

Внебольничная психиатрия в Португалии: критический обзор

Community psychiatry in Portugal: a critical review

doi: 10.17650/2712-7672-2020-1-1-49-59

Специальная статья

Pedro Frias¹, Mariana Pinto da Costa^{1,2,3}

¹ Hospital de Magalhães Lemos, Porto, Portugal

² Institute of Biomedical Sciences Abel Salazar (ICBAS), University of Porto, Porto, Portugal

³ Unit for Social and Community Psychiatry (WHO Collaborating Centre for Mental Health Services Development), Queen Mary University of London, London, United Kingdom

Педро Фриас¹, Мариана Пинто да Коста^{1,2,3}

¹ Госпиталь Магалэс Лемос, Порто, Португалия

² Институт биомедицинских наук им. Абея Саласара, Университет Порто, Порто, Португалия

³ Подразделение социальной и общественной психиатрии (Коллаборационный центр ВОЗ по развитию служб охраны психического здоровья), Лондонский университет королевы Марии, Лондон, Великобритания

ABSTRACT

The mental health system in Portugal evolved from an institutional-centred system to a community-based system, a process which began in 1998 and has gathered pace since 2006. The approval and implementation of the Portuguese Mental Health Law and the Portuguese National Mental Health Care Plan has contributed to the implementation of institutions and regulations aimed at decentralized, local and less restrictive models of care. The implementation and evolution process has been steady and gradual, introducing many of the envisioned changes whilst adapting existing mental health institutions and services. The current article describes this transition process, attempting to identify the strengths and weaknesses of the Portuguese Mental Health System from a community-centred perspective.

АННОТАЦИЯ

Психиатрическая служба Португалии эволюционировала от институциональной во внебольнично-ориентированную систему, этот процесс начался в 1998 году и ускорился после 2006 года. Утверждение и реализация в Португалии Закона о психической помощи и Национального плана охраны психического здоровья способствовали разработке нормативных актов и созданию учреждений в соответствии с моделью децентрализованной психиатрической службы, оказывающей помощь в наименее ограничительных условиях по месту жительства. Процесс внедрения и развития данной модели был планомерным и постепенным, с адаптацией существующих психиатрических учреждений и служб к запланированным изменениям. В статье описывается процесс трансформации психиатрической службы Португалии и проводится анализ ее сильных и слабых сторон с точки зрения внебольнично-ориентированной парадигмы оказания помощи.

Keywords: Portugal; Mental Health, Deinstitutionalization, Community Psychiatry, Mental Health Services

Ключевые слова: Португалия, психическое здоровье, деинституционализация, внебольничная психиатрия, психиатрическая служба

ВВЕДЕНИЕ

По данным за 2017 год психические расстройства были причиной 12% лет жизни, скорректированных на нетрудоспособность (Disability Adjusted Life Years, DALY), и 18% лет жизни с нетрудоспособностью (Years

Lived with Disability, YLD). При учете всех причин нетрудоспособности депрессивные и тревожные расстройства находились на четвертом и шестом месте соответственно и были ответственны за потерю производительности и ухудшение социальных показателей

и показателей развития. Распространенность психических расстройств среди населения Португалии превышает 30%, депрессия и тревожные расстройства составляют соответственно 7,9% и 16,5% [1, 2]. В частности, промежуток времени между появлением симптомов и началом лечения считается слишком долгим [3]. Внебольничная психиатрическая помощь считается более эффективной и действенной, что обеспечивает непрерывность оказания помощи и расширение прав и возможностей пациентов путем их лечения как можно менее ограничительным образом, что приводит к лучшим результатам [4].

История охраны психического здоровья в Португалии аналогична истории в других европейских странах, где усилия по деинституционализации начались во второй половине XX века и стали законом в 1998 году. С тех пор система охраны психического здоровья в Португалии была организована на уровне местных и региональных учреждений, а в оставшихся психиатрических больницах осуществляется переходный процесс предоставления общих децентрализованных медицинских услуг и сети долгосрочного ухода, способствующей и поддерживающей восстановление, реинтеграцию и реабилитацию во внебольничных условиях. Сегодня переходный процесс все еще испытывает проблемы, однако их решения предложены. В последние несколько лет были предприняты важные шаги для полного завершения перехода к внебольничной системе.

Эта статья направлена на изучение и обобщение развития переходного процесса от институционально-ориентированной психиатрической помощи до медико-санитарной помощи на внебольничном уровне в Португалии, выявление проблем и предлагаемых решений в целях повышения эффективности осуществления этого перехода.

МЕТОДЫ

Авторы провели критический поиск политических и законодательных документов из официальных докладов национальных и международных учреждений и статей, касающихся психического здоровья населения на португальском и английском языках.

Обзор был проведен в феврале 2018 года и обновлен в апреле 2020 года. Использовали поиск по комбинации следующих терминов: «психиатрическая помощь», «внебольничная психиатрическая помощь», «внебольничная психиатрия», «внебольничная психиатрия в Португалии», «история внебольничной

психиатрии в Португалии», «проблемы внебольничной психиатрии в Португалии», «психическое здоровье в Португалии», «психиатрия в Португалии», «финансовые модели психического здоровья». Использовали следующие базы данных, поисковые системы и веб-сайты: официальную газету Португалии и электронные базы данных Medline, PubMed и GoogleScholar.

Публикации отбирали в соответствии с их актуальностью и содержанием, все публикации проверяли и обсуждали в коллективе авторов. Публикации исключали, если было сочтено, что они не предоставляют информации для целей данной статьи.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Авторы нашли в общей сложности 42 публикации, в том числе законодательные и политические документы или доклады, а также научные рецензируемые статьи, касающиеся оказания внебольничной психиатрической помощи в Португалии.

Три основные темы, освещаемые в этих публикациях, касались систем и учреждений охраны психического здоровья в Португалии, истории психиатрической помощи в Португалии и вопросов внедрения внебольничной психиатрической помощи в Португалии.

История системы охраны психического здоровья в Португалии

Внебольничная психиатрическая помощь в Португалии отражает развитие идей и знаний в связи с вопросами психики и психических заболеваний. В девятнадцатом веке психиатрическая помощь оказывалась преимущественно по институциональной модели, а первый закон о психическом здоровье датируется 1889 годом. XX век характеризовался строительством и расширением крупных психиатрических больниц, чтобы стандартизировать лечение и изолировать пациентов с психическими заболеваниями от остального общества [5–7].

Первые усилия по деинституционализации отмечены в 1927 году, когда Собрал Сид (Sobral Cid) выступал за замену приютов специализированными центрами с акцентом на профилактику, лечение и реинтеграцию. Закон, принятый в 1945 году, защищал «гигиенический и профилактический подход», предписывая строительство госпиталя — Hospital Magalhães Lemos — с ориентацией на павильонную систему в качестве важного промежуточного шага.

