https://doi.org/10.34883/PI.2022.13.3.001
УДК 616.89:614.2]:316.422

Ходжаев А.В.[1] ✉, Докукина Т.В.[1], Голубева Т.С.[1], Осипчик С.И.[1], Каминская Ю.М.[1], Копытов А.В.[2]
[1] Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь
[2] Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Тенденции реорганизации психиатрической службы на современном этапе

Конфликт интересов: не заявлен.
Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, редактирование – Ходжаев А.В., Докукина Т.В., Копытов А.В.; сбор материала, обработка, написание текста – Голубева Т.С.; сбор материала, обработка, редактирование – Осипчик С.И., Каминская Ю.М.

Подана: 12.07.2022
Принята: 17.08.2022
Контакты: a-hodzhaev@rambler.ru, polak0208@mail.ru, tgosinf@mail.ru, sergeio@list.ru, yu.m.kaminskaya@mail.ru, koptda@tut.by

Резюме

В статье представлено современное состояние психиатрической помощи в мире, приведены результаты деинституционализации психиатрической помощи в разных странах, проанализированы основные направления реформы психоневрологических интернатов в Российской Федерации.
Ключевые слова: психиатрическая помощь, деинституционализация, психоневрологические интернаты

Khodzhaev A.[1] ✉, Dokukina T.[1], Golubeva T.[1], Osipchik S.[1], Kaminskaya Yu.[1], Kopytov A.[2]
[1] Republican Research and Practice Center for Mental Health, Minsk, Belarus
[2] Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Contemporary Trends in Reorganization of Psychiatric Service

Conflict of interest: nothing to declare.
Authors' contribution: study concept and design, editing – Khodzhaev A., Dokukina T., Kopytov A.; material collecting, processing, text writing – Golubeva T.; material collecting, processing, editing – Osipchik S., Kaminskaya Yu.

Submitted: 12.07.2022
Accepted: 17.08.2022
Contacts: a-hodzhaev@rambler.ru, polak0208@mail.ru, tgosinf@mail.ru, sergeio@list.ru, yu.m.kaminskaya@mail.ru, koptda@tut.by

Abstract

The article reviews the current state of psychiatric care in the world, presents the results of the deinstitutionalization of psychiatric care in different countries, and analyzes the main directions of the reform of neuropsychiatric boarding institutions in the Russian Federation.
Keywords: psychiatric care, deinstitutionalization, neuropsychiatric boarding institutions

Изучение современного состояния психиатрической помощи в мире и Республике Беларусь проводилось на основании анализа нормативных документов, регламентирующих развитие психиатрической помощи, научных статей, находящихся в открытом доступе в научной электронной библиотеке eLIBRARY.RU.

Основополагающими документами, регламентирующими развитие психиатрической помощи, являются Европейская декларация по охране психического здоровья, принятая в 2005 г., Европейский план действий по охране психического здоровья (2013 г.), разработанный на основе Комплексного плана действий в области психического здоровья ВОЗ на 2013–2020 гг. [1–3], Европейская рамочная основа для действий по охране психического здоровья на 2021–2025 гг. [4]. Согласно этим документам, охрана психического здоровья, борьба с дискриминацией и стигматизацией лиц с психическими расстройствами, расширение их прав и возможностей являются основными задачами организации психиатрических служб.

Комплексный план действий в области психического здоровья ВОЗ на 2013–2020 гг. [3] включает следующие основные принципы, являющиеся ориентирами при реформировании служб психического здоровья: охват медицинскими услугами всех членов общества; соблюдение прав человека; использование передовых технологий и практик, основанных на принципах доказательной медицины; комплексный подход, учитывающий потребности пациентов; расширение возможностей лиц с психическими расстройствами.

Психические расстройства составляют практически 12% глобального бремени болезней. На их долю будет приходиться около 15% лет жизни, утраченных вследствие инвалидности (по расчетам с помощью индекса DALY). Установлено, что в основном бремя психических расстройств несут люди молодого возраста, наиболее продуктивная группа населения. В ближайшие десятилетия развивающиеся страны, скорее всего, столкнутся с непропорционально резким увеличением психических расстройств. Люди, страдающие психическими заболеваниями, встречаются со стигматизацией и дискриминацией во всех частях света [5, 6].

