисты-психиатры, которые могут лучше понимать текущие проблемы в системе и предлагать инновационные стратегии их решения;
- организованность, способность соблюдать сроки и контролировать выполнение задач другими сторонами;
- умение общаться с различными заинтересованными сторонами – от государственных чиновников до поставщиков медицинских услуг, администраторов, пациентов с расстройствами ПНВ и членов их семей.

Осуществление системных перемен маловероятно при отсутствии лидера. Группа по осуществлению mhGAP содействует эффективному участию всех заинтересованных сторон, участвует в планировании mhGAP и осуществляет надзор за всеми мероприятиями в рамках mhGAP. Для укрепления руководящей роли группы по осуществлению mhGAP ей могут потребоваться официальные полномочия, выданные национальными или региональными органами власти

Обязанности группы по осуществлению заключаются в следующем:

- руководить осуществлением mhGAP на протяжении всех этапов процесса;
- выступать в защиту психического здоровья;
- создать площадку для совместной работы руководителей районных управлений здравоохранения и других лиц, заинтересованных в планировании и осуществлении mhGAP (см. приложение 2); назначать рабочие группы или координаторов для руководства отдельными мероприятиями, отталкиваясь от их компетенций и связей;
- контролировать, а иногда и непосредственно принимать участие в МиО мероприятий.

■ Роль руководителей районных управлений здравоохранения и других основных заинтересованных сторон в создании группы по осуществлению

Этап 1. Четко определите цели, структуру и техническое задание группы по осуществлению mhGAP.

Этап 2. Назначьте членов группы в соответствии с отборочными критериями.

- В группе могут быть представлены заинтересованные стороны из следующих секторов: общие и специализированные услуги здравоохранения, общинные программы, образование и трудоустройство, НПО, государственные службы, объединения пациентов с расстройствами ПНВ и членов их семей (см. приложение 2).
- Определите навыки, знания, потенциал и ресурсы каждого члена группы, распределите обязанности по координированию действий и назначьте координаторов для управления отдельными мероприятиями, разделив таким образом руководящие функции.

Этап 3. Подготовьте план работы, включая расписания собраний, ожидаемые результаты, функции и обязанности, календарные планы и механизмы предоставления отчетности. Эти документы могут использоваться при составлении плана и бюджета осуществления mhGAP (см. раздел 1.3).

Этап 4. Обеспечьте группу по осуществлению mhGAP достаточными ресурсами и поддержкой для реализации ее полномочий. Для этой цели может потребоваться:

- общественная поддержка, особенно со стороны пациентов с расстройствами ПНВ и членов их семей;
- поддержка и содействие со стороны руководителей;
- финансовые ресурсы и помещение;
- методики картирования и использования существующих услуг;
- поддержка со стороны персонала информационной системы здравоохранения; и
- базовая техническая экспертная помощь, которая может быть доступна на региональном или национальном уровне.

Этап 5. Группа по осуществлению mhGAP может начать свою деятельность с:

- изучения мнений и ожиданий пациентов с расстройствами ПНВ и членов их семей – это необходимо в целях направления помощи в правильное русло;
- консультаций с местными экспертами, включая профессиональные объединения и организации, оказывающие психосоциальную поддержку в стране или регионе; и
- участия в учебных программах инициативы QualityRights (10) в целях обеспечения высокого качества услуг при одновременном соблюдении прав человека.



Практические советы

- Собrania группы – это возможность для взаимного обучения ее членов. Сократить временные и финансовые расходы на поездки можно за счет проведения телеконференций.
- Основные функции всех членов группы по осуществлению mhGAP заключаются в информировании людей с расстройствами ПНВ об их правах и поощрении соответствующих прав (см. разделы 3.3 и 3.4).



mhGAP Индикаторы осуществления mhGAP

- Существование группы по осуществлению mhGAP, представленность в ней различных секторов и наличие у группы определенных функций.
- Суммарное количество собраний группы по осуществлению mhGAP в год.

Способы проверки: техническое задание, протоколы собраний, план и бюджет мероприятий группы.

Методика: примерный перечень заинтересованных сторон, участвующих в осуществлении mhGAP в отдельно взятом районе (см. приложение 2).



Формирование группы основных заинтересованных сторон в сфере охраны психического здоровья: Коалиция психического здоровья (Сьерра-Леоне)

Психолого-психиатрическая помощь в Сьерра-Леоне характеризуется недостаточными масштабами и устаревшими методами работы, несмотря на острую потребность в лечении ПНВ на фоне слаборазвитой инфраструктуры здравоохранения, десятилетней гражданской войны, вспышки болезни, вызванной вирусом Эбола, и опустошительных оползней. Лица с расстройствами ПНВ зачастую становятся изгоями в местных сообществах, а нарушения прав человека происходят повсеместно.

Коалиция психического здоровья Сьерра-Леоне была создана для выражения коллективной позиции в целях содействия расширению доступа к лечению ПНВ, защиты прав пациентов с расстройствами ПНВ и управления услугами и программами психолого-психиатрической помощи. В число участников коалиции входят представители Министерства здравоохранения и санитарии, психиатрических больниц, государственных служб психолого-психиатрической помощи, университетской клиники, частного сектора, местных и международных НПО, а также религиозные лидеры, народные целители, пациенты с расстройствами ПНВ и члены их семей.

Члены коалиции участвовали в подготовке национальной политики в области психического здоровья и проведении ежегодных международных конференций. Результатом привлечения заинтересованных сторон и разделения руководящих функций в коалиции стало создание подкомитетов, таких как подкомитет по координации экстренной психиатрической помощи и психосоциальной поддержки во время вспышки болезни, вызванной вирусом Эбола, и подкомитет по наращиванию потенциала в области научных исследований.

Координируя свою деятельность с руководителями районных управлений здравоохранения, коалиция создала районные центры психического здоровья и провела обучение медсестер и других медицинских работников использованию руководства mhGAP-IG (8) и пособия QualityRights (10), а также оказанию первой психологической помощи (ППП) (18).

Коалиция зарекомендовала себя как авторитетного помощника в деятельности по охране психического здоровья в стране. Она представлена в национальном руководящем комитете по вопросам психического здоровья при Министерстве здравоохранения и санитарии. Результатом хорошей организации деятельности со стороны энергичной команды лидеров стало создание органа, играющего общепризнанную важную роль в реформировании национальной системы психолого-психиатрической помощи. Прозрачное и ограниченное конкретными сроками финансирование со стороны Европейского союза позволило группе спланировать собственный сбор средств и обеспечить долгосрочную финансовую устойчивость.

Источники:

- Mental Health Innovation Network (<http://www.mhinnovation.net/innovations/mental-health-coalition-%E2%80%93-sierra-leone>).
- The Mental Health Coalition – Sierra Leone (<https://mentalhealthcoalitionsi.com>).

1.2 Проведите ситуационный анализ

Ситуационный анализ позволяет выявить преобладающие в районе условия, которые могут воздействовать на пациентов с расстройствами ПНВ и способствовать или препятствовать включению психолого-психиатрической помощи в общую систему здравоохранения. Он представляет собой важный первый шаг к информированному принятию решений и используется непосредственно при подготовке плана и бюджета осуществления программы. Ситуационный анализ позволяет задействовать многие заинтересованные стороны не только для получения практической помощи, но и для информирования о планах по реформированию системы охраны психического здоровья и привлечения к работе в будущем. В зависимости от контекста ситуационный анализ должен включать в себя оценку информационных систем здравоохранения, важных с точки зрения МиО.

Ситуационный анализ осуществления mhGAP может опираться как на количественные, так и на качественные данные. До того как будет собрана новая информация, необходимо использовать доступные эпидемиологические данные. Эффективной с точки зрения затрат альтернативой сбора новых данных о потребностях в психолого-психиатрической помощи может стать использование данных соседних стран или стран со сходной ситуацией. Такие данные можно найти в оценках глобального бремени болезней (1), Атласе психического здоровья ВОЗ (4) и Методике оценки систем охраны психического здоровья ВОЗ (WHO-AIMS) (19). Качественные исследования путем проведения фокус-групп и частично структурированных интервью могут использоваться для лучшего понимания контекста оказания услуг, включая представления и убеждения пациентов с расстройствами ПНВ, членов их семей, работников здравоохранения и разработчиков политики.

■ Роль группы по осуществлению mhGAP в проведении ситуационного анализа

Этап 1. Назначьте из числа членов группы координатора, который будет отвечать за проведение ситуационного анализа и все связанные с этим задачи, включая адаптацию методик (см. приложение 3) к районному и учрежденческому уровню, сбор и анализ данных и составление отчета (отчетов).

Этап 2. Адаптируйте методики (см. приложение 4). Используйте предлагаемые образцы ситуационного анализа района и учреждения для разработки методик, подходящих для конкретного района. В некоторых случаях может потребоваться перевод методик.



Практические советы

- Убедитесь в том, что методики увязаны с ключевыми индикаторами МиО (см. приложение 1), поскольку собранная для ситуационного анализа информация станет исходными данными для оценки программы. Перед началом сбора данных не забудьте уточнить, есть ли в них необходимость и будут ли они использоваться.
- Прежде чем приступать к новым мероприятиям, всегда ищите существующие источники данных или рабочие группы.
- В тех случаях, когда это оправдано, привлекайте районных исследователей, эпидемиологов или методистов (из государственных учреждений или вузов) к оказанию помощи в адаптации методик, проведении анализа и составлении отчетности.

Этап 3. Составьте перечень всех возможных источников информации для всестороннего использования методик в ходе выездов на места:

- опубликованная литература (например, международные и национальные научные журналы);
- неопубликованная, так называемая «серая» литература (например, публикации и доклады местных НПО и государственных учреждений);
- публикации ВОЗ (например, Атлас психического здоровья (4), Методика оценки систем охраны психического здоровья (19));
- ключевые носители информации или экспертных мнений о социокультурных факторах, способных стать препятствиями для осуществления mhGAP (как правило, они предоставляют качественные данные); и
- данные, сбор которых осуществляется в плановом порядке (например, данные национальной информационной системы здравоохранения или переписи населения): данные об отдельных лицах, собранные в медицинских учреждениях, и данные о населении, собранные в домохозяйствах или при опросах в местных сообществах.

Этап 4. Проанализируйте данные, чтобы выявить текущие ресурсы, возможности и препятствия для обеспечения справедливого доступа к психолого-психиатрической помощи в районе. Используйте эти результаты, чтобы выявить препятствия для осуществления mhGAP.

Этап 5. Рабочая группа может представить полученные в ходе ситуационного анализа предварительные результаты группе по осуществлению mhGAP для комментирования и обсуждения.

Этап 6. При наличии ресурсов возможна подготовка базового доклада (см. проверочный список в приложении 3), который впоследствии может использоваться при планировании, адаптации и осуществлении mhGAP.



mhGAP Индикаторы осуществления mhGAP

Индикатор: заверченный ситуационный анализ, в котором указаны потребности и ресурсы на районном и учрежденческом уровнях.

Способы проверки: заверченный ситуационный анализ.

Методика: методики mhGAP по проведению ситуационного анализа в районах и учреждениях и проверочный список для отчета о проведении ситуационного анализа mhGAP (см. приложение 3).



Планирование психолого-психиатрической помощи в Уганде: ситуационный анализ

Перед началом осуществления mhGAP в Уганде группа сотрудников Программы повышения качества психолого-психиатрической помощи (PRIME) провела ситуационный анализ, который лег в основу разработки программы по расширению масштабов лечения ПНВ в целевом районе. Этот анализ опирался как на количественные, так и на качественные данные, включая предварительное исследование и анализ текущих и тематических районных документов и отчетов (вторичные данные), а также интервью с ключевыми источниками информации, обсуждения с различными заинтересованными сторонами в формате фокус-групп и выезды на места. Эти данные позволили понять ситуацию в области охраны психического здоровья, процессы лечения, коренные проблемы и взаимодействия между заинтересованными сторонами на уровне районов с точки зрения наличия, доступности и оказания психолого-психиатрической помощи.

В ходе предварительного анализа документов и совместных обсуждений с заинтересованными сторонами были выявлены три основные проблемы: (i) неправильные меры по реализации этапов включения психолого-психиатрической помощи в систему первичной медико-санитарной помощи в существующих программах; (ii) представление об охране психического здоровья как о маловажной задаче со стороны ключевых руководителей, ответственных за реализацию программ, что привело к бездействию или недостаточности мер по расширению доступа к лечению ПНВ; и (iii) оказание психолого-психиатрической помощи лишь в сравнительно небольшом количестве учреждений силами отдельных (и уже перегруженных) медицинских работников.

Результаты ситуационного анализа повлияли на запланированный проект по расширению масштабов лечения ПНВ в уязвимых и недостаточно обеспеченных ресурсами районах Уганды: был пересмотрен перечень мероприятий и приоритетных направлений, в том числе увеличен объем обучения медицинских работников общего профиля ведению и направлению пациентов с наиболее распространенными в регионе расстройствами ПНВ с использованием mhGAP.

Источник

- Методика ситуационного анализа PRIME для планирования районной системы психолого-психиатрической помощи (18).

1.3 Разработайте план и бюджет осуществления mhGAP

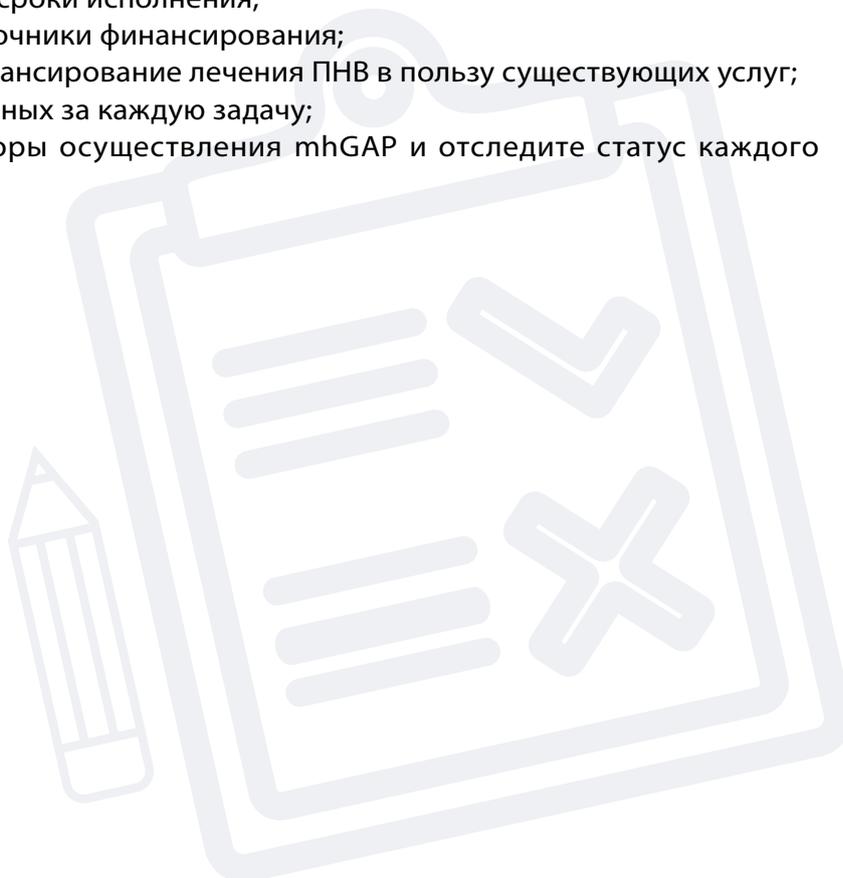
План осуществления mhGAP на районном уровне включает в себя ряд конкретных последовательных мероприятий, смету кадровых и финансовых ресурсов, перечень ответственных учреждений или лиц, график выполнения и контрольные индикаторы. В районный бюджет также включены сметные расходы на мероприятия по осуществлению плана.

В настоящее время многие СНСУД выделяют на лечение и профилактику расстройств ПНВ менее 2% или даже лишь 1% от бюджета сектора здравоохранения, в то время как страны с высоким уровнем дохода, как правило, тратят на эти цели 5–10% (4). В результате объем бюджета на меры по охране психического здоровья на районном уровне зачастую снижается.

Реализация программы mhGAP не может проводиться бессистемно: необходимо поэтапно выполнять меры, указанные в районном плане осуществления mhGAP. Располагая структурированным планом и выделенным на мероприятия бюджетом, группа по осуществлению mhGAP может отслеживать ход достижения определенных результатов. В идеальном варианте план должен быть составлен после проведения ситуационного анализа (там, где это целесообразно) и подвергаться регулярному пересмотру.

Проверочный список для составления плана осуществления mhGAP (см. приложение 4) может служить типовым минимальным перечнем мероприятий:

- перечислите все мероприятия на всех этапах осуществления;
- определите графики и сроки исполнения;
- укажите надежные источники финансирования;
- перераспределите финансирование лечения ПНВ в пользу существующих услуг;
- определите ответственных за каждую задачу;
- перечислите индикаторы осуществления mhGAP и отследите статус каждого мероприятия.



■ Роль группы по осуществлению mhGAP в разработке плана осуществления

Этап 1. Перед тем как приступить к подготовке плана по осуществлению mhGAP, изучите материалы ситуационного анализа, чтобы понять организацию системы здравоохранения, возможные препятствия и доступные в районе ресурсы.

Этап 2. Привлекайте заинтересованные стороны к работе посредством регулярных совещаний или, если это целесообразно, проведите практикум по привлечению заинтересованных сторон в целях поощрения широкого участия и поддержки.

- Назначьте координатора из числа членов группы по осуществлению mhGAP, который будет управлять разработкой, контролем и пересмотром плана и бюджета в процессе осуществления программы.
- Определите лицо, несущее главную ответственность за утверждение общего бюджета лечения ПНВ, которому в рамках процедур одобрения бюджета будет подчиняться вся группа по осуществлению.

Этап 3. Подготовьте план осуществления mhGAP и проект бюджета. Убедитесь, что в него включены все пункты из проверочного списка минимально необходимых мероприятий (см. приложение 4).

- Перечислите все мероприятия и вкладываемые ресурсы, необходимые для осуществления mhGAP в районе, включая такие дополнительные услуги, как транспорт, необходимые категории сотрудников, время, затрачиваемое на лечение ПНВ, психотропные лекарственные средства, а также потребности в коммуникациях, МиО, обучении и супервизии.
- Составьте смету на мероприятия, вкладываемые ресурсы и дополнительные услуги по государственным расценкам.
- См. публикации PRIME, посвященные разработке районных планов охраны психического здоровья в Эфиопии (21), Непале (22), Индии (23), ЮАР (24) и Уганде (25), а также картированию компонентов в различных странах (26).

Этап 4. Определите доступность средств на проведение мероприятий mhGAP. При наличии бюджета приступайте к осуществлению программы. В противном случае:

- обратитесь к региональным или национальным органам власти с призывом о выделении дополнительных средств (см. раздел 1.4);
- привлечите финансирование посредством контактов с финансовыми учреждениями или сотрудничества с новыми заинтересованными сторонами;
- рассмотрите возможность более эффективного использования существующих ресурсов для высвобождения бюджета на осуществление mhGAP;



Практические советы

- Эффективное планирование требует готовности к переменам и гибкости. План осуществления mhGAP отражает ресурсы, выявленные в ходе ситуационного анализа (см. раздел 1.2). Может потребоваться постоянный или поэтапный пересмотр и адаптация плана и бюджета.
- На осуществление mhGAP должен быть отведен отдельный, четко определенный бюджет, находящийся под контролем руководителей районных управлений здравоохранения или существующий как компонент общего бюджета сферы здравоохранения.
- Назначение сроков для подготовки плана осуществления mhGAP поможет избежать чрезмерного затягивания этапа планирования.
- К планированию должны быть привлечены пациенты с расстройствами ПНВ и лица, осуществляющие уход за ними; они должны входить в состав группы по осуществлению или регулярно участвовать в консультациях в процессе составления или пересмотра плана и бюджета.

- поскольку лечение ПНВ является важным условием решения других первоочередных задач на районном и национальном уровне (например, борьба с ВИЧ/СПИДом или ОМД), рассмотрите возможность перераспределения бюджета в пользу осуществления mhGAP (27).

Этап 5. Постепенно расширяйте географический охват мероприятий в соответствии с имеющимся потенциалом и ресурсами. Вносите соответствующие поправки в план и бюджет. Убедитесь, что в плане и бюджете осуществления учитывается фактор долгосрочной устойчивости (28).



mhGAP Индикаторы осуществления mhGAP

- Лечение ПНВ включено в районный план мероприятий здравоохранения и утверждено правительством.
- Доступен бюджет, в котором конкретно указаны финансовые, кадровые и материальные ресурсы, необходимые для осуществления mhGAP в районе.

Способы проверки: анализ повесток дня и протоколов совещаний и постоянное внесение поправок в план и бюджет.

Методика: проверочный список для составления плана осуществления mhGAP и примерный план осуществления (см. приложение 4).



В Индии сотрудничество с правительством позволило расширить масштаб лечения ПНВ и выстроить устойчивую стратегию финансирования

При реализации Программы повышения качества психолого-психиатрической помощи (PRIME) в Индии основное внимание уделялось формированию сотрудничества между группой исследователей, Министерством здравоохранения и правительством штата Мадхья-Прадеш. В ходе проведенного PRIME ситуационного анализа был изучен существующий районный план охраны психического здоровья с соответствующим бюджетом и выявлены потенциальные препятствия для его реализации. Обнаружилось, что недостаточная координация между заинтересованными сторонами, ответственными за осуществление программ охраны психического здоровья, привела к неполному использованию выделенных средств.

В целях решения этой проблемы группа PRIME предложила и рекомендовала включить в государственный бюджет отдельную статью расходов на программы охраны психического здоровья, а также нашла инновационные решения по задействованию средств Национальной миссии по охране здоровья сельского населения (сейчас переименована в Национальную миссию по охране здоровья) для закупки психотропных лекарственных средств и осуществления других мероприятий в рамках программы. Государственные органы включили мероприятия по охране психического здоровья в годовой план осуществления Национальной миссии по охране здоровья. В 2015–2016-м финансовом году правительство сумело выделить средства на охрану психического здоровья, а в 2016–2017 г. – увеличить их объем на 35%. Помимо этого, была создана штатная должность заместителя директора по охране психического здоровья, что позволило обеспечить целевое выделение средств на расширение масштабов программы охраны психического здоровья и назначить высокопоставленного чиновника для надзора за осуществлением проекта в рамках деятельности миссии, направленной на поддержку охраны психического здоровья.

Выделение государством целевого финансирования на нужды расширения охвата лечения ПНВ и назначение отдельного государственного чиновника для координации мероприятий по охране психического здоровья сыграли важную роль в устойчивом расширении программы mhGAP (29, 30).



Выступите в защиту психического здоровья

Информационно-разъяснительная работа повсеместно рассматривается как эффективный метод привлечения поддержки для решения проблем здравоохранения. Эта работа включает в себя информирование районных заинтересованных сторон, в частности разработчиков политики и руководителей системы общественного здравоохранения, о бремени расстройств ПНВ, самоповреждения и суицида. Согласно политике ВОЗ в области охраны психического здоровья и комплексу руководств по оказанию услуг (28), информационно-разъяснительная работа в области охраны психического здоровья состоит из мероприятий, направленных на устранение основных структурных и мировоззренческих препятствий, осложняющих достижение положительных итоговых результатов лечения ПНВ.

Цель информационно-разъяснительной работы в области охраны психического здоровья заключается в защите прав человека пациентов с расстройствами ПНВ, уменьшении их стигматизации и дискриминации, а также соблюдении права людей на самостоятельное отстаивание интересов самих себя и друг друга. Благодаря информационно-разъяснительной работе в области охраны психического здоровья заинтересованные стороны лучше понимают значение доступности эффективных вмешательств для обеспечения хорошего психического здоровья, профилактики расстройств ПНВ, самоповреждения и суицида, а также эффективного лечения и ухода. Информационно-разъяснительная работа также играет большую роль в привлечении средств и распределении бюджета в пользу улучшения охраны психического здоровья. Ее задачей является обеспечение доступного, недорогого, социально приемлемого и качественного лечения ПНВ.

■ Роль группы по осуществлению mhGAP в проведении информационно-разъяснительной работы в области охраны психического здоровья

Этап 1. Включите информационно-разъяснительную работу в повестку дня совещаний группы по осуществлению mhGAP в качестве постоянного пункта.

- Ответьте на следующие вопросы. Почему мы должны выступать за расширение масштаба услуг и обеспечение охвата пациентов с расстройствами ПНВ? На кого нацелена информационно-разъяснительная работа? Какие ключевые утверждения она должна транслировать? Как привлечь к ней пациентов с расстройствами ПНВ и лиц, осуществляющих уход за ними?
- Используйте ответы на эти вопросы на этапе планирования: например, включите информационно-разъяснительную работу в план и бюджет осуществления программы (см. раздел 1.3).

Этап 2. Проводите информационно-разъяснительную работу среди разработчиков политики и других заинтересованных сторон, чтобы получить официальные полномочия на осуществление mhGAP и составление ее бюджета.

- Представьте технические факты из материалов ситуационного анализа (см. раздел 1.2) и эффективные стратегии вмешательств из программы mhGAP; согласуйте план и бюджет осуществления с политическими приоритетами (см. раздел 1.3).

- Убеждайте лиц, принимающих решения на высшем уровне, в необходимости расширить доступность лечения пациентов с расстройствами ПНВ, включая доступность основных психотропных лекарственных средств через национальную систему медицинского страхования (см. раздел 2.5) и обучение неспециализированных поставщиков медицинских услуг в соответствии с руководством mhGAP-IG версии 2.0 (см. раздел 2.2).

Этап 3. Принимайте косвенное участие в информационно-разъяснительной работе путем поддержки существующих общественных групп. Информационно-разъяснительная работа в области охраны психического здоровья всегда должна быть ориентирована на доступные виды психолого-психиатрической помощи и должна пропагандировать доступность и более широкое использование комплексных услуг по охране психического и физического здоровья.

Практические советы

- Обдумайте функции пациентов с расстройствами ПНВ и членов их семей, НПО, медицинских работников общего и психолого-психиатрического профиля, а также разработчиков политики и составителей планов при планировании и проведении информационно-разъяснительной работы. Пациенты с расстройствами ПНВ и члены их семей играют различные роли в информационно-разъяснительной работе – от влияния на политику и законодательство до оказания взаимопомощи; кроме того, они могут входить в состав группы по осуществлению и играть ведущие роли в осуществлении mhGAP.
- Создайте партнерства с другими профильными движениями, занимающимися разъяснительной работой, в том числе в сфере прав человека и прав инвалидов. НПО могут оказывать поддержку пациентам с расстройствами ПНВ и членам их семей, расширять их права и возможности.



mhGAP Индикаторы осуществления mhGAP

Индикатор: количество завершенных информационно-разъяснительных мероприятий.

Способы проверки: отзывы руководителей из сферы охраны психического и общественного здоровья; опросы ключевых заинтересованных сторон о знаниях, социально-психологических установках и практической деятельности, проведенные до и после мероприятий; изменения политики или планов в области охраны психического здоровья.

Методика: типовой пример адаптации руководства mhGAP-IG версии 2.0.



Информационно-разъяснительная работа в целях выделения бюджета на охрану психического здоровья в Кении

В Кении врачи-психиатры сосредоточены в городских районах, а окружные больницы не располагают ни материальными, ни кадровыми ресурсами для оказания психолого-психиатрической помощи (такими как специалисты-психиатры, медицинские принадлежности или материально-техническая база).

Африканский фонд психического здоровья (АФПЗ) является некоммерческой исследовательской организацией со штаб-квартирой в Найроби (Кения), которая проводит и публикует исследования в области психического здоровья в целях улучшения охраны психического здоровья в Кении и других странах Африки. В связи с недостаточностью доступных ресурсов в сфере охраны психического здоровья, в особенности за пределами столицы, на протяжении нескольких лет АФПЗ лоббировал выделение бюджета на охрану психического здоровья на национальном и районном уровнях.

Благодаря многолетней работе в округе Макуени (одном из 47 округов Кении) АФПЗ заслужил авторитет и доверие со стороны Министерства здравоохранения. Занимаясь сбором данных о доступности психолого-психиатрической помощи для пациентов, в процессе перевода государственных услуг в Кении на местный уровень организация смогла продемонстрировать органам, принимающим решения, разрыв между потребностью в лечении и возможностью его получения.

АФПЗ использовал результаты анализа заинтересованных сторон и предпринял стратегические шаги, адресовав эту информацию соответствующим окружным руководителям сферы здравоохранения. Принципиальные доводы фонда были основаны на двух темах, представляющих интерес для министерства и правительства: потребности населения и отдача от инвестиций. Посредством лоббирования большого количества руководителей в сфере здравоохранения АФПЗ пришел к выводу о том, что важнейший довод, позволяющий убедить лиц, принимающих решения, в необходимости рассмотреть выделение средств на улучшение психолого-психиатрической помощи, – экономическое обоснование возвращения гражданам трудоспособности.

АФПЗ сумел добиться внесения изменений в политику посредством предоставления четких и надежных данных, формирования доверия в обществе и использования политических возможностей.



ПОДГОТОВКА

2. ПОДГОТОВКА

В ситуации нехватки ресурсов и ограниченности количества поставщиков психолого-психиатрической помощи наилучшая стратегия расширения доступа к лечению заключается в укреплении систем здравоохранения в целях оказания психолого-психиатрической помощи в составе медицинских услуг общего профиля. Добиться этого можно только путем наращивания потенциала разработчиков политики, составителей планов и поставщиков услуг.

Во многих службах психолого-психиатрической помощи наиболее значительную часть регулярного ежегодного бюджета составляют расходы на персонал; тем не менее зачастую возникают значительные сложности, связанные с подготовкой, обучением и поддержкой кадров. Во многих странах количество доступного обученного персонала невелико либо сотрудники сосредоточены в городских больницах; их знания могут быть устаревшими или не отвечающими потребностям населения; кроме того, доступный персонал может использоваться ненадлежащим образом (28).

Помимо обучения и супервизии кадров, осуществление mhGAP также предусматривает готовность системы здравоохранения к интеграции лечения и ухода при расстройствах ПНВ. Программа также включает в себя расширение доступа к психотропным лекарственным средствам и психологическим вмешательствам, которые руководство mhGAP-IG версии 2.0 рекомендует для лечения и ухода за пациентами с расстройствами ПНВ. Чтобы обеспечить способность системы поддерживать эти мероприятия, необходимо применять на районном уровне национальные и международные руководства (например, перечни основных психотропных лекарственных средств), улучшать координацию, укреплять систему направления пациентов, оптимизировать распределение ресурсов, систему отчетности и информации для контроля за доступностью и применением вмешательств.

Задача этого раздела заключается в предоставлении группе по осуществлению mhGAP практических указаний, нацеленных на развитие кадровых ресурсов и систем охраны психического здоровья, включая:

- надлежащее обучение различных сотрудников поставщиков услуг здравоохранения (как предварительное, так и в процессе работы) в соответствии с адаптированным руководством mhGAP-IG версии 2.0;
- обучение использованию информационных систем и составлению отчетности в целях мониторинга и оценки mhGAP согласно утвержденным на национальном уровне индикаторам;
- непрерывная поддерживающая супервизия и взаимная поддержка поставщиков;
- подготовка системы здравоохранения к улучшению координации на всех уровнях и во всех секторах лечения; а также
- расширение доступа к психотропным препаратам и психологическим вмешательствам.