Психофармакологическая «революция» 60-х годов, связанная с эволюцией мышления, позволила изменить парадигму, что достигло кульминации в Законе об охране психического здоровья от 1963 года, который был признан первым законодательным шагом в направлении охраны психического здоровья на внебольничном уровне [5, 7–10]. В 70-е, 80-е и 90-е годы происходил медленный, но целенаправленный переход к децентрализации, в 1979 году была создана португальская Национальная система здравоохранения (NHS) с усилением планов первичной медико-санитарной помощи и последовательными планами охраны психического здоровья, а также принято законодательство, обеспечивающее менее вертикальную, ориентированную на больницы, модель [10–12].

С последних десятилетий двадцатого века, главным образом после 1998 года, в Португалии осуществляется постепенный переход от институциональной модели, при которой основой психиатрической помощи являются централизованные психиатрические больницы, к децентрализованной модели, основанной на внебольничной помощи.

В 1998 году был принят новый закон о психическом здоровье, который впоследствии был дополнен совместным постановлением (№ 407/98) Министерства здравоохранения и Министерства труда и социального обеспечения [7, 13–15], что позволило организовать психиатрическую помощь с приоритетом на внебольничную помощь в наименьшей возможной ограничительной среде. Стационарные отделения, специализирующиеся на более серьезных и острых заболеваниях, предпочтительно относились к больницам общего профиля, тогда как амбулаторное лечение, где это было возможно, предоставлялось в местных медицинских центрах. Психосоциальная реабилитация осуществлялась в учреждениях интернатного типа, дневных стационарах и отделениях профессиональной подготовки, адаптированных к уровню самостоятельности и потребностям каждого пациента [15]. В рамках этой модели основными подразделениями являлись местные службы охраны психического здоровья (LMHS), в то время как психиатрические больницы, которые, несмотря на эту реорганизацию, продолжали существовать, отвечали за оказание помощи на местах и специализированной помощи в масштабах всего региона, обеспечивая адекватный уровень помощи пациентам,

которые не могли лечиться в больницах общего профиля [13, 14, 15].

Португалия, как страна, подписавшая Европейский план действий по охране психического здоровья 2005 года Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [16] и Европейскую декларацию о психическом здоровье [17], подтвердила свое обязательство развивать систему внебольничной помощи, признавая важность «выздоровления и вовлечения в общество тех, кто испытывал серьезные проблемы с психическим здоровьем», и приняла на себя обязательство, среди прочего, предоставлять пациентам с психическими заболеваниями лечение и комплексную помощь в широком диапазоне условий при установлении партнерских отношений и сотрудничества между регионами и секторами как на географическом, так и на организационном уровне [10, 16, 17].

Созданный в 2006 году Национальный совет по психическому здоровью (НСМН) выпустил отчет о психическом здоровье в Португалии и Национальный план по психическому здоровью (NMHP) на 2007–2016 годы, в котором определены проблемы в реализации определенных целей закона 1998 года и предложены пути их решения [4, 15].

Этот документ позволил уделить больше внимания успешной деинституционализации помощи пациентам и их интеграции в общество. Одной из основных обеспокоенностей NMHP была «интеграция психиатрической помощи в систему первичной помощи, обеспечение непрерывности медицинской помощи, начиная с госпитализации, с последующей реабилитацией и помощью по месту жительства» [4]. Документ устанавливал, что ни одно централизованное учреждение не должно быть закрыто до тех пор, пока не будут созданы адекватные учреждения внебольничной помощи, способные принять пациентов, ранее направляемых в централизованные учреждения, тем самым значительно стимулируя развитие услуг, ориентированных на внебольничную помощь [10, 15, 18].

Принятие Декрета-закона 8/2010 в январе 2010 года привело к созданию Национальной программы непрерывной психиатрической помощи пациентам с тяжелыми психическими заболеваниями. В 2017 году приказом 1269/2017 было одобрено создание экспериментальных проектов в области долгосрочной психиатрической помощи на внебольничном уровне [19, 20].

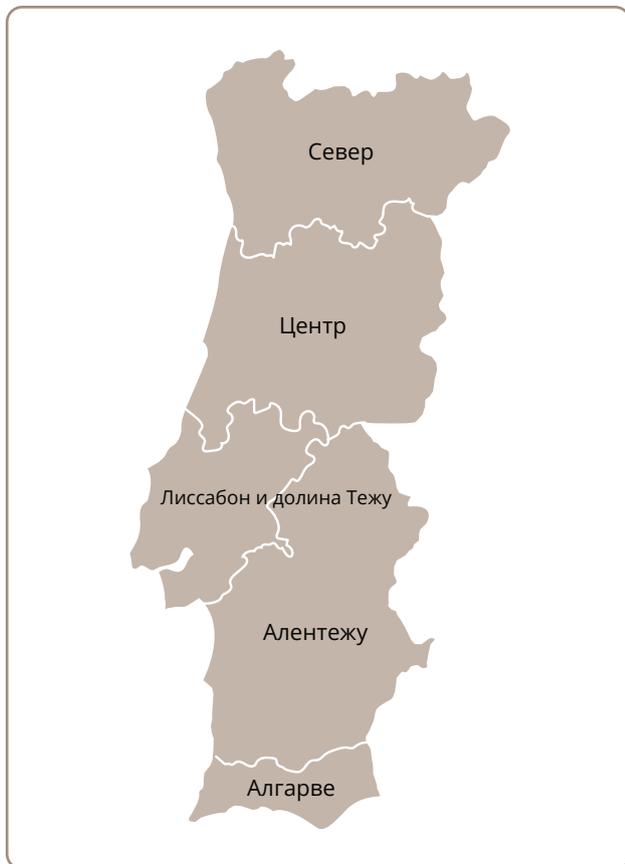


Рисунок 1. Карта Португалии.

Система охраны психического здоровья и институты в Португалии

Португалия — европейская страна, расположенная на юго-западе Пиренейского полуострова, с населением около 10 миллионов человек. Она включает в себя 18 регионов и два автономных региона, Мадейру и Азорские острова. С организационной точки зрения континентальная часть страны разделена на пять зон здравоохранения, управляемых региональными администрациями здравоохранения (рис. 1), которые отвечают за предоставление доступа к медицинской помощи, за соблюдение политики и программ в области здравоохранения, исполнение политики в области здравоохранения, координацию планирования, а также поддержку и оценку работы учреждений общественного здравоохранения в областях их ответственности [21, 22, 23].