Общие издержки, связанные с психическими расстройствами, достаточно ощутимы для экономики. Например, в США ежегодные прямые издержки на лечение составляют примерно 148 млрд долл. США, или 2,5% валового национального продукта. Косвенные издержки, связанные с психическими расстройствами, превышают прямые в 2–6 раз в странах с развитой рыночной экономикой и, скорее всего, составляют еще более существенную часть общих затрат на лечение в развивающихся странах, в которых прямые затраты на лечение невысоки. В большинстве стран значительная часть этих экономических издержек ложится на плечи семей вследствие отсутствия полноценной и финансируемой государством системы служб оказания помощи людям с психическими расстройствами. Кроме того, семьям приходится нести и социальные издержки, среди которых эмоциональная нагрузка, связанная с постоянной необходимостью оказания помощи членам семьи, имеющим ограниченные возможности, понижение качества жизни для лиц, осуществляющих уход, а также социальная изоляция, стигматизация и потеря будущих возможностей для самосовершенствования [5, 6]. Бремя психических расстройств не затрагивает различные группы общества в равной степени. Наиболее уязвимыми с точки зрения подверженности психическим расстройствам оказываются группы, находящиеся в неблагоприятной жизненной ситуации и наименее обеспеченные ресурсами.

Повсеместно в мире наблюдаются проблемы с недостаточным финансированием служб охраны психического здоровья, что особенно выражено в развивающихся странах. Примерно в 28% стран не выделен отдельный бюджет на решение проблем психического здоровья. Среди стран, имеющих отдельную строку на финансирование подобных служб, в 37% на психическое здоровье выделяется менее 1% общего бюджета здравоохранения. Расходы на охрану психического здоровья составляют менее 1% общего бюджета здравоохранения в 62% развивающихся стран и 16% развитых, причем большинство финансовых средств обычно направлено на текущие расходы, связанные с психиатрическими больницами. В Республике Беларусь данный показатель составляет 1,8%. Таким образом, наблюдается значительный разрыв между бременем психических расстройств и ресурсами, выделяемыми на охрану психического здоровья [6–8].

Для стран с ограниченными ресурсами предоставление психиатрических и психотерапевтических услуг на уровне первичного звена общемедицинской сети является одним из наиболее эффективных и устойчивых путей улучшения доступа к этому виду помощи. Врачи первичного звена должны проходить специальную подготовку и обладать необходимой компетентностью для оказания таких услуг. Специалисты по охране психического здоровья должны на регулярной основе оказывать врачам первичного звена консультативную помощь по вопросам ведения и лечения людей с психическими расстройствами. В связи с этим в 2019 г. в Закон Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи» (Закон Республики Беларусь от 11 ноября 2019 г. № 255-З «Об изменении Закона Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи») внесены изменения, регламентирующие оказание психиатрической помощи врачами общей практики (врачи-терапевты участковые, врачи-педиатры участковые). Однако работники первичного звена могут проводить эффективную работу в области охраны психического здоровья только в том случае, если они располагают для этого необходимым временем. Поскольку во многих странах на этих работниках уже лежит огромная нагрузка, следовательно, необходимо увеличить их численность [9, 10].

В большинстве стран мира для удовлетворения спроса в области психического здоровья недостаточно специалистов. Особенно остро ощущается нехватка психиатров, обладающих необходимой квалификацией для лечения пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями, диагностики сложных коморбидных состояний и подбора лечения. Как и во многих видах неравенства в области здравоохранения, эта нехватка непропорционально выражена в районах с низким уровнем доходов, сельской и малообеспеченной местности. Чтобы оценить масштаб проблемы, стоит сказать, что в странах с высоким уровнем дохода психиатров более чем в 100 раз больше, чем в странах с низким уровнем дохода. Растущее осознание глобальной нужды в услугах в области психического здоровья привело к проведению ряда мероприятий по расширению охвата населения психиатрической помощью путем налаживания партнерских отношений с медицинскими работниками других профилей, главным образом в сфере первичной медико-санитарной помощи [10, 11].