В табл. 3 перечислены потенциальные препятствия и их решения на этапе подготовки.

При подготовке системы здравоохранения к осуществлению mhGAP помните об универсальных принципах.



Таблица 3. Потенциальные препятствия и их решения на этапе подготовки

Потенциальные препятствия	Потенциальные решения	Тематические разделы
Учебные материалы не отражают местные реалии и культуру	<ul style="list-style-type: none"> Адаптируйте руководство mhGAP-IG версии 2.0 (8) и учебные материалы (31) к местным реалиям. Привлеките профильных научных сотрудников к изучению осуществления программы в местных условиях. 	2.1
В районе существуют кадровые ограничения: неспециалистам не хватает знаний и навыков; сотрудники увольняются	<ul style="list-style-type: none"> Наращивайте потенциал неспециалистов, чтобы они могли выполнять некоторые задачи при поддержке специалистов; усильте их взаимную поддержку. Обеспечьте установление границ практики, доступной неспециалистам. Составьте график курсов повторения пройденного и адаптируйте материалы к изменениям ситуации. Инновационные стратегии стимулирования: формальное наращивание потенциала, например получение высшего образования; поддержка карьерного роста в государственных учреждениях здравоохранения; возможности получения и предоставления наставнической помощи, а также благоприятные условия работы. Организируйте процесс отбора в целях выявления сотрудников, имеющих мотивацию для обучения в области охраны психического здоровья. 	2.1, 2.2 и 2.3
На районном уровне недостаточно специалистов, включая инструкторов и супервизоров, для осуществления масштабирования процесса	<ul style="list-style-type: none"> Используйте учебные материалы ВОЗ по mhGAP (31) для создания национальной группы ведущих инструкторов, которые впоследствии смогут осуществлять обучение на местах. При ограниченности национального потенциала используйте зарубежных инструкторов, если это целесообразно. Рассмотрите возможности дистанционной супервизии с использованием телекоммуникаций, включая телефонную связь, интернет и социальные сети. Усильте отделы супервизии в медицинских учреждениях или социальных службах и налажьте оказание согласованной междисциплинарной помощи с четко определенными функциями, чтобы способствовать началу оказания услуг после обучения. Выступите в поддержку стимулирования трудоустройства в целях децентрализации специалистов и супервизоров в сфере ПНВ. 	1.4, 2.3 и 2.4
Отсутствие целостной системы услуг и ресурсов	<ul style="list-style-type: none"> Подготовьте систему здравоохранения путем координирования межсекторального лечения пациентов с расстройствами ПНВ. Обеспечьте работу по междисциплинарным протоколам лечения и создайте качественные системы направления пациентов, включая направление к специалистам и обратное направление к социальным работникам. 	2.4
Ограниченный набор психотропных лекарственных средств	<ul style="list-style-type: none"> Локальная адаптация и использование национальных и международных перечней основных психотропных лекарственных средств; обучение поставщиков медицинских услуг. Составьте реалистичный прогноз спроса, проведите оценку существующих цепочек поставок других лекарственных средств и обеспечьте финансирование. Совместно с Министерством здравоохранения обратитесь к поставщикам с просьбой обеспечить наличие доступных по цене психотропных лекарственных средств. 	1.4, 2.1 и 2.5
Не хватает поставщиков, обученных проведению психологических вмешательств	<ul style="list-style-type: none"> Адаптируйте эти психологические вмешательства к местным реалиям, обучите их проведению неспециализированных поставщиков медицинских услуг, а также проведите обучение супервизоров. Четко определите функции и скоординируйте лечение на всех уровнях обученных сотрудников. Привлеките НПО, оказывающие психосоциальную поддержку при других патологиях, например людям с ВИЧ/СПИДом. 	2.1, 2.2 и 2.6

Страны, в которых может использоваться программа mhGAP, значительно отличаются друг от друга с точки зрения стратегий и законодательства, систем охраны психического здоровья и систем здравоохранения в целом, инфраструктуры общественного здравоохранения, культуры и ресурсов. В связи с этим может потребоваться адаптация некоторых составных частей комплекта документов по mhGAP.

Адаптация включает в себя принятие решения о ее необходимости и внесение необходимых изменений в составные части комплекта документов по mhGAP в соответствии с конкретными условиями. Минимальная адаптация представляет собой перевод материалов mhGAP на родной язык координаторов и пользователей. Иногда для адаптации достаточно изменить имена людей в используемых при обучении примерах на имена, более распространенные в районах, где будет осуществляться mhGAP. Изменения могут носить более сложный характер – например, учитывать религиозные верования или местные представления об исцелении при ведении расстройств ПНВ.

Составные части комплекта документов по mhGAP, пригодные для адаптации:

- mhGAP-IG версии 2.0 (8): основное руководство для инструкторов, которое также используется при принятии клинических решений. Используйте шаблон для адаптации, приведенный в приложении 5.
- Учебные материалы по mhGAP (31): могут быть адаптированы для обучения инструкторов, супервизоров и медицинских работников в зависимости от доступности кадровых ресурсов (см. разделы 2.2 и 2.3).
- e-mhGAP: использование электронной версии настоятельно рекомендуется в ситуациях, когда медицинские работники имеют доступ к смартфонам или планшетам и когда распространение бумажных версий руководства mhGAP-IG версии 2.0 сопряжено с затруднениями (см. раздел 3.1, вставка 2).
- МиО: выберите необходимые индикаторы и проведите работу с существующими информационными системами здравоохранения, чтобы адаптировать систему МиО к местным реалиям (см. раздел 4.0). Также адаптируйте методики, необходимые группе по осуществлению mhGAP и поставщикам услуг для регистрации данных (см. приложение 1).
- Социальные услуги, оказываемые социальными работниками, непрофессиональными помощниками или другими людьми: адаптируйте функции и обучение к местным реалиям (см. раздел 3.2).
- Психотропные лекарственные средства: адаптируйте перечень основных лекарственных средств в соответствии с национальным формуляром лекарственных средств и рекомендациями Центра фактических данных и ресурсов mhGAP (5) (см. раздел 2.5).
- Психологические вмешательства: адаптируйте учебные материалы и определите критерии направления пациентов (см. раздел 2.6).

■ Роль группы по осуществлению в адаптации комплекта документов по mhGAP

Этап 1. Узнайте в национальном управлении охраны психического здоровья, доступна ли адаптированная версия руководства mhGAP-IG, и обсудите с группой по осуществлению mhGAP необходимость его адаптации для районного уровня.

Этап 2. Соберите рабочую группу по проведению адаптации, включив в нее 10–15 экспертов в тематических областях (например: зависимости, неврология, педиатрия, социальное обслуживание, психология), а также представителей различных категорий кадров здравоохранения (например: семейная медицина, сестринское дело).

- Ознакомьте группу с материалами mhGAP: руководством mhGAP-IG версии 2.0, учебными материалами mhGAP (30), e-mhGAP, а при необходимости – примерами адаптации mhGAP и шаблоном для адаптации mhGAP-IG (см. приложение 5).

Этап 3. Рассмотрите возможность проведения практического семинара по адаптации mhGAP под руководством координатора, хорошо знакомого с материалами по mhGAP.

- Проанализируйте местные публикации, клинические руководства по лечению расстройств ПНВ и доступным в стране или районе услугам, а также результаты ситуационного анализа (см. приложение 3). На основе этого анализа обсудите, какие расстройства ПНВ в районе являются наиболее значимыми, и приведите mhGAP в соответствие с ситуацией.
- Необходимо согласовать предпочтительный язык общения в данном районе и обсудить культурные концепции, связанные с расстройствами ПНВ и особенностями обращения за помощью.

Этап 4. После получения комментариев или результатов практических семинаров внесите окончательные изменения совместно с рабочей группой.

- Заполненный шаблон для адаптации руководства mhGAP-IG (см. приложение 5) должен быть отослан в Департамент ВОЗ по вопросам психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами в целях информирования и получения комментариев.



Практические советы

- Эффективной обстановкой для адаптации является практический семинар. При невозможности проведения очного семинара запрос на обратную связь и перевод может быть направлен по электронной почте или посредством видеоконференц-связи, что может оказаться более эффективным с точки зрения затрат.
- Адаптация представляет собой непрерывный процесс, который может частично осуществляться в ходе обучения и супервизии. Необходимо фиксировать подробные комментарии об адаптации и переводе материалов по mhGAP.
- Иногда желательно проводить тестирование вмешательств или способов оказания помощи. При необходимости изменения могут быть внесены при следующем пересмотре материалов.



Индикаторы осуществления mhGAP

Индикатор: материалы mhGAP-IG версии 2.0 для обучения и супервизии, а также приложение e-mhGAP адаптированы и готовы к практическому применению в районе.

Способы проверки: протоколы семинаров по адаптации, адаптированные материалы mhGAP-IG версии 2.0 для обучения и супервизии, а также приложение e-mhGAP.

Методика: шаблон для адаптации руководства mhGAP-IG (см. приложение 5).



Адаптация программы mhGAP в Уганде для медицинских сестер и других медицинских работников, не осуществляющих выписку рецептов

В Уганде в результате роста населения, увеличения распространенности психических заболеваний, просвещения общественности и повышения готовности обращаться за лечением растет спрос на психолого-психиатрическую помощь. При поддержке ВОЗ, группы сотрудников Программы повышения качества психолого-психиатрической помощи (PRIME) в Уганде и других партнеров в стране была осуществлена программа mhGAP.

Перед началом ее внедрения состоялись два национальных консультационных семинара по контекстуализации и адаптации руководства mhGAP-IG к системе охраны психического здоровья в стране. В этих семинарах приняли участие представители многих поставщиков психолого-психиатрической помощи. Проведению семинаров предшествовал ситуационный анализ отдельных районов, обеспечивший группу актуальной информацией о потребностях, ресурсах, потенциале и расстройствах ПНВ, требующих первоочередного внимания.

Одна из наиболее сложных задач адаптации была связана с тем, что руководство mhGAP-IG разработано для неспециализированных поставщиков медицинских услуг, обученных выписывать рецепты. В системе первичной медико-санитарной помощи в Уганде преобладающую долю персонала составляют медицинские сестры и санитары, которым закон разрешает использовать лекарственные средства лишь после того, как врач-специалист выпишет рецепт. Медсестры редко распоряжаются приемом лекарств в связи с нехваткой персонала и другими формальными факторами. Чтобы решить конкретные задачи обучения и охватить функции различных медицинских работников, принимающих участие в лечении ПНВ, потребовалась всесторонняя адаптация учебных материалов и плана осуществления mhGAP. Адаптация учебных материалов для неспециализированных поставщиков медицинских услуг включала в себя упрощение технической терминологии и смещение акцента на нефармакологические вмешательства для работников, не имеющих права выписывать рецепты.

2.2 Обучите кадры программе mhGAP

Обучение позволяет неспециализированным поставщикам медицинских услуг (семейным врачам, фельдшерам, медсестрам, акушеркам и другим специалистам без высшего образования) получить знания в области психолого-психиатрической помощи; в целях обеспечения оптимальных результатов, непрерывной поддержки и супервизии обучение должно осуществляться в координации со специалистами-психиатрами и психологами. Эти принципы также применимы к учебным программам по другим материалам, таким как Руководство по гуманитарной помощи mhGAP (см. раздел 5.1), e-mhGAP (см. раздел 3.1, вставка 2) и психологические вмешательства (см. раздел 2.6).

Учебные материалы по mhGAP (31) составлены таким образом, что могут применяться на практике (т. е. в процессе повышения квалификации). Подобный подход позволяет расширить запас установок, знаний и навыков медицинских работников, в первую очередь – за счет раздела клинической подготовки, в котором лекции, активные методики преподавания и сопровождающие их практические пособия адаптированы к конкретной категории медицинских работников и объему их предыдущего обучения.

Группа по осуществлению mhGAP также может располагать возможностями для расширения базовой учебной программы сотрудников сферы здравоохранения в районе. Целью предварительного обучения является передача основных навыков намного раньше – в рамках учебного модуля, включенного в объем медицинского образования. Несмотря на то, что учебные материалы mhGAP рассчитаны на обучение в процессе работы, на основе адаптированных материалов mhGAP можно осуществлять и предварительное обучение, что влечет за собой ряд преимуществ.

- Предварительное обучение может снизить затраты и увеличить отдачу от инвестиций благодаря задействованию как ограниченных учебных ресурсов, так и заинтересованной в обучении студенческой аудитории.
- Предварительное обучение включает в себя сдачу обязательных экзаменов, что дает студентам мощный стимул к усвоению материала.
- В предварительном обучении часто используется собственная устойчивая модель финансирования, которая обычно не требует расходов со стороны Министерства здравоохранения или проекта.
- Широкое внедрение психолого-психиатрической помощи и принятие ее в качестве одного из основных навыков поможет снизить стигматизацию этого направления медицины и врачей, работающих в этой области.

■ Значимость наращивания потенциала посредством обучения

Зачастую в условиях нехватки ресурсов неспециализированных поставщиков медицинских услуг обучают диагностике и лечению соматических заболеваний, но не расстройств ПНВ. Даже если они проходят обучение в области охраны психического здоровья, как правило, оно представляет собой краткий курс повышения квалификации, имеющий небольшую практическую ценность, что в свою очередь ограничивает компетентность этих работников и их уверенность в том, что они способны лечить пациентов с подобными расстройствами и осуществлять за ними уход. Обучение должно отвечать потребностям населения района в психолого-психиатрической помощи

и учитывать уже имеющийся у неспециализированных поставщиков медицинских услуг багаж знаний и умений, для чего необходимо адаптировать mhGAP к местным условиям.

Учебные материалы по mhGAP (31) построены по так называемой «каскадной» модели и состоят из двух уровней: ведущие инструкторы обучают инструкторов или координаторов, которые в свою очередь обучают неспециализированных поставщиков медицинских услуг. Каскадная модель наилучшим образом подходит к ситуациям, в которых уже имеются службы охраны психического здоровья и специалисты, которые могут выступать как ведущие координаторы, укрепляя тем самым каналы обращения за помощью после обучения и супервизии.

Обучение инструкторов и супервизоров. Цель процесса – обеспечить эти группы навыками и уверенностью в своей способности к обучению неспециалистов и (или) проведению супервизии. Пятидневный план обучения инструкторов и супервизоров предлагается в приложении 7.

Обучение медицинских работников. Цель процесса – ознакомить работников с клинической концепцией лечения ПНВ, включая клиническую оценку и ведение заболевания, с использованием руководства mhGAP-IG версии 2.0. Это обучение также могут проходить другие сотрудники системы здравоохранения.

Обучение разработчиков политики и составителей планов. Лишь небольшое количество моделей наращивания потенциала разработчиков политики и составителей планов прошло проверку в условиях недостатка ресурсов. В большинстве моделей краткий курс обучения сочетается с долгосрочными программами наставничества, диалога и (или) создания сетей взаимной поддержки (8). Руководители районных управлений здравоохранения и члены групп по осуществлению mhGAP также могут воспользоваться семинарами по обмену опытом и ресурсами программы mhGAP в области обучения и супервизии.

Обучение работников социальных и патронажных служб. Общинные работники (например, непрофессиональные помощники или общинные медицинские работники) и сотрудники патронажных служб (например, социальные работники, кураторы) обладают уникальными возможностями и навыками для выявления пациентов с расстройствами ПНВ, снижения стигматизации, психообразования и осуществления других психосоциальных вмешательств низкой интенсивности, слежения за приемом лекарств и обеспечения связи с ресурсами и реабилитационными службами местного сообщества. В настоящее время ведется подготовка версии mhGAP для местных сообществ.

Наращивание потенциала пользователей услуг и лиц, осуществляющих уход за ними. Пациенты с расстройствами ПНВ и лица, осуществляющие уход за ними, обладают уникальными и ценными знаниями, опытом и информацией о лечении ПНВ, включая воздействие этих расстройств на их жизнь. Они должны быть подготовлены к участию в планировании или осуществлении mhGAP, чтобы обеспечить лучшее понимание своего положения и уважение к нему.

■ Подготовка к обучению mhGAP на районном уровне

Этап 1. В ходе планирования программы обучения координаторы группы по осуществлению mhGAP могут обратиться к материалам ситуационного анализа (см. приложение 3), а также оценить потребности в обучении (31).

- Чтобы определить ресурсы, необходимые для обучения и постоянной супервизии, проведите оценку текущего количества работников на каждом уровне оказания услуг, например количества специалистов в районе, их текущих функций и компетенций.
- Определите количество подлежащих обучению людей, возможное место и время проведения обучения, а также пробелы в обучении неспециализированных поставщиков медицинских услуг, связанные с распространенностью расстройств ПНВ и доступностью услуг; составьте карту требуемых услуг.
- Проведите отбор участников обучения, принимая во внимание следующие факторы: вероятность сохранения текущей должности; поддержка руководства в отношении поручения связанных с ПНВ задач по окончании обучения; готовность учреждения или местного сообщества к оказанию поддержки; интерес к теме психического здоровья; вероятность применения новых навыков на практике, а также текущий уровень базовой подготовки (т. е. квалификация).

Этап 2. Подготовьте уместную для данной ситуации модель обучения и процесс оценки всех учебных мероприятий. Адаптируйте учебные материалы по mhGAP к местным реалиям.

Этап 3. Проведите подготовку и обучение медицинских работников основным компетенциям (см. учебные материалы по mhGAP).

- Оцените учебный курс, например с помощью тестирования до и после обучения.
- Проведите обучение специалистов навыкам инструкторов и супервизоров (см. раздел 2.3). Составьте для ведущих инструкторов методики повторения пройденного и непрерывной поддержки.
- Обучите медицинских работников плановому сбору данных и использованию информационных систем (см. раздел 4.0).
- При наличии ресурсов также проведите обучение кратким психологическим вмешательствам (см. раздел 2.6).
- Обучите социальных работников проведению вмешательств в местном сообществе (см. раздел 3.2).

Этап 4. На этапе супервизии (см. раздел 2.3) организуйте начало приема неспециализированными поставщиками медицинских услуг пациентов с приоритетными расстройствами ПНВ.



Практические СОВЕТЫ

- Обучение может осуществляться различными способами. В учебных материалах по mhGAP предлагается план занятий, однако он может быть скорректирован по ситуации. Обучение может осуществляться очно или через интернет с использованием методов электронного обучения (32).
- Любое обучение медицинского работника по руководству mhGAP-IG версии 2.0 должно сразу же быть включено в его работу, чтобы обеспечить оптимальное применение знаний на практике (28, 33).
- Обучение само по себе неэффективно; необходимость постоянной супервизии становится все более очевидной.
- Оценка пройденного обучения и комментарии в процессе супервизии помогают скорректировать дальнейшее обучение.

Этап 5. Проведите курс по повторению пройденного и проверьте приобретенные навыки на практических примерах.



mhGAP Индикаторы осуществления mhGAP

- Количество инструкторов и супервизоров, принявших участие в обучении инструкторов и супервизоров программе mhGAP.
- Доля неспециализированных поставщиков медицинских услуг, прошедших обучение по программе mhGAP (количество обученных / количество неспециалистов в районе).
- Количество обученных социальных работников, отвечающих стандартам компетентности по программе mhGAP.

Способы проверки: формы оценки обучения (см. учебные материалы по mhGAP), оценки компетенций.

Методика: ситуационный анализ (приложение 3), оценка потребностей в обучении и формы оценки до и после обучения (учебные материалы по mhGAP).



От виртуальности к практике: mhGAP в странах Карибского бассейна

В странах Карибского бассейна психолого-психиатрическая помощь зачастую недоступна уязвимым группам населения и, как правило, отделена от системы первичной медико-санитарной помощи. Для расширения масштаба услуг по лечению ПНВ в сложных географических условиях (например, при разбросанности служб по отдельным островам и ограниченности ресурсов) необходимы инновационные подходы к обучению.

Под руководством Регионального бюро ВОЗ для стран Америки была реализована программа наращивания потенциала неспециализированных поставщиков медицинских услуг посредством «виртуального кампуса охраны общественного здоровья» (32). Программа предусматривала 65 часов электронного обучения на протяжении 20 недель с использованием самостоятельных упражнений, оценок и постоянного взаимодействия с наставниками. В рамках осуществления долгосрочной цели по постепенному исключению психолого-психиатрической помощи из ведения дорогостоящих, централизованных специализированных служб ученики получили навыки и знания, необходимые для диагностики и лечения пациентов с приоритетными расстройствами ПНВ с помощью руководства mhGAP-IG версии 2.0.

Использование виртуальной платформы в странах Карибского бассейна позволило сделать обучение программе mhGAP адаптируемым, гибким и доступным. Протяженность программы позволила участникам из разных стран региона внести изменения в свою практическую работу, улучшив тем самым доступ к психолого-психиатрической помощи в местных сообществах. Участники начали выступать в защиту охраны психического здоровья и мотивировать других неспециализированных поставщиков медицинских услуг принять участие в виртуальном обучении mhGAP. К преимуществам такого подхода относится отсутствие необходимости совершать поездки или прерывать повседневную работу, а также возможность проходить обучение в индивидуальном темпе в наиболее удобные часы или дни недели.

Виртуальная платформа предлагает как очное, так и виртуальное онлайн-обучение, что делает ее потенциально выгодным способом расширить масштабы лечения расстройств ПНВ и преодолеть проблемы, связанные со сложными географическими условиями, ограниченным потенциалом обучения и нехваткой ресурсов в таких регионах, как страны Карибского бассейна.

Источник:

- From virtual to practical: mhGAP in the Caribbean. mhGAP Newsletter. June 2014:2 (http://www.who.int/mental_health/mhgap/Newsletter_June_2014.pdf?ua=1).

2.3

Подготовьтесь к клинической и административной супервизии

В программе mhGAP обязательными являются два типа супервизии: административная и клиническая. Административная супервизия позволяет обеспечить адекватное ведение и хранение документации, а также решить административные проблемы путем мониторинга общего осуществления программы mhGAP в отдельной службе. Клиническая супервизия обеспечивает соблюдение руководств по mhGAP, дополняет первоначальное обучение медицинских работников, укрепляет их клинические навыки в лечении ПНВ и способствует применению руководства mhGAP-IG версии 2.0 в комплексной модели оказания услуг. Она позволяет отследить отклонения от практики, решить клинические вопросы и обеспечить непрерывное повышение качества оказываемой медицинской помощи. Оба типа супервизии являются важными составными частями любой учебной программы по mhGAP.

Конкретные задачи супервизии заключаются в следующем:

- обеспечить применение навыков и знаний из учебного курса в клинической практике;
- обеспечить адекватное проведение психиатрических вмешательств в соответствии с руководством mhGAP-IG версии 2.0 и выявить направления для развития дальнейших навыков;
- при возникновении проблем у слушателей курса mhGAP выявлять и оказывать помощь в управлении сложными клиническими ситуациями;
- содействовать повышению мотивации неспециализированных поставщиков медицинских услуг для обеспечения предоставления качественных медицинских услуг пациентам с расстройствами ПНВ;
- обеспечить, чтобы необходимые материалы и административные процедуры, касающиеся расстройств ПНВ, такие как направление пациентов к специалистам и последующее наблюдение, были подготовлены и (или) интегрированы в существующие системы местных медицинских учреждений;
- обеспечить оперативную поставку медикаментов,
- медицинского оборудования и других вспомогательных средств для осуществления программы mhGAP; а также
- поощрять уважительное, непредвзятое отношение и деликатное проведение процедур, которые стимулируют и защищают права человека в отношении лиц с расстройствами ПНВ.

Осуществление mhGAP требует, чтобы специалисты-психиатры проводили супервизию учеников-неспециалистов в рамках совместного поэтапного подхода к лечению. Важность последовательной и благожелательной супервизии была подтверждена исследованиями осуществления mhGAP (34) и систематическим анализом исследований, посвященных основным препятствиям, возникающим при перераспределении функций (35).

Маловероятно, что единичный учебный курс позволит добиться долгосрочных изменений в лечении расстройств ПНВ. В любой программе наращивания потенциала супервизия должна рассматриваться как важнейший компонент обучения, способный обеспечить устойчивые изменения модели поведения на клиническом уровне, что в конечном итоге позволит улучшить качество лечения пациентов с расстройствами ПНВ.

■ Внедрение супервизии по программе mhGAP в районах

Этап 1. При организации супервизии опирайтесь на материалы ситуационного анализа (см. приложение 3) и доступные кадровые ресурсы. Ознакомьтесь с учебными материалами ВОЗ по mhGAP, которые включают в себя формы для проведения супервизии (31), модель прохождения практики (36), а также двусторонние, трехсторонние и групповые модели (37).

Примите во внимание:

- количество учреждений, в которых осуществляется лечение ПНВ;
- количество супервизоров, обладающих знаниями в области лечения ПНВ и программы mhGAP;
- географическое распределение учреждений;
- время в пути между учреждениями;
- организацию составления отчетности, а также
- экономическую целесообразность супервизии.

Этап 2. Проведите обучение супервизоров соответствующим материалам mhGAP во время обучения инструкторов и супервизоров или отдельно (см. раздел 2.2). Обучите супервизоров навыкам отслеживания, контроля и оценки. Регулярно оценивайте комментарии супервизоров и их влияние на лечение ПНВ. Формы отчетности для супервизоров можно взять из учебных материалов по mhGAP.

Этап 3. В идеальном варианте программа супервизии должна начинаться во время обучения неспециализированных поставщиков медицинских услуг по программе mhGAP или сразу после его окончания, но не позднее чем через 4–6 недель.

Этап 4. Регулярно осуществляйте супервизию и проводите периодическую оценку (формы для проведения супервизии и составления отчетности см. в учебных материалах по mhGAP).

Этап 5a. Вы можете обратиться к супервизорам с просьбой заполнять во время и после каждого визита следующие формы:

- отчет о супервизии прошедшего обучение медицинского работника;
- форма клинической поддержки и супервизии;
- форма отчета о сложном случае; а также
- отчет супервизора и форма обратной связи.

Этап 5b. Вы можете обратиться к супервизорам с просьбой собрать во время каждого визита следующие формы в рамках процесса МиО:

- формы ежемесячного отчета; а также
- форма отчета учреждения о внедрении mhGAP.

Дополнительные рекомендации в отношении супервизии перечислены в табл. 4.



Практические СОВЕТЫ

- На протяжении первых шести месяцев клиническая супервизия может быть нацелена на усвоение основных знаний и навыков mhGAP, для чего супервизор наблюдает за медицинским работником, процессом его обучения и передачи знаний. В идеальном варианте в этот период супервизор посещает медицинское учреждение не реже раза в месяц.
- При необходимости (например, для консультаций по сложным случаям расстройств ПНВ) график супервизии может быть изменен, включен в существующую районную систему супервизии и (или) превращен в систему долгосрочных консультаций в специализированных учреждениях.
- Супервизия может включать в себя выявление людей, способных стать инструкторами в будущем.

Таблица 4. Дополнительные рекомендации в отношении супервизии

Супервизия	Рекомендации
Выбор супервизоров*	<ul style="list-style-type: none"> По возможности выбирайте супервизоров на основе следующих критериев: <ul style="list-style-type: none"> – формальная квалификация, клинические навыки и опыт работы в области психического здоровья и (или) лечения расстройств ПНВ; – навыки и опыт работы в административных аспектах лечения расстройств ПНВ, в том числе – в ведении документации, последующем наблюдении и направлении пациентов к специалистам; – хорошие навыки организатора и умение решать проблемы; – энтузиазм, интерес и стремление заниматься обучением и супервизией; а также – наличие времени для поддержки и супервизии (включая регулярные визиты).
Осуществление супервизии в рамках программы	<ul style="list-style-type: none"> В идеальной ситуации – силами специалиста в области психического здоровья или инструктора. Также возможен вариант с коллегами или неспециализированными поставщиками медицинских услуг, имеющими опыт применения mhGAP. Наилучшие супервизоры – это практикующие медицинские работники, обладающие энтузиазмом, эмпатией, интересом, необходимым свободным временем и компетенциями.
Сроки проведения супервизии	<ul style="list-style-type: none"> Обдумайте частоту и продолжительность супервизии. Первоначально супервизия должна проводиться не реже раза в месяц. Обеспечьте максимальную частоту проведения супервизии в соответствии с доступными ресурсами и включите расходы на супервизию в процесс планирования бюджета.
Место проведения супервизии	<ul style="list-style-type: none"> Обдумайте, следует ли проводить супервизию в постоянном месте или в различных местах по очереди. Узнайте, есть ли в наличии помещение для проведения непосредственного наблюдения или его следует проводить удаленно. При проведении супервизии группы следует выбирать место, удобное для наибольшего количества людей. Если это возможно и целесообразно, используйте телефон, видео-конференц-связь или социальные сети, особенно для связи с удаленными местами. При использовании социальных сетей помните о конфиденциальности (т. е. не обсуждайте в них конкретные случаи).
Способы проведения супервизии	<ul style="list-style-type: none"> Следует придерживаться установленной структуры и порядка проведения сессий супервизии. В супервизии используются различные методы, включая непосредственное наблюдение, инструктаж, демонстрацию, ролевую игру, дискуссию и рассуждение. При невозможности непосредственного наблюдения рассмотрите возможность использования в ходе супервизионного визита видеозаписей приема пациентов. Договоритесь о порядке проведения каждого супервизионного визита, включая критерии участия в групповой супервизии, способы получения обратной связи и структуру сессии.

* Примечание: супервизоры программы mhGAP-IG могут быть специалистами в области психического здоровья по расстройствам ПНВ (психиатр, психиатрическая медсестра, невропатолог и др.), врачами или медсестрами, которые прошли обучение и имеют опыт в лечении расстройств ПНВ, используя руководство mhGAP-IG версии 2.0, и (или) супервизорами общей системы здравоохранения.



mhGAP Индикаторы осуществления mhGAP

- Доля супервизоров, прошедших обучение административной и клинической супервизии по программе mhGAP (количество обученных супервизоров / количество супервизоров (или специалистов) в районе).
- Частота и достаточность супервизии, определенная посредством ситуационного анализа.
- Доля учреждений в районе, в которых осуществляется супервизия по программе mhGAP (количество учреждений, в которых проводится не менее одной супервизии в месяц, / количество учреждений с обученными супервизорами).

Способы проверки: записи о проведении супервизии, списки участников групповой супервизии, краткие описания клинических случаев и оценочные листы, заполненные в ходе прямой супервизии.

Методики: ситуационный анализ (приложение 3) и формы отчетности для супервизоров (учебные материалы по mhGAP).



Клиническое наставничество и супервизия: программа PRIME в Непале

В Непале согласно районному плану охраны психического здоровья, разработанному в рамках Программы повышения качества психолого-психиатрической помощи (PRIME), обученные по программе mhGAP неспециализированные поставщики медицинских услуг получают помощь наставников и супервизоров тремя способами.

Разбор клинических случаев. Обученные неспециалисты приглашаются, например, в районное управление здравоохранения для обсуждения любых трудностей, возникающих при оказании услуг. Координатором во время таких встреч выступает профессиональный врач-психиатр. Разборы клинических случаев стимулируют процесс повышения квалификации и улучшают качество медицинской помощи. Первоначально они проводились раз в месяц, а сейчас проводятся раз в квартал в целях снижения расходов.