Система охраны психического здоровья включает в себя в региональные и местные службы. Местные службы составляют основу национальной системы охраны психического здоровья в Португалии и связаны с системой первичной медико-санитарной

помощи и другими учреждениями, обеспечивая необходимую психиатрическую помощь в стационарных и амбулаторных условиях и непрерывность оказания медицинской помощи посредством связи с другими программами и службами. Они могут быть организованы по аналогии со службами в больницах общего профиля (рис. 2).

Региональные службы, помимо прочего, поддерживают и дополняют местные службы [1, 13, 14, 24]. В документе, который регулирует и организует бригады по оказанию психиатрической помощи на дому, вышеупомянутые компоненты описаны как взаимозависимые, поскольку каждый уровень и контекст помощи необходимо оптимизировать для обеспечения ее качества и адекватного перехода к более децентрализованной модели психиатрической помощи.

LMHS, основа системы охраны психического здоровья в Португалии, организованы в соответствии с количеством населения, за которое они несут ответственность. На них возложена задача по оказанию психиатрической помощи соответствующему населению с наименьшими возможными ограничениями, поддержанию стационарного и дневного стационарного лечения [1, 25].

Психиатрические больницы и региональные учреждения также несут ответственность за обеспечение регионального реагирования на проблемы, которые требуют преимущественно институциональных решений, и вопросы, возникающие при продолжительных заболеваниях [1].

Бригады, оказывающие психиатрическую помощь на дому, рассматриваются как важный компонент LMHS [26]. Их цели охватывают лечение пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями после анализа истории болезни в координации со службами первичной помощи, ведение менее серьезных и более распространенных проблем психического здоровья, обеспечение поддержки пожилого населения и координацию программ профилактики в отношении самоубийств и депрессии. Бригады являются междисциплинарными коллективами с активным участием медсестер/медбратьев и немедицинских специалистов [1, 26].

Услуги по реабилитации и психосоциальной реинтеграции предоставляются в основном через три различные системы, Национальную сеть непрерывной психиатрической помощи, LMHS и Национальную сеть интегрированной медицинской помощи [19, 27].

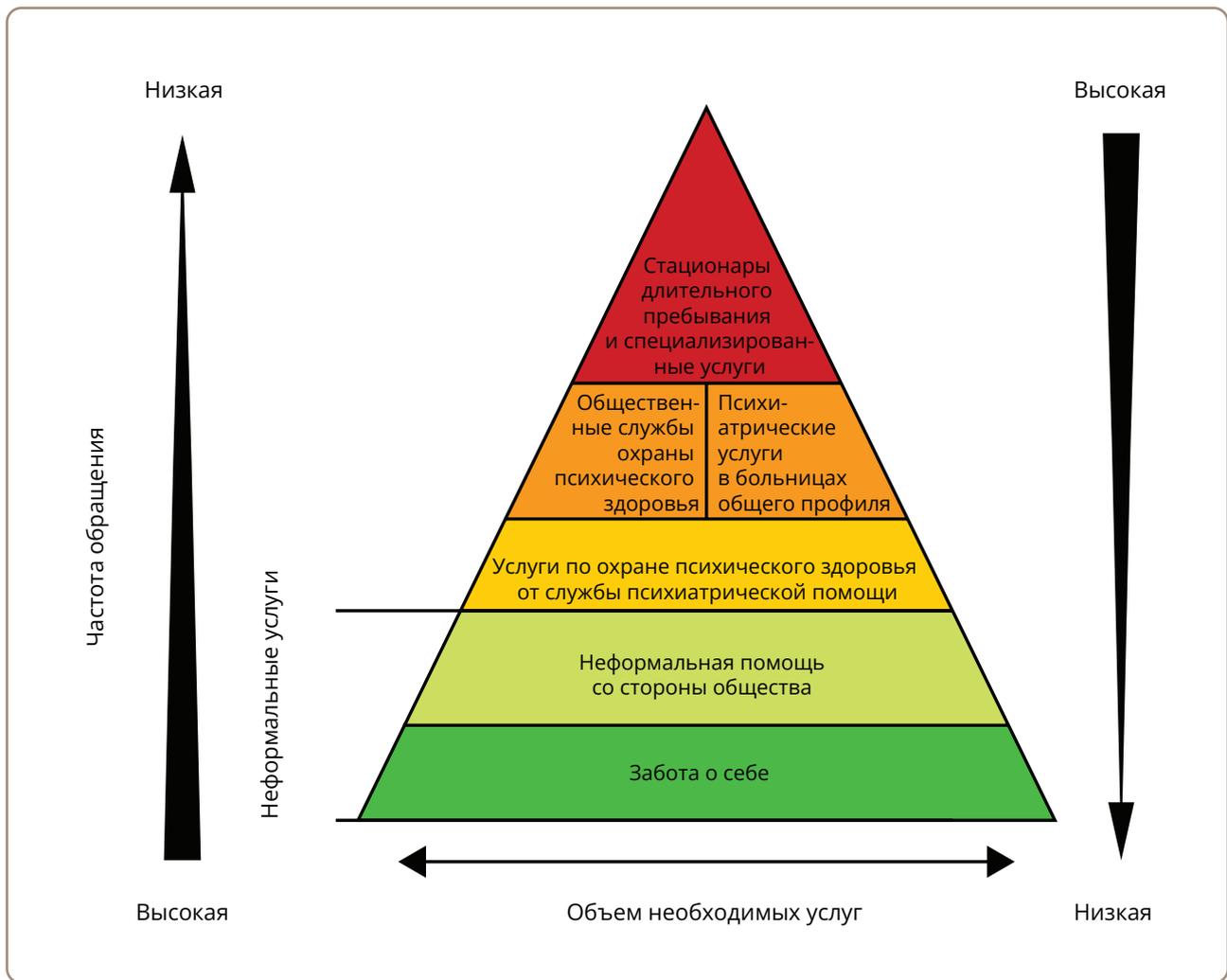


Рисунок 2. Португальские службы психического здоровья в желаемом будущем.