За последние 5 десятилетий произошли значительные изменения в понимании психических расстройств. Это связано с сочетанием различных научных достижений в области лечения и более глубоким осознанием необходимости защитить права людей, страдающих психическими расстройствами, как в условиях

специализированных учреждений, так и по месту жительства. Одним из основных направлений модернизации психиатрической службы является перенос акцента оказания помощи со стационарных во внебольничные условия, в среду естественного социального окружения с возможно большим ее приближением к месту проживания пациента. Данный подход является наиболее оправданным как с клинической, так и с социальной точки зрения и, кроме того, имеет определенные экономические преимущества. Перед клиницистами и организаторами здравоохранения встает задача поиска максимально эффективных и отвечающих современным тенденциям стационарзамещающих форм помощи в отношении пациентов, прежде всего, страдающих расстройствами шизофренического спектра [10, 11].

Процесс деинституционализации психиатрической помощи, происходивший в середине прошлого века в ряде стран (Англия, США, Канада, Германия, Италия), предполагал перевод пациентов, живущих в психиатрических больницах, на альтернативные виды помощи по месту жительства; предотвращение возможных случаев поступления в стационар и направление в различные альтернативные службы; развитие специальных служб для оказания помощи группе пациентов психиатрического профиля, находящихся вне стационаров. Благодаря процессу деинституционализации произошел переход к биопсихосоциальной модели психиатрии, в соответствии с которой на жизнь пациентов психиатрического профиля влияют взаимодействующие биологические, психологические и социологические факторы. Основные требования к новой системе помощи: гибкость, непрерывность психиатрической помощи по месту жительства, обеспечение доступа к стационарной помощи, оказываемой в течение необходимого времени всем нуждающимся в ней. Важно, чтобы лица, страдающие длительно текущими тяжелыми психическими расстройствами, могли получать помощь в течение длительного времени предпочтительно в одном и том же учреждении и у одних и тех же врачей [12].

В 1978 г. в Италии принятие Закона Базальи, предусматривающего реформу психиатрии, ознаменовало переход от стационарной к внебольничной системе оказания помощи в области охраны психического здоровья. Основная цель реформы состояла в том, чтобы пациенты получали лечение по месту жительства, а не в психиатрических больницах. Следуя итальянской модели, аналогичные системы оказания психиатрической помощи получили широкое распространение в мире. Внебольничная модель оказания помощи ориентирована на содействие интеграции в общество и соблюдение прав человека в отношении лиц с психическими расстройствами, так как она предусматривает свободу выбора пациентами вида лечения. К 2000 г. все психиатрические больницы были закрыты, а все пациенты выписаны. Психиатрическая помощь осуществляется через Департамент психического здоровья, который является головной организацией, отвечающей за соответствующую специализированную помощь по территориальному принципу; сюда входят психиатрические отделения, открытые в больницах общего профиля, учреждения интернатного типа, центры психического здоровья, дневные стационары и отделения дневного пребывания [13].

В США психиатрическая помощь населению оказывается на уровне муниципалитетов. Во второй половине XX в. была проведена большая реформа психиатрии, в ходе которой значительно уменьшено финансирование стационаров. С 1955 по 1998 г. число коек в государственных психиатрических больницах сократилось с 339

до 21 на 100 000 населения, а в некоторых штатах, например в Калифорнии, – до 3 на 100 000 населения [9]. Было начато формирование муниципальных психиатрических центров. Сегодня один такой центр обслуживает в среднем 150 000 населения. Центры имеют койки для лечения тяжелых расстройств, но основной объем помощи оказывается амбулаторно, с ориентацией на ресоциализацию пациентов. Амбулаторно принимают не только психиатры, но и вспомогательные работники: психотерапевты, психологи, консультанты для пациентов с алкоголизмом и наркоманиями. Есть няни и социальные работники, некоторые центры помогают пациентам устроиться в дотированное жилье и на дотированные рабочие места [14].