Удаленная супервизия. Столкнувшись с трудностями при диагностике или ведении случаев, обученные работники могут связаться со специалистами по телефону. Несмотря на периодические сложности, обусловленные техническими неполадками или недоступностью специалиста, медицинские работники считают этот метод полезным и важным.

Супервизия по месту работы. Специалист посещает медицинское учреждение, наблюдает за навыками неспециализированного поставщика медицинских услуг в области диагностики и лечения пациентов с расстройствами ПНВ и обсуждает выявленные или наблюдавшееся ранее сложности. Этот вид супервизии является эффективным, но поддерживать ее регулярное проведение на практике зачастую сложно по причине графика работы специалиста.

В связи с отсутствием механизмов супервизии в существующей системе и ограниченностью потенциала и поддержки для постоянного проведения супервизии было предложено в рамках программы создать систему поддержки и супервизии в конкретных ситуациях, которая позволила бы предоставить неспециализированным поставщикам медицинских услуг, обученным по программе mhGAP, необходимую поддержку. Эта система включает в себя различные методы супервизии, в том числе личный контакт, а также альтернативные способы (при необходимости), в зависимости от имеющихся средств, факторов логистики, количества обученных специалистов и супервизоров и их доступности.

2.4

Согласуйте протоколы лечения

Широкий спектр потребностей пациентов с расстройствами ПНВ и лиц, осуществляющих уход за ними, не может быть охвачен в рамках одной медицинской специализации или одного сектора. В связи с этим при подготовке к осуществлению mhGAP необходимо согласование действий различных служб и поставщиков услуг как внутри системы здравоохранения, так за ее пределами. Протоколы лечения – это предписания, в соответствии с которыми пациенты с расстройствами ПНВ получают лечение и уход. Они влияют на организацию услуг и объединены в совместную систему оказания помощи, в которой участвуют различные государственные и частные поставщики услуг разного уровня. Поскольку расстройства ПНВ неизбежно связаны с общей социальной обстановкой, удовлетворение потребностей отдельного человека выходит за рамки оказания психолого-психиатрической помощи и требует междисциплинарного подхода. Например, человек может нуждаться в лекарствах против симптомов как расстройства ПНВ, так и соматической патологии, такой как диабет или сердечно-сосудистое заболевание. Ему может быть необходима помощь в получении образования, трудоустройстве, поиске доступного жилья. Эти многочисленные и зачастую сложные нужды требуют широкого спектра знаний и навыков, которыми не может обладать один человек (см. табл. 5).

В целях удовлетворения комплексных потребностей в лечении пациентов с расстройствами ПНВ группа по осуществлению mhGAP может создать новую или поддержать существующую систему направления пациентов. Эффективная система направления пациентов обеспечивает тесные взаимосвязи на всех уровнях системы здравоохранения и механизмы для направления пациентов в пункты оказания услуг (и из них) за пределами сектора здравоохранения. Качественная система направления помогает обеспечить пациентов с расстройствами ПНВ наилучшим возможным лечением по месту жительства. Она также способствует экономически эффективному использованию двусторонних протоколов лечения, согласно которым направление пациентов осуществляется между стационарами, неспециализированными учреждениями здравоохранения и местным сообществом.

Стратегический подход группы по осуществлению mhGAP к координации может включать в себя следующие аспекты.

- **Координация лечения отдельных пациентов.** Координация может способствовать обеспечению непрерывности лечения и повышению качества обслуживания пациентов с расстройствами ПНВ, особенно в процессе перевода или направления пациентов. Основное внимание должно уделяться оказанию помощи отдельным лицам и координации услуг в целях удовлетворения их потребностей и потребностей членов их семей.
- **Координация осуществления mhGAP и оказания услуг.** Координация позволяет заполнить административные, информационные и бюджетные пробелы, существующие между различными уровнями лечения и поставщиками услуг. Для сектора здравоохранения эта деятельность включает в себя формирование взаимосвязей между департаментами и уровнями лечения, такими как неспециализированные услуги здравоохранения, лекарственные средства и медицинские принадлежности, лечение НИЗ, питание и продовольственная безопасность, популяризация здорового образа жизни, охрана материнства и детства, старение и долгосрочный уход, информационные системы и охрана психического здоровья.

- **Межсекторальная координация.** Для успешной координации в вопросах охраны здоровья необходимо взаимодействие многих сторон как в секторе здравоохранения, так и за его пределами. Этот процесс охватывает такие направления, как социальная защита и социальное обеспечение; образование, правосудие, обеспечение жильем и трудоустройство (силами государственных или негосударственных организаций); СМИ, научные круги и учреждения; национальные и международные НПО, оказывающие услуги по охране психического здоровья или выступающие в их защиту; организации частного сектора, профессиональные объединения, религиозные организации и учреждения; традиционные и народные целители, а также группы защиты интересов пользователей услуг, членов их семей или лиц, осуществляющих уход за ними. Обеспечение межсекторальной деятельности, включая раннее выявление и оперативное реагирование на кризисы, требует эффективного руководства.

Таблица 5. Примеры функций при реализации протоколов лечения в отдельных случаях

Поставщик услуг*	Функция
Общинные и непрофессиональные работники	<ul style="list-style-type: none"> • Оказание или содействие в оказании базовой социальной поддержки, информирование. • Осуществление базовых психологических вмешательств и (или) психообразование в местном сообществе. • При необходимости – направление пациентов из сообщества к неспециалистам или специалистам. • Осуществление последующего наблюдения за пациентами в сообществе.
Социальные работники, кураторы, консультанты	<ul style="list-style-type: none"> • Проведение всесторонней оценки. • Подготовка плана лечения пациента в консультации с различными поставщиками медицинских услуг. • Контроль и помощь в соблюдении плана лечения. • Базовое консультирование, осуществление психологических вмешательств и психообразование в медицинских учреждениях и местном сообществе. • Последующее наблюдение за пациентами. • Прекращение наблюдения при излечении.
Неспециализированные поставщики медицинских услуг	<ul style="list-style-type: none"> • Оценка и ведение важнейших расстройств в неспециализированных учреждениях здравоохранения в соответствии со стандартными руководствами (например, mhGAP-IG версии 2.0). • Консультирование со специалистами и передача им сложных случаев. • Супервизия общинных медицинских работников (ОМР) и прием направленных ими пациентов.
Специалисты по охране психического здоровья	<ul style="list-style-type: none"> • Координирование оказания услуг, выступление в поддержку развития услуг и консультирование государственных органов. • Диагностика и лечение пациентов после специализированного обучения проведению фармакологических и психологических вмешательств. • Прием направленных пациентов с наиболее сложными случаями. • Супервизия неспециализированных поставщиков медицинских услуг и ОМР.

* Функции поставщиков услуг по охране психического здоровья могут различаться в ситуациях низкой, средней и высокой обеспеченности ресурсами (38).

■ Координация протоколов лечения в рамках районных служб

Составьте карту существующих ресурсов для направления пациентов и соответствующих заинтересованных сторон; определите стратегию их вовлечения в расширение масштаба услуг для пациентов с расстройствами ПНВ. Включите в стратегию департаменты сектора здравоохранения (внутрисекторальное взаимодействие) и других секторов (межсекторальное взаимодействие).

Четко определите функции каждого поставщика услуг с точки зрения кадров и районных учреждений для лечения отдельных случаев; проведите поиск общих обязанностей и навыков, используемых этими поставщиками при лечении ПНВ (см. табл. 5).

Организируйте (или адаптируйте) оказание услуг в соответствии с протоколами лечения, чтобы обеспечить комплексное, взаимосвязанное лечение силами всех специалистов в учреждениях здравоохранения на всей территории района.

Обеспечьте единообразие бланков направлений; согласуйте протоколы, процедуры и стандарты для процесса направления пациентов (например, в соответствии с тяжестью или продолжительностью расстройства ПНВ).

Примеры бланков направлений пациентов и журналов регистрации см. в приложении 8. Обучите соответствующих сотрудников использованию документации, стандартов и процедур для исходящих и входящих направлений.

Контролируйте эффективность протоколов лечения и системы направления пациентов в соответствии с предлагаемыми индикаторами.



mhGAP Индикаторы осуществления mhGAP

- Создана функционирующая система направления пациентов.
- Количество учреждений здравоохранения, социальных служб и общинных программ, применяющих процедуры направления пациентов с расстройствами ПНВ.
- Количество направлений и обратных направлений в месяц.

Способы проверки: ежемесячные отчеты об осуществленных направлениях пациентов; четкие критерии направления пациентов между учреждениями первичной, вторичной и третичной медицинской помощи, а также за пределами сектора здравоохранения.

Методики: бланки направления и обратного направления пациентов, журнал регистрации направлений в учреждении (см. приложение 8).



Практические СОВЕТЫ

- Хорошие навыки коммуникации являются важным элементом осуществления протоколов лечения и эффективного формирования взаимосвязей между поставщиками и службами. Для содействия осуществлению протоколов лечения могут быть назначены кураторы.
- Регулярные встречи сотрудников могут стать хорошей возможностью для обсуждения и пересмотра процессов направления пациентов, их лечения и ухода за ними.



Усовершенствование протоколов лечения по оказанию психолого-психиатрической помощи в Ливане

В связи с проживанием в Ливане большого количества беженцев и ростом их потребностей в сфере охраны психического здоровья и психосоциальной помощи необходимо увеличить масштабы оказания психолого-психиатрической помощи на уровне местного сообщества. Зачастую стигматизация, которой подвергаются беженцы, лишает их желания обращаться за психолого-психиатрической помощью. Кроме того, масштабная приватизация системы охраны психического здоровья и малое количество специалистов по ПНВ ограничивают доступ к приемлемой по цене психолого-психиатрической помощи.

Включение психолого-психиатрической помощи в перечень медицинских услуг является стратегической приоритетной задачей в Ливане. В мае 2014 г. Министерство общественного здравоохранения при поддержке ВОЗ, ЮНИСЕФ и Международного медицинского корпуса начало реализацию Национальной программы охраны психического здоровья. Задача этой программы заключается в реформировании лечения ПНВ и оказании немедицинских услуг на уровне местных общин в целях соблюдения прав человека и предоставления услуг, отвечающих новейшим фактическим данным на основе передовой практики.

В целях повышения устойчивости услуг в составе общенациональной стратегии реформ и расширения подхода Международный медицинский корпус осуществляет включение психолого-психиатрической помощи в состав первичной медико-санитарной помощи посредством организации групп сопровождения пациентов в неспециализированных учреждениях медицинской помощи, а также осуществления программы mhGAP. Такие группы состоят из двух кураторов (социальных работников), одного психотерапевта и одного психиатра. Кураторы используют комплексный междисциплинарный подход при оказании психосоциальной поддержки. Пациенты, нуждающиеся в специализированной психолого-психиатрической помощи, получают направления к психотерапевтам и психиатрам. После стабилизации состояния их направляют к прошедшим обучение по программе mhGAP неспециализированным поставщикам медицинских услуг для дальнейшего наблюдения и контроля за лечением. Обучение и супервизия неспециализированных поставщиков медицинских услуг и групп сопровождения пациентов с нарушениями психического здоровья могут укрепить оказание вспомогательных услуг по охране психического здоровья в районах с ограниченным доступом к специализированной помощи, а также обеспечить непрерывность лечения.

Расширьте доступ к психотропным лекарственным средствам

Доступ к основным лекарственным средствам является составной частью «права на максимальный достижимый уровень здоровья». Он дает пациентам с расстройствами ПНВ шанс на принципиальное улучшение состояния их здоровья и возвращение к участию в жизни общества (14). Психотропные лекарственные средства могут использоваться для смягчения симптомов расстройств ПНВ и улучшения функционирования пациентов. В соответствии с руководством mhGAP-IG версии 2.0 для лечения приоритетных состояний ПНВ применяются четыре основные группы лекарственных средств: антипсихотические средства для лечения психотических расстройств; лекарственные препараты, используемые при лечении расстройств настроения (депрессивные или биполярные расстройства); противосудорожные/противоэпилептические лекарственные средства и лекарственные препараты, используемые для управления синдромом отмены психоактивного вещества, лечения интоксикации или зависимости.

Психотропные лекарственные средства входят в Примерный перечень основных лекарственных средств ВОЗ, который определяет минимальные требования к лекарственному обеспечению базовых систем здравоохранения. Этот перечень может использоваться в качестве основы для внесения изменений, отражающих приоритетные задачи и потребности района в сфере здравоохранения. Тем не менее на уровне района существуют препятствия для доступа к психотропным лекарственным средствам. Спрос на психотропные лекарственные средства зависит от приемлемости расстройств ПНВ и особенностей обращения за помощью, на которые может негативно влиять стигматизация, дискриминация и другие социокультурные факторы. Обеспечение психотропными лекарственными средствами может быть сопряжено с трудностями, поскольку в условиях существующей ограниченной доступности психолого-психиатрической помощи количество пациентов, нуждающихся в лекарствах, не регистрируется, а уровень применения таких лекарств остается низким. Это, в свою очередь, приводит к тому, что участники цепочки поставок считают уровень фактического спроса низким.

Выбор надлежащих лекарственных средств на районном уровне может осуществляться путем локального использования и адаптации национальных или международных перечней основных психотропных лекарственных средств, а также с помощью информирования и обучения медицинских работников. Доступность лекарств на районном уровне может быть улучшена с помощью стратегий лечения ПНВ и информирования жителей в отдаленных и сельских районах. Обеспечить надлежащее применение лекарств возможно посредством обучения и повышения квалификации поставщиков медицинских услуг на основе материалов программы mhGAP и других клинических руководств, описывающих назначение, применение и контроль за приемом лекарственных средств.

■ Роль группы по осуществлению mhGAP в расширении доступа к психотропным лекарственным средствам

Этап 1. Изучите результаты ситуационного анализа (см. приложение 3) в отношении выбора, физической и ценовой доступности и надлежащего применения психотропных лекарственных средств в районе.

- Хорошим шагом будет оценка спроса на психотропные лекарственные средства при лечении расстройств, которая должна проводиться на основе доступных источников данных. Проконсультируйтесь с сотрудниками информационных систем здравоохранения, чтобы получить данные о количестве диагнозов по каждому из основных расстройств ПНВ. Обследование учреждений, включая ситуационный анализ, может стать источником информации о наличии психотропных лекарственных средств, охвате населения и ежемесячной статистике по диагнозам.
- Проведите анализ категорий сотрудников, которые в соответствии с законодательством имеют право выписывать психотропные лекарственные средства. Если в их число входят только специалисты, группа по осуществлению mhGAP может выступить с предложением о перераспределении задач от специализированных к неспециализированным поставщикам услуг.

Этап 2. Укрепите потенциал неспециализированных поставщиков медицинских услуг в учреждениях, где будет осуществляться программа mhGAP.

- Эта деятельность включает в себя обучение использованию руководства mhGAP-IG версии 2.0 для выписки рецептов, а также повышение квалификации и создание протоколов лечения для поставщиков, которые проводят оценку лечения пациентов с расстройствами ПНВ.

Этап 3. Предоставьте пользователям информацию о приемлемости лечения ПНВ, включая медикаментозное, в целях формирования надлежащих представлений, установок и ожиданий. Эта мера должна увеличить количество обращений за помощью и стимулировать спрос.

Этап 4. Сформируйте локальные стратегии, обеспечивающие доступность лекарственных средств в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, а также в отдаленных и сельских районах.

- Группа по осуществлению mhGAP может принять меры для обеспечения доступности лекарственных средств как в городских, так и в сельских населенных пунктах (например, путем обеспечения закупок психотропных лекарственных средств местными аптеками и больницами по справедливым ценам).

Практические советы

- Обратитесь к национальным и международным перечням основных психотропных лекарственных средств, в особенности рекомендованных руководством mhGAP-IG версии 2.0.
- Недостаточная обеспеченность психотропными лекарственными средствами может привести к несвоевременному началу оказания психолого-психиатрической помощи.
- Дорогие лекарственные средства не обязательно эффективнее дешевых. Например, назначение антипсихотических препаратов второго поколения (за исключением клозапина) лицам, страдающим психозами, может рассматриваться лишь при уверенности в постоянном наличии препарата и при условии, что цена будет доступной. При наличии возможности проконсультируйтесь с районными аптеками.

- Качество лекарств должно быть гарантировано на протяжении всей цепочки распределения. Использование непатентованных лекарственных средств надежного одобренного производителя может быть экономически оправданной мерой.

Этап 5. Контролируйте цепочку поставок средств для лечения ПНВ, чтобы обеспечить их постоянную доступность на всей территории района.

- Группа по управлению закупками и поставками должна иметь высокую квалификацию.
- Для создания экономически эффективной системы распределения необходимы навыки операционного планирования.
- Создание эффективной системы закупок, хранения и распределения лекарственных средств является весьма важной и сложной задачей.



mhGAP Индикаторы осуществления mhGAP

Индикатор: количество месяцев в году, на протяжении которых в учреждениях здравоохранения было доступно как минимум одно лекарство для каждой категории психотропных лекарственных средств.

Способы проверки: отчеты медицинских учреждений о поставках лекарственных средств; отчеты об оказании услуг для подтверждения начала медикаментозной терапии новых случаев.



Расширение доступа к лекарственным средствам путем оптимизации механизмов направления пациентов. Обучение mhGAP и онлайн-информационная система здравоохранения в Турции

Турция стала одной из первых стран, в которой осуществление mhGAP было запланировано и распространено на всю территорию страны, начиная с адаптации руководства mhGAP-IG версии 2.0 к местным языкам и условиям. По состоянию на сентябрь 2017 г. обучение по программе mhGAP прошли 349 врачей общей практики из Турции и 150 зарегистрированных врачей из Сирии. 85 зарегистрированных врачей из Сирии работают в настоящее время в медицинских центрах для мигрантов по всей территории Турции. Они получают поддержку и проходят супервизию в области оценки и медикаментозного и немедикаментозного лечения расстройств ПНВ у мигрантов и жителей затронутых принимающих сообществ.

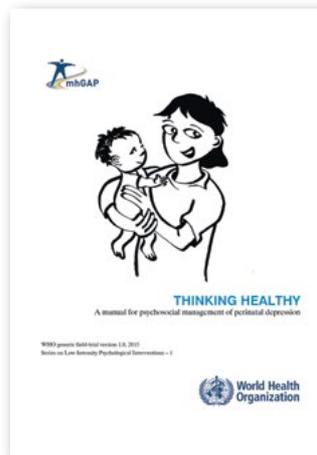
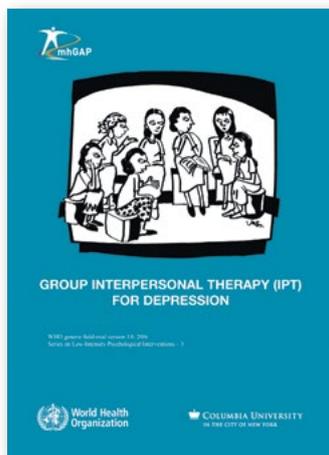
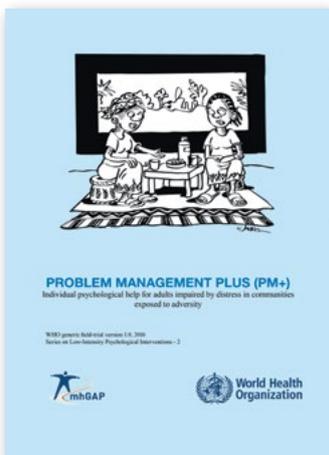
Благодаря онлайн-информационной системе здравоохранения, которая предоставляет аптекам доступ к информации о выписанных лекарственных средствах, рекомендованных дозировках и инструкциях по применению, пациенты с расстройствами ПНВ, которым требуется медикаментозное вмешательство, могут получить выписанные им психотропные лекарственные средства в любом аптечном пункте. Подобный механизм обеспечивает должный контроль и регулирование процесса, тем самым ограничивая ненадлежащее использование психотропных лекарственных средств.

Был создан комитет по проведению с Министерством здравоохранения Турции разъяснительной работы в отношении охраны психического здоровья, включая вопросы, связанные с осуществлением mhGAP. Например, не все психотропные лекарственные средства, рекомендованные к применению руководством mhGAP-IG версии 2.0, могут быть выписаны прошедшими обучение врачами общей практики и врачами из Сирии. Ведется работа по укреплению системы направления пациентов психиатрического профиля на уровне провинций и по созданию функционирующего механизма направления для пациентов с психозами и эпилепсией, который позволит им получить доступ к услугам через учреждения первичной медико-санитарной помощи. Эта работа включает в себя картирование специалистов и больниц, способных принимать пациентов с тяжелыми расстройствами ПНВ, которым не могут оказать помощь неспециализированные медицинские работники. Протоколы направления, пути координации и механизмы обратной связи, обеспечивающие последующее наблюдение и управление приемом выписанных лекарственных средств со стороны неспециализированных медицинских работников, крайне важны, особенно в провинциях, где проживает большое количество беженцев, а система направления пациентов находится на стадии отладки.

Программа mhGAP рекомендует ряд основанных на фактических данных психологических вмешательств, которые должны осуществляться хорошо обученными неспециализированными поставщиками медицинских услуг под надзором супервизоров. В частности, рекомендуется использование стратегий самопомощи, когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), интерперсональной психотерапии (ИПТ) и обучение релаксации. Примеры руководств ВОЗ по осуществлению психологических вмешательств, упомянутые в руководстве mhGAP-IG версии 2.0, включают в себя «Управление проблемами плюс» (УП+) (39–41), ИПТ при депрессии (42, 43) и «Здоровое мышление» при перинатальной депрессии (44, 45).

До недавнего времени специалисты-психиатры, число которых в условиях нехватки ресурсов, как правило, невелико, считали, что психологические вмешательства занимают много времени. В результате большинство пациентов не имеют доступа к этому виду лечения. Однако за последние 15 лет был собран значительный объем фактических данных, свидетельствующий об эффективности психологических вмешательств при лечении расстройств ПНВ неспециалистами в СНСУД (46). В связи с этим ВОЗ и ее партнеры делают доступными ряд инновационных психологических вмешательств, которые не требуют участия специалистов и могут быть масштабированы. Эти модифицированные вмешательства могут проводиться обученными неспециалистами под контролем супервизоров в рамках различных возрастных групп и категорий населения.

Задача этого раздела заключается в предоставлении группе по осуществлению mhGAP практических указаний, целью которых является расширение доступа к психологическим вмешательствам в рамках осуществления программы mhGAP. Система здравоохранения должна быть подготовлена к осуществлению психологических вмешательств. Для этого необходимо обучить инструкторов и супервизоров, являющихся сотрудниками неспециализированных поставщиков медицинских услуг; создать клинические протоколы для направления пациентов и обратного их направления на уровень местного сообщества, а также усовершенствовать информационные системы здравоохранения для отслеживания результатов вмешательств. В приложении 7 приведен перечень психологических и медикаментозных вмешательств, используемых для лечения основных расстройств ПНВ в соответствии с руководством mhGAP-IG версии 2.0.



■ Роль группы по осуществлению mhGAP в расширении доступа к психологическим вмешательствам

Этап 1. Определите координатора или сформируйте из числа членов группы по осуществлению mhGAP рабочую группу по психологическим вмешательствам, в которую будут входить специалисты по психологическим вмешательствам (желательно местные).

Этап 2. Выберите психологическое вмешательство и решите, где оно будет осуществляться.

- Обратитесь к материалам ситуационного анализа (см. раздел 1.2), чтобы получить данные о доступности поставщиков, обученных проведению психологических вмешательств, и определить потребность в психологических вмешательствах.
- Вмешательства должны соответствовать потребностям населения в психолого-психиатрической помощи, количеству пациентов, подлежащих лечению, и доступным ресурсам. Например, методика «Здоровое мышление» (44) может применяться к беременным женщинам.
- Убедитесь, что вмешательство основано на фактических данных (см. приложение 7) и что место и модель его осуществления соответствуют местным условиям и доступным ресурсам.
- В целях обеспечения максимального воздействия при выборе надлежащих вмешательств соблюдайте равновесие между эффективностью вмешательства и его осуществлением в рамках района.

Этап 3. Переведите методики психологических вмешательств и адаптируйте их к местной ситуации и условиям (см. раздел 2.1).

Этап 4. Подготовьтесь к выявлению, оценке и направлению пациентов и проведению психологических вмешательств.

- Определите, кто будет проводить психологические вмешательства и какое место эти сотрудники будут занимать в системе здравоохранения, а также существует ли необходимость в укреплении механизма направления пациентов. Маловероятно, что загруженные работой поставщики первичной медико-санитарной помощи смогут проводить большое количество 60- или 90-минутных сессий психологической помощи, в то время как другие работники системы здравоохранения (например, общинные работники и сотрудники НПО) могут располагать необходимым временем. Создайте механизм прямого направления пациентов между учреждениями здравоохранения, где внедрена программа mhGAP, а поставщики обучены проведению психологических вмешательств.



Практические СОВЕТЫ

- Если психологические вмешательства будут осуществляться общинными работниками, сочетайте их обучение с информированием о психическом здоровье.
- Чтобы определить изменения, которые необходимо внести в руководства по осуществлению вмешательств для их адаптации к местным условиям, проведите обсуждения в формате фокус-групп или интервью со специалистами, неспециалистами и пациентами – участниками вмешательств. Можно зачитать отдельные части руководств по осуществлению вмешательств и показать иллюстрации будущим поставщикам услуг, чтобы определить достаточность, приемлемость и понятность этих руководств.
- Рассмотрите возможность назначения кураторов для координации действий неспециализированных поставщиков медицинских услуг, которые были обучены проведению психологических вмешательств, а также тех, кто осуществляет контроль за другими аспектами лечения – например, акушеров, которые могут отвечать за координацию мероприятий по ОМД в районе (см. раздел 5.2).
- В начале и в конце психологического вмешательства предлагайте пациентам заполнить краткий опросник, чтобы оценить возможные изменения симптомов.

- Установите критерии для включения, исключения и направления пациентов на психологические вмешательства. Перед проведением вмешательства пациента необходимо обследовать, чтобы убедиться в том, что вмешательство принесет ему пользу, и определить его базовое состояние.
- В процессе психологического вмешательства необходимо контролировать суицидальные мысли пациента, чтобы убедиться в том, что он получает необходимую помощь.
- Проведите надлежащие просветительские мероприятия в целях получения поддержки заинтересованных сторон, включая местное сообщество и специалистов-психиатров.
- Определите, необходимо ли помещение для проведения некоторых психологических вмешательств, и если да, то каким образом будет соблюдаться конфиденциальность в учреждениях, располагающих ограниченными ресурсами.

Этап 5. Составьте план, проведите подготовку и разработайте бюджет для отбора, обучения и постоянной супервизии исполнителей.

- Не следует недооценивать важность высококачественного обучения и постоянной клинической супервизии при осуществлении психологических вмешательств. Зачастую препятствием является нехватка средств на проведение супервизии (включая транспортные расходы). Повторение пройденного является важным аспектом обеспечения качества оказываемой помощи.
- Все поставщики услуг (инструкторы, супервизоры и исполнители) должны обладать соответствующими знаниями, опытом и навыками.
- В целях обеспечения качества вмешательств необходимо проводить оценку компетенций лиц, осуществляющих психологические вмешательства, и соблюдение ими принципов лечения. Для того чтобы убедиться в сохранении навыков, может потребоваться повторная оценка компетенций.

Этап 6. Контролируйте и оценивайте психологические вмешательства (см. приложение 4).

- Ведите сбор данных как о самих вмешательствах, так и об уровне обслуживания.
- Вмешательства: используйте соответствующие опросники для контроля за симптомами и функционированием пациента. Во всех случаях проводите оценку улучшений в конце вмешательства, чтобы измерить его воздействие. Оценка изменений также может проводиться в начале каждой сессии (например, методики УП+ и ИПТ-Г включают в себя измерения на каждой сессии).
- Внедрение услуги: ведите сбор данных о количестве поставщиков, обученных проведению психологических вмешательств, и о количестве направлений пациентов на эту услугу и обратных направлений.



mhGAP Индикаторы осуществления mhGAP

- Количество неспециалистов в районе, обученных проведению психологических вмешательств.
- Доля прошедших психологические вмешательства пациентов, которые отметили уменьшение симптомов.

Способы проверки: направление пациентов с расстройствами ПНВ на психологические вмешательства; методики оценки симптомов ПНВ, например шкала оценки инвалидности ВОЗ (ВОЗШОИ) (47), шкала оценки здоровья пациента (PHQ) (48).



Рост объемов лечения депрессии в Уганде посредством масштабируемых психологических вмешательств

В настоящее время система здравоохранения Уганды расширяет свои возможности в области лечения депрессии. Тем не менее, как и во многих других странах с нехваткой ресурсов, подавляющее большинство людей, страдающих депрессией, не получают психолого-психиатрической помощи.

В целях ликвидации пробелов в лечении депрессии НПО StrongMinds провела адаптацию методики групповой ИПТ – простого, экономически эффективного и основанного на фактических данных вмешательства, рекомендованного ВОЗ (42). Это масштабируемое (как показали проведенные в Уганде исследования (43)) психологическое вмешательство было адаптировано в виде структурированной 12-недельной программы, позволяющей членам сообщества выявить и решить трудности, связанные с межличностным взаимодействием. Вмешательство показало хорошие результаты в облегчении симптомов депрессии; кроме того, члены группы установили прочные социальные связи друг с другом. Большинство групп продолжают встречаться и после завершения официальных сессий, что позволяет женщинам в сообществе бороться с эпизодами депрессии и предотвращать их возникновение в будущем.

Включение масштабируемых, основанных на фактических данных психологических вмешательств в перечень услуг неспециализированных учреждений здравоохранения или их проведение местными организациями является важным элементом расширения масштаба лечения расстройств ПНВ и может оказывать значительное воздействие. Проведенная в 2015 г. оценка программы в Уганде показала, что после завершения официальных сессий у 86% из 1800 женщин уменьшились симптомы депрессии. Оценка также продемонстрировала важность непрерывной супервизии поставщиков, обученных проведению психологических вмешательств, в целях обеспечения качества.

Источник: StrongMinds Mental Health Africa. Quarterly summary (2nd Qtly Report). <https://strongminds.org/>.