Интернаты, социально-профессиональные подразделения и группы поддержки по месту жительства представляют собой совокупность уровней для пациентов, предлагая соответственно помощь в условиях проживания и амбулаторного лечения. Эти различные службы, состоящие из психиатров, медсестер/медбратьев общего и психиатрического профиля, психологов, социальных работников, врачей-специалистов по профессиональным заболеваниям и юристов, могут адаптироваться к меняющимся потребностям пациентов и сосредоточены на улучшении социальной интеграции, расширении прав и возможностей и эффективном выздоровлении, что позволяет пациенту жить полноценной жизнью и вносить свой вклад в общество [28]. Во-первых, интернаты функционируют как общежития для людей с психическими расстройствами, предоставляя им доступ

к специализированной психиатрической помощи, медицинскому уходу, психосоциальной поддержке, реабилитации и интеграции в общество [19]. Они также обеспечивают психиатрическую подготовку членов семьи или лиц, осуществляющих уход, а также при необходимости обеспечивают перевозку пациентов в другие медицинские учреждения. Интернаты подразделяются на типы, начиная от автономных учебных заведений до интернатов с максимальной поддержкой [29]. Во-вторых, социально-профессиональные подразделения на местах предназначены для пациентов с легкой и умеренной психосоциальной дисфункцией и социальными, профессиональными или реляционными нарушениями. Они способствуют автономности, эмоциональной стабильности и социальному участию с целью обеспечения социальной, семейной и профессиональной интеграции

и стабильности [19, 28]. В-третьих, бригады по лечению на дому действуют на уровне домохозяйств, чтобы помочь контролировать и управлять приемом лекарств, обеспечивать регулярную поддержку личной гигиены и повседневной деятельности, а также контролировать ведение личных финансов и самообслуживание в быту [19]. Эти бригады по определению связаны и координируются интернатами, социально-профессиональными группами, местными структурами первичной медицинской помощи или LMHS [27].

Пациенты с хроническими и клинически устойчивыми тяжелыми психическими заболеваниями, в том числе с нарушениями обучаемости и умственной отсталостью, приводящими к психосоциальной инвалидности, могут быть направлены любым специалистом здравоохранения в учреждения Национальной сети непрерывной психиатрической помощи [27]. Критерии приема пациентов проверяются местными службами психиатрической помощи, отделом первичной медицинской помощи или (в случае детей или подростков) отделами охраны психического здоровья детей и подростков, их направление определяется в соответствии с их потребностями после рассмотрения истории болезни пациента.

Финансирование услуг по охране психического здоровья в основном обеспечивается государственными средствами, а именно бюджетом здравоохранения. Уровни первичной и вторичной медицинской помощи финансируются в соответствии с конкретными показателями, отражающими предоставление услуг, главным образом стационарного лечения и амбулаторных консультаций. Долгосрочное и реабилитационное медицинское обслуживание получают сумму, в основном связанную с количеством дней стационарного лечения на пациента [30]. В этом году было введено специальное финансирование внебольничных учреждений в отношении пилотного проекта LMHS [31]. Частные неправительственные организации (НПО) и компании также могут управлять и предоставлять финансирование учреждениям, которые включены в Национальную сеть интегрированной психиатрической помощи.

В настоящее время организованы 40 LMHS, распределенных по административным регионам (16 на севере, 7 в центре, 13 в Лиссабоне, 4 в Алентежу и 2 в регионе Алгарве) [18] и две службы охраны психического здоровья в психиатрических больницах (госпиталь

Hospital de Magalhães Lemos в Порту и Центральный госпиталь Лиссабона в Лиссабоне) [23].

Следует также отметить, что наряду с развитием общих служб охраны психического здоровья на протяжении многих лет, особенно с 1998 года, в Португалии создана и совершенствуется мощная децентрализованная служба охраны психического здоровья, ориентированная на наркологические проблемы. Эти услуги организованы на базе местных подразделений вмешательства (интегрированных центров реагирования, отделений по борьбе с алкоголем, отделений по реабилитации и терапевтических сообществ), распределенных по регионам. Каждый интегрированный центр реагирования отвечает за профилактику и лечение связанных с наркотиками или алкоголем расстройств, уделяя особое внимание снижению вреда и реинтеграции пациентов, работая со специализированными бригадами (Equipas de Tratamento) и децентрализованными амбулаторными программами лечения [32].

Аналогично в детской и подростковой психиатрии наблюдается постепенный сдвиг парадигмы в сторону децентрализованной модели. В общих чертах психиатрические стационарные отделения и службы неотложной помощи переданы службам регионального уровня (которых организовано четыре), в то время как амбулаторные и другие услуги предоставляются отделениями или подразделениями, связанными с больницами общего профиля (всего 30: 9 местных отделений и 21 подразделение) [33].

Сотрудничество с системой первичной медико-санитарной помощи и другими учреждениями на внебольничном уровне считается основополагающим для многопрофильных групп детской и подростковой психиатрии, а в нескольких отделениях, как местных, так и региональных, действуют группы, обеспечивающие соблюдение действующих протоколов общественными и социальными организациями, такими как школы и учреждения по уходу [33]. Национальная сеть непрерывной психиатрической помощи также предоставляет специальные долгосрочные интегрированные услуги по уходу, а внедрение и развитие этих услуг соответствует развитию психиатрической помощи взрослым пациентам [33, 34]. Что касается геронтологической психиатрии, в Португалии не приняты какие-либо конкретные национальные меры в отношении внебольничной помощи. Некоторые службы охраны

психического здоровья имеют специальные стационарные или амбулаторные отделения, предназначенные для пожилых людей, однако широко распространенный дифференцированный ответ по-прежнему отсутствует.

Количество учреждений, интегрированных в Национальную сеть непрерывной психиатрической помощи, увеличилось с 2017 года. Данные за 2019 год показывают, что в стране насчитывается 140 интернатов различных типов, 85 социально-профессиональных подразделений и 24 группы поддержки по месту жительства, главным образом на севере страны, в Лиссабоне и в регионах долины Тежо [1].

За последние несколько лет, согласно имеющимся данным, уже произошел переход от централизованной модели к большей децентрализации, о чем свидетельствует снижение количества коек на 100 000 жителей в психиатрических больницах (рис. 3), сокращение общественных интернатов, которые были переведены в социальный сектор (рис. 4) и увеличение вместимости стационаров в больницах общего профиля (в связи с закрытием госпиталей Hospital Miguel Bombarda, Centro Psiquiátrico de Recuperação de Ames и Hospital do Lorvão в 2009 году), в LMHS в 2015 году было около 10 коек на 100 000 жителей (рис. 5) [8]. В 2013 году 6% дневных консультаций были проведены во внебольничной системе [35], в то время как данные за 2017 год показывают существенный рост

числа консультаций пациентов, проходящих лечение в дневных стационарах (рис. 6).

Проблемы внедрения системы внебольничной психиатрической помощи в Португалии

В публикациях различных авторов был отмечен ряд проблем, которые в целом можно разделить на связанные с недостаточным финансированием или другими организационными препятствиями.