Амбулаторная психиатрическая служба в Великобритании регламентируется 2 законами о психиатрической помощи. В 1930 г. законодательно были закреплены добровольная госпитализация и амбулаторные клиники. Закон 1959 г. требовал, чтобы больницы после выписки предоставляли пациентам амбулаторное наблюдение по месту жительства, обязал больницы работать совместно с местными социальными службами, а социальные службы – обеспечивать пациентов жильем и оказывать им поддержку. Результатом этого стало формирование секторального принципа работы психиатрической службы с прикрепленным населением 50 000 человек на каждый сектор. Психиатрическая служба в каждом секторе представляла собой мультидисциплинарную команду специалистов (в последующем они стали называться «амбулаторные психиатрические бригады» – Community Mental Health Teams (CMHTs)), которая принимала всех пациентов, направленных семейными врачами. Секторальные бригады развили подход к оказанию помощи пациентам с акцентом на выработку навыков и широкий охват помощью, которая предоставлялась преимущественно участковыми медсестрами. Здравоохранение Великобритании финансируется за счет централизованного налогообложения. Традиционная непрерывность стационарной и амбулаторной медицинской помощи недавно была нарушена. В течение последнего десятилетия жесткой экономии дневные стационары были упразднены и, наряду с сокращением числа стационарных коек, резко возрос уровень недобровольной госпитализации. Психиатрическая помощь находится в несколько стесненном положении, получая финансирование в размере 11% от общего фонда здравоохранения, в то время как на психические заболевания приходится 23% бремени болезней [15].

Система оказания психиатрической помощи в Финляндии в связи с серьезным экономическим кризисом в начале 1990-х гг. прошла быструю трансформацию от институционального к внебольничному функционированию за счет реализации государственных программ. В настоящее время основной административно-территориальной единицей, ответственной за оказание всех услуг здравоохранения в Финляндии, является муниципалитет. Муниципалитеты могут сотрудничать между собой в организации здравоохранения посредством объединения муниципалитетов либо больничных округов. Услуги в большей степени ориентированы на амбулаторный режим. Несмотря на рост числа населения, количество коек в настоящее время составляет 1/5 их количества за предшествующий 40-летний период. В 2017 г. амбулаторной психиатрической помощью воспользовались 191 895 пациентов (около 4% жителей Финляндии), а общее количество приемов составило 2,25 млн. Психотерапия в основном проводится частным образом лицензированными психотерапевтами. В Финляндии отсутствует проблема бездомности среди выписанных

психиатрических пациентов. Кроме того, деинституционализация не привела к повышению смертности среди людей с тяжелыми психическими заболеваниями [16].

Стационарный психиатрический коечный фонд в Сербии – 41 койка на 100 000 населения. Правительством была поставлена задача деинституционализации психиатрии и перехода от стационарного к более широкому амбулаторному лечению. С этой целью создаются и открываются территориальные психиатрические центры. В 2005 г. открылся первый центр в Белграде и с тех пор каждый год открывается примерно по одному новому центру. Барьером к более высоким темпам реформы является недостаточность средств [17].

Греция исторически имеет высокий уровень обеспеченности населения специалистами-психиатрами (один из самых высоких в Европе). Коечный фонд составляет 70 коек на 100 000 населения. С 1985 г. проводится реформа психиатрии в соответствии с принципами Евросоюза и переходом от стационарного к преимущественно амбулаторному территориальному лечению, интегрированному с социальной помощью. Греция получила значительные объемы финансирования данной реформы от Евросоюза [18].

Психиатрическая помощь в Португалии оказывается на региональном и местном уровне. В стране всего 2 больших психиатрических больницы примерно по 250 коек каждая. Однако при этом имеется большое число так называемых частных больниц. Пациенты психиатрического профиля лечатся также в больницах общего профиля. Общее число больниц, оказывающих психиатрическую помощь, – около 50. В стране разработаны планы развития местных психиатрических центров. В 2015 г. их насчитывалось около 40. Кроме непосредственного лечения пациентов психиатрического профиля как амбулаторно, так и в дневных стационарах, данные центры занимаются социальным обслуживанием, работой с пациентами с наркоманиями, превентологией среди подростков, предоставлением дотированного жилья и дотированного трудоустройства пациентам. Проблемами на пути к дальнейшей деинституционализации психиатрии являются острая нехватка кадров и финансирования, а также недостаточная координация работы различных служб, связанных с оказанием психиатрической помощи [19].