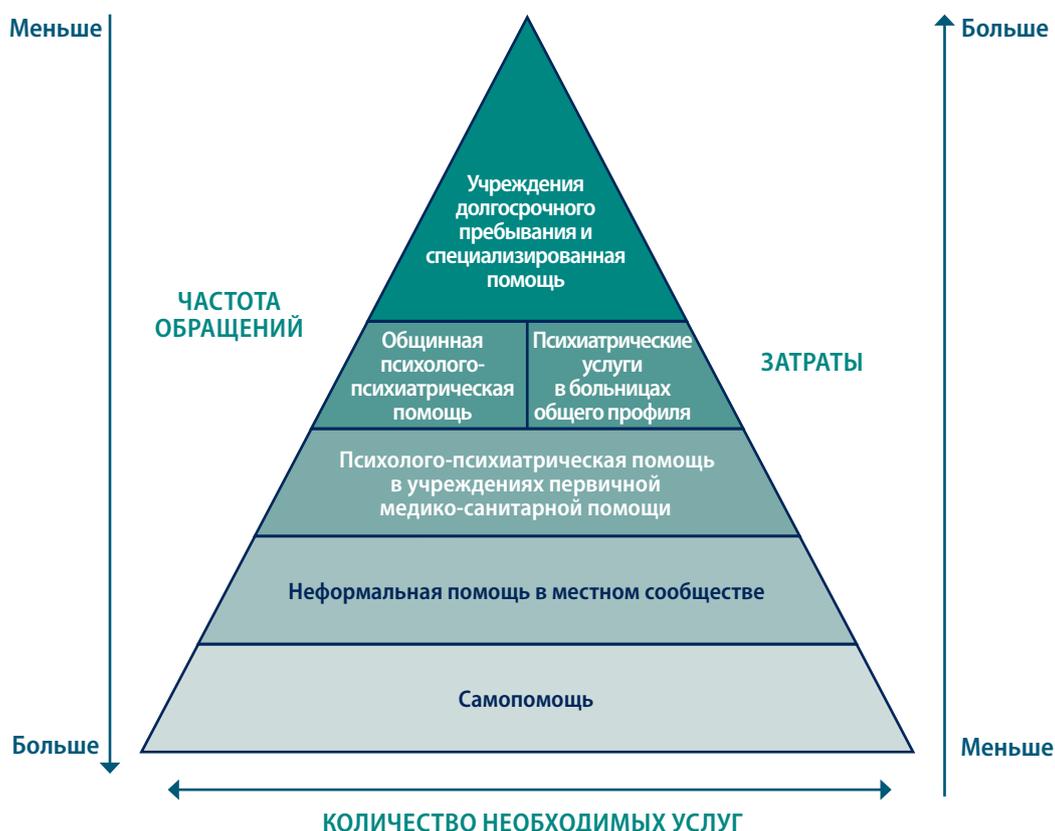
ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ

3. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ

Включение лечения и ухода за пациентами с расстройствами ПНВ в перечень услуг неспециализированных учреждений здравоохранения является основным способом гарантировать всем людям получение необходимых им основных медицинских услуг высокого качества без финансовых затруднений. Комплексный план действий в области психического здоровья ВОЗ на 2013–2020 гг. (6) предполагает систематический сдвиг от психиатрических больниц длительного пребывания к оказанию психолого-психиатрической помощи на уровне местного сообщества, включая стационарные и амбулаторные отделения краткосрочного пребывания в больницах общего профиля, службы первичной медико-санитарной помощи и другие неспециализированные медицинские службы, комплексные центры охраны психического здоровья, дневные стационары, поддержку пациентов с расстройствами ПНВ, проживающих со своими семьями, а также помощь в организации самостоятельной жизни.

Политика ВОЗ в области охраны психического здоровья и комплект руководств по оказанию услуг (28) составляют механизм объединения различных уровней оказания услуг и состояний психического здоровья в целостную систему оказания помощи (см. рис. 2). В этой пирамиде большая часть помощи оказывается неформальным образом со стороны семей, общественных объединений, а также самостоятельно и в виде взаимопомощи пациентов.

Рисунок 2. Оптимальный состав психолого-психиатрической помощи



Источник: см. (28).

Рекомендованные программой mhGAP вмешательства должны быть включены в различные уровни этой пирамиды. Например, учителя, родители и опекуны могут пройти обучение по оказанию поддержки детям и подросткам, получающим услуги на первичном, вторичном и третичном уровнях систем здравоохранения, а также по оказанию социальной и образовательной помощи, обеспечивающей обучение и развитие детей с психическими и поведенческими расстройствами. Неспециалисты, работающие на первичном и вторичном уровнях систем здравоохранения, могут быть обучены лечению ПНВ с помощью руководства mhGAP-IG версии 2.0. Общинные работники и поставщики медицинских услуг, связанные с первичными, вторичными и третичными услугами здравоохранения, могут быть обучены проведению масштабируемых психологических вмешательств в целях ликвидации пробелов в доступности психолого-психиатрической помощи.

На этапе предоставления услуг группа по осуществлению mhGAP, включая руководителей районных управлений здравоохранения, должна оказывать поддержку в лечении ПНВ на первичном, вторичном и третичном уровнях услуг здравоохранения. Необходимо выстроить четкую систему направления, обратного направления и взаимосвязи с привлечением руководителей и поставщиков медицинских услуг на всех уровнях. Необходимо укрепить взаимосвязи в местном сообществе, усилить самопомощь и координацию с другими секторами.

Потенциальные препятствия к оказанию услуг (см. табл. 6) зависят от конкретных услуг, доступных в районе и стране.

Таблица 6. Потенциальные препятствия и их решения на этапе предоставления услуг

Потенциальные препятствия	Потенциальные решения	Тематические разделы
Задержка начала оказания услуг в учреждениях и местном сообществе: обучение состоялось, но оказание услуг не начато	<ul style="list-style-type: none"> Группа по осуществлению mhGAP, включая руководителей районных управлений здравоохранения, в сотрудничестве с другими заинтересованными сторонами переходит от этапов планирования и подготовки к этапу предоставления услуг. Совместно с группой по осуществлению mhGAP выявите препятствия к осуществлению программы mhGAP в учреждениях и местном сообществе; при необходимости обратитесь к операционному плану и бюджету и (или) пересмотрите их. 	1.3, 2.3, 3.1 и 3.2
Ограниченный набор психотропных лекарственных средств: оказание услуг начато, но основные лекарственные средства недоступны	<ul style="list-style-type: none"> Следуйте рекомендациям по расширению доступа к психотропным лекарственным средствам в учреждениях, описанным в разделе «Подготовка». 	2.5 и 3.1
Диспропорция между спросом и предложением: услуги доступны, но местное сообщество не знает об их существовании	<ul style="list-style-type: none"> Проинформируйте местное сообщество о доступной помощи при ПНВ (например, о цели и важности лечения ПНВ, доступных в клинике услугах, местонахождении и часах работы клиники) и повысьте уровень информированности о расстройствах ПНВ. Используйте вмешательства на уровне населения и местного сообщества для укрепления психического здоровья и благополучия и профилактики расстройств ПНВ. 	3.2 и 3.3
Недостаток информации о ходе предоставления услуг: услуги оказываются, но промежуточные отчеты недоступны	<ul style="list-style-type: none"> На этапах планирования, подготовки и предоставления услуг должен постоянно осуществляться МиО. Даже располагая ограниченными ресурсами, группа по осуществлению mhGAP может вести плановый сбор данных и периодически осуществлять проверки в целях выявления недостатков и преимуществ оказываемых услуг. 	4.0

При подготовке системы здравоохранения к осуществлению mhGAP помните об универсальных принципах.



3.1 Оказывайте услуги на уровне учреждений

Включение психолого-психиатрической помощи в общую систему здравоохранения поможет справиться с проблемой нехватки кадровых ресурсов для проведения вмешательств, рекомендованных программой mhGAP. Тем не менее должно быть доступным достаточное количество неспециализированных поставщиков медицинских услуг, обладающих требуемыми навыками и компетенциями для диагностики расстройств ПНВ, назначения основных психотропных лекарственных средств и осуществления психосоциальных вмешательств, кризисного реагирования, при необходимости – направления пациентов за специализированной психолого-психиатрической помощью, психообразования и поддержки пациентов с расстройствами ПНВ и их семей.

Во многих странах психиатрические учреждения и специализированные услуги представляют собой единственные виды доступной населению психолого-психиатрической помощи. Подобные учреждения зачастую расположены в крупных городах, вдалеке от мест проживания большей части населения. В связи с этим многие люди не обращаются за необходимой им помощью. При оказании психолого-психиатрической помощи неспециализированными поставщиками медицинских услуг в районных учреждениях пациенты могут получить лечение и уход рядом с домом. Это позволяет не разлучать их с семьями, сохранять системы их поддержки, а также обеспечивать их связь с сообществом, активное участие в его жизни и постоянный вклад в продуктивность домашних хозяйств (49).

Лечение и уход на уровне учреждений здравоохранения состоит из двух этапов: 1) оценка и 2) лечение расстройств ПНВ.

Предположив наличие расстройства ПНВ, поставщик медицинских услуг должен провести оценку пациента в соответствии с разделом «Основной уход и практика» руководства mhGAP-IG версии 2.0 (8) с помощью:

- физикального осмотра;
- обследования психического состояния и дифференциальной диагностики;
- основных лабораторных анализов.

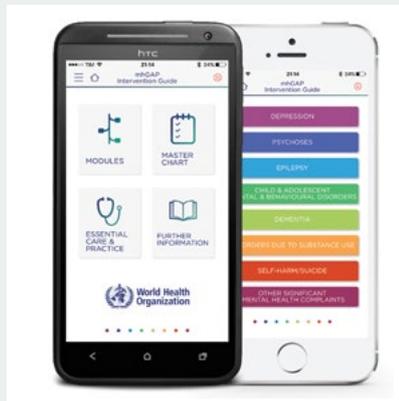
Ведение пациентов с расстройствами ПНВ в учреждениях состоит из нескольких этапов.

- Подготовьте план лечения. Адаптируйте планы лечения к конкретным группам населения.
- В соответствии с доступностью и по показаниям предложите психосоциальные вмешательства: психообразование, мероприятия по уменьшению стресса, укрепление социальной поддержки, содействие повседневному функционированию и психологические вмешательства.
- По показаниям проведите лечение расстройства ПНВ с использованием медицинских препаратов.
- Составьте двусторонний протокол лечения, который включает в себя направление к специалисту или в больницу (при доступности и по показаниям) для стабилизации пациента с расстройством ПНВ и обеспечивает ведение пациента и последующие мероприятия на уровне местного сообщества.
- Обеспечьте наличие соответствующего плана последующих мероприятий и решите проблемы, связанные с проведением последующих мероприятий или доступом к услугам.

- Проведите работу с семьями и лицами, осуществляющими уход.
- Поощряйте тесные связи с образовательными и социальными службами (включая жилищно-коммунальные услуги), программами по борьбе с бедностью, обеспечению источников средств к существованию и другими соответствующими службами.

Вставка 2. Инструмент для оказания услуг: e-mhGAP

Программа e-mhGAP – это совокупность смартфона, планшета и веб-приложения на основе руководства mhGAP версии 2.0. Она была разработана на основе комментариев пользователей mhGAP-IG версии 1.0, которые отметили потенциальные преимущества более интерактивного инструмента, помогающего в принятии решений. Комментарии были изучены в ходе анализа и консультаций с экспертами, которые подтвердили, что электронная версия руководства mhGAP-IG версии 2.0 может оказаться полезной, особенно в условиях нехватки ресурсов и ограниченного доступа к учреждениям здравоохранения. Первая версия e-mhGAP была выпущена в октябре 2017 г. и будет обновляться в дальнейшем.



Клинические алгоритмы в руководстве mhGAP-IG версии 2.0 были составлены таким образом, чтобы стать основой для электронной версии: формат ответов «да/нет» облегчает принятие решений в отношении основных расстройств ПНВ. Первая версия, созданная с участием экспертов и протестированная на пользователях, была разработана и выпущена за девять месяцев.

e-mhGAP имеет ряд инновационных особенностей, облегчающих преподавание, обучение и лечение пациентов с расстройствами ПНВ в СНСУД.

- Легкость распространения: программа e-mhGAP будет доступна в магазинах приложений Android и Apple для бесплатного скачивания пользователями, имеющими подходящие электронные устройства.
- Удобный интерфейс: программа e-mhGAP проста в использовании, а клинические алгоритмы представлены в простом формате ответов «да/нет».
- Функция заметок: фиксирует все решения и выводит их в виде удобной для просмотра сводки, полезной при обучении и принятии решений.
- Функция комплексного лечения: поскольку пациент может иметь более одного расстройства ПНВ, программа e-mhGAP определяет рекомендованные варианты лечения (например, необходимые протоколы) при выполнении клинических алгоритмов для нескольких расстройств. Эти варианты суммируются в удобном формате, что облегчает выполнение протоколов.
- Отчеты: программа e-mhGAP не предназначена для составления электронных отчетов об оказании услуг, в ней не сохраняются данные о пациентах. Тем не менее сохраненные в e-mhGAP заметки могут быть экспортированы одним нажатием кнопки.
- Использование без интернета: после первоначального скачивания программа e-mhGAP не требует подключения к интернету.

Перспективы

Программа e-mhGAP будет регулярно обновляться на основе комментариев пользователей, что обеспечит соответствие дальнейших изменений их потребностям. ВОЗ ведет разработку систем электронного обучения и супервизии для дальнейшего содействия осуществлению программы mhGAP; эти системы будут совместимы с программой e-mhGAP.

Получить дополнительную информацию и скачать приложение можно по адресу: http://www.who.int/mental_health/mhgap/e_mhgap/en/.

■ Расширение предоставления услуг в неспециализированных учреждениях медицинской помощи

Этап 1. Сразу же после завершения обучения по программе mhGAP используйте предоставленные методики для оказания комплексных услуг по охране психического и физического здоровья.

- Повышайте качество лечения пациентов в учреждениях, обеспечивая наличие поставщиков медицинской помощи с компетенциями, необходимыми для оценки и лечения расстройств ПНВ в соответствии с руководством mhGAP-IG версии 2.0.
- После обучения инструкторов и супервизоров укрепляйте надзорные структуры.
- Расширяйте возможности для обучения в процессе работы и повторения пройденных материалов по программе mhGAP.

Этап 2. В целях достижения всеобщего охвата лечением расстройств ПНВ обеспечьте предоставление услуг в учреждениях в соответствии с подходом, основанным на соблюдении прав человека. Все жители района должны получать необходимые им основные медицинские услуги надлежащего качества без финансовых затруднений.

- Повышайте уровень информированности и координируйте действия с соответствующими заинтересованными сторонами в секторе здравоохранения и других секторах в целях повышения качества услуг, оказываемых в районных учреждениях здравоохранения.

Этап 3. Совместно с районными учреждениями работайте над повышением качества систем управления информацией. Проведите обучение, посвященное регистрации данных. Поощряйте использование учреждениями стандартных бланков для регистрации приема и последующих мероприятий.

- Накапливайте, анализируйте и распространяйте выводы МиО (см. раздел 4.3); при необходимости используйте эти выводы для корректировки программы в целях повышения качества лечения ПНВ и достижения целей операционного плана mhGAP.

Этап 4. Контролируйте наличие основных психотропных лекарственных средств в районных учреждениях (см. раздел 2.5).

Практические советы

- Рассмотрите возможность в любой момент обеспечить физическое присутствие как минимум одного «дежурного по ПНВ» – обученного сотрудника, который будет осуществлять оценку и лечение пациентов с расстройствами ПНВ.
- Рассмотрите возможность проведения в медицинском учреждении общего профиля «клиники ПНВ» (еженедельной или раз в две недели), которая будет обеспечивать последующий уход или поддерживать деятельность групп взаимопомощи лиц, осуществляющих уход. Необходимо принять меры предосторожности для того, чтобы клиники ПНВ не усиливали стигматизацию пациентов с расстройствами ПНВ и их семей.
- Выделите специальное место, желательно отдельную комнату, для консультаций по расстройствам ПНВ. Рассмотрите возможность разместить комнату для консультаций по ПНВ в той же зоне, что и другие комнаты для консультаций, без какой-либо таблички, чтобы пациенты не избегали обращаться за психолого-психиатрической помощью из страха социальной стигматизации.
- Создайте услуги, отвечающие потребностям людей на всем протяжении их жизни. Например, в «семейных» зонах может быть размещена информация для детей, которая будет соответствовать их возрасту, и предложение для подростков побеседовать с поставщиком медицинской помощи наедине.

Этап 5. Нарращивайте потенциал поставщиков в неспециализированных учреждениях здравоохранения в области работы с исходящими и входящими направлениями, а также в области поддержки контактов со специалистами, лицами, осуществляющими уход, и ОМР.

- Формируйте связи со специалистами и неспециалистами, обученными проведению психологических вмешательств (см. раздел 2.6). В случае необходимости и при их доступности формируйте взаимосвязи с вмешательствами на уровне местного сообщества (см. раздел 3.2).



mhGAP Индикаторы осуществления mhGAP

Индикатор: доля пациентов с расстройствами ПНВ, выявленных и прошедших лечение в учреждениях.

Способы проверки: отчеты об оказании услуг из информационных систем здравоохранения; отчеты о проведении супервизии.



Ведущая роль среднего психолого-психиатрического персонала в предоставлении услуг в Фиджи – стране с ограниченными ресурсами

Фиджи – страна с уровнем дохода ниже среднего. При расширении масштабов лечения расстройств ПНВ она сталкивается со многими проблемами из тех, которые характерны для других СНСУД. В частности, к ним относятся значительные пробелы в ресурсах и охвате лечения, сравнительно низкие расходы на охрану психического здоровья, концентрация лечения в специализированных третичных учреждениях и существенный дефицит обучения и ресурсов для неспециализированных поставщиков медицинских услуг. Обширность географической территории Фиджи и удаленность проживания большей части населения затрудняют оказание услуг. Дополнительно усугубляет проблему нехватка транспорта для перевозки ограниченного количества сотрудников психолого-психиатрического профиля. Приоритетные направления мер по повышению качества лечения ПНВ включают в себя увеличение количества и наращивание потенциала медицинских работников в учреждениях.

Министерство здравоохранения и медицинских услуг Фиджи при поддержке ВОЗ и руководителей районных управлений здравоохранения стремится повысить качество психолого-психиатрической помощи посредством децентрализации. Более 500 неспециализированных поставщиков медицинских услуг, включая врачей общей практики и медсестер, прошли обучение по программе mhGAP для последующей оценки и лечения основных расстройств ПНВ в учреждениях здравоохранения. В условиях отсутствия специалистов в некоторых районах медсестры психолого-психиатрического профиля прошли обучение на инструкторов по программе mhGAP; при поддержке специалистов психолого-психиатрического профиля они осуществляют обучение, поддержку и супервизию неспециализированных поставщиков медицинских услуг и ведут отдельные случаи, сотрудничая с врачами общей практики в учреждениях для назначения медикаментозного лечения и со средним медицинским персоналом – в рамках оказания немедикаментозной психосоциальной поддержки. По направлениям неспециализированных поставщиков медицинских услуг отделения по лечению стрессовых состояний в трех областных больницах принимают пациентов с умеренными и тяжелыми расстройствами ПНВ.

in non-spec
Version 2.0



Сочетание лечения и ухода на уровне местного сообщества с услугами, оказываемыми в учреждениях, более эффективно, чем лечение только на базе стационара. Растет объем фактических данных в пользу сбалансированного подхода к оказанию услуг на районном уровне (50, 51). При подобном подходе оказанием психолого-психиатрической помощи в местных сообществах, в непосредственной близости к обслуживаемому населению, занимаются неспециализированные поставщики медицинских услуг, семейные врачи и общинные работники (например, государственные общинные медицинские работники, сотрудники НПО, оказывающие психосоциальную помощь, волонтеры Общества Красного Креста и Красного Полумесяца), а госпитализация является максимально краткой, организуется оперативно и назначается лишь при необходимости.

Основными поставщиками формальных услуг здравоохранения в местном сообществе являются общинные работники, то есть поставщики медицинской помощи, не имеющие формальной квалификации, которые прошли отбор и обучение и работают в своих родных общинах (52). ОМР становятся все более важным ресурсом для оказания медицинских услуг в местном сообществе, в особенности в районах, где дефицит квалифицированных кадров ощущается острее всего. Тем не менее во многих ситуациях ОМР могут быть перегружены более неотложными или приоритетными задачами, обусловленными потребностями здравоохранения (53), что ограничивает их потенциал в эффективном проведении вмешательств в области психического здоровья. В недавних политических инициативах, направленных на достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения в СНСУД, определение общинной платформы для оказания медицинских услуг было расширено и включило в себя немедицинские учреждения и места, такие как школы, кварталы, местные сообщества и предприятия, а также таких лиц, как учителя, полицейские, социальные работники, народные целители, пользователи услуг, другие пациенты, родители, сельские старосты и широкая общественность. Эта важная стратегия может расширить не только доступ к психолого-психиатрической помощи в условиях нехватки ресурсов, но и спектр осуществляемых вмешательств. Примеры вмешательств на уровне местного сообщества приведены в приложении 7.

Лечение и уход в местном сообществе эффективно помогают снизить инвалидизацию и смягчить симптомы (54), улучшить восприятие пациента обществом, уменьшить количество госпитализаций и суицидов при лечении тяжелых расстройств ПНВ (55) и улучшить социальное функционирование пациента (56). Как правило, этот подход имеет сравнительно высокую экономическую эффективность и поэтому особенно привлекателен для СНСУД, где стигматизация зачастую ограничивает доступ к качественной помощи.

Вмешательства в области психического здоровья на уровне местного сообщества можно разделить на три обобщенные группы.

Информирование и повышение грамотности в вопросах психического здоровья (см раздел 3.3) в целях снижения стигматизации и расширения доступа к лечению за счет того, что члены сообщества углубят свои знания о психическом здоровье и психических расстройствах и научатся выявлять признаки психических заболеваний у самих себя и окружающих. Мероприятия этой группы включают в себя обучение оказанию первой психолого-психиатрической помощи и предоставление информации о местных протоколах направления пациентов.

Профилактика и укрепление здоровья (см. раздел 3.4) в целях предотвращения психических заболеваний и достижения максимального уровня психического здоровья и благополучия отдельных лиц и сообществ. Профилактика и укрепление здоровья нацелены на психосоциальные детерминанты психического здоровья и включают в себя обучение навыкам безопасной жизнедеятельности и родительским навыкам, популяризацию физической активности, здорового питания и социальных связей.

Ведение и реабилитация пациентов в целях смягчения симптомов психических расстройств и ведения пациентов с такими расстройствами, профилактики рецидивов, максимального снижения инвалидизации и поддержки реабилитации и выздоровления. Меры в области ведения пациентов могут включать в себя психотерапию, психообразование, управление стрессами, профессиональную подготовку и группы самопомощи потребителей услуг.

В настоящий момент ведется разработка пособия по программе mhGAP для местных сообществ, которое станет практическим ресурсом для районных руководителей и местных поставщиков услуг.

■ Роль группы по осуществлению mhGAP в увеличении объема услуг на уровне местного сообщества

Этап 1. Обратитесь к материалам ситуационного анализа (см. раздел 1.2), чтобы выявить доступные в районе виды лечения и ухода на уровне местного сообщества. Проведите картирование общинных ресурсов и выявите заинтересованные стороны в других секторах (например, социальное обеспечение и защита, образование, судебная система, организации гражданского общества), которые могут оказать официальную или неофициальную поддержку в области охраны психического здоровья.

- Привлеките эти группы к просветительским мероприятиям (см. раздел 3.5).
- Проведите работу с группами получателей услуг и группами поддержки лиц, осуществляющих уход, чтобы наладить взаимосвязи между процессами лечения и ухода в местном сообществе. Если такие группы отсутствуют, предложите ОМР создать их.



Практические советы

- Для осуществления лечения и ухода в местном сообществе используйте существующие ресурсы и инфраструктуру посредством формирования сотрудничества с заинтересованными сторонами в общине. Например, вместо поиска нового помещения для работы группы взаимной поддержки применяйте тщательное планирование графиков и тесное сотрудничество, чтобы пользоваться обычными помещениями для общинных собраний.
- Необходимо вовлекать в информационно-разъяснительную и просветительскую работу неофициальные общинные ресурсы и социальные сети, такие как женские и молодежные организации, социальные учреждения и религиозных лидеров, которые могут выступать как участниками, так и организаторами мероприятий.
- К народным целителям могут относиться знахари, колдуны, шаманы, а также врачеватели, практикующие народные и альтернативные виды медицины. Во многих странах пациенты с расстройствами ПНВ в первую очередь обращаются именно к ним. Подключите эту группу к информационно-разъяснительной и просветительской работе.
- Проинформируйте общинные организации о функциях, которые они могут выполнять, и воздействии, которое они могут оказывать на результаты в области психического здоровья (см. раздел 3.3).

Этап 2. Составьте протоколы лечения для повышения качества процесса направления пациентов из местного сообщества в неспециализированные учреждения здравоохранения (см. раздел 2.4). Предложите ОМР и другим работникам патронажных служб заниматься ведением пациентов в целях улучшения координации лечения и ухода в местном сообществе.

Этап 3. Обучите ОМР использованию материалов по программе mhGAP (например, пособия по программе mhGAP для местных сообществ (готовится), психологическим вмешательствам) и других вмешательствах на уровне местного сообщества (см. приложение 7) после их адаптации к местным условиям. Осуществление вмешательств потребует активного участия различных секторов и разработчиков политики (см. раздел 1.4).



Индикаторы осуществления mhGAP

Индикатор: доля пациентов с расстройствами ПНВ, получающих лечение в местном сообществе.

Способы проверки: карты ресурсов местного сообщества; посещаемость групп получателей услуг и групп поддержки лиц, осуществляющих уход; отчеты об оказании услуг.



Лечение и уход в местном сообществе: программа PRIME в Непале

План охраны психического здоровья в Непале, разработанный в рамках Программы повышения качества психолого-психиатрической помощи (PRIME), предусматривает три вида вмешательств на уровне местного сообщества: выявление расстройств ПНВ, уход на дому и консультирование. Общинные медицинские женщины-волонтеры – наименее квалифицированные поставщики медицинских услуг в системе здравоохранения Непала – пользуются большим уважением в местных сообществах и имеют доступ к уязвимым группам населения (в особенности женщинам), которые редко посещают официальные медицинские учреждения. Эти волонтеры прошли обучение выявлению и направлению пациентов с ПНВ с помощью методики выявления, разработанной для общинных информаторов (57, 58), а также осуществляют уход на дому за пациентами, которые пользуются услугами неспециалистов, прошедших обучение по программе mhGAP: они контролируют прием прописанных лекарств, оценивают уход за пациентами со стороны родственников и проводят психообразование пациентов и членов их семей. Такие услуги увеличивают количество обращений за помощью и улучшают соблюдение лечебных процедур.

Реализация программы сопряжена с двумя сложностями. Несмотря на то, что общинные медицинские женщины-волонтеры являются неотъемлемой частью государственной системы здравоохранения, их труд не оплачивается, поэтому к ним сложно обращаться с просьбами принять на себя дополнительные обязанности. Во-вторых, неспециализированные поставщики медицинских услуг и без того перегружены. При отсутствии в районе специалистов-психиатров лечение расстройств ПНВ силами общинных волонтеров дополняется вмешательствами на уровне местного сообщества, направленными на расширение доступа к услугам, повышение качества соблюдения лечебных процедур и повышение качества ухода, а также обучением сотрудников среднего звена психиатрического и психосоциального профиля, работающих в районной системе здравоохранения.

Полупрофессиональные консультанты привлекаются к оказанию психосоциальной поддержки в учреждениях здравоохранения и в местном сообществе, что обеспечивает включение психологической помощи в систему охраны психического здоровья в Непале. Тем не менее отсутствие должности консультанта в системе здравоохранения осложняет устойчивое оказание психосоциальных услуг; необходимо настаивать на принятии долгосрочной стратегии и программы охраны психического здоровья, которая будет включать в себя выделение достаточных средств на поддержку психолого-психиатрической помощи и повышение квалификации персонала при поддержке НПО и местных сообществ.

Информируйте о психических и неврологических расстройствах и расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, а также о доступных услугах

Информирование в контексте осуществления программы mhGAP на районном уровне может включать в себя распространение информации среди различных групп – пациентов с расстройствами ПНВ и их семей; поставщиков медицинских услуг (специалистов и неспециалистов), общинных работников; знахарей и народных целителей, школьных учителей и других лидеров общины; НПО, государственных заинтересованных сторон и населения в целом.

Информирование способно улучшить понимание и изменить взгляды и подходы к психическому здоровью и людям с расстройствами ПНВ. Информирование общественности может создать спрос на комплексные услуги и улучшить отношение к людям с расстройствами ПНВ и их семьям. При отсутствии доступной и точной информации о возможностях лечения расстройств ПНВ и доступных в районе услугах масштаб использования этих услуг может быть ограничен.

Информирование является актуальной задачей, поскольку:

- люди, страдающие от расстройств ПНВ, рисков самоповреждения или суицида, сталкиваются с нарушениями их прав человека, стигматизацией и дискриминацией;
- они могут подвергаться особо жестокой стигматизации и дискриминации вследствие широко распространенных заблуждений о причинах и характере расстройств ПНВ, самоповреждения или суицида; страдать от физического или сексуального насилия. Зачастую их могут ограничивать в осуществлении их политических и гражданских прав, таких как право на голосование, заключение брака или создание семьи, на основе неверного представления о том, что люди с расстройствами ПНВ не способны выполнять свои обязанности и принимать решения, касающиеся их жизни;
- как правило, они не могут принимать полноценное участие в общественной жизни, например заниматься общественной деятельностью, включая принятие политических решений;



Практические советы

- Пациенты с расстройствами ПНВ и лица, осуществляющие уход за ними, вносят вклад в информирование в своих районах за счет того, что рассказывают о пользе полученного ими лечения и используют свой опыт и навыки при принятии решений, касающихся психолого-психиатрической помощи.
- Пациенты с расстройствами ПНВ и лица, осуществляющие уход за ними, могут принимать непосредственное участие в осуществлении mhGAP. Кроме того, им можно предложить создать группы поддержки или присоединиться к местным группам. Если в районе отсутствует группа взаимопомощи по охране психического здоровья, они могут создать такую группу. Дополнительную информацию можно получить в пособии ВОЗ «QualityRights: информационно-разъяснительные мероприятия для защиты прав человека в психиатрии и смежных областях» (10).

- их могут насильственно удерживать дома либо в традиционных или религиозных лечебных учреждениях;
- они сталкиваются с серьезными препятствиями при посещении школы и поиске работы, что ведет к их дальнейшей маргинализации. Недостаток образования ухудшает возможности для трудоустройства.

Информирование способствует защите прав людей с расстройствами ПНВ, рисками самоповреждения или суицида и обеспечивает удовлетворение их потребностей посредством существующих или новых механизмов оказания психолого-психиатрической помощи.

Этап 1. Определите подходящие для данного района и целевой аудитории просветительские мероприятия посредством:

- проведения семинаров и очных встреч с общинными лидерами и целителями;
- включения людей с расстройствами ПНВ в состав группы по осуществлению mhGAP с правом руководства мероприятиями по снижению стигматизации и дискриминации в местном сообществе; а также
- работы в местном сообществе с группами пользователей услуг и лиц, осуществляющих уход, в целях информирования о вопросах психического здоровья.

Этап 2. Адаптируйте материалы mhGAP и подготовьте информационные, образовательные и коммуникационные материалы, отвечающие потребностям целевой аудитории.

- Распространите адаптированные и переведенные на местный язык просветительские материалы.

Этап 3. Проводите просветительские мероприятия в учреждениях и общинных службах. Привлекайте поставщиков медицинской помощи, ОМР и других членов местного сообщества к мероприятиям, направленным на улучшение психического здоровья сотрудников. Повышайте уровень информированности в ходе посещений школ и собраний общины.



mhGAP Индикаторы осуществления mhGAP

- Количество просветительских мероприятий, в которых участвовали пациенты с расстройствами ПНВ, лица, осуществляющие уход за ними, а также члены их семей.
- Количество жителей района, охваченных просветительскими мероприятиями.