Прежде всего, в нескольких публикациях указывалось, что недостаточность финансирования внебольничных служб охраны психического здоровья является решающим препятствием для их развития. В отчете, опубликованном в 2019 году, Национальный совет по здравоохранению проанализировал развитие и текущую ситуацию в области охраны психического здоровья в Португалии, определив недостаток финансовых ресурсов и персонала в качестве серьезной угрозы для развития системы. Механизмы оплаты также рассматриваются Национальным советом по здравоохранению в качестве основных препятствий на пути осуществления охраны психического здоровья на внебольничном уровне. Фактически текущие модели оплаты финансируют больницы по количеству медицинских вмешательств и госпитализации, не учитывая меры вмешательства на внебольничном уровне и не создавая финансовых стимулов для содействия их осуществлению. Сосуществование различных

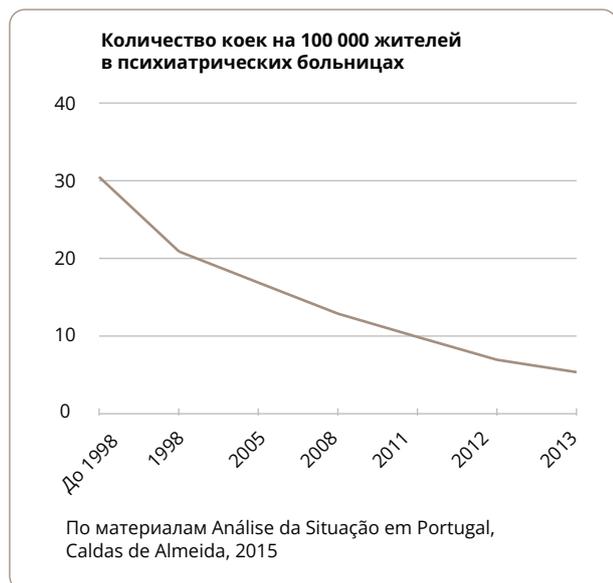


Рисунок 3. Койки на 100 000 жителей в психиатрических больницах.

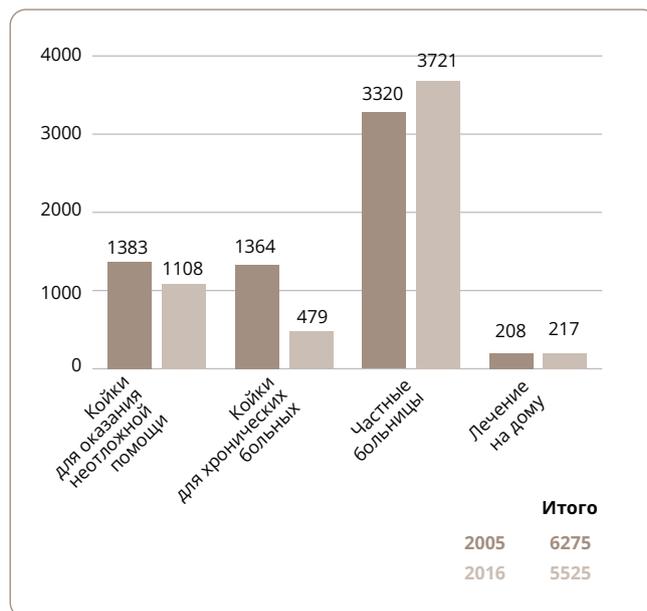


Рисунок 4. Количество коек (национальные данные).

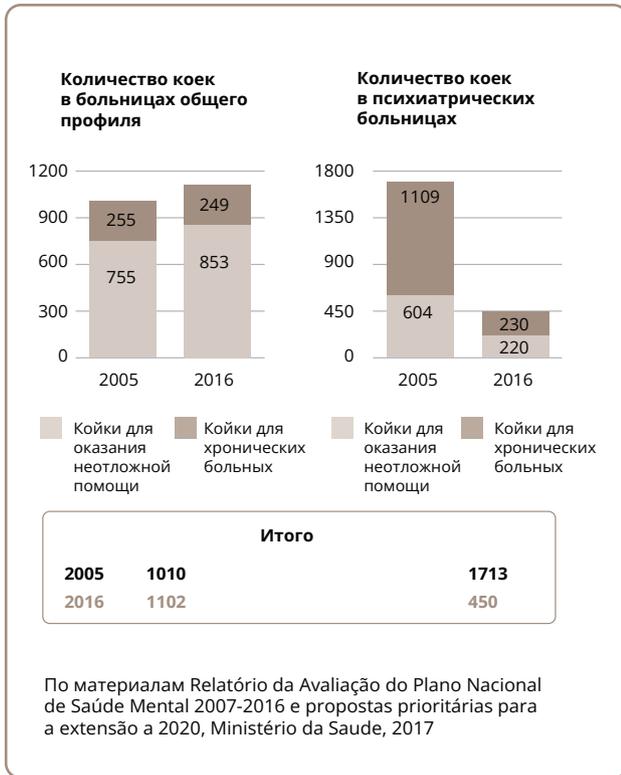


Рисунок 5. Количество коек: общие и психиатрические больницы.

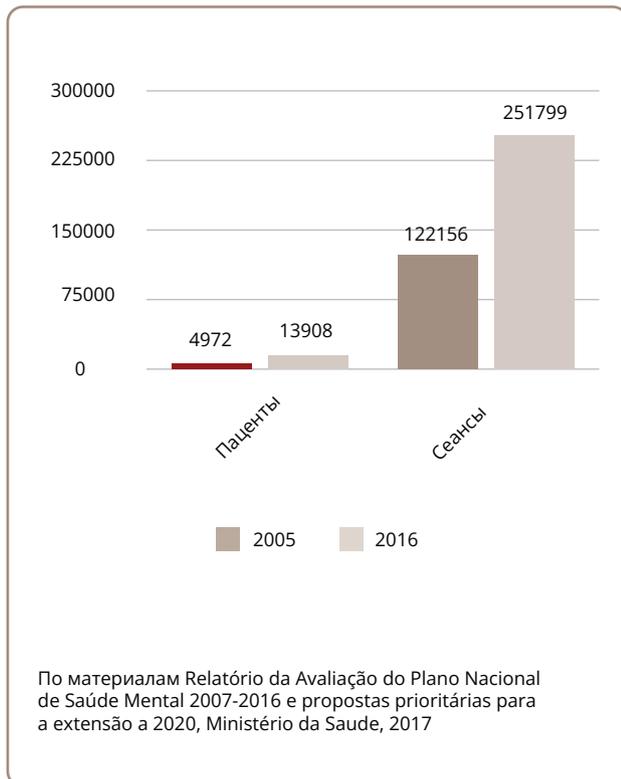


Рисунок 6. Дневные стационары — итоговые показатели по стране

способов оплаты и отсутствие стимулирующих платежей для лечения психических расстройств в системе первичной медицинской помощи наряду с плохой связью между различными уровнями помощи могут вызывать асимметрию в лечении пациентов [1, 8, 30, 35–37].

Во-вторых, многие авторы в этом процессе перехода считают препятствием слабую связь между различными уровнями медицинской помощи, а именно между службами охраны психического здоровья и первичной медицинской помощи, а также между ними и Национальной сетью непрерывной психиатрической помощи, подчеркивая при этом в первую очередь необходимость больничной модели [8, 38].