Внебольничная психиатрическая служба в Норвегии состоит из местных центров психического здоровья, сотрудничающих с врачами общей практики, первичной психиатрической службой в муниципалитетах, а также с психиатрами и психологами, ведущими частную практику. Местные центры психического здоровья были сформированы в 1980-х гг. для оказания широкого спектра услуг по охране психического здоровья на подведомственных им территориях. Центры располагают амбулаторными клиниками, выездными бригадами и стационарными отделениями. Они обслуживают большую группу пациентов, нуждающихся в специализированной психиатрической помощи, а также сотрудничают с психиатрическими службами на базе больниц. Местные центры психического здоровья, как и больницы, управляются 19 здравоохранительными трестами, которые финансируются государством. Увеличение ресурсов внебольничной психиатрической службы было важной целью национальной программы психического здоровья с 1999 по 2008 г. За последнее десятилетие на фоне снижения количества больничных коек в местных центрах психического здоровья наблюдается рост числа выездных бригад, в том числе кризисных бригад, бригад по раннему вмешательству при психозе, а также ассертивных

бригад. Бригадная помощь при проблемах с психическим здоровьем также является частью первичной медико-санитарной помощи, включая помощь пациентам с тяжелыми психическими заболеваниями. Количество психиатрических коек в стране сократилось со 176 в 1998 г. до 86 на 100 000 населения в 2017 г. 40% коек находится при местных центрах и ориентированы больше на сестринский уход. Следует также отметить высокий уровень финансирования психиатрической службы в Норвегии, что и сделало возможным создание местных центров. Так, бюджет психиатрической службы составляет более 6% от всего бюджета здравоохранения, который, в свою очередь, равен 10% всего бюджета страны [20].

Таким образом, деинституционализация и перенос ее на местный амбулаторный уровень требуют значительного увеличения финансирования. Территориальные центры, дневные стационары, социальные услуги, дотирование жилья и рабочих мест требуют многократного увеличения выделяемых средств и подготавливаемых кадров. Более-менее успешно проведенной такую реформу можно считать только в странах с высоким уровнем экономического развития. В странах с переходной экономикой (Восточная Европа) реформа психиатрии проводится исключительно за счет значительных, и не только единовременных, но и постоянных, дотаций Евросоюза. Недостатком такой системы является ее неустойчивость при сокращении внутреннего и внешнего финансирования. Кроме того, ликвидация больших стационаров создает проблемы с базой для научных исследований и разработки новых методов лечения [21].

В Российской Федерации также имеется тенденция к сокращению коечного фонда: на конец 2018 г. обеспеченность населения психиатрическими койками составляла 8,60 на 10 000 населения, что в 2–20,5 раза ниже, чем в Нидерландах и Германии [11]. В 2000 г. коечный фонд составил 1671,6 тыс. койко-мест; в 2014 г. – 1266,8 тыс. койко-мест. В г. Москве в последнее десятилетие в психиатрической службе активно развиваются внебольничные стационарзамещающие формы помощи. Реформы, проводимые в Москве, предполагают сокращение удельного веса стационарной помощи, реорганизацию коечного фонда, расширение объемов амбулаторной, стационарзамещающей помощи, сохранение преемственности между стационарными и амбулаторными учреждениями [11, 12]. Происходящие в России процессы деинституционализации обусловливают необходимость соразмерного развития системы служб охраны психического здоровья по месту жительства. При наличии ряда неоспоримых преимуществ ухода от традиционного лечения в рамках стационаров следует учитывать, что аналогичные процессы в ФРГ и Великобритании на определенном этапе привели к недостаточному уровню охвата населения системой амбулаторной службы и длительному ожиданию получения необходимой помощи. При этом данные проблемы в указанных странах