Способы проверки: результаты проведенного в местном сообществе опроса об изменении уровня информирования, отношения и существующей практики в отношении расстройств ПНВ.



Развенчание мифов вокруг эпилепсии в Мозамбике

Как и во многих других странах, в Мозамбике культурные традиции и практики могут мешать людям, страдающим эпилепсией, получать необходимую помощь. Зачастую считается, что эпилепсию насылают злые духи. Эпилептики могут обращаться за помощью не в учреждения здравоохранения, а к народным целителям или знахарям. В местных сообществах они сталкиваются со стигматизацией и дискриминацией, что приводит к изоляции и позору. Инициатива «Борьба с эпилепсией» ведет просветительскую деятельность в местных сообществах в целях расширения доступа к лечению и устранения препятствий к раннему выявлению, лечению и социальной интеграции людей с эпилепсией посредством применения целостного подхода, который включает в себя обучение неспециализированных поставщиков медицинских услуг выявлению и лечению больных, а также проведение разъяснительных мероприятий в местных сообществах.

За четыре года в рамках программы 1161 ОМР прошел обучение вмешательств при эпилепсии. Эти общинные активисты в области охраны здоровья, религиозные лидеры, работники здравоохранения и народные целители провели разъяснительные просветительские мероприятия, посвященные эпилепсии, в своих местных сообществах, охватив более 90 тысяч человек. Мобилизация жителей местных сообществ, включая общинных активистов в области охраны здоровья, религиозных лидеров, работников здравоохранения и народных целителей, а также передача им знаний и методов просвещения дала им возможность сыграть активную роль в уничтожении стигматизации, связанной с эпилепсией. Количество людей, обратившихся за услугами по лечению эпилепсии, ежегодно увеличивалось в семь раз.

3.4

Поддерживайте осуществление программ профилактики и укрепления здоровья

Все люди с расстройствами ПНВ нуждаются в охране психического благополучия, а члены групп риска – в профилактике психических заболеваний. Профилактика и укрепление здоровья являются основными принципами задачи 3.4 ЦУР «к 2030 г. уменьшить на треть преждевременную смертность от НИЗ посредством профилактики и лечения и поддержания психического здоровья и благополучия» (12).

Профилактика начинается с информирования и понимания ранних тревожных признаков и симптомов, включая самоповреждение. Таким образом вмешательства способны снизить риск, заболеваемость, распространенность и частоту рецидивов расстройств, сократить период проявления симптомов и уменьшить воздействие расстройства на пациента и членов его семьи.

Укрепление здоровья способствует развитию компетенций, ресурсов и психического благополучия личности. Необходимые для этого стратегии включают в себя укрепление оздоровительного аспекта государственной политики в отношении социальных детерминантов здоровья. Например, к ним относятся возможности для трудоустройства, антидискриминационные законы, создание благоприятной обстановки, такой как вмешательства в школах; укрепление совместной деятельности посредством формирования взаимосвязей людей и ресурсов и наращивания социального капитала; выработка персональных навыков (например, жизнестойкости) и переориентация служб здравоохранения (например, скрининг перинатальной депрессии).

Совместная реализация программ профилактики и укрепления здоровья способна уменьшить факторы риска и усилить факторы защиты. Согласно цели 3.1 Комплексного плана действий в области психического здоровья ВОЗ, к 2020 г. не менее 80% государств-членов ВОЗ должны иметь по крайней мере две функционирующие программы укрепления и профилактики психического здоровья. Действия группы по осуществлению mhGAP требуют межсекторального подхода и должны стать неотъемлемой частью деятельности местных сообществ.

■ Роль группы по осуществлению mhGAP в реализации программ профилактики и укрепления здоровья

Группа по осуществлению mhGAP, включая руководителей районных управлений здравоохранения, может поддержать осуществление районных программ профилактики и укрепления здоровья или действия других заинтересованных сторон.

- Поддерживайте диалог на тему психического здоровья с народными целителями, знахарями и другими общинными лидерами (см. раздел 3.2).



Практические советы

- В связи с низким качеством данных зачастую бывает сложно оценить воздействие программ профилактики и укрепления здоровья. Необходимо определить индикаторы и приступить к их измерению с самого начала реализации программы mhGAP.
- Включите ассигнования на профилактику и укрепление здоровья в районный бюджет охраны психического здоровья.

- Учитывая тесную взаимосвязь между психическим и физическим здоровьем (см. раздел 5.3), важно наладить сотрудничество с программами лечения хронических заболеваний, профилактики проблем и укрепления физического здоровья.

При разработке программ профилактики и укрепления здоровья необходимо применять подход, охватывающий все этапы жизненного пути. В ходе определения целей и реализации программ необходимо руководствоваться потребностями детей, подростков, мужчин, женщин и пожилых людей. Эта деятельность также требует межсекторальной координации. Подход, охватывающий все этапы жизненного пути, включает в себя:

- ранний мониторинг роста и развития детей с низкой массой тела при рождении силами матерей с надлежащим консультированием и обучением родительским навыкам со стороны инструкторов и медсестер в целях профилактики недостаточного интеллектуального развития;
- привлечение школ, предприятий, общинных лидеров и работников СМИ к укреплению психического развития детей в возрасте 3–6 лет;
- создание в школах программ обучения социальным и эмоциональным навыкам в целях профилактики проблемного поведения детей и снижения рисков злоупотребления психоактивными веществами, самоповреждения и суицида среди подростков;
- создание программ по управлению стрессом и обучению управленческим навыкам на рабочем месте для сотрудников, относящихся к группам риска; а также
- создание кампаний по социальной интеграции пожилых людей, включая страдающих депрессией или деменцией.

Привлекайте к профилактике и укреплению здоровья широкую общественность

- Проводите массовые просветительские кампании в целях информирования жителей района о важности и доступности психолого-психиатрической помощи, например кампании по борьбе со стигматизацией.
- Распространяйте разъяснительные материалы о расстройствах ПНВ и лечении психических заболеваний в учреждениях здравоохранения (см. раздел 3.3).
- Обеспечьте, чтобы пациенты с расстройствами ПНВ играли активную роль в просветительских мероприятиях.

Вставка 3. Профилактика суицидов

- Ограничьте доступность орудий причинения вреда путем привлечения местного сообщества к поиску реалистичных способов снизить возможности доступа к ядохимикатам, огнестрельному оружию и высоким местам; наладьте сотрудничество между сектором здравоохранения и другими соответствующими секторами.
- Сотрудничайте со СМИ. Обеспечьте ответственное информирование о случаях суицида – без формулировок, описывающих суицид как нечто сенсационное, нормальное или являющееся решением проблемы, без фотографий и подробных описаний использованных способов, но с предоставлением информации о способах получения помощи.
- Проводите вмешательства в школах, в число которых могут входить тренинги по просвещению в области психического здоровья и обучение навыкам с целью сокращения попыток суицида и числа случаев смерти в результате суицида среди школьников подросткового возраста.
- Принимайте меры по сокращению вредного употребления алкоголя в районе.

Источник: см. (59).



Индикатор: количество действующих в районе программ профилактики психических заболеваний и укрепления психического здоровья.

Действующая программа профилактики и укрепления здоровья должна отвечать по меньшей мере двум из трех критериев:

- наличие отдельных финансовых и кадровых ресурсов;
- четкий план осуществления;
- подкрепленные документами доказательства хода и (или) воздействия программы.

Способы проверки: результаты проведенного в местном сообществе опроса об изменении уровня информированности о расстройствах ПНВ, об отношении к расстройствам ПНВ и о существующей практике работы с расстройствами ПНВ.



Стратегии профилактики суицидов в Бутане

В Бутане суицид входит в шестерку наиболее распространенных причин смерти, опережая суммарное количество случаев смерти от туберкулеза, малярии и ВИЧ-инфекции. При этом статистика занижает количество случаев суицида, поскольку методы сбора данных, используемые поставщиками медицинских и юридических услуг, не включают в себя вопросы, позволяющие получить информацию о распространенности суицидального поведения. В связи с этим отстаивание необходимости введения политики и программ профилактики суицидов сопряжено со сложностями.

Поскольку профилактика суицидов не считалась первоочередной задачей, в Бутане отсутствовал национальный стратегический план профилактики суицидов. К препятствиям в этой области относились неудовлетворительное выявление, ведение и направление лиц с суицидальным поведением в рамках общей системы здравоохранения, предоставляющей свои услуги только по запросу. Значительное влияние на суицидальное поведение и особенности обращения за помощью оказывают социальные барьеры, стигматизация и социокультурные представления. В 2015 г., опираясь на твердую политическую волю правительства, многосторонний комитет в составе Министерства здравоохранения подготовил комплексный трехлетний план действий по профилактике суицидов на 2015–2018 гг., сочетающий в себе стратегии на уровне населения, местного сообщества и отдельных лиц. Сравнительно краткосрочный план может быть более эффективным, чем долгосрочный, который зачастую утрачивает динамику и подотчетность.

Одна из стратегий на районном уровне поставила своей задачей включение профилактики суицидов в перечень услуг неспециализированных учреждений здравоохранения посредством: (i) обучения и мобилизации сети неспециализированных поставщиков медицинских услуг в качестве активистов по профилактике суицидов в своих общинах; (ii) повышения качества выявления расстройств ПНВ, случаев самоповреждения и суицида, снижения факторов риска и укрепления факторов защиты; (iii) оценки пациентов с хроническими заболеваниями на наличие расстройств ПНВ, рисков самоповреждения и суицида; (iv) проведения мероприятий по профилактике суицидов силами ОМР, включая выявление и последующее наблюдение; а также (v) привлечения и мобилизации членов местного сообщества к планированию и проведению профилактических мероприятий, включая диалог с традиционными и религиозными лидерами на тему психического здоровья и суицида.

Источники:

- Ask the policy expert: national suicide prevention strategies, presentation by Dr Yeshe Wangdi, Deputy Chief Programme Officer, National Suicide Prevention Programme, Department of Public Health, Ministry of Health, Thimphu, Bhutan (<http://www.mhinnovation.net/series-ask-policy-expert-national-suicide-prevention-strategies>).
- Royal Government of Bhutan. Suicide prevention in Bhutan – a three year action plan (2015–2018). Thimphu; 2015 (http://www.searo.who.int/bhutan/suicide_action_plan.pdf?ua=1).

4. МЕХАНИЗМ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ mhGAP

Руководители районных управлений здравоохранения используют информационные системы здравоохранения для получения данных о населении района и принятия решений о способах повышения качества обслуживания в условиях наиболее эффективного использования ограниченных ресурсов. Система МиО в отношении осуществления mhGAP должна быть выстроена на основе существующих информационных систем здравоохранения. Она должна управлять сбором данных, анализом и использованием предлагаемых индикаторов осуществления mhGAP (см. приложение 1).

Несмотря на то, что термины «мониторинг» и «оценка» зачастую используются вместе, они означают отдельные, хотя и взаимосвязанные мероприятия. Мониторинг представляет собой систематический сбор информации в целях оценки прогресса за определенный период, то есть предполагает непрерывный сбор информации о программе. Оценка же представляет собой осуществляемые в конкретные моменты мероприятия по оцениванию конкретной информации с целью установить, привели ли предпринятые меры к достижению намеченных результатов (60). Индикатор конкретизирует желаемый эффект, промежуточный или итоговый результат и предназначен для указания на то, был ли этот эффект или результат достигнут. Индикаторы могут быть количественными или качественными.

Объединение количественных и качественных методов дает подробную информацию об осуществлении программы, которую невозможно получить при использовании какого-либо одного метода. Несмотря на то, что в приложении 1 основное внимание уделяется количественным индикаторам механизма МиО, регулярные интервью и обсуждения в фокус-группах с основными информаторами, включая неспециализированных поставщиков услуг и пользователей услуг, помогают выявить факторы, препятствующие и способствующие осуществлению mhGAP.

Пословица гласит: «Осуществимо лишь то, что возможно измерить». МиО является важнейшей частью любой программы вне зависимости от ее масштаба. Этот механизм позволяет указать на эффективность программы для различных ее участников, выявить отдачу от вклада разработчиков и спонсоров и понять, какие направления программы осуществляются в соответствии с целями или требуют корректировки. МиО обеспечивает государственных чиновников, руководителей сектора здравоохранения, директоров

по развитию и организации гражданского общества накопленной информацией, необходимой для повышения качества услуг, планирования и распределения ресурсов, а также презентации результатов в рамках подотчетности перед основными заинтересованными сторонами.

В идеальной ситуации в каждом районе должна иметься отдельная или совмещенная штатная должность специалиста по координации и наращиванию потенциала учреждений для проведения МиО осуществления mhGAP с помощью информационных систем здравоохранения. В приложении 1 перечислены индикаторы осуществления mhGAP, которые могут использоваться для измерения хода осуществления программы на трех ее этапах. Основная функция собранных данных, касающихся осуществления mhGAP, заключается в их использовании при принятии решений, влияющих на повышение качества услуг.

На рис. 3 показаны примеры индикаторов, измерение которых необходимо в районах, где осуществляется программа mhGAP. Руководители районных управлений здравоохранения могут адаптировать предлагаемые индикаторы в соответствии с потребностями в информации на районном и национальном уровне.

Рисунок 3. Примеры основных индикаторов осуществления программы mhGAP



* Выбор способов измерения зависит от методик, утвержденных для данного региона. К ним могут относиться методики общего измерения эмоциональных расстройств (такие как вопросник для самостоятельного заполнения из 20 вопросов SRQ-20 или вопросник об общем состоянии здоровья из 12 вопросов GHQ-12), измерения степени депрессии и тревожности (такие как шкала оценки здоровья пациента из 9 вопросов PHQ-9 или вопросник по выявлению генерализованного тревожного расстройства из 7 вопросов) или измерения повседневного функционирования (такие как шкала оценки инвалидности ВОЗ (ВОЗШОИ)). ОИС – обучение инструкторов и супервизоров.

По материалам: см. (14, 33, 60).

■ Обеспечение непрерывного процесса МиО на всем протяжении осуществления программы mhGAP

Планирование

Назначьте координатора по МиО из числа членов группы по осуществлению mhGAP, который будет отвечать за надзор за процедурами МиО, обучение исполнителей МиО и консультирование по вопросам внесения изменений в план или бюджет осуществления mhGAP на основе текущих выводов МиО.

Проанализируйте информацию о бремени расстройств ПНВ и доступных ресурсах для облегчения этого бремени.

- При наличии национальной стратегии и плана в области охраны психического здоровья ознакомьте группу по осуществлению mhGAP с этими документами, включая все цели, касающиеся расширения охвата пациентов с расстройствами ПНВ.
- Некоторую информацию также может предоставить ситуационный анализ (см. раздел 1.2). Проанализируйте существующую районную систему МиО, чтобы определить, сбор каких данных ведется в настоящий момент, выявить источники данных и периодичность их сбора, а также понять способы обработки, анализа, распространения и использования данных.
- Используя информацию о существующих ресурсах и учреждениях из материалов ситуационного анализа, официально оформите взаимосвязи с партнерами по осуществлению программы (ведущими НПО, частным сектором, донорами и научно-исследовательскими институтами) в целях координации процесса планирования МиО.

Сформируйте бюджет МиО в рамках планирования осуществления mhGAP (см. раздел 1.3). Рекомендованный бюджет МиО составляет 10% от общего бюджета программы. Включите его в бюджетную смету (см. раздел 1.3).

Подготовка

Адаптируйте индикаторы осуществления mhGAP к индикаторам, сбор которых ведется действующими информационными системами здравоохранения (см. рис. 3). В том случае, если плановый сбор индикаторов в области психического здоровья не ведется, может потребоваться обращение к сотрудникам информационных систем здравоохранения и разработчикам политики с просьбой о включении в систему минимального набора таких индикаторов.

Повышайте потенциал всех заинтересованных сторон, вовлеченных в процесс МиО.

- Обсудите с группой по осуществлению потенциальные препятствия и способы их устранения. Обеспечьте процесс проверки качества данных.

Практические советы

- Ведите сбор только тех индикаторов, которые будут использоваться и сбор которых целесообразен в учреждениях здравоохранения (см. приложение 1).
- Для лучшего понимания потоков данных в существующей информационной системе здравоохранения координатор МиО в составе группы по осуществлению mhGAP может провести пошаговый анализ, для которого обычно требуется посещение учреждений и изучение стандартных бланков и баз данных.
- Обеспечьте механизмы передачи результатов анализа данных в учреждения и местные сообщества.
- Обеспечьте включение аспектов МиО в мероприятия по наращиванию потенциала поставщиков медицинских услуг и других сторон. Сотрудники, которые проходят обучение по программе mhGAP, должны быть также обучены регистрированию информации.

- Перед началом сбора данных проведите обучение работников учреждений здравоохранения, местных сообществ и районных администраций.
- Ведите разъяснительную работу и тесно сотрудничайте с разработчиками политики, не входящими в состав группы по осуществлению mhGAP, которые также будут использовать эти данные.

Предоставление услуг

Внедряйте систему МиО на уровне учреждений посредством сбора и анализа данных для адаптированных индикаторов осуществления mhGAP (см. шаблоны бланков для учреждений в приложении 8).

Распространяйте данные посредством регулярного доклада о проведении МиО (не реже раза в год) и во время собраний, четко указывая, каким образом эта информация может быть использована для повышения качества услуг на различных уровнях системы здравоохранения.

Включите индикаторы осуществления mhGAP в данные, сбор которых ведется на районном уровне, и предложите включить их в плановый сбор данных на уровне национальной системы общественного здравоохранения. Ссылайтесь на международные рекомендации по составлению отчетности, например ЦУР Организации Объединенных Наций (12), Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг. (6) и Конвенцию Организации Объединенных Наций о правах инвалидов (11).



Разработка механизмов непрерывного повышения качества в целях мониторинга и оценки осуществления mhGAP: программа PRIME в ЮАР

Программа повышения качества психолого-психиатрической помощи (PRIME) в ЮАР применила непрерывное повышение качества данных в целях содействия внедрению и оптимизации пакета PRIME в учреждениях первичной медико-санитарной помощи в трех районах. Непрерывное повышение качества поощряет поставщиков медицинских услуг постоянно задавать вопросы: «Как мы выполняем свою работу?» и «Можем ли мы выполнять ее лучше?». Группа PRIME начала повышать качество в одном из районов (Амаджуба в провинции Квазулу-Наталь) в три этапа: создание управляющих структур МиО, разработка стратегии МиО и обеспечение наставничества и поддержки.

Этап 1. Создание управляющих структур МиО. Поскольку ключевым элементом непрерывного повышения качества является стимулирование, группа провела консультационные встречи с клиентским персоналом и руководителями департамента здравоохранения, результатом которых стало соглашение о создании управляющей структуры, объединяющей группы по повышению качества на уровне провинций, районов и отдельных учреждений. Такое решение позволило лучше понять условия и трудности расширения масштабов лечения ПНВ. Когда группа в учреждении выявляла пробелы и направления для оптимизации, районная группа осуществляла руководство операциями, а группа на уровне провинции предлагала внесение поправок в бюджет и стратегию. Таким образом подход, основанный на непрерывном повышении качества, был использован для управления оптимизацией мероприятий по оказанию комплексной многоуровневой психолого-психиатрической помощи.

Этап 2. Разработка стратегии МиО. Совместно с группой по повышению качества на уровне провинции был определен ряд минимальных, или основных, индикаторов, подлежащих отслеживанию учреждениями для контроля за достижением целей и непрерывного повышения качества. Эти индикаторы включали в себя скрининг, оценку, лечение и последующее наблюдение за пациентами с расстройствами ПНВ. После этого использовались схемы для выявления и сравнения учреждений с целевыми ориентирами. Выявленные эффективные учреждения использовались для обучения и распространения полезного опыта, а неэффективным была оказана поддержка.

Этап 3. Обеспечение качественного наставничества и поддержки. Районный инструктор прошел обучение в области непрерывного повышения качества и стал наставником целевых групп на уровне района и отдельных учреждений, что позволило внедрить в департаменте здравоохранения навыки устойчивого мониторинга и повышения качества. Проверка осуществляемых изменений проводилась несколько раз до тех пор, пока не были найдены надежные решения, ведущие к повышению качества.

Результатом трех вышеуказанных этапов стало создание функционирующей системы измерения эффективности МиО.

5. ИНТЕГРАЦИЯ С ПРОГРАММАМИ И УСЛУГАМИ ДЛЯ ОСОБЫХ СИТУАЦИЙ И ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Страны всего мира сталкиваются с конфликтами и природными бедствиями, устойчивым ростом распространенности хронических НИЗ, постоянной угрозой ВИЧ/СПИДа и других инфекций. К ним обращен призыв воздействовать на социальные детерминанты здоровья и двигаться в направлении всеобщего охвата услугами здравоохранения. Влияние расстройств ПНВ на здоровье и общество также всё чаще рассматривается в качестве серьезной угрозы здоровью и развитию людей.

Оказание психолого-психиатрической помощи должно осуществляться в отношении разнообразных групп населения в различных ситуациях, таких как чрезвычайные гуманитарные ситуации, ОМД, программы по борьбе с хроническими НИЗ и уход за пожилыми людьми. Представители этих групп населения подвержены повышенному риску возникновения расстройств ПНВ или ухудшения психического здоровья.

Признание этого риска может стать основой для создания потенциальных стратегий профилактики подобных расстройств и борьбы с ними. Стратегии системы здравоохранения, направленные на организацию и оказание комплексной помощи в подобных ситуациях и среди таких групп населения, могут включать в себя профилактику расстройств ПНВ, расширение доступа к лечению и использование более экономически эффективных вмешательств, чем обычное лечение в специализированных учреждениях, которое зачастую отсутствует либо недоступно с физической или экономической точки зрения.

В руководстве mhGAP-IG версии 2.0 приводятся инструкции по диагностике, лечению и ведению расстройств ПНВ у отдельных групп населения, включая беременных и кормящих женщин, пожилых людей и пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В данном разделе руководства содержатся указания для группы по осуществлению mhGAP, посвященные включению mhGAP в процесс обеспечения доступного лечения и ухода.

При подготовке системы здравоохранения к осуществлению mhGAP помните об универсальных принципах.



■ Приоритетность осуществления mhGAP в условиях чрезвычайных гуманитарных ситуаций

Люди с расстройствами ПНВ могут быть особо уязвимыми во время чрезвычайных гуманитарных ситуаций. При острых чрезвычайных ситуациях механизмы оказания первичной помощи могут оказаться нарушенными, соответствующие лекарственные средства – дефицитными, а кадровые ресурсы – недоступными или перегруженными. Во время чрезвычайных ситуаций люди с тяжелыми расстройствами ПНВ часто остаются без присмотра, а иногда подвергаются жестокому обращению. Нужды учреждений для людей с расстройствами ПНВ могут игнорироваться либо такие пациенты могут становиться объектами насилия, что еще больше увеличивает их уязвимость.

Доля расстройств ПНВ увеличивается во время кризисов и после них. По данным эпидемиологических исследований, доля расстройств ПНВ значительно увеличивается во время и после чрезвычайных гуманитарных ситуаций. Хотя многие люди выздоравливают без лечения, естественным путем, в долгосрочной перспективе сохраняются повышенные показатели распространенности многих расстройств. По прогнозам ВОЗ, распространенность тяжелых расстройств (например, психозы, тяжелая степень депрессии, тяжелое инвалидизирующее тревожное расстройство) среди взрослых на протяжении 12 месяцев увеличивается с 2–3% перед чрезвычайной ситуацией до 3–4% после ее наступления, а распространенность легких и умеренных психических расстройств (например, легкая и средняя степени депрессии и тревожных расстройств, включая посттравматическое стрессовое расстройство) – с 10% до 15–20% (61). Подобный рост распространенности приводит к увеличению потребности в услугах и программах. Качественные услуги в области ПНВ являются комплексными и нацеленными на широкий спектр вопросов, включая уход за пациентами с тяжелыми расстройствами ПНВ.

Существуют экономически эффективные, основанные на фактических данных вмешательства по лечению расстройств ПНВ в условиях гуманитарных кризисов. Были разработаны вмешательства, направленные на повышение доступности лечения ПНВ в чрезвычайных ситуациях. Программа mhGAP применяется при многих чрезвычайных гуманитарных ситуациях и играет важнейшую роль в расширении масштаба лечения расстройств ПНВ во время кризисов и после них.

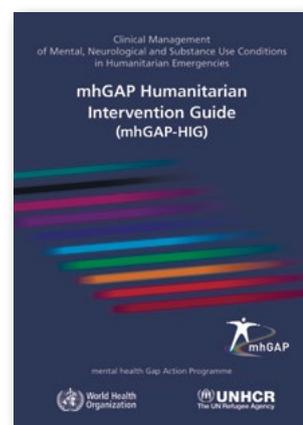
На международном и межучрежденческом уровне существует четкий консенсус в отношении лечения расстройств ПНВ во время чрезвычайных гуманитарных ситуаций. В 2007 г. целевая группа в составе 27 гуманитарных организаций, включая учреждения Организации Объединенных Наций, международные НПО и Международную федерацию обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, опубликовала руководство по психиатрической и психосоциальной помощи при чрезвычайных ситуациях, в котором присутствует рекомендация осуществлять лечение пациентов с тяжелыми психическими расстройствами в неспециализированных учреждениях (60). Это руководство пользуется широким признанием и применяется повсеместно. Другие согласованные стандарты лечения ПНВ включают в себя стандарты, разработанные проектом Sphere (62).

При отсутствии лечения расстройства ПНВ оказывают негативное влияние на физическое здоровье людей, социальные структуры, экономику, права человека и восстановление после чрезвычайных ситуаций в целом. Психическое здоровье и психосоциальное благополучие неразрывно связаны с физическим здоровьем, функционированием социума и общины, производительностью экономики и правами человека. При отсутствии внимания к ним эти расстройства могут оказать сильное влияние на общее восстановление страны после чрезвычайных ситуаций.

Кризис может стать шансом. Во время чрезвычайных гуманитарных ситуаций возрастает не только потребность, но и политическая заинтересованность в ресурсах, связанных с охраной психического здоровья. Подобная ситуация может стать стимулом для привлечения внимания к развитию устойчивого лечения и ведения расстройств ПНВ в местных сообществах, затронутых чрезвычайными ситуациями (61).

■ Руководство по гуманитарной помощи mhGAP

Руководство по гуманитарной помощи mhGAP представляет собой адаптацию руководства mhGAP по оказанию помощи и содержит рекомендации по терапии первого ряда при расстройствах ПНВ силами неспециализированных поставщиков медицинских услуг в условиях чрезвычайных гуманитарных ситуаций, когда доступ к специалистам и лечению ограничен (63). Медицинские учреждения общего профиля в районах, затронутых чрезвычайными ситуациями, могут использовать его как практический инструмент для оценки и лечения острого стресса, горя, депрессии, посттравматического стрессового расстройства, психозов, эпилепсии, ограниченных интеллектуальных возможностей, злоупотребления психоактивными веществами и риска суицида. Руководство совместимо с другими материалами mhGAP и может использоваться как введение в осуществление программы mhGAP в общих системах здравоохранения.



■ Координация осуществления mhGAP в условиях чрезвычайных гуманитарных ситуаций

Планирование

- Обеспечьте наличие представителей группы по осуществлению mhGAP в соответствующих координационных механизмах (см. раздел 2.4). Если подобная группа по осуществлению отсутствует, рассмотрите возможность ее создания.
- В координации с группой по осуществлению сформируйте группу, которая будет отвечать за контроль интеграции лечения ПНВ в общую систему здравоохранения в районе, затронутом чрезвычайной ситуацией.
- В самом начале чрезвычайной ситуации оперативно оцените потребности и ресурсы, а впоследствии проведите более всестороннюю оценку.
- Подготовьте план разработки и координации минимального набора мероприятий по интеграции лечения ПНВ.
- Совместно с директивными органами обеспечьте бесперебойные поставки основных лекарственных средств, перечень которых должен включать как минимум пять психотропных лекарственных средств, входящих в Межучрежденческий комплект первой медицинской помощи (65).

Подготовка

- Укрепите потенциал неспециализированных медицинских работников в области оценки, диагностики и лечения расстройств ПНВ.
- Введите всех сотрудников в курс оказания первой психологической помощи (включая тех сотрудников, которые не проходили обучение оценке и лечению расстройств ПНВ).
- Организуйте непрерывную клиническую супервизию и курсы повторения пройденного.
- Выделите специальное место для проведения оценки и лечения пациентов с расстройствами ПНВ, а также обеспечения конфиденциальности.
- Действуйте в координации с соответствующими чрезвычайными секторами и кластерами, например в области защиты, образования, управления временными лагерями и питания. (Не работайте в изоляции.) Ведите сбор информации о том, кто из участников межсекторальной рабочей группы по оказанию психиатрической и психосоциальной помощи занимается какими направлениями работы, когда и где (принцип 4W – «кто, что, где и когда») (66).

Предоставление услуг

- Осуществляйте выявление, лечение и уход за пациентами с расстройствами ПНВ в рамках общей системы здравоохранения. Обеспечьте присутствие в медицинском учреждении, сотрудники которого прошли обучение лечению расстройств ПНВ, присутствие как минимум одного такого сотрудника на постоянной основе или в регулярное назначенное время (например, один день в неделю).
- Включите в процедуру лечения расстройств ПНВ протоколы направления пациентов и надлежащее последующее наблюдение.
- Поддерживайте контакт с сотрудниками служб экстренного реагирования (например, руководителями временных лагерей, гуманитарными медицинскими работниками) и общинными лидерами в целях их информирования о необходимости и доступности лечения ПНВ (см. раздел 3.4).
- Используйте различные каналы распространения информации – например, радиопередачи, плакаты в амбулаториях, общинных работников и других лиц, способных информировать население.
- В соответствующих случаях рассмотрите возможность обсуждения передаваемой через эти каналы информации с местными народными и традиционными целителями, которые могут заниматься лечением пациентов с расстройствами ПНВ, готовы сотрудничать и перенаправлять некоторые случаи (см. инструкции в Плане мероприятий 6.4 (60)).



Практические советы

- При чрезвычайных гуманитарных ситуациях могут возникнуть проблемы с поставками психотропных лекарственных средств. При закупках лекарств учитывайте длительные потребности лиц, проходивших лечение от ПНВ до наступления кризиса.
- Группа по осуществлению mhGAP также должна принимать во внимание вопросы безопасности, основных физических потребностей (в воде, пище, убежище, гигиене и медицинской помощи) и прав человека. На всем протяжении кризиса, особенно в его ранний период, базовая психиатрическая и психосоциальная помощь должна быть доступна пациентам с тяжелыми расстройствами ПНВ, проживающим в больницах и пансионатах, поскольку люди, находящиеся в учреждениях, подвержены крайне высокому риску жестокого обращения или оставления без помощи.

Механизм мониторинга и оценки

- Обеспечьте плановый сбор информации, касающейся психиатрической и психосоциальной помощи, и ее передачу соответствующим кластерам, например в кластеры здравоохранения, защиты и образования.
- Соберите минимальный комплект данных в медицинских учреждениях, располагающих обученным персоналом и системами лечения расстройств ПНВ.