Дополнительным препятствием является процесс перевода отделений неотложной помощи из психиатрических больниц в LMHS в больницах общего профиля, который еще не завершен. Ряд услуг, указанных в законодательстве, еще только предстоит внедрить в равной степени на всей территории Португалии, в настоящее время наблюдается асимметрия в охвате. В качестве примера некоторые авторы указывают на отсутствие действующих интернатов, способных предоставлять жилье и основную помощь пациентам с хроническими психическими заболеваниями, что ранее обеспечивалось в психиатрических больницах. Что касается конкретных программ реабилитации и реинтеграции, которые планируются, многое еще предстоит сделать. Профессионально-технические программы, профессиональная подготовка и создание интернатов до сих пор практически не реализуются. Оценки за 2015 год показывают, что из 4000-5000 пациентов, которых следовало бы включить в социально-профессиональные программы или разместить в интернатах, только около 900 были эффективно охвачены [1, 10, 19, 30, 35].

Другая проблема связана с отсутствием специализированного персонала, в основном специализированных медсестер/медбратьев, а также ограниченной подготовкой других специалистов, не связанных с здравоохранением, для работы с пациентами с психическими расстройствами [8, 39].

Участие пациентов и лиц, осуществляющих уход, в процессе перехода рассматривается как важный фактор [28]. В статье 2015 года анализируется роль пациентов и членов семьи/лиц, осуществляющих уход, в процессе деинституционализации. Авторы подчеркивают,

что в процессе институционализации учитываются мнения членов семьи и пациентов, хотя и с асимметрией. Данные о специфических ролях пациентов и лиц, осуществляющих уход, в процессе перехода ограничены и несколько противоречивы, однако роль ассоциаций пациентов и лиц, обеспечивающих уход, все больше очевидна в публичном пространстве и пропагандирует и поощряет дискурс в отношении ряда вопросов, связанных с психическим здоровьем [8, 10].

Для преодоления этих препятствий был предложен ряд решений, некоторые из которых были реализованы в рамках определенных служб в Португалии.

Во-первых, недавно была предложена новая модель оплаты в области охраны психического здоровья на внебольничном уровне. Она включает в себя сочетание элементов различных схем оплаты, чтобы смягчить недостатки системы оплаты и внедрить лучшие практики. Это направлено на то, чтобы способствовать раннему выявлению и лечению психических расстройств, общему наблюдению в случаях тяжелых психических заболеваний и лечению умеренной депрессии в системе первичной медико-санитарной помощи [37].

Еще один важный вопрос связан с обучением психиатрии в Португалии, которое включает в себя обязательную трехмесячную практику в системе внебольничной психиатрической помощи. Тем не менее практика в стационаре — это гораздо более длительная обязательная практика, которая в настоящее время продолжается не менее 24 месяцев [40]. В Португалии мнения психиатров-практикантов и ранее учитывались для улучшения подготовки, и эту систему по возможности следует распространить на сферу внебольничной психиатрической практики. Например, в опросе, проведенном среди психиатров-практикантов в 2011 году в Португалии, практиканты заявили о том, что судебная психиатрия должна быть обязательной в учебной практике и областью, в которой можно специализироваться [24]. Позднее эти взгляды были приняты Португальской ассоциацией медицинских советов, которая ввела судебную психиатрию в качестве обязательной практики и создала специальность судебной психиатрии. Аналогично, если практика во внебольничной психиатрии будет усилена и распространена на программы психиатров-практикантов, это позволит будущим психиатрам лучше подготовиться к этой модели лечения, способствуя ее эффективному внедрению на более раннем этапе, во время обучения.

Чтобы улучшить систему и следовать рекомендациям ВОЗ, требуется тщательная региональная оценка потребностей как пациентов с психическими заболеваниями, так и имеющегося обученного персонала. Впоследствии исключительно важно реформировать модель оплаты охраны психического здоровья, которая учитывала бы конкретные виды деятельности и охват населения, а также стимулы, связанные с производительностью труда профессионалов. Это укрепило бы точку зрения, сформулированную в 2009 году в консенсусном документе для внебольничной системы охраны психического здоровья, предоставляя промежуточным учреждениям, таким как LMHS, роль в принятии решений и финансировании, что позволило бы им отслеживать и удовлетворять потребности общества, показатели качества и потребности внебольничных учреждений в целом, как это предусмотрено законом [26, 37].

В публикации 2008 года Thornicroft et al. описали ряд общих проблем, с которыми сталкиваются в процессе реализации психиатрической помощи на внебольничном уровне, прежде всего в Италии и Англии, а также описали проблемы, имеющие решающее значение для развития служб охраны психического здоровья. Различные португальские авторы и учреждения подчеркивали те же проблемы в процессе перехода, что и в этой статье Thornicroft et al. [10, 15, 27, 30, 35, 38]. Некоторые из этих проблем, перечисленных в табл. 1, также касаются переходного процесса в Португалии [41].

Предлагаемые решения относятся к общим и организационным аспектам, не обязательно связанным с вопросами психического здоровья, а также к аспектам, связанным с персоналом, которые реже документируются в литературе, но преобладают в каждом переходном процессе [42].

В своем отчете за 2019 год Национальный совет по здравоохранению предложил ряд приоритетных мер, которые необходимо предпринять. Среди них, в соответствии с рекомендациями Национального плана охраны психического здоровья, была рекомендация о том, что интеграция психиатрической помощи в первичную медико-санитарную помощь должна рассматриваться в качестве абсолютного приоритета и что модели интеграции должны учитывать местные и региональные особенности. Что касается долгосрочной помощи, то было сочтено необходимым

Таблица 1. Препятствия и решения в отношении внедрения системы внебольничной психиатрической помощи

Препятствия	Решения
Неадекватное финансирование	Внедрение новых моделей оплаты, ориентированных на охрану психического здоровья на внебольничном уровне
Перевод персонала на охрану психического здоровья на внебольничном уровне	Реализация ясных графиков, частых встреч персонала, связи между различными уровнями принятия решений
Лица, принимающие решения	Расширение прав и возможностей местных и региональных учреждений, что позволяет им проводить политику, адаптированную к местной реальности
Жесткость системы	Предоставление возможности внебольничным службам внедрять более гибкие методы совместно с LMHS и региональными учреждениями
Недостаточность подготовки/образования	Увеличение продолжительности обучения для практикантов психиатрии и других специалистов в области охраны психического здоровья
Беспокойство и неопределенность, влияющие на переход персонала от модели, ориентированной на больничную помощь, к модели, основанной на внебольничной помощи	Обеспечение ясной схемы, позволяющей сотрудникам работать уверенно и способствующей конструктивному обсуждению

исправить асимметрию, чтобы дополнить сеть наиболее востребованными типологиями, такими как интернаты средней и максимальной поддержки. Было также сочтено важным усилить координацию и интеграцию медицинской помощи, включая поддержку первичной медико-санитарной помощи при менее серьезных психических заболеваниях посредством финансовых стимулов, увеличения численности персонала и обучения. Укрепление социальных институтов также может быть полезным в улучшении охраны психического здоровья на уровне общества.