Индикаторы осуществления mhGAP

- Доля затронутого чрезвычайной гуманитарной ситуацией населения, получающего лечение расстройств ПНВ в районных учреждениях здравоохранения (данные, дезагрегированные по возрасту, полу и расстройству ПНВ).
- Количество учреждений здравоохранения, социальных служб и общинных программ, располагающих сотрудниками, обученными выявлению и поддержке пациентов с расстройствами ПНВ.

Способы проверки: отчеты об оказании услуг в районе.



Обеспечение скоординированного удовлетворения потребностей в психолого-психиатрической помощи после природного бедствия на Филиппинах

После того, как в 2013 г. на Филиппины обрушился тайфун «Хайян», ВОЗ в сотрудничестве с правительством Филиппин и НПО приняла меры для расширения доступа к психолого-психиатрической помощи в затронутых бедствием регионах. В регионе Восточные Висайи на 4,3 млн человек населения приходилось всего четыре психиатра и семь врачей общей практики, оказывающих психолого-психиатрическую помощь. После тайфуна «Хайян» этот регион был выбран для эксперимента по включению психолого-психиатрической помощи в систему первичной и вторичной медицинской помощи посредством программы mhGAP.

ВОЗ приняла модель лечения ПНВ, предполагающую перераспределение функций на базе местного сообщества, а также обучение и супервизию со стороны специалистов психолого-психиатрического профиля вместо непосредственного оказания медицинских услуг. ВОЗ также оказала помощь в обучении неспециализированных поставщиков психиатрической и психосоциальной помощи в рамках существующих медицинских учреждений или во взаимодействии с ними.

Более 1020 общинных работников были обучены оказанию психосоциальной помощи и поддержки, а 290 неспециализированных поставщиков медицинских услуг – оценке и лечению психических расстройств, включая супервизию на рабочем месте. По состоянию на конец марта 2015 г. в 155 из 159 учреждений первичной медико-санитарной помощи (97,5%), в 21 из 24 районных больниц (87,5%) и во всех восьми областных больницах имелись врачи и медицинские сестры, обученные оценке и лечению психических расстройств. В каждом из этих учреждений на сессиях под контролем супервизора была оказана помощь 50–200 пациентам. В региональном медицинском центре открылось отделение на 10 койко-мест для пациентов с тяжелыми расстройствами ПНВ; во всех областных больницах появилась возможность госпитализации двух-четырех пациентов в отделение неотложной психиатрической помощи, а дополнительные койко-места были введены не менее чем в шести районных больницах. Повышение качества обслуживания включало в себя доступность и назначение психотропных лекарственных средств, а также функционирующую систему направления пациентов между различными уровнями лечения ПНВ. Этот пример показывает, что чрезвычайные ситуации, несмотря на их трагический характер и негативное влияние на психическое здоровье, представляют собой беспрецедентные возможности для повышения качества систем психолого-психиатрической помощи в интересах всех нуждающихся в ней людей. Он также подтверждает, что программа mhGAP может использоваться для укрепления системы охраны психического здоровья в целом, а также в масштабе отдельных регионов.

Программа mhGAP учитывает потребности человека в области охраны психического здоровья на всех этапах его жизненного пути, включая младенческий возраст, детство, подростковый период, взрослую жизнь и старость. Целью Глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016–2030 гг.) (67) является обеспечение максимального достижимого уровня здоровья и благополучия – физического, психического и социального – в любом возрасте. Здоровье человека на каждом отдельном этапе его жизни влияет на его здоровье на других этапах, а также оказывает кумулятивное воздействие на следующее поколение. ОМД может стать отправной точкой для заблаговременных действий, направленных на удовлетворение потребностей в области психического здоровья женщин, детей и подростков, страдающих от тяжелого бремени расстройств ПНВ.

Беременность и роды могут оказывать влияние на психическое здоровье и благополучие многих матерей, что осложняет для них многочисленные заботы по уходу за ребенком. Перинатальная депрессия диагностируется у каждой десятой женщины в странах с высоким уровнем дохода и у каждой пятой женщины в СНСУД. При отсутствии лечения перинатальная депрессия может повлиять на здоровье матери, развитие плода и младенца, а также оказать долгосрочный эффект в отношении психологического и физического развития ребенка.

В руководстве mhGAP-IG версии 2.0 женщины детородного возраста выделены в особую категорию населения, для удовлетворения потребностей которой предлагаются конкретные, основанные на фактических данных клинические указания. В руководстве указано, что в период беременности и грудного вскармливания в качестве терапии первого ряда должны применяться психосоциальные вмешательства (4), а также существуют фактические доказательства эффективности методики «Здоровое мышление» для снижения перинатальной депрессии в рамках ОМД (44). Эти вмешательства могут быть включены в перечень плановых услуг по ОМД путем обучения неспециализированных поставщиков медицинских услуг. Интеграция лечения ПНВ в плановую дородовую и послеродовую медицинскую помощь позволит преодолеть нехватку кадровых ресурсов и сократить разрыв между потребностью в лечении перинатальных расстройств ПНВ и возможностью его получения.

Во всем мире 10–20% детей и подростков страдают от расстройств ПНВ. Половина всех нарушений в области психического здоровья начинается до 14-летнего возраста, а три четверти – до 25-летнего. Дети и подростки, страдающие от психических расстройств и нарушений развития, подвержены повышенному риску получения некачественной медицинской помощи в связи с повышенной распространенностью в их среде вредных привычек и рискованного поведения, а также большей вероятностью остаться без попечения и надлежащего доступа к медицинской помощи. Физическое состояние детей и подростков может быть одной из причин развития психических расстройств и нарушений развития, усугублять или имитировать их. Программа mhGAP включает в себя общесемейный подход и указания по повышению благополучия и функционирования детей и подростков (например, привычки, связанные со сном и питанием, физические упражнения), а также обучение родительским навыкам для опекунов. mhGAP считает вмешательства дома, в школе и иной социальной среде важными способами воздействия на психосоциальные факторы стресса и активизации поддержки.

■ Включение программы mhGAP в услуги ОМД силами группы по осуществлению mhGAP

Планирование

Назначьте из числа членов группы по осуществлению mhGAP координатора, который будет сотрудничать с партнерами по ОМД и разработчиками политики, содействуя включению mhGAP в комплексные программы ОМД.

Используйте методику ситуационного анализа (см. раздел 1.2) для выявления существующих услуг и потребностей в обучении поставщиков услуг в целях обеспечения психического здоровья матерей, детей и подростков.

Подготовка

Адаптируйте материалы mhGAP для использования в программах ОМД (см. раздел 2.1). Например, адаптируйте к местным условиям руководство mhGAP-IG версии 2.0, методику «Здоровое мышление» и материалы по обучению навыкам ухода за ребенком для родителей детей с задержками и нарушениями развития¹. Главная задача адаптации заключается в том, чтобы определить, каким образом работники сферы ОМД могут внедрить компоненты mhGAP в свою повседневную практику в учреждениях здравоохранения.

Включите обучение и супервизию по методикам mhGAP в программы предварительной подготовки и повышения квалификации медицинских работников и работников сферы ОМД (см. разделы 2.2 и 2.3).

- Научите работников сферы ОМД более эффективно распознавать перинатальную депрессию и психические расстройства. Увеличьте их потенциал в области психообразования, консультирования родителей, поддержки детей и подростков с нарушениями развития и психики и членов их семей (включая соответствующие направления пациентов в доступные службы), а также в области содействия их участию в общинных мероприятиях.

Усовершенствуйте протоколы направления пациентов между специализированными службами ПНВ и программами ОМД в целях повышения качества помощи, оказываемой женщинам и детям (см. раздел 2.4). Эти мероприятия включают в себя консультирование специалистами по лечению ПНВ и двустороннее направление пациентов на основе четких инструкций.

Предоставление услуг

Предоставляйте услуги в учреждениях с учетом пола и возраста пациентов. Соблюдение конфиденциальности и общение с учетом возрастных особенностей особенно важно для подростков (см. раздел 3.1).

Информируйте работников здравоохранения и общинных работников, связанных с программами ОМД, о цели и важности лечения ПНВ, доступных в амбулатории услугах, местонахождении и часах работы амбулатории (см. раздел 3.3).

¹ Программа ВОЗ по обучению навыкам заботы о ребенке для родителей детей с задержками и нарушениями развития доступна по запросу (см. https://www.who.int/mental_health/maternal-child/PST/en/).



Практические советы

- Включите лечение ПНВ в деятельность патронажных и общинных работников, такую как обеспечение детским питанием и развитие детей раннего возраста, чтобы они могли контактировать с матерями, страдающими расстройствами ПНВ, в целях расширения их возможностей, предоставления поддержки и практической помощи, а также обучения навыкам заботы о ребенке.
- Во взаимодействии с разработчиками планов, руководителями и работниками поддерживайте контакт с учителями и школьными работниками; предоставляйте им информацию о нарушениях развития, благополучии детей и подростков и общинных ресурсах.

Осуществляйте вмешательства для профилактики расстройств ПНВ, повышайте значимость психического здоровья и благополучия как составной части услуг ОМД (см. раздел 3.4). Эти меры могут включать в себя ранний контроль роста и развития ребенка со стороны матерей, консультирование по профилактике недостаточного интеллектуального развития детей с низкой массой тела при рождении со стороны медсестер, посещения ОМР в целях профилактики недостаточной заботы о ребенке и перинатальной депрессии, а также раннее выявление и лечение подростковой депрессии работниками образования.

Механизм мониторинга и оценки

Обеспечьте включение индикаторов осуществления mhGAP в плановый сбор данных, анализ и применение программ ОМД. Обеспечьте дезагрегацию по полу и возрасту индикаторов осуществления mhGAP, сбор, анализ и использование которых осуществляется в неспециализированных районных учреждениях здравоохранения; это необходимо в целях удовлетворения потребностей женщин, детей и подростков в области психического здоровья.



mhGAP Индикаторы осуществления mhGAP

Индикатор: количество женщин, детей и подростков с расстройствами ПНВ, выявленных и прошедших лечение в службах ОМД.

Способы проверки: отчеты ОМР, базы данных учреждений, планы и отчеты служб ОМД и программ здравоохранения и социальной защиты.



Разработка и масштабирование вмешательств в области психического здоровья матерей в Пакистане

Широкая распространенность перинатальной депрессии и ее взаимосвязь с инвалидностью, недостаточным развитием детей и разрушением семей превращают это заболевание в одну из важнейших проблем общественного здравоохранения в СНСУД, в том числе в Пакистане. Многие женщины и их семьи не рассматривают депрессию как проблему, требующую вмешательства, а стигматизация зачастую не позволяет женщинам обратиться за помощью. Программа оптимального развития детей в Пакистане охватила всех основных членов семьи и позволила матерям и их семьям получить доступ к вмешательствам и поддержке. Поскольку медицинские работники-женщины, оказывающие медицинскую помощь матерям в местном сообществе, уже были перегружены обязанностями, потребовалось включить в существующую учебную программу обучение проведению вмешательств по охране психического здоровья таким образом, чтобы они воспринимались не как дополнительная нагрузка, а как способ облегчения работы. Вмешательства, осуществляемые в медицинских учреждениях, отличались большим количеством назначаемых лекарственных средств, что противоречило рекомендации не прописывать антидепрессанты в качестве терапии первого ряда при депрессии у беременных и кормящих женщин. Было необходимо заменить эту модель на модель немедикаментозных вмешательств на уровне местного сообщества, включенных в систему лечения в учреждениях первичной медико-санитарной помощи.

Программа «Здоровое мышление», основанная на рекомендации mhGAP об использовании психосоциальных вмешательств в качестве терапии первого ряда при лечении депрессии в период беременности и грудного вскармливания, была адаптирована в партнерстве с НПО (Исследовательский фонд развития человеческого потенциала), научным учреждением (Ливерпульский университет) и местным партнером по осуществлению (программа для медицинских работников-женщин).

Основанное на фактических данных психосоциальное вмешательство при депрессии в перинатальный период прошло культурную и контекстную адаптацию для применения в районах Пакистана с низким уровнем социально-экономического развития. Целью было снижение масштабов перинатальной депрессии, улучшение показателей здоровья детей и поощрение матерей к активному обращению за помощью и к принятию ими мер, направленных на укрепление здоровья. Медицинские работники-женщины в деревнях прошли обучение простым техникам КПТ. Строгая научная оценка продемонстрировала эффективность программы «Здоровое мышление» в работе по облегчению депрессии и улучшению показателей здоровья детей (44, 45).

5.3 Включение программы mhGAP в лечение хронических заболеваний

Расстройства ПНВ тесно связаны с другими хроническими расстройствами – НИЗ (например, диабет, сердечно-сосудистые заболевания), инфекционными заболеваниями (например, ТБ, ВИЧ/СПИД) и остающимися без внимания тропическими болезнями (например, лепра, филяриоз). У них много общих основных причин (например, сочетание генетических, биологических, психосоциальных, поведенческих, социальных и экологических факторов) и последствий (например, продолжительность и серьезная инвалидизация, которая может ограничивать социально-экономические возможности человека и его участие в жизни общества).

Кроме того, расстройства ПНВ и другие хронические заболевания взаимосвязаны и часто сопутствуют друг другу. Например, существуют доказательства того, что депрессия вызывает предрасположенность к сердечно-сосудистым заболеваниям, а сердечно-сосудистые заболевания увеличивают вероятность возникновения депрессии (68), поэтому при лечении этих заболеваний лучше применять комплексные подходы. Основные поддающиеся изменениям факторы риска возникновения НИЗ, такие как недостаточный уровень физической активности, нездоровое питание, потребление табака и вредное употребление алкоголя, усугубляются проблемами психического здоровья.

Уровень смертности среди людей с тяжелыми расстройствами ПНВ, включая среднюю и тяжелую степень депрессии, биполярное расстройство и психозы, в 2–3 раза выше, чем среди населения в целом, что приводит к сокращению их ожидаемой продолжительности жизни на 10–20 лет (69). Для объяснения подобного роста смертности предлагаются различные причины, в том числе: хорошо известные двусторонние взаимоотношения между психическими расстройствами и другими НИЗ, указанные выше; разница в подверженности факторам риска; ятрогенный эффект медикаментозного лечения расстройств ПНВ; повышенный риск возникновения инфекционных заболеваний, а также неравный доступ к услугам здравоохранения. Кроме того, люди с расстройствами ПНВ реже обращаются за помощью по поводу НИЗ, а их симптомы могут негативно влиять на соблюдение режима и прогноз лечения. Прочие причины смертности среди людей с расстройствами ПНВ включают в себя суициды, убийства и несчастные случаи (см. вставку 4).

Лечение людей с расстройствами ПНВ и хроническими заболеваниями должно осуществляться посредством комплексного, ориентированного на нужды человека подхода, объединенного на различных уровнях – от скрининга и раннего выявления физических патологий до консультирования по поведенческим факторам риска (включая оценку и снижение рисков возникновения сердечно-сосудистых заболеваний) и поддержки стабильного физического и психического состояния. Психосоциальные вмешательства, направленные на соблюдение режима лечения, являются особенно важными для поддержки физического здоровья пациентов с расстройствами ПНВ.

Вставка 4. Повышенная смертность, связанная с расстройствами ПНВ

Люди с тяжелыми расстройствами ПНВ, такими как психозы, биполярное расстройство или депрессия средней либо тяжелой степени, чаще всего живут на 10–20 лет меньше, чем население в целом. Частично это обусловлено суицидами, а частично – предотвратимыми соматическими заболеваниями, такими как сердечно-сосудистые, респираторные и инфекционные заболевания (69).

Программа mhGAP, предусматривающая вмешательства на уровне отдельного человека, системы здравоохранения и общества, способна укрепить здоровье и продлить жизнь людей с тяжелыми расстройствами ПНВ. Вмешательства на уровне отдельного человека включают в себя профилактику самоповреждения и суицидов (например, путем ограничения доступа к орудиям причинения вреда) и влияние на поведение (например, потребление табака). Руководство mhGAP-IG версии 2.0 включает в себя скрининг на соматические патологии, координацию лечения между врачами-психиатрами и неспециализированными поставщиками медицинских услуг, а также осуществление медикаментозного лечения в рамках психолого-психиатрической помощи. Вмешательства на уровне общества, включая программы снижения стигматизации, могут улучшить отношение к людям с тяжелыми расстройствами ПНВ, тем самым упростив для них обращение за помощью и уменьшив их дискриминацию.

Приведенные ниже основанные на фактических данных стратегии могут использоваться руководителями районных управлений здравоохранения для снижения повышенной смертности среди людей с тяжелыми расстройствами ПНВ.

Расширяйте обучение поставщиков медицинской помощи

- Включайте основные направления лечения соматических заболеваний в курс психолого-психиатрического обучения специалистов и неспециалистов (например, реанимация и ведение хронических соматических заболеваний).
- Убедитесь, что специалисты и неспециализированные поставщики медицинских услуг обладают необходимыми знаниями и навыками для выявления и лечения психических заболеваний у людей, обратившихся по поводу соматических заболеваний.
- Обратите внимание на то, что культурные факторы могут влиять на проявление физических и психических симптомов.

Проводите лечение соматических заболеваний у пациентов с тяжелыми расстройствами ПНВ в стационарах

- Убедитесь, что пациенты с тяжелыми расстройствами ПНВ имеют доступ к лечению соматических заболеваний (включая раннее выявление физических симптомов болезни, своевременную диагностику и лечение) в психиатрических стационарах, в особенности в учреждениях долгосрочного пребывания, не являющихся частью больниц общего профиля. В учреждениях, являющихся частью больниц общего профиля, укрепите механизмы связи и направления пациентов между специалистами для оперативного реагирования на потребности в области физического здоровья.

Обеспечивайте комплексное и тщательное лечение пациентов с тяжелыми расстройствами ПНВ

- Систематически оказывайте помощь за пределами психиатрических больниц длительного пребывания, в неспециализированных учреждениях здравоохранения. Расширяйте охват основанных на фактических данных вмешательств при тяжелых расстройствах ПНВ: используйте сеть служб охраны психического здоровья на базе местного сообщества, включая стационары краткосрочного пребывания, амбулаторную помощь в больницах общего профиля, многопрофильные психолого-психиатрические центры и дневные стационары.

Применяйте механизмы постоянного повышения качества при оказании психолого-психиатрической помощи

- Ведите контроль и оценку осуществления программ, направленных на снижение повышенной смертности среди людей с тяжелыми расстройствами ПНВ.
- Внедряйте и координируйте целостный подход к лечению и поддержке, удовлетворяющий потребности в лечении как психических, так и соматических заболеваний; содействуйте восстановлению пациентов с тяжелыми расстройствами ПНВ в любом возрасте.
- Осуществляйте супервизию поставщиков медицинских услуг, оказывающих психолого-психиатрическую помощь.

Информируйте, боритесь со стигматизацией и дискриминацией, ограничивающими доступ людей с тяжелыми расстройствами ПНВ к медицинской помощи

- Распространяйте информацию о психическом здоровье, работайте над улучшением отношения персонала к людям с расстройствами ПНВ.
- Конструктивно сотрудничайте со СМИ в целях показа людей с тяжелыми расстройствами ПНВ таким образом, чтобы это не приводило к их стигматизации.

Комплексный подход, охватывающий все потребности человека в области здравоохранения, является реалистичным и эффективным способом профилактики и лечения расстройств ПНВ и других хронических заболеваний. Модели комплексной медицинской помощи включают в себя:

- модель постоянного лечения – комплексный подход, ориентированный на интересы пациента и совместное оказание медицинской помощи на основе шести способов повышения качества помощи: ресурсов местного сообщества, системы здравоохранения, самопомощи со стороны пациента, поддержки при принятии решений, реформы системы оказания помощи и систем медицинской информации (70); а также
- инновационный механизм лечения хронических патологий (71), основанный на предыдущей модели, а также усиление роли местного сообщества и системных изменений. Директивные органы могут предпринять следующие восемь действий:
 - поддержать системные изменения;
 - содействовать развитию комплексной медицинской помощи;
 - адаптировать секторальную политику в области здравоохранения;
 - более эффективно использовать медицинский персонал;
 - сконцентрировать оказание помощи на пациентах и членах их семей;
 - оказать поддержку людям с расстройствами ПНВ внутри их местных сообществ; а также
 - уделить повышенное внимание профилактике.

■ Интеграция лечения расстройств ПНВ в существующие программы лечения хронических заболеваний

Планирование

Назначьте из числа членов группы по осуществлению mhGAP координатора, который будет сотрудничать с руководителями программ по хроническим заболеваниям, содействуя включению mhGAP в такие программы в качестве общего компонента.

Убедитесь, что руководители районных управлений здравоохранения при пересмотре планов и бюджетов по инфекционным заболеваниям и НИЗ не оставили без внимания людей с тяжелыми расстройствами ПНВ (см. раздел 1.3).

Подготовка

Адаптируйте материалы mhGAP для использования в существующих программах по хроническим заболеваниям (см. раздел 2.1). Например, руководители программ могут выбрать из руководства mhGAP-IG версии 2.0 отдельные модули для обучения и супервизии в сфере основных расстройств ПНВ, имеющих самую тесную связь с хроническими патологиями (например, высокая степень распространенности депрессии как сопутствующего заболевания при ВИЧ/СПИДе с возможным осложнением в виде деменции).

Улучшите протоколы направления пациентов между специализированными службами ПНВ и программами по хроническим заболеваниям в целях повышения качества оказываемой помощи и обеспечения равноправного доступа. Эти мероприятия включают в себя консультирование специалистами по лечению ПНВ и двусторонние направления пациентов (см. раздел 2.4).

Предоставление услуг

Многоуровневый подход необходим для осуществления комплексного лечения ПНВ и хронических заболеваний посредством индивидуальных вмешательств, укрепления системы здравоохранения и воздействия на широкий круг социальных детерминантов здоровья, включая социальную поддержку и уменьшение стигматизации.

Предоставляйте услуги в учреждениях, которые используют скоординированный и целостный подход к оказанию как соматической, так и психолого-психиатрической медицинской помощи (см. раздел 3.1).

Общинные работники, участвующие в просветительских мероприятиях, посвященных снижению артериального давления и диабету, могут быть обучены предоставлению информации о расстройствах ПНВ и суицидах (2).

Информируйте медицинских и общинных работников программ по хроническим заболеваниям о целях и важности лечения ПНВ и о том, где можно получить доступ к услугам.

Предоставляйте людям с расстройствами ПНВ и лицам, осуществляющим уход за ними, доступ к просветительским кампаниям, посвященным НИЗ.

Механизм мониторинга и оценки

- Обеспечьте включение индикаторов осуществления mhGAP в плановый сбор, анализ и использование данных программами по хроническим заболеваниям; включите оценку и ведение хронических заболеваний в консультации по ПНВ и отчетность.



Индикаторы осуществления mhGAP

Индикатор: доля пациентов с хроническими заболеваниями, получающих лечение от ПНВ.

Способы проверки: отчеты программ по хроническим заболеваниям, информационные системы здравоохранения и отчеты об оказании услуг.



Практические советы

- Рассмотрите возможность включить лечение ПНВ в программы по хроническим заболеваниям, которые представляют собой тяжелое бремя и сопровождаются другими заболеваниями (например, ВИЧ/СПИД, сердечно-сосудистые заболевания, диабет).
- При небольшом бюджете на охрану психического здоровья включение лечения ПНВ в программы по хроническим заболеваниям может оказаться экономически эффективным способом улучшить и физическое, и психическое здоровье населения. Например, меры по охране психического здоровья людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, повышают вероятность соблюдения ими антиретровирусной терапии (72).
- Комплексное лечение – это не просто лечение, которое переложили на другого специалиста. Оно требует ресурсов и осуществляется в медицинских организациях, в местном сообществе и на политическом уровне. Эта работа требует координации и укрепления связей между медицинскими и социальными службами в целях учета социальных детерминантов.
- Чтобы предлагать и поддерживать комплексное лечение, поставщики медицинской помощи должны пройти соответствующее обучение и получать поддержку в форме постоянной супервизии.



Проект «Скамья дружбы» в Зимбабве по лечению расстройств ПНВ у людей с ВИЧ/СПИДом

Зимбабве была одной из стран, в наибольшей степени затронутых глобальной пандемией ВИЧ/СПИДа. Хронические заболевания и отсутствие психолого-психиатрической помощи или ограниченный доступ к ней привели к росту бремени психических заболеваний в стране. Ограниченные ресурсы правительства в области охраны психического здоровья почти целиком использовались для оказания медицинской помощи в учреждениях третичного звена пациентам с тяжелыми расстройствами ПНВ, такими как шизофрения, в то время как жители местных сообществ с распространенными психическими расстройствами не получали помощи. Люди с ВИЧ-инфекцией, которые подвержены особенно высокому риску возникновения таких распространенных расстройств ПНВ, как депрессия, получали только один сеанс групповой терапии до начала и один сеанс – после начала лечения.

Зимбабве, страна с ограниченными ресурсами, стала свидетелем расширения инициатив по лечению ВИЧ/СПИДа. Принимая во внимание значительное количество фактов, доказывающих наличие связей между психическим здоровьем и хроническими заболеваниями, это расширение дало возможность включить психолого-психиатрическую помощь в перечень услуг неспециализированных учреждений здравоохранения в рамках проекта, получившего название «Скамья дружбы» в честь деревянных скамеек, стоящих рядом с районными медицинскими учреждениями. В этих учреждениях работают под наблюдением супервизоров непрофессиональные медицинские работники (главным образом женщины из местного сообщества), которые обучены терапии, направленной на решение проблем, и обеспечивают направление пациентов в другие службы, в том числе с целью получения пациентами средств к существованию. В дополнение к этим вмешательствам, осуществляемым силами медицинских работников, медсестры прошли обучение применению руководства mhGAP-IG для лечения расстройств ПНВ (73, 74).

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Estimates for 2000–2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html).
2. Mental, neurological, and substance use disorders. Seattle (WA): Disease Control Priorities, University of Washington; 2017 (<http://dcp-3.org/mentalhealth>).
3. Lancet Global Mental Health Group, Chisholm D, Flisher AJ, Lund C, Patel V, Saxena S, Thornicroft G, Tomlinson M. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet*. 2007;370(9594):1241–52.
4. Атлас психического здоровья, 2014 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015.
5. Центр фактических данных и ресурсов программы ВОЗ по охране психического здоровья Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. (http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/ru/).
6. Комплексный план действий в области психического здоровья ВОЗ на 2013–2020 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/151502/A66_R8-ru.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
7. mhGAP mental health gap action programme. Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2008.
8. Руководство mhGAP Версия 2.0 по оказанию помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами, а также расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/365979/WHO-mgHAPIG_tRu_final_web.pdf?ua=1).
9. Keynejad R, Semrau M, Toynbee M, Evans-Lacko S, Lund C, Gureje O, et al. Building the capacity of policy-makers and planners to strengthen mental health systems in low-and middle-income countries: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2016;16:601.
10. WHO QualityRights toolkit. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_toolkit/en/).
11. Конвенция о правах инвалидов. Нью-Йорк: Отдел социальной политики и развития Организации Объединенных Наций; 2016 (http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability).
12. Цели в области устойчивого развития. Нью-Йорк (Нью Йорк): Организация Объединенных Наций; 2015 (<https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/sustainable-development-goals/>).
13. Tracking universal health coverage: 2017 Global Monitoring Report. Geneva: World Health Organization and World Bank Group; 2017.
14. Тринадцатая общая программа работы на 2019–2023 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018.
15. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789244506233_rus.pdf?sequence=5).
16. Saxena S, Hanna F. Dignity – a fundamental principle of mental health care. *Indian J Med Res*. 2015;142(4):355–8.
17. Saraceno B, Van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007;370:1164–74.
18. Первая психологическая помощь: руководство для работников на местах. Женева: Всемирная организация здравоохранения, War Trauma Foundation и World Vision International; 2011.
19. Assessment instrument for mental health systems, version 2.2. Geneva: World Health Organization; 2005.
20. Hanlon C, Luitel NP, Kathree T, Murhar V, Shrivasta S, Medhin G, et al. Challenges and opportunities for implementing integrated mental health care: a district level situation analysis from five low- and middle-income countries. *PLoS One*. 2014;9:e88437.
21. Fekadu A, Hanlon C, Medhin G, Alem A, Selamu M, Giorgis TW, et al. Development of a scalable mental healthcare plan for a rural district in Ethiopia. *Br J Psychiatr*. 2016;208(Suppl 56):s4–12.
22. Jordans MJ, Luitel NP, Pokhrel P, Patel V. Development and pilot testing of a mental healthcare plan in Nepal. *Br J Psychiatr*. 2016;208(Suppl 56):s21–8.

23. Shidhaye R, Shrivastava S, Murhar V, Samudre S, Ahuja S, Ramaswamy R, et al. Development and piloting of a plan for integrating mental health in primary care in Sehore district, Madhya Pradesh, India. *Br J Psychiatr.* 2016;208(Suppl 56):s13–20.
24. Petersen I, Fairall L, Bhana A, Kathree T, Selohilwe O, Brooke-Sumner C, et al. Integrating mental health into chronic care in South Africa: the development of a district mental healthcare plan. *Br J Psychiatr.* 2016;208 (Suppl 56):s29–39.
25. Kigozi FN, Kizza D, Nakku J, Ssebunnya J, Ndyabangi S, Nakiganda B, et al. Development of a district mental healthcare plan in Uganda. *Br J Psychiatr.* 2016;208(Suppl 56):s40–6.
26. Hanlon C, Fekadu A, Jordans M, Kigozi F, Peterson I, Shidhaye R, et al. District mental health care plans for five low- and middle-income countries: commonalities, variations and evidence gaps. *Br J Psychiatr.* 2015;207:s1–8.
27. Chatora P, Tumusiime R. Health sector reform and district health systems. Brazzaville: World Health Organization Regional Office for Africa; 2004.
28. WHO mental health policy and service guidance package. Geneva: World Health Organization; 2003.
29. Shidhaye R. SOHAM: 4Cing/foreseeing improved mental health service delivery in Madhya Pradesh, India, a legacy of PRIME project. Cape Town: Programme for Improving Mental Health Care; 2016 (<http://www.primeuctacza/research/research-blog/item/4-soham-4cing-foreseeing-improved-mental-health-service-delivery-in-madhya-pradesh-india-a-legacy-of-prime-project>).
30. Shidhaye R. Scaling up mental health services; making it happen through mann-kaksh. New Delhi: oneworld online; 2016 (<http://southasia.oneworld.net/features/scaling-up-mental-health-services-making-it-happen-through-mann-kaksh>).
31. mhGAP training manuals for the mhGAP intervention guide – version 2.0 (for field testing). Geneva: World Health Organization; 2017.
32. Integration of mental health into primary care using the virtual campus platform: a collaboration between Caribbean countries and Canada. Washington DC: Pan American Health Organization; 2013 (<https://cursos.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=141>).
33. Toolkit for the integration of mental health into general healthcare in humanitarian settings. Washington DC: International Medical Corps; 2018 (<http://www.mhinnovation.net/collaborations/IMC-Mental-Health-Integration-Toolkit>).
34. Mendenhall E, De Silva MJ, Hanlon C, Petersen I, Shidhaye R, Jordans M, et al. Acceptability and feasibility of using non-specialist health workers to deliver mental health care: stakeholder perceptions from the PRIME district sites in Ethiopia, India, Nepal, South Africa, and Uganda. *Soc Sci Med.* 2014;118:33–42.
35. Padmanathan P, DeSilva MJ. The acceptability and feasibility of task-sharing for mental healthcare in low- and middle-income countries: a systematic review. *Soc Sci Med.* 2013;97:82–6.
36. Murray LK, Dorsey S, Bolton P, Jordans MJD, Rahman A, Bass J, et al. Building capacity in mental health interventions in low resource countries: an apprenticeship model for training local providers. *Int J Ment Health Syst.* 2011;5(30). doi:10.1186/1752-4458-5-30.
37. Borders LD. Dyadic, triadic, and group models of peer supervision/consultation: What are their components, and is there evidence of their effectiveness? *Clin Psychol.* 2012;16(2):59–71.
38. Dua T, Sharma A, Patel A, Hanna F, Chowdhary N, Saxena S. Integrated care for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: rising to the challenge. *World Psychiatry.* 2015;16:216–7.
39. Управление проблемами плюс (УП+). Индивидуальная психологическая помощь для взрослого населения в состоянии дистресса, вызванного неблагоприятной ситуацией в общине (стандартная версия 1.0 для апробации в полевых условиях). Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016.
40. Rahman A, Hamdani SU, Awan NR, Bryant RA, Dawson KS, Khan MF, et al. Effect of a multicomponent behavioral intervention in adults impaired by psychological distress in a conflict-affected area of Pakistan: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2016;316(24):2609–17.
41. Bryant RA, Schafer A, Dawson KS, Anjuri D, Mulili C, Ndogoni L, et al. Effectiveness of a brief behavioural intervention on psychological distress among women with a history of gender-based violence in urban Kenya: a randomised clinical trial. *PLoS Med.* 2017;14(8):e1002371.
42. Групповая интерперсональная терапия (ИПТ) при депрессии (стандартная версия ВОЗ 1.0 для апробации в полевых условиях). Женева: Всемирная организация здравоохранения; Нью-Йорк: Колумбийский университет; 2016.

43. Bass J, Neugebauer R, Clougherty KF, Verdelli H, Wickramaratne P, Ndogoni L, et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: 6-month outcomes: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006;188:567–73.
44. Rahman A. Thinking healthy. Cognitive behavioural training for healthy mothers and infants. Training manual. Liverpool: University of Liverpool; 2004 (<http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/tools/THINKING-HEALTHY-PROGRAMME-FULL-MANUAL.pdf>).
45. Rahman A, Malik A, Sikander S, Roberts C, Creed F. Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a cluster-randomised trial. *Lancet*. 2008;372:902–9.
46. Singla DA, Kohrt B, Murray LK, Anand A, Chorpita BF, Patel V. Psychological treatments for the world: lessons from low- and middle-income countries. *Ann Rev Clin Psychol*. 2017;13:149–81.
47. Measuring health and disability: manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0. Geneva: World Health Organization; 2010.
48. Agency Medical Directors. The Patient Health Questionnaire (PHQ-9) – overview. Olympia (WA): Washington State Agency Medical Directors' Group; 2015 (<http://www.agencymeddirectors.wa.gov/Files/depressooverview.pdf>).
49. Rathod S, Pinninti N, Irfan M, Gorczynski P, Rathod P, Gega L, et al. Mental health service provision in low- and middle-income countries. *Health Serv Insights*. 2017;10:1178632917694350.
50. Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model: the case for both hospital- and community-based mental healthcare. *Br J Psychiatr*. 2013;202:246–8.
51. What are the arguments for community based care? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003.
52. Lehmann U, Sanders D. Community health workers: What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. Geneva: World Health Organization; 2007.
53. Kok MC, Broerse JEW, Theobald S, Ormel H, Dieleman M, Taegtmeier M. Performance of community health workers: situating their intermediary position within complex adaptive health systems. *Human Resources Health*. 2017;15(1):59.
54. Chatterjee S, Naik S, John S, Dabholkar H, Balaji M, Koschorke M, et al. Effectiveness of a community-based intervention for people with schizophrenia and their caregivers in India (COPSI): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2014;383:1385–94.
55. Malone D, Marriott S, Newton-Howes G, Simmonds S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;3:CD000270.
56. Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;10:CD007906.
57. Jordans MJD, Kohrt BA, Luitel NP, Komproe IH, Lund C. Community informant detection tool [CIDT]. London: Department of International Development; 2014 (http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/resource/CIDT_ExternalUse_2014.pdf).
58. Jordans MJD, Kohrt BA, Luitel NP, Lund C, Komproe IH. Proactive community case-finding to facilitate treatment seeking for mental dis-orders, Nepal. *Bull World Health Organ*. 2017;95:531–6.
59. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014.
60. IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Geneva: Inter-Agency Standing Committee; 2007.
61. Восстановить и улучшить. Устойчивая охрана психического здоровья после чрезвычайных ситуаций. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/96378/WHO_MSD_MER_13.1_rus.pdf?sequence=11).
62. Humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response. Southampton: The Sphere Project; 2011.
63. Руководство по гуманитарной помощи Программы действий ВОЗ по ликвидации пробелов в области охраны психического здоровья (mhGAP-HIG). Лечение психических и неврологических расстройств и расстройств, связанных с употреблением наркотиков и других веществ, в чрезвычайных гуманитарных ситуациях. Женева: Всемирная организация здравоохранения и Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев; 2015.

64. Оценка потребностей и ресурсов в области охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки. Инструментарий для гуманитарных ситуаций. Женева: Всемирная организация здравоохранения и Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев; 2012.
65. Interagency emergency health kit. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/emergencies/kits/iehk/en/>).
66. O'Connell R, Poudyal B, Streele E, Bahgat F, Tol W, Ventevogel P. Who is where, when, doing what: mapping services for mental health and psychosocial support in emergencies. *Intervention*. 2012;10:171–6.
67. WHO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UNWomen, The World Bank Group. *Survive, thrive, transform. Global strategy for women's, children's and adolescents' health: 2018 report on progress towards 2030 targets*. Geneva: World Health Organization; 2018.
68. *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Geneva: World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca); 2008.
69. Liu NH, Daumit GL, Dua T, Aquila R, Charlson F, Cuijpers P, et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatr*. 2017;16:30–40.
70. Coleman C, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Affairs*. 2009;28:75–85.
71. Новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях: Основные элементы для действий. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2002.
72. Chuah FLH, Haldane VE, Cervero-Liceras F, Ong SE, Sigfrid LA, Murphy G, et al. Interventions and approaches to integrating HIV and mental health services: a systematic review. *Health Policy Plan*. 2017;32(Suppl 4):iv27–47.
73. Chibanda D, Weiss HA, Verhey R, Simms V, Munjoma R, Rusakaniko S, et al. Effect of a primary care-based psychological intervention on symptoms of common mental disorders in Zimbabwe: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2016;316(24):2618–26.
74. *Consolidated guidelines on person-centred HIV patient monitoring and case surveillance*. Geneva: World Health Organization; 2017.

ПРИЛОЖЕНИЯ

A.1

Перечень индикаторов осуществления mhGAP

Раздел	Индикатор	Способы проверки
1. Составьте план осуществления mhGAP в районе		
1.1 Соберите группу по осуществлению mhGAP.	<ul style="list-style-type: none"> • Существование группы по осуществлению mhGAP, представленность в ней различных секторов и наличие у группы определенных функций. • Суммарное количество собраний группы по осуществлению mhGAP в год. 	<ul style="list-style-type: none"> • Техническое задание, протоколы собраний, план и бюджет мероприятий группы.
1.2 Проведите ситуационный анализ.	<ul style="list-style-type: none"> • Завершенный ситуационный анализ, в котором указаны потребности и ресурсы на районном и учрежденческом уровнях. 	<ul style="list-style-type: none"> • Завершенный ситуационный анализ.
1.3 Разработайте план и бюджет осуществления mhGAP.	<ul style="list-style-type: none"> • Лечение ПНВ включено в районный план мероприятий здравоохранения и утверждено правительством. • Доступен бюджет, в котором конкретно указаны финансовые, кадровые и материальные ресурсы, необходимые для осуществления mhGAP в районе. 	<ul style="list-style-type: none"> • Анализ повесток дня и протоколов совещаний и постоянное внесение поправок в план и бюджет.
1.4 Выступите в защиту психического здоровья.	<ul style="list-style-type: none"> • Количество завершенных информационно-разъяснительных мероприятий. 	<ul style="list-style-type: none"> • Отзывы руководителей из сферы охраны психического и общественного здоровья; опросы ключевых заинтересованных сторон о знаниях, социально-психологических установках и практической деятельности, проведенные до и после мероприятий; изменения политики или планов в области охраны психического здоровья.
2. Проведите подготовку, обеспечив наращивание потенциала и повышение готовности системы здравоохранения		
2.1 Адаптируйте составные части комплекта документов по mhGAP.	<ul style="list-style-type: none"> • Материалы mhGAP-IG версии 2.0 для обучения и супервизии, а также приложение e-mhGAP адаптированы и готовы к практическому применению в районе. 	<ul style="list-style-type: none"> • Протоколы семинаров по адаптации, адаптированные материалы mhGAP-IG версии 2.0 для обучения и супервизии, а также приложение e-mhGAP.
2.2 Обучите кадры программе mhGAP.	<ul style="list-style-type: none"> • Количество инструкторов и супервизоров, принявших участие в обучении инструкторов и супервизоров программе mhGAP. • Доля неспециализированных поставщиков медицинских услуг, прошедших обучение по программе mhGAP (количество обученных / количество неспециалистов в районе). • Количество обученных социальных работников, отвечающих стандартам компетентности по программе mhGAP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Формы оценки обучения (см. учебные материалы по mhGAP), оценки компетенций.
2.3 Подготовьтесь к клинической и административной супервизии.	<ul style="list-style-type: none"> • Доля супервизоров, прошедших обучение административной и клинической супервизии по программе mhGAP (количество обученных супервизоров / количество специалистов) в районе). • Частота и достаточность супервизии, определенная посредством ситуационного анализа. • Доля учреждений в районе, в которых осуществляется супервизия по программе mhGAP (количество учреждений, в которых проводится не менее одной супервизии в месяц / количество учреждений с обученными супервизорами). 	<ul style="list-style-type: none"> • Записи о проведении супервизии, списки участников групповой супервизии, краткие описания клинических случаев и оценочные листы, заполненные в ходе прямой супервизии.

Раздел	Индикатор	Способы проверки
2.4 Согласуйте протоколы лечения.	<ul style="list-style-type: none"> Создана функционирующая система направления пациентов. Количество учреждений здравоохранения, социальных служб и общинных программ, применяющих процедуры направления пациентов с расстройствами ПНВ. Количество направлений и обратных направлений в месяц. 	<ul style="list-style-type: none"> Ежемесячные отчеты об осуществленных направлениях пациентов; четкие критерии направления пациентов между учреждениями первичной, вторичной и третичной медицинской помощи, а также за пределами сектора здравоохранения.
2.5 Расширьте доступ к психотропным лекарственным средствам.	<ul style="list-style-type: none"> Количество месяцев в году, на протяжении которых в учреждениях здравоохранения было доступно как минимум одно лекарство для каждой категории психотропных лекарственных средств. 	<ul style="list-style-type: none"> Отчеты медицинских учреждений о поставках лекарственных средств; отчеты об оказании услуг для подтверждения начала медикаментозной терапии новых случаев.
2.6 Расширьте доступ к психологическим вмешательствам.	<ul style="list-style-type: none"> Количество неспециалистов в районе, обученных проведению психологических вмешательств. Доля прошедших психологические вмешательства пациентов, которые отметили уменьшение симптомов. 	<ul style="list-style-type: none"> Направления пациентов с расстройствами ПНВ на психологические вмешательства; методики оценки симптомов ПНВ, например ВОЗШОИ, PHQ (47, 48).
3. Обеспечьте лечение и уход при расстройствах ПНВ		
3.1 Оказывайте услуги на уровне учреждений.	<ul style="list-style-type: none"> Доля пациентов с расстройствами ПНВ, выявленных и прошедших лечение в учреждениях. 	<ul style="list-style-type: none"> Отчеты об оказании услуг из информационных систем здравоохранения; отчеты о проведении супервизии.
3.2 Обеспечивайте лечение и уход на уровне местного сообщества.	<ul style="list-style-type: none"> Доля пациентов с расстройствами ПНВ, получающих лечение в местном сообществе. 	<ul style="list-style-type: none"> Карты ресурсов местного сообщества; посещаемость групп получателей услуг и групп поддержки лиц, осуществляющих уход; отчеты об оказании услуг.
3.3 Информировать о расстройствах ПНВ и доступных услугах.	<ul style="list-style-type: none"> Количество просветительских мероприятий, в которых участвовали пациенты с расстройствами ПНВ, лица, осуществляющие уход за ними, а также члены их семей. Количество жителей района, охваченных просветительскими мероприятиями. 	<ul style="list-style-type: none"> Количественные и качественные результаты проведенного в местном сообществе опроса об изменении уровня информированности о расстройствах ПНВ, об отношении к расстройствам ПНВ и о существующей практике работы с расстройствами ПНВ.
3.4 Поддерживайте осуществление программ профилактики и укрепления здоровья.	<ul style="list-style-type: none"> Количество действующих в районе программ в области профилактики психических заболеваний и укрепления психического здоровья. 	<ul style="list-style-type: none"> Отчеты об эффективности программ профилактики и укрепления здоровья.
4. Особые ситуации и группы населения		
Чрезвычайные гуманитарные ситуации.	<ul style="list-style-type: none"> Доля затронутого чрезвычайной гуманитарной ситуацией населения, получающего лечение расстройств ПНВ в районных учреждениях здравоохранения (данные, дезагрегированные по возрасту, полу и расстройству ПНВ). Количество учреждений здравоохранения, социальных служб и общинных программ с сотрудниками, обученными выявлению и поддержке пациентов с расстройствами ПНВ. 	<ul style="list-style-type: none"> Районные отчеты об оказании услуг.
ОМД.	<ul style="list-style-type: none"> Количество женщин, детей и подростков с расстройствами ПНВ, выявленных и прошедших лечение в службах ОМД. 	<ul style="list-style-type: none"> Отчеты ОМР, базы данных учреждений, планы и отчеты служб ОМД и программ здравоохранения и социальной защиты.
Включение программы mhGAP в лечение хронических заболеваний.	<ul style="list-style-type: none"> Доля пациентов с хроническими заболеваниями, получающих лечение от ПНВ. 	<ul style="list-style-type: none"> Отчеты программ по хроническим заболеваниям, информационные системы здравоохранения и отчеты об оказании услуг.

Примеры заинтересованных сторон, принимающих участие в осуществлении mhGAP

Участники и потенциальные заинтересованные стороны	Потенциальные роли
Система здравоохранения. Районные учреждения первичной медико-санитарной помощи, координаторы в соответствующих секторах системы здравоохранения, психолого-психиатрические учебные центры, психиатрические больницы.	<ul style="list-style-type: none"> • Нарращивание потенциала в области осуществления программы mhGAP и предоставления услуг. • Осуществление индивидуальных вмешательств в рамках программы mhGAP и поддержка общественных мероприятий. • Регулярное проведение МиО в целях оценки и удовлетворения локальных потребностей. • Выявление пробелов в оказании психолого-психиатрической помощи в целях адаптации локальной программы. • Поддержка взаимосвязей с другими заинтересованными сторонами, местными учреждениями и государственными органами в целях налаживания всесторонней системы координации и направления пациентов.
Пациенты с расстройствами ПНВ, лица, осуществляющие уход за ними, и члены их семей.	<ul style="list-style-type: none"> • Предоставление информации об услугах и обеспечение их соответствия потребностям и интересам пациентов с расстройствами ПНВ. • Информирование о препятствиях для доступа пациентов с расстройствами ПНВ к лечению.
Местные сообщества и НПО (например, объединения гражданского общества, группы защиты прав человека).	<ul style="list-style-type: none"> • Защита и поддержка планирования и осуществления mhGAP. • Представление интересов и проблем местного населения, связанных с программами mhGAP. • Выявление мероприятий или ресурсов, которые могут быть обеспечены негосударственными заинтересованными сторонами.
Традиционные целители и духовные лидеры.	<ul style="list-style-type: none"> • Защита прав лиц с расстройствами ПНВ и их информирование о соответствующих правах. • Содействие в планировании и адаптации mhGAP к местным условиям.
Поставщики услуг здравоохранения и специалисты по лечению ПНВ (профессиональные объединения).	<ul style="list-style-type: none"> • Включение программ mhGAP в существующие услуги здравоохранения и системы направления пациентов. • Информирование о проблемах и идеях, связанных с адаптацией и осуществлением программ mhGAP. • Выявление сильных и слабых сторон в местных системах охраны психического здоровья. • Отстаивание прав лиц с расстройствами ПНВ, включая право на эффективную медицинскую помощь. • Участие в процессе повышения квалификации.
Департаменты Министерства здравоохранения (финансы, право, лечение по месту жительства, больницы, фармпрепараты, первичная медико-санитарная помощь, кадровые ресурсы, персонал).	<ul style="list-style-type: none"> • Поддержка и обновление медицинских карт или ИТ-систем. • Руководство составлением бюджета и калькуляцией расходов на программу mhGAP. • Надзор за проведением МиО. • Оптимизация протоколов направления пациентов в районных службах здравоохранения. • Адаптация перечня основных лекарственных средств и улучшение лекарственного обеспечения районов.
Тематические сектора в органах местного самоуправления (социальное развитие, социальные услуги, социальное обеспечение, образование, дела ветеранов).	<ul style="list-style-type: none"> • Услуги социальной защиты могут смягчить социально-экономические последствия болезни для людей с расстройствами ПНВ и членов их семей. • Расширение доступности услуг для взрослых и детей. • Защита прав инвалидов в соответствии с Конвенцией о правах инвалидов Организации Объединенных Наций. • Подготовка учреждений и систем образования для адаптации к потребностям детей и молодежи с расстройствами ПНВ. • Создание возможностей для трудоустройства людей с расстройствами ПНВ и лиц, осуществляющих уход за ними. • Разработка стратегий и мер политики, направленных на расширение инклюзивного трудоустройства (например, трудоустройство инвалидов, отпуска по болезни и инвалидности). • Расширение системы направлений пациентов между профильными дисциплинами и секторами. • Вовлечение социальных секторов, участвующих в процессе лечения ПНВ (например, службы ЖКХ, полиция, сотрудники мест лишения свободы, службы социальной защиты).
Доноры и финансовые организации.	<ul style="list-style-type: none"> • Выявление областей, страдающих от недостатка финансовых ресурсов. • Привлечение внимания к областям недостаточного финансирования в рамках осуществления и мероприятий mhGAP. • Конструктивное информирование группы по осуществлению mhGAP о доступности финансовой поддержки для целей планирования и деятельности программы.
Научный сектор (местные институты охраны общественного здоровья; управления статистики; факультеты медицины и сестринского дела в вузах; научные информационные системы, такие как базы данных, библиотеки и научные журналы).	<ul style="list-style-type: none"> • Выявление направлений для исследований в области осуществления или адаптации программ mhGAP. • Формирование взаимосвязей с другими заинтересованными сторонами в целях систематизации исследовательской деятельности. • Участие в наращивании потенциала поставщиков посредством обучения и профессиональной подготовки (как предварительной, так и в процессе работы).
СМИ.	<ul style="list-style-type: none"> • Предоставление взвешенной и точной информации по вопросам психического здоровья в целях снижения стигматизации, а также в целях повышения уровня информированности и поддержки эффективного здравоохранения.

Методика mhGAP по проведению ситуационного анализа на районном уровне

Инструкции: для заполнения этой формы используйте только данные по районам. Под районом имеется в виду следующий после региона уровень административного деления страны. Данный документ представляет собой типовой вариант ситуационного анализа и может потребовать добавления местных условий и специфических проблем. Цель этой методики – предоставить подробную информацию по каждому району, который планирует осуществление программы mhGAP, а также указать факторы, которые влияют на общее состояние здоровья населения и ситуацию с расстройствами ПНВ в этом районе.

При необходимости можно добавить дополнительные строки.

D.1 Социально-демографические и экономические факторы		
Название района	Народности и религии	Языки
Численность населения (млн чел.)		
Итого	Городское, %	Сельское, %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<p>Социально-экономическая ситуация</p> <ul style="list-style-type: none"> • Виды жилых помещений; оборудовано санитарными удобствами, %; электрифицировано, %. • Основные виды экономической деятельности в районе. Другие индикаторы социально-экономического статуса района (например дороги, транспорт, доступность телевидения/радио/интернета/сотовой связи). 		
<p>Обзор общих социальных проблем района, которые могут повлиять на возникновение стрессов и расстройств ПНВ (например бытовое насилие, преступность, доступность алкоголя, недавнее стихийное бедствие, политические беспорядки, конфликты).</p>		

D.2 Политика и планы в области психического здоровья
<p>Существует ли официально утвержденная политика (стратегия) в области психического здоровья? Год последнего пересмотра; на какой части территории района внедрена; децентрализация либо включение в перечень услуг неспециализированных медицинских учреждений и (или) специальных программ для населения; учет вопросов равенства (пол, низкий социально-экономический статус).</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Год:</p>
<p>Описание</p>
<p>Расходы на охрану психического здоровья в % от общего бюджета здравоохранения</p>
<p>Существуют ли отдельные нормативные акты, регулирующие вопросы охраны психического здоровья? Год последнего пересмотра; на какой части территории района внедрены; содержат ли протоколы лечения пациентов с расстройствами ПНВ, которым необходимо принудительное лечение; социальные льготы.</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Год:</p>
<p>Описание</p>

D.3 Обзор учреждений здравоохранения

Обзор учреждений здравоохранения: общее количество учреждений здравоохранения с разбивкой на государственные, частные и НПО. Включите учреждения, оказывающие как стационарную, так и амбулаторную помощь.

Количество учреждений, оказывающих психолого-психиатрическую помощь

Государственные (первичные, вторичные, третичные)

Частные

НПО

Учреждения

Название учреждения	Вид учреждения	Местонахождение
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Основные заинтересованные стороны в районе (физические лица и организации)

ФИО или название	Должность	Контактная информация	Комментарий
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

D.4 Информационные системы в области психического здоровья

Используемые в районе источники информации: истории болезни / медицинские карты; отчеты / регистрационные данные учреждений; анкетирование учреждений; анкетирование домохозяйств; системы регистрации естественного движения населения; административные данные.

Механизмы сбора данных: сбор данных ведется в плановом порядке; сбор данных осуществляется периодически (например, ежеквартально или ежегодно); сбор данных осуществляется редко (например, раз в 3 или 5 лет); сбор данных не осуществляется или никогда не осуществлялся.

Передача данных на центральный уровень: автоматическая и (или) непрерывная; периодическая/регулярная; редкая; не осуществляется.

Дезагрегация данных по: возрасту, полу, диагнозу (да/нет).

Результаты/индикаторы в отношении психического здоровья

1. Индикаторы состояния здоровья и результатов лечения; распространенность психических заболеваний; показатели смертности от суицида; состояние или результаты в отношении психического здоровья для получателей психолого-психиатрической помощи.
2. Индикаторы системы здравоохранения: количество койко-мест в психиатрических больницах; количество койко-мест в психиатрических отделениях больниц общего профиля; количество госпитализаций в психиатрические больницы; количество госпитализаций в психиатрические отделения больниц общего профиля; количество принудительных госпитализаций; количество лиц с психическими расстройствами, получающих амбулаторную психолого-психиатрическую помощь; количество лиц с психическими расстройствами, получающих первичную медико-санитарную помощь; количество медицинских работников первичного звена и общего профиля, проходящих обучение в процессе работы.

D.5 Системы предоставления услуг здравоохранения

Работники системы здравоохранения в районе (общее количество / количество в государственном секторе / количество в частном секторе), например психиатры, психологи, врачи общего профиля, медсестры, инструкторы по медико-санитарному просвещению, социальные работники.

	/	/	
	/	/	
	/	/	
	/	/	
	/	/	
	/	/	

Количество пациентов с расстройствами ПНВ, получивших медицинскую (психиатрическую или первичную) помощь за прошедший год. Укажите количество случаев отдельных расстройств ПНВ.

Получена ли первичная помощь? Да/Нет	Диагноз	Количество

Количество пациентов с расстройствами ПНВ, принявших участие во вмешательствах в области психического здоровья за прошедший год. Укажите вид вмешательства и количество человек.

Вмешательство	Количество

D.5 Системы предоставления услуг здравоохранения (продолжение)

Какие медикаменты для лечения отдельных расстройств ПНВ доступны в амбулаториях первичной помощи? (Приложите перечень основных лекарственных средств; см. перечни ВОЗ и национальные перечни.)

Форма выпуска для приема внутрь, жидкость, для инъекций действующего вещества)	Дозировка (например, таблетка содержит 15 мг действующего вещества)	Уровень доступности			
		Учреждения, в которых имеется большинство лекарственных средств (%)			
		Государственные	Частные	Аптеки	НПО

Запланировано ли проведение каких-либо общественных или культурно-бытовых мероприятий либо групп поддержки для людей с расстройствами ПНВ? Опишите все мероприятия, направленные на помощь этой группе людей.

Предоставляют ли районные НПО услуги людям с расстройствами ПНВ (включая информационно-разъяснительную работу)?

Название	Вид (профессиональная, непрофессиональная, группа самопомощи)	Перечень оказываемых услуг	Количество людей, привлеченных к деятельности за прошедший год

D.6 Обучение лечению расстройств ПНВ

Проводились ли за прошедший год конкретные учебные программы по лечению ПНВ для поставщиков медицинских услуг? Опишите процесс обучения, частоту проведения и масштаб программ для каждого вида поставщиков медицинских услуг. Какой процент районных поставщиков медицинских услуг прошел обучение? Предусматривает ли обучение повторную сертификацию или повторение пройденного? Включите предварительное обучение и переподготовку в процессе работы.

Вид медицинского работника	Вид обучения	Частота проведения обучения	Другие примечания, повторная сертификация и т. д.	Супервизия (продолжительность, кем проводится)

Опишите районную систему медицинской супервизии работников, занимающихся охраной психического здоровья.

D.7 Программы информирования, профилактики и укрепления здоровья

Отличается ли уровень информированности, отношение и существующая практика в отношении расстройств ПНВ и их лечения в районе от региональной картины? Опишите стратегии по снижению стигматизации расстройств ПНВ (например, повседневная общественная или профессиональная деятельность). Опишите различия в пределах района, между сельской и городской местностью или различия, обусловленные другими социально-демографическими факторами.

Осуществляется ли на районном уровне программа информирования о расстройствах ПНВ? Если да, укажите целевую аудиторию: широкая общественность, люди с эпилепсией и члены их семей, прочее. Опишите программу (например, информационные щиты, буклеты, телепередачи, ярмарки здоровья).

D.8 Протокол лечения

Какие альтернативные методы лечения используются людьми с расстройствами ПНВ? Укажите вид лечения (домашние средства, целители, традиционные или другие принятые в местном сообществе методы).

Как выглядит наиболее распространенный путь обращения за помощью? Укажите первое лицо, к которому обращается пациент, а затем следующих по порядку (например, сначала к целителю, потом к врачу и т. д.). Укажите, относится ли обращение к сложным случаям или к распространенным проявлениям ПНВ.

Первая очередь

Вторая очередь

Третья очередь

Опишите систему направления при лечении пациентов с (укажите расстройство ПНВ).

С какими препятствиями при доступе к лечению сталкиваются люди с расстройствами ПНВ?

D.9 Социокультурные факторы

Факты обращения за помощью при расстройствах ПНВ. Масштабы обращения к традиционным/ религиозным целителям; стигма и дискриминация; известные факты об использовании негуманных методов (например, приковывание, связывание); бремя семейных обязанностей.

Что известно о моделях, объясняющих возникновение расстройств ПНВ?

Методика mhGAP по проведению ситуационного анализа на уровне учреждений

Инструкции: заполните эту форму для каждого государственного или частного учреждения здравоохранения либо амбулатории, в которых планируется осуществление программы mhGAP. Данный документ представляет собой типовой вариант ситуационного анализа и может потребовать добавления анализа местных специфических проблем. В пунктах с пометкой «за прошедший год» укажите данные за последние 12 месяцев.

При необходимости можно добавить дополнительные строки.

F.1 Административная деятельность и услуги		
Название учреждения	Местонахождение	Расстояние от жилого района
Дни и часы работы. Прием только по записи, в порядке живой очереди или оказание экстренной помощи.		
Виды услуг		Вид учреждения
<input type="checkbox"/> Первичные <input type="checkbox"/> Вторичные <input type="checkbox"/> Третичные		<input type="checkbox"/> Государственное <input type="checkbox"/> Частное <input type="checkbox"/> Общественное/НПО
Медицинские услуги		
<input type="checkbox"/> Стационарные <input type="checkbox"/> Амбулаторные <input type="checkbox"/> Лечение расстройств ПНВ <input type="checkbox"/> Другое		
Обслуживаемое население. Приблизительное количество охваченных лечением пациентов (за прошедший месяц):		
Количество пациентов с расстройствами ПНВ, которым была оказана помощь за прошедший год		
Среднее количество в месяц	Новые случаи ПНВ	Всего случаев ПНВ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Доступность лекарственных средств. Имеет ли учреждение бесперебойный доступ к средствам для лечения ПНВ, предложенным в руководстве mhGAP-IG? Если нет, то на каком расстоянии находится ближайшее учреждение, в котором имеются эти лекарственные средства? Если да, то осуществляет ли учреждение выдачу средств для лечения расстройств ПНВ? Какого (каких) именно?		
Доступ к смартфонам и компьютерная грамотность (для приложения e-mhGAP). Какова доля сотрудников, имеющих доступ к смартфонам или планшетам? Какая операционная система используется (iOS, Android, настольный компьютер)? Имеется ли постоянный доступ в интернет?		
Персонал. Укажите общее количество и категории персонала. Укажите, обучались ли сотрудники лечению расстройств ПНВ за прошедший год.		
Категория медицинского работника	Обучение лечению ПНВ	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

F.2 Услуги по лечению расстройств ПНВ, направление пациентов и супервизия

Оказывает ли учреждение психосоциальные услуги пациентам с расстройствами ПНВ и их семьям?

Опишите вмешательства (например, консультирование, психообразование) и укажите количество направлений на психосоциальные вмешательства в год.

Существуют ли выездные услуги для пациентов с расстройствами ПНВ? Опишите тип услуги (например, мобильная клиника). Укажите, сколько человек в день обслуживаются на дому и кем именно.

Последующее наблюдение и отказ от лечения. Опишите систему работы с пациентами с расстройствами ПНВ, которые прекращают обращаться за помощью (например, стимулирование, системы записи на прием).

Возможен ли прием пациентов в отдельном помещении? Опишите помещение для проведения консультаций.

Сколько пациентов с расстройствами ПНВ получили направления (на стационарное или амбулаторное лечение) за последний месяц?