Недавно, в 2020 году, в различных административных зонах здравоохранения были созданы и отрегулированы группы по охране психического здоровья как для взрослых, так и для детей и подростков. Эти группы организованы в соответствии с системной и целостной моделью, обеспечивающей сфокусированность на внебольничном лечении в сочетании с различными уровнями помощи и профессиональными занятиями, поддержку реабилитации и реинтеграции пациентов и укрепление психического здоровья и профилактику заболеваний на индивидуальном уровне, а также в более широком контексте [31]. Группы распределены по их LMHS и функционируют в децентрализованных учреждениях; их междисциплинарная структура определена законодательно, как и их конкретные цели и предоставляемые ими услуги (амбулаторное консультирование, психотерапия и индивидуальное психологическое наблюдение, групповая терапия и вмешательства,

визиты по месту жительства, социальная поддержка, ориентированные на пациента вмешательства со стороны общества и т. д.). Эти группы были созданы для того, чтобы преодолеть очевидное неравенство между различными службами охраны психического здоровья и регионами, их организация является пилотным проектом, и после оценки эта система должна быть реализована в качестве единой модели для всех LMHS [31]. Это действительно важный шаг вперед, поскольку он позволит стандартизировать действия на уровне внебольничной помощи в рамках LMHS, а также обеспечит направленное финансирование этих проектов и позволит проводить эффективный анализ информации для последующего развития [31].

ВЫВОДЫ

Португальская модель внебольничной помощи определяется в основном историческим развитием и тенденциями в других европейских странах. Хотя система внебольничной психиатрической помощи в Португалии уже внедрена, она постоянно совершенствуется и для ее совершенствования необходимо сделать еще много.

Препятствия для ее эффективной реализации варьируются от нехватки адекватных финансовых ресурсов и персонала до плохой связи между различными уровнями помощи и услуг.

Тем не менее в стране предпринимаются усилия по укреплению и дальнейшему внедрению системы

внебольничной психиатрической помощи. Среди реализуемых мер — предложения, касающиеся моделей оплаты и внедрение моделей управления в этой области.

Постепенная, осознанная и настойчивая реализация таких мер должна в конечном итоге способствовать внедрению эффективной системы охраны психического здоровья на внебольничном уровне в Португалии. Этот процесс направлен на интеграцию служб охраны психического здоровья в систему первичной медико-санитарной помощи, развитие психосоциальной сети и обеспечение подготовки сотрудников служб охраны психического здоровья при одновременном учете показателей качества.

Вклад авторов: Все авторы в равной степени участвовали в обзоре литературы, написании и переработке статьи.

Финансирование: Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Автор, ответственный за переписку:

Мариана Пинто да Коста
mariana.pintodacosta@gmail.com

Список литературы

1. Conselho Nacional de Saúde [National Health Council] (2019); Sem Mais Tempo a Perder - Saude Mental em Portugal: um desafio para a próxima década [No Time to Lose - Mental Health in Portugal, a Challenge for the next Decade]; CNS 2019 Lisbon. ISSN: 2184-6960.
2. Caldas-de-Almeida, José Miguel et al.; (2013) Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental 1º Relatório [National Epidemiological Mental Health Study - 1st Report]. Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Nova de Lisboa [Journal of Medical Sciences - Faculdade Nova de Lisboa]. ISBN: 978-989-98576-0-5.
3. Gabinete do Ministro da Saúde (2015); Proposta de Rede de Referenciação Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental [Hospital Referentiation Network for Psychiatry and Mental Health Proposal]; Lisbon.
4. Ministério da Saúde [Portuguese Ministry of Health] (2008); Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 [National Mental Health Plan 2007-2016]; Lisbon.
5. Severim de Melo, M. and Ferreira, G.; (1981) A Psiquiatria Comunitária na evolução histórica da Psiquiatria [Community Psychiatry in the Historical Evolution of Psychiatry]. *Análise Psicológica* [Psychological Analysis], 31: p. 357-363.
6. Pereira, José Manuel Morgado; (2015) A Psiquiatria em Portugal Protagonistas e História Conceptual (1884-1924) [Psychiatry in Portugal: Protagonists and Conceptual History (1884-1924)]. Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra [Faculty of Arts University of Coimbra]. <http://hdl.handle.net/10316/29514>.
7. Alves, Fátima and Ferreira-da-Silva, Luísa; Psiquiatria e Comunidade: Elementos de Reflexão [Psychiatry and Community: Reflexive Elements]. Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia [Records of the workshops of the Fifth Portuguese Congress of Sociology], *Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção* [Contemporary Societies: Reflexiveness and Action]: p. 56-64.
8. Caldas-de-Almeida, José Miguel et al.; (2015) Joint Action in Mental Health and Well Being - Análise da Situação em Portugal [Joint Action in Mental Health and Well Being - Towards Community-Based and Socially Inclusive Mental Health Care].
9. Governo de Portugal [Portuguese Government], Série I de 3 de Abril de 1963 [nº 79/1963, Series 1 from 3rd April 1963], nº 79/1963, (1963). <https://dre.pt/legislacao-consolidada/-/lc/75088193/199907260100/73318787/diploma/indice>.
10. Palha, Filipa et al.; (2015) Trajetórias pelos cuidados saúde mental. Parte I - O processo de "desinstitucionalização" psiquiátrica em Portugal: da análise objetiva dos factos às perceções de utentes, familiares/cuidadores e técnicos. [Trajectories on Mental Health Care. Part 1 - The psychiatric "deinstitutionalization" process: from an objective analysis of facts to patients', caregivers' and technicians' perspectives]. ENCONTRAR+SE.
11. Madianos, Michael G.; (1994) Recent advances in community psychiatry and psychosocial rehabilitation in Greece and the other southern European countries. *The International Journal of Social Psychiatry*, 40 (3): p. 157-64. doi: 10.1177/002076409404000301.
12. Cardoso, Graça and Maia, Teresa; (2009) Serviços Psiquiátricos na Comunidade com Base no Hospital Geral: Um Modelo Português [General Hospital Based Psychiatric Community Services: A Portuguese Model]. *PsiLogos*, 6(2)/7(1-2): p. 54-66. ISSN: 2182-3146.
13. Governo de Portugal [Portuguese Government], Lei 36/98 de 24 de julho de 1998, Lei de Saúde Mental [Law 36/98 of 24th July 1998, Mental Health Law], (1998). <https://data.dre.pt/eli/lei/36/1998/07/24/p/dre/pt/html>.
14. Ministérios da Saúde do Trabalho e da Solidariedade, Despacho conjunto nº 407/98 [Joint Decree nº 407/98], p. 8328-8332 (1998). http://www.seg-social.pt/documents/10152/35243/Desp_C_407_98.
15. Cardoso, Graça et al.; (2016) Living conditions and quality of care in residential units for people with long-term mental illness in Portugal - A cross sectional study. *BMC Psychiatry*, 16, 34. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0743-7>.
16. World Health Organization European Ministerial Conference on Mental Health (2005); WHO Mental Health Action Plan for Europe; WHO Helsinki.
17. World Health Organization (2005); Mental Health Declaration for Europe - Facing the Challenges, Building Solutions; WHO Copenhagen. ISBN: 92 890 1377 X.
18. Direção Geral da Saúde [General Health Directorate] Ministério da Saúde [Ministry of Health] Programa Nacional para a Saúde Mental [National Programme for Mental Health] (2017); Programa Nacional para a Saúde Mental 2017 [National Mental Health Plan 2017].

19. Ministério da Saúde, Decreto-Lei nº8/2010 [Decree-Law nº 8/2010], p. 257-263 (2010). <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/8/2010/01/28/p/dre/pt/html>.
20. Ministérios das Finanças, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde [Ministries of Health, Finance, Work, Solidarity and Social Security], Despacho nº 1269/2017, 2443-2444 (2017). <https://dre.pt/home/-/dre/106396948/details/maximized>.
21. Ministério da Saúde [Ministry of Health], Decreto-Lei 22/2012 [Decree-Law 22/2012], 513-516 (2012). <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/22/2012/01/30/p/dre/pt/html>.
22. Pordata - Base de Dados Portugal Contemporâneo. BI de Portugal [Portugal's Identity Card]. 2020. <https://www.pordata.pt/Portugal>.
23. Programa Nacional para a Saúde Mental; Direção Geral de Saúde [General Health Directorate]. Saúde Mental. 2020 [cited 2020 07/05/2020]. <https://saudemental.covid19.min-saude.pt/>.
24. Pinto-da-Costa, Mariana et al.; (2012) Community Psychiatry: Training and Practice in Portugal. Poster Presentation.
25. Direção Geral de Saúde [General Health Directorate]. Organização de Cuidados de Psiquiatria e Saúde Mental em Portugal [Psychiatry and Mental Health Care Organization in Portugal]. [cited 2019]. <https://www.dgs.pt/sm-organizacao.aspx>.
26. Coordenação Nacional para a Saúde Mental [National Coordination for Mental Health] (2009); Documento de consenso para a Estrutura e Funções das Equipas de Saúde Mental Comunitária (ESMC) [Consensus Document for the Structure and Functions of Community Mental Health Teams]; Lisbon.
27. Administração Central Serviços Saúde [Central Administration of Health Services] (2017); Guia de referência para as unidades e equipas de saúde mental da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [Referral Guide of the National Integrated Care Network for Mental Health Units and Teams].
28. Jorge-Monteiro, Maria F and Ornelas, José H; (2015) "What's Wrong with the Seed?" A Comparative Examination of an Empowering Community-Centered Approach to Recovery in Community Mental Health. *Community Mental-Health J*, 52(7): pp. 821-33. DOI: 10.1007/s10597-016-0004-8.
29. Narigão, Miguel, II Encontro Nacional IPSS Promotoras de Saúde [2nd National Encounter of Health Promoting Social Solidarity Institutions], Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade [National Confederation of Solidarity Institutions], Editor. 2018.
30. World Health Organization Regional Office for Europe (2011); World Health Organization Mission to assess the progress of the mental health reforms in Portugal; WHO Copenhagen.
31. Ministério da Saúde [Ministry of Health], Despacho nº 2753/2020 [Decree nº 2753/2020], 200-202 (2020). <https://dre.pt/pesquisa/-/search/129678862/details/normal?!=1>.
32. Ministério da Saúde [Ministry of Health] Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde [Adjunct Health Secretary Cabinet], Despacho n 2976/2014, 5402-5403 (2014). <https://dre.pt/pesquisa/-/search/3162549/details/normal?q=Despacho+n.%C2%BA%202976%2F2014>.
33. Ministério da Saúde [Health Ministry] (2018); Rede de Referência Hospitalar - Psiquiatria da Infância e Adolescência [Child and Adolescent Psychiatry - Hospital Referral Network].
34. Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde [Ministries of Work, Solidarity and Social Security], Portaria nº68/2017 [Decree nº 68/2017], (2017). <https://data.dre.pt/eli/port/68/2017/02/16/p/dre/pt/html>.
35. Administração Central dos Serviços de Saúde [Central Administration of Health Services] Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma de Saúde Mental [Technical Accompanying Committee for Mental Health Reform] (2015); Relatório do Grupo de Trabalho para avaliação da prestação de cuidados de saúde mental e das necessidades na área da saúde mental [Work group report to evaluate mental health care and needs].
36. Mateus, Pedr et al.; (2017) Implementing Case Management in Portuguese Mental Health Services: Conceptual Background. *Portuguese Journal of Public Health*, 34: p. 19-29. ISSN 2504-3137.
37. Perelman, Julian et al.; (2018) Reforming the Portuguese mental health system: an incentive-based approach. *International Journal of Mental Health Systems*, 12. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0204-4>.
38. Marques, João Gama and Brissos, Sofia; (2014) Mental health in Portugal in times of austerity. *The Lancet Psychiatry*, 1 (2): p. 109-110. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70339-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70339-6).
39. Soares, Ruben and Pinto-da-Costa, Mariana; (2019) Experiences and Perceptions of Police Officers Concerning Their Interactions with People with Serious Mental Disorders for Compulsory Treatment. *Front. Psychiatry*, 10: 187. doi: 10.3389/fpsy.2019.00187.
40. Pinto-da-Costa, Mariana et al.; (2013) Psychiatry Training Towards a Global Future: Trainees' Perspective in Portugal. *Acta Médica Portuguesa [Portugal Medical College Journal]*, 264: p. 4. PMID: 24016644.
41. Thornicroft, Graham et al.; (2008) Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. *World Psychiatry*, 7: p. 87-92. DOI: 10.1002/j.2051-5545.2008.tb00161.x.
42. Bridges, William; *Managing Transitions: Making the Most of change*. 3rd ed. 2003: Da Capo Lifelong Books; 3rd edition (22nd September 2009).