Как выглядит типичный маршрут направления пациентов с расстройствами ПНВ? Опишите механизм направления (оценка, последующее наблюдение и выписка) и источник направления в учреждение (например, самостоятельное направление, от какого официального или неофициального поставщика услуг) или пункт назначения вне учреждения (например, районная больница, амбулаторная служба ПНВ).

В учреждение

Из учреждения

Количество (в/из):

Количество (в/из):

Механизм:

Механизм:

Источник:

Пункт назначения:

Знает ли персонал, каким образом и куда необходимо сообщать о проблемах безопасности или жестокого обращения? Сможет ли персонал сообщить соответствующему учреждению или системе о жестоком обращении с детьми или пожилыми людьми, рискованном или преступном поведении либо нарушениях прав человека?

Сколько эпизодов физического ограничения свободы или изоляции было зафиксировано за прошедший год?

Существует ли система супервизии при лечении расстройств ПНВ? Опишите, кто занимается проведением супервизии, количество супервизоров, каким образом, где и как часто они проводят супервизию. Проводится ли супервизия после завершения обучения?

Используются ли в учреждении какие-либо руководства, протоколы оценки или лечения расстройств ПНВ? Если да, опишите их содержание, включая механизмы оценки, лечения и направления пациентов при основных расстройствах ПНВ. Каким образом применяется это руководство или протокол? Как контролируется его соблюдение?

Ф.3 Участие местного сообщества в уходе за людьми с расстройствами ПНВ

Перечислите и опишите связи учреждения с местным сообществом. Укажите вид группы (например, волонтеры, религиозные организации, семейные группы, традиционные целители, школы).

Имеет ли учреждение официальную программу сотрудничества с другими государственными службами?

Просветительские и информационные службы, программы обеспечения жильем и профессиональной подготовки, школы, органы уголовного правосудия и т. д. Опишите уровень межучрежденческой работы.

Проверочный список для отчета о проведении ситуационного анализа mhGAP

Предлагаемый проверочный список для отчета о проведении ситуационного анализа

- Контекст
- Эпидемиологическая обстановка в отношении расстройств ПНВ, включая распространенность, бремя болезни и разрыв между потребностью в лечении и возможностью его получения
- Существующий потенциал инфраструктуры и систем здравоохранения (включая МиО и ИТ-системы)
- Существующий потенциал кадровых ресурсов
- Охват и качество основных вмешательств; причины недостаточного или неэффективного охвата
- Общинные ресурсы, доступные людям с расстройствами ПНВ
- Существующая политика в области расстройств ПНВ и ее реализация; текущие расходы на лечение этих расстройств и основные партнеры, участвующие в процессе
- Выводы, которые обобщают всю информацию и указывают на препятствия для осуществления программы mhGAP
- Рекомендации, перечисленные в порядке приоритетности

A.4

План осуществления mhGAP

Проверочный список минимально необходимых мероприятий

Подготовленный группой по осуществлению mhGAP план должен включать в себя:

- Учреждения, местные сообщества или географические районы, утвержденные для осуществления программы mhGAP
- Механизм поддержки учреждений в вопросах инфраструктуры, оборудования или помощи, необходимой для предоставления услуг mhGAP
- Кадровые ресурсы, для которых требуется наращивание потенциала, и четкое описание их роли в осуществлении mhGAP в районе (например, поставщики психотропных лекарственных средств, фармацевты и поставщики медицинских услуг, обученные назначению лекарств)
- Механизм сбора, анализа и распространения информации о предоставляемых услугах
- Просветительские мероприятия, посвященные услугам, доступным в местном сообществе
- Совместная со всеми соответствующими заинтересованными сторонами деятельность по планированию, подготовке и предоставлению услуг в рамках mhGAP

Для всех вышеперечисленных пунктов приведен четкий перечень мероприятий с указанием сроков, необходимых ресурсов и ответственных лиц или учреждений.

Пример плана осуществления mhGAP

Мероприятие	Период	Ответственное должностное лицо или учреждение	Необходимые ресурсы
Собрания группы по осуществлению mhGAP для контроля за мероприятиями программы и обсуждения сотрудничества между заинтересованными сторонами.	Постоянно	Районный специалист по охране психического здоровья	Место проведения встреч. Транспортные расходы группы по осуществлению.
Совещание с департаментом закупок Министерства здравоохранения в целях обеспечения доступности основных психотропных лекарственных средств в центрах.	Январь	Отдел обеспечения лекарственными средствами	Включение основных психотропных лекарственных средств в районный бюджет здравоохранения.
Обучение всех врачей общей практики и медсестер руководству mhGAP-IG версии 2.0 в целях предоставления услуг лицам с эпилепсией, психозом и депрессией.	Февраль – апрель	Факультет психологии и психиатрии местного вуза и учебный отдел Министерства здравоохранения	Затраты на обучение.
Постоянная супервизия в центрах силами специалистов.	Февраль – декабрь	Факультет психологии и психиатрии местного вуза и учебный отдел Министерства здравоохранения	Затраты на супервизию.
Ежемесячные отчеты центров с информацией по индикаторам и рассылка результатов ее обработки каждые три месяца в целях контроля за ходом осуществления программы.	Февраль – декабрь	Национальный центр информации здравоохранения	Включение данных по психическому здоровью в национальную информационную систему здравоохранения.

Модуль: _____

Раздел	Страница	Изменения
<p>Общие признаки Имеются ли надежные факты присутствия общих признаков расстройств ПНВ в местной ситуации? Какие выражения используются для описания признаков и симптомов нарушений ПНВ? (См. DEP – стр. 21–24; PSY – стр. 35–36; EPI – стр. 58; CMH – стр. 71–72; DEM – стр. 95; SUB – стр. 114; SUI – нет; OTH – стр. 143)</p>		
<p>Физические состояния Учитывая эпидемиологическую обстановку в районе, есть ли необходимость в пересмотре примеров физических состояний, приведенных для дифференциальной диагностики? (См. DEP – стр. 23; PSY – стр. 35; EPI – стр. 59; CMH – стр. 75–79; DEM – стр. 95; SUB – стр. 112; SUI – нет; OTH – нет)</p>		
<p>Ведение пациента «Проконсультируйтесь со специалистом». Что означает слово «проконсультируйтесь» в случае с данным расстройством (телефонную консультацию, направление)? Консультация с каким специалистом необходима при данном расстройстве (психиатрическая медсестра, врач-психиатр)?</p>		
<p>Психосоциальные вмешательства Проанализируйте перечисленные в модуле вмешательства и определите, доступны ли они в настоящее время (станут ли доступны в ближайшие несколько лет). Если да, перечислите доступные услуги с разбивкой по местонахождению (в отдельном приложении) и укажите способы направления пациентов для их получения. Если нет, обдумайте, какие пункты следует удалить из части текста или всего текста ниже. Рассмотрите возможность добавления в учебные материалы базовых принципов консультирования по решению проблем. (См. DEP – стр. 27; PSY – стр. 40; EPI – стр. 64; CMH – стр. 87; DEM – стр. 101; SUB – стр. 123; SUI – нет; OTH – нет)</p>		
<p>Фармакологические вмешательства Проанализируйте перечень лекарственных средств. Если другие психотропные лекарственные средства широко распространены, доступны физически и по цене и соответствуют национальным протоколам или руководствам, они могут быть добавлены в перечень для использования взрослыми пациентами (но не детьми или подростками, для которых флуоксетин остается единственным лекарственным средством). (См. DEP – стр. 28; PSY – стр. 41; EPI – стр. 65; CMH – нет; DEM – нет; SUB – стр. 126; SUI – нет; OTH – нет)</p>		
<p>Последующее наблюдение Проанализируйте рекомендации о частоте контактов и при необходимости адаптируйте их к местным условиям. В соответствующих случаях укажите место проведения последующего наблюдения и задействованный медицинский персонал. (См. DEP – стр. 29; PSY – стр. 46; EPI – стр. 67; CMH – стр. 90; DEM – стр. 103; SUB – стр. 128; SUI – нет; OTH – стр. 48)</p>		
<p>Другие изменения в отдельных модулях Модуль «Основной уход и практика» (стр. 7) Добавьте соответствующие статьи или положения национальных или региональных законов или нормативных актов в области психического здоровья. Модуль «Эпилепсия» (стр. 64) Рассмотрите возможность дополнить фразу «Следует соблюдать местные правила, регулирующие вождение автомобиля большими эпилепсией» соответствующей цитатой из национального законодательства. Модуль «Психические и поведенческие расстройства в детском и подростковом возрасте» (стр. 73) Включите в курс обучения важные местные этапы развития (при их наличии) и составьте раздаточные материалы. Модуль «Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ» (стр. 115) Проанализируйте приведенный в таблице перечень психоактивных веществ и рассмотрите возможность добавления в него веществ, используемых в стране</p>		

Прочие комментарии:

Обучение инструкторов и супервизоров

Время	День 1	День 2	День 3	День 4	День 5
09:00–10:45	<ul style="list-style-type: none"> Приветствие и знакомство с программой mhGAP Важность включения психолого-психиатрической помощи в перечень услуг неспециализированных учреждений здравоохранения 	<ul style="list-style-type: none"> Знакомство с методами обучения руководству mhGAP-IG версии 2.0 и компетенциями, которые будут получены 	<ul style="list-style-type: none"> Навыки обучения: использование руководства mhGAP-IG версии 2.0 Личный опыт Демонстрация видеоматериалов 	<ul style="list-style-type: none"> Упражнения с поддержкой инструктора и комментарии участников 	<ul style="list-style-type: none"> Супервизия: теория и практика
11:00–12:30	<ul style="list-style-type: none"> Знакомство с руководством mhGAP-IG версии 2.0 и его выполнение 	<ul style="list-style-type: none"> Подготовка и оценка учебного курса (оценка необходимых направлений обучения) 	<ul style="list-style-type: none"> Навыки обучения: ролевая игра 	<ul style="list-style-type: none"> Упражнения с поддержкой инструктора и комментарии участников 	<ul style="list-style-type: none"> Супервизия: теория и практика
13:15–15:00	<ul style="list-style-type: none"> Основной уход и практика 	<ul style="list-style-type: none"> Обучение: навыки презентации 	<ul style="list-style-type: none"> Оценка компетенций и комментарии 	<ul style="list-style-type: none"> Упражнения с поддержкой инструктора и комментарии участников 	<ul style="list-style-type: none"> Индивидуальные комментарии и планирование собственного курса обучения
15:15–17:00	<ul style="list-style-type: none"> Основной уход и практика (продолжение) 	<ul style="list-style-type: none"> Обучение: поддержка групповых обсуждений демонстрации 	<ul style="list-style-type: none"> Упражнение с поддержкой инструктора: участникам дают время на подготовку к преподаванию mhGAP-IG 	<ul style="list-style-type: none"> Анализ обучения и другие интерактивные техники обучения 	<ul style="list-style-type: none"> Индивидуальные комментарии и планирование собственного курса обучения (продолжение) Завершение обучения

Обучение медицинских работников

Полный курс по руководству mhGAP-IG состоит из девяти модулей; в зависимости от местных условий он может преподаваться различным образом. Предлагаемые варианты графика обучения:

- преподавание всех девяти модулей на протяжении минимум 5–6 дней подряд;
- преподавание девяти модулей в три приема, т. е. на протяжении трех пар выходных дней; или
- преподавание модуля «Основной уход и практика» для расстройств ПНВ, наиболее актуальных в местных условиях. После этого участники могут изучить остальные модули самостоятельно или посредством электронного обучения.

График обучения по основным расстройствам

Основные расстройства	🕒 Продолжительность
INTRO Введение в программу mhGAP	1,75 часа
ECP Основной уход и практика	5,5 часа
DEP Депрессия	4,5 часа
PSY Психозы	4,5 часа
EPI Эпилепсия	4,5 часа
СМН Психические и поведенческие расстройства в детском и подростковом возрасте	6,5 часа
DEM Деменция	4,5 часа
SUB Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ	6 часов
SUI Самоповреждение/суицид	4 часа
ОТН Прочие значимые жалобы на психическое здоровье	4,5 часа

Вмешательства при основных расстройствах ПНВ согласно руководству mhGAP-IG версии 2.0

Индивидуальные вмешательства и вмешательства на уровне населения при основных расстройствах ПНВ

Основное расстройство	Индивидуальные вмешательства		Вмешательства на уровне населения
	Фармакологическая составляющая	Психосоциальные вмешательства, включая основанные на фактических данных психологические вмешательства	Профилактика и укрепление здоровья
DEP Депрессия	<ul style="list-style-type: none"> Амитриптилин (трициклический антидепрессант), только для использования взрослыми пациентами Флуоксетин (селективный ингибитор обратного захвата серотонина) 	<ul style="list-style-type: none"> Психообразование Побуждение человека к участию в повседневной и общественной жизни (например, к физическому труду) Психологическая поведенческая активация, обучение релаксации, лечение посредством решения проблем, КПТ, ИПТ 	<ul style="list-style-type: none"> Мероприятия, направленные на улучшение отношения общества к людям с расстройствами ПНВ
PSY Психозы	<ul style="list-style-type: none"> Галоперидол или аминазин Назначение антипсихотических препаратов второго поколения (за исключением клозапина) лицам, страдающим соответствующими психотическими расстройствами, может рассматриваться как альтернатива галоперидолу или аминазину при уверенности в постоянном наличии препарата и при условии, что цена будет доступной Литий, вальпроат или карбамазепин при биполярной мании 	<ul style="list-style-type: none"> Психообразование Укрепление социальной поддержки, снижение стресса, обучение жизненным навыкам Психологические вмешательства: КПТ, семейное консультирование или семейная терапия 	<ul style="list-style-type: none"> Мероприятия, направленные на улучшение отношения общества к людям с расстройствами ПНВ Помощь человеку в организации жизни с помощником, самостоятельной жизни или жизни в домах, где оказывается поддержка таким людям в соответствии с социокультурными нормами
EPI Эпилепсия	<ul style="list-style-type: none"> Основные противоэпилептические лекарственные средства: карбамазепин, фенобарбитал, фенитоин и вальпроевая кислота Противоэпилептические препараты следующего поколения (ламотриджин, леветирацетам и топирамат) в качестве дополнительной терапии у людей с лекарственно устойчивой судорожной эпилепсией 	<ul style="list-style-type: none"> Психообразование в соответствии с социокультурными нормами 	<ul style="list-style-type: none"> Мероприятия, направленные на улучшение отношения общества к людям с расстройствами ПНВ

Основное расстройство	Индивидуальные вмешательства		Вмешательства на уровне населения
	Фармакологическая составляющая	Психосоциальные вмешательства, включая основанные на фактических данных психологические вмешательства	Профилактика и укрепление здоровья
SUB Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ	<ul style="list-style-type: none"> • Бензодиазепины при отмене употребления алкоголя • Тиамин при энцефалопатии Вернике • Баклофен для профилактики рецидивов • Метадон и бупренорфин для лечения и детоксикации при опиоидной зависимости 	<ul style="list-style-type: none"> • Психобразование, включая вопросы стигматизации и дискриминации • Психологические вмешательства: КПТ, лечение методом управления непредвиденными обстоятельствами, семейное консультирование или семейная терапия, терапия по повышению мотивации 	<ul style="list-style-type: none"> • Мероприятия, направленные на улучшение отношения общества к людям с расстройствами ПНВ • Группы взаимопомощи • Раздача стерильных и прием использованных шприцев в центрах первичной медико-санитарной помощи с привлечением местных аптек или программ разъяснительной работы среди населения
СМН Психические и поведенческие расстройства в детском и подростковом возрасте	<ul style="list-style-type: none"> • Метилфенидат при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью после консультации со специалистом • Флуоксетин (но не другие селективные ингибиторы обратного захвата серотонина или трициклические антидепрессанты) при депрессии у подростков 	<ul style="list-style-type: none"> • Психобразование для пациента и лиц, осуществляющих уход; рекомендации по воспитанию детей • Руководство для опекунов по улучшению поведения детей и подростков • Содействие благополучию и функционированию детей и подростков (включая социальные связи, общение со сверстниками, физическую активность и уход за собой) • Психологические вмешательства: КПТ, обучение родительским навыкам 	<ul style="list-style-type: none"> • Мероприятия, направленные на улучшение отношения общества к людям с расстройствами ПНВ
DEM Деменция	<ul style="list-style-type: none"> • Антихолинэстеразные средства и мемантин (не в качестве терапии первого ряда) 	<ul style="list-style-type: none"> • Психобразование • Поддержка лиц, осуществляющих уход (самопомощь, управление стрессом) 	<ul style="list-style-type: none"> • Мероприятия, направленные на улучшение отношения общества к людям с расстройствами ПНВ
STR Состояния, связанные исключительно со стрессом	<ul style="list-style-type: none"> • Селективный ингибитор обратного захвата серотонина (флуоксетин) и трициклический антидепрессант (амитриптилин) в качестве терапии второго ряда 	<ul style="list-style-type: none"> • Психобразование (например, в отношении посттравматического стрессового расстройства) • Первая психологическая помощь • Поддержка в преодолении психосоциальных факторов стресса с помощью методик решения проблем • Управление стрессом • Повышение эффективности действенных способов, помогающих справиться с ситуацией, и укрепление социальной поддержки • Психологические вмешательства: КПТ с акцентом на травмирующем переживании, десенсибилизация и переработка движениями глаз¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Мероприятия, направленные на улучшение отношения общества к людям с расстройствами ПНВ

¹ Как КПТ при травмах, так и десенсибилизация и переработка движениями глаз направлены на ослабление ощущения стресса и подкрепление убеждений, позволяющих адаптироваться к травмирующему событию. В отличие от КПТ при травмах, десенсибилизация и переработка движениями глаз не предусматривает подробного описания события, непосредственного воздействия на убеждения, расширенного воздействия факторов, связанных с травмирующим событием, или заданий на дом.

Основное расстройство	Индивидуальные вмешательства		Вмешательства на уровне населения
	Фармакологическая составляющая	Психосоциальные вмешательства, включая основанные на фактических данных психологические вмешательства	Профилактика и укрепление здоровья
SUI Самоповреждение и суицид	<ul style="list-style-type: none"> В соответствии с лечением сопутствующего основного расстройства по программе mhGAP 	<ul style="list-style-type: none"> Удаление всех орудий причинения вреда и последующее наблюдение после эпизода самоповреждения Психообразование Поддержка лиц, осуществляющих уход Активизация сетей психосоциальной поддержки (например, коллеги, члены семьи, местное сообщество) Психологические вмешательства: КПТ 	<ul style="list-style-type: none"> Сокращение доступа к орудиям причинения вреда Школьные программы профилактики суицида, включающие в себя обучение знаниям и навыкам в области психического здоровья Политика снижения вредного употребления алкоголя должна входить в состав комплексной стратегии профилактики суицидов Призыв к СМИ ответственно освещать суицидальное поведение Мероприятия, направленные на улучшение отношения общества к людям с расстройствами ПНВ
ОТН Прочие значимые жалобы на психическое здоровье	<ul style="list-style-type: none"> В соответствии с лечением сопутствующего основного расстройства по программе mhGAP 	<ul style="list-style-type: none"> Психообразование Поддержка в снижении психосоциальных факторов стресса с помощью методик решения проблем Психологические вмешательства: в соответствии с лечением сопутствующего основного расстройства по программе mhGAP 	<ul style="list-style-type: none"> Мероприятия, направленные на улучшение отношения общества к людям с расстройствами ПНВ Сокращение доступа к орудиям причинения вреда Школьные программы профилактики суицида, включающие в себя обучение знаниям и навыкам в области психического здоровья Политика снижения вредного употребления алкоголя должна входить в состав комплексной стратегии профилактики суицидов Призыв к СМИ ответственно освещать суицидальное поведение

! См. в соответствующих модулях руководства mhGAP-IG версии 2.0 важные примечания о назначении психотропных препаратов детям, подросткам, беременным или кормящим женщинам, пожилым людям, людям с сердечно-сосудистыми заболеваниями и взрослым с суицидальными мыслями или планами.

Ниже приведены описания основанных на фактических данных психологических вмешательств, рекомендованных руководством mhGAP-IG версии 2.0.

Психологическое вмешательство	Аббревиатура в модуле руководства mhGAP-IG версии 2.0	Описание
Поведенческая активация	DEP	Форма психотерапии, целью которой является улучшение настроения человека путем повторного привлечения его, несмотря на подавленное состояние в данный момент, к целенаправленным занятиям, которые раньше доставляли удовольствие. Может применяться как отдельный вид лечения или как элемент КПТ.
Обучение релаксации	DEP	Включает в себя обучение дыхательным упражнениям, чтобы вызвать релаксационный ответ.
Лечение посредством решения проблем	DEP, SUI	Форма психотерапии, заключающаяся в систематическом выявлении проблем и использовании методик для их решения на протяжении нескольких занятий.
Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ)	DEP, CMH, SUB, PSY, SUI	Форма психотерапии, сочетающая когнитивные (например, изменение мышления человека путем выявления необоснованных отрицательных мыслей и воздействия на них) и поведенческие компоненты (изменение формы поведения, например, путем побуждения человека заниматься более приятными делами).
КПТ при травмах	STR	КПТ при травмирующем переживании обычно заключается в обеспечении воображаемого или реального воздействия факторов, напоминающих о травмирующем событии, и (или) непосредственном воздействии на связанные с ним бесплодные мысли и убеждения.
Терапия ситуационного воздействия	SUB	Структурированный метод поощрения определенных желаемых действий, таких как участие в лечении и предотвращение использования психотропных веществ. Число искусственных вознаграждений за желаемое поведение с течением времени уменьшается по мере выработки естественного чувства удовлетворения.
Семейное консультирование или семейная терапия	PSY, SUB	Консультирование, которое влечет за собой многократные (обычно более шести) запланированные сессии на протяжении нескольких месяцев. Консультирование необходимо проводить с отдельными семьями или группами семей и по мере возможности с участием человека, страдающего психическим заболеванием. Консультирование включает вспомогательные и образовательные или лечебные функции. В него часто входит согласованная работа по решению проблем или устранению кризиса.
Интерперсональная терапия (ИПТ)	DEP	Психологическое лечение, при котором основное внимание направлено на связь между симптомами депрессии и проблемами межличностного взаимодействия, особенно в случаях утраты, конфликтов, жизненных перемен и социальной изоляции. Также носит название «межличностная психотерапия».
Терапия по повышению мотивации	SUB	Структурированная терапия (состоит из четырех или менее сеансов) для оказания помощи людям с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ. Она заключается в том, чтобы мотивировать пациента изменить поведение при помощи методов интервьюирования, т. е. вовлечения человека в дискуссию об употреблении психоактивных веществ, в том числе о видимых преимуществах и вреде его системы ценностей, избегая споров в случае сопротивления с его стороны и побуждая его самого определить свои цели.
Обучение родителей навыкам ухода	CMH	Семейная программа лечения, направленная на изменение поведения родителей и укрепление уверенности в принятии эффективных стратегий воспитания. Это включает в себя развитие навыков эмоциональной коммуникации и положительного взаимодействия родителей с детьми, а также методы позитивного подкрепления хорошего поведения и функционирования детей и подростков.
Десенсибилизация и переработка движениями глаз ¹	STR	Основана на идее о том, что неприятные мысли, чувства и нарушения поведения являются результатом не переработанных воспоминаний. Лечение включает проведение стандартизированных процедур, во время которых пациент одновременно концентрируется на i) спонтанных ассоциациях с травмирующими образами, мыслями, эмоциями и физическими ощущениями и ii) билатеральной стимуляции, которая чаще всего представляет собой повторяющиеся движения глаз.

¹ Как КПТ при травмах, так и десенсибилизация и переработка движениями глаз направлены на ослабление ощущения стресса и подкрепление убеждений, позволяющих адаптироваться к травмирующему событию. В отличие от КПТ при травмах, десенсибилизация и переработка движениями глаз не предусматривает подробного описания события, непосредственного воздействия на убеждения, расширенного воздействия факторов, связанных с травмирующим событием, или заданий на дом.

Ниже приведены примеры вмешательств на уровне местного сообщества.

Профилактика и укрепление здоровья	Информирование	Выявление	Вмешательства (психосоциальная поддержка)	Восстановление (мобилизация пользователей и группы взаимопомощи)	Людские ресурсы
<ul style="list-style-type: none"> • Обучение жизненным навыкам • Обучение родительским навыкам • Популяризация физической активности и здорового питания 	<ul style="list-style-type: none"> • Информирование о расстройствах ПНВ • Уменьшение стигматизации, дискриминации и жестокого обращения • Защита прав человека 	<ul style="list-style-type: none"> • Повышение эффективности выявления людей с расстройствами ПНВ, механизмов направления и получения услуг • Формирование контактов и взаимодействия с людьми, оценка их симптомов и поведения с помощью адаптированной версии mhGAP для местных сообществ 	<ul style="list-style-type: none"> • Оказание первой психологической помощи при острых травмирующих событиях • Психобразование с акцентом на стратегии самопомощи, особенно при депрессии • Проведение кратких психологических вмешательств (см. раздел 2.5) • Укрепление социальной поддержки, включая семейные вмешательства и усиление социальных связей • Связь с ресурсами местного сообщества • Оценка рисков самоповреждения или суицида и принятие заблаговременных мер • Помощь при направлении в учреждение путем сопровождения человека (при возможности) 	<ul style="list-style-type: none"> • Мобилизация местного сообщества в целях обеспечения социальной интеграции, вовлечения в общественную деятельность и предоставления поддержки семьям (финансовой, продовольственной, практической) • Обеспечение межсекторального сотрудничества в целях обеспечения доступа к возможностям для развития навыков и получения средств к существованию. • Регулярное последующее наблюдение и консультирование по вопросам лечения • Связи с группами самопомощи и взаимопомощи 	<ul style="list-style-type: none"> • Сотрудники, работающие непосредственно с пациентами • Социальная интеграция посредством формирования межсекторальных взаимосвязей • Непрерывный уход

Формы для неспециализированных поставщиков медицинских услуг по программе mhGAP

Форма приема по программе mhGAP

Данная форма упрощает для поставщиков медицинских услуг регистрацию важной информации о пациентах, приходящих на прием в учреждение. Она разработана в соответствии с модулем «Основной уход и практика» руководства mhGAP-IG версии 2.0. Группа по осуществлению mhGAP может адаптировать эту форму к потребностям населения района.

Название учреждения:	Адрес учреждения:	ФИО медицинского работника:	Дата приема:
Персональные данные пациента			
ФИО (полностью):	Дата рождения: Возраст:	Род занятий:	Пол: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
Адрес:		Телефон:	
Сведения об опекуне			
ФИО опекуна:	Адрес:	Телефон:	Степень родства с пациентом:
I. Оценка состояния физического здоровья (см. руководство mhGAP-IG версии 2.0, стр. 8)			
1. Оценка физического здоровья			
2. Укрепление физического состояния здоровья			
II. Оценка ПНВ (см. руководство mhGAP-IG версии 2.0, стр. 9)			
1. Изложение жалоб на болезнь			
2. Общая история болезни			
3. Наличие расстройства ПНВ в анамнезе			
4. Расстройства ПНВ в семейном анамнезе			
III. Лечение расстройств ПНВ (см. руководство mhGAP-IG версии 2.0, стр. 11)			
1. План лечения			
2. Психосоциальные вмешательства			
3. Фармакологические вмешательства			
4. Направления			
5. План последующего наблюдения			
6. Лицо, осуществляющее уход, и члены семьи пациента			
7. Связи (сфера трудоустройства, образования, социальных услуг (включая жилье) и т. п.)			
8. Особые группы населения			
<input type="checkbox"/> Дети и подростки			
<input type="checkbox"/> Пожилые люди			
<input type="checkbox"/> Беременные и кормящие женщины			
IV. Оценка рисков самоповреждения или суицида, а также расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ			

Форма последующего наблюдения mhGAP

Данная форма упрощает для поставщиков медицинских услуг регистрацию важной информации о пациентах, приходящих на прием в учреждение. Она разработана в соответствии с разделами руководства mhGAP-IG версии 2.0, посвященными последующему наблюдению. Группа по осуществлению mhGAP может адаптировать эту форму к потребностям населения района.

Название учреждения:				Адрес учреждения:		ФИО медицинского работника:		Дата последующего наблюдения:			
Персональные данные пациента				ФИО (полностью):		Дата рождения: Возраст:		Род занятий:		Пол: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	
Адрес:				Телефон:							
Сведения об опекуне				ФИО опекуна:		Адрес:		Телефон:		Степень родства с пациентом:	
Последующее наблюдение по итогам первого посещения				Дата первой оценки:		ФИО медицинского работника:		Направления:			
Основные расстройства ПНВ (отметьте все применимые пункты, затем детализируйте диагноз)				DEP, PSY, EPI, CMH, DEM, SUB, SUI, OTH							
Протокол лечения											
Психосоциальные вмешательства											
Фармакологические вмешательства											
Связи с другими секторами/услугами:											
Оценка улучшений состояния (см. раздел последующего наблюдения при соответствующем расстройстве ПНВ в руководстве mhGAP-IG версии 2.0)				1. Улучшается ли состояние пациента?		Да/Нет					
				2. Какие симптомы сохраняются и как они влияют на повседневное функционирование пациента?							
II. Контроль лечения				1. Принимает ли пациент лекарственные препараты?		Да/Нет					
				2. Оценка побочных эффектов лекарственных средств							
III. Внесение соответствующих изменений в лечение				1. На протяжении какого времени сохраняется отсутствие симптомов?							
Рекомендации				Частота контактов							

Форма направления пациента

Название учреждения		Оригинал/Копия	
Кем направлен:	ФИО:	Должность:	
Учреждение, осуществляющее направление (наименование и адрес):		Дата направления:	
Направление согласовано по телефону:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	№ тел. учреждения	
Учреждение, принимающее направление (наименование и адрес):			
ФИО получателя услуг			
Идентификационный номер		Возраст: Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	
Адрес			
Физический и психический анамнез (включая употребление психоактивных веществ, историю болезни, семейный анамнез)			
Результаты оценки			
Проведенное лечение			
Причина направления			
Документы, сопровождающие направление			
Впишите ФИО, подпись и дату	ФИО:	Подпись:	Дата:

Обратное направление из учреждения (название)		№ тел.	
Кем направлен (кем заполнена форма)	ФИО:	Дата:	
	Должность:	Специализация:	
В учреждение, осуществившее первоначальное направление: (название и адрес)			
ФИО получателя услуг			
Идентификационный номер		Возраст: Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	
Адрес			
Прием пациента провел: (ФИО и должность)		Дата:	
Физический и психический анамнез (включая употребление психоактивных веществ, историю болезни, семейный анамнез)			
Результаты оценки			
Диагноз			
План лечения и последующее наблюдение			
Назначенные лекарственные средства			
Рекомендованные психологические вмешательства			
Необходимо продолжить: (прием лекарств, выполнение предписаний, оказание психосоциальной помощи, последующее наблюдение)			
Повторное направление к:		Дата:	
Впишите ФИО, подпись и дату	ФИО:	Подпись:	Дата:

Список членов группы по осуществлению mhGAP:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Перечень учреждений, осуществляющих mhGAP на районном уровне в настоящий момент:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых им стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51,
DK-2100, Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00
Факс: +45 45 33 70 01
Эл. почта: eurocontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int

ISBN 9789289053907



9 789289 053907 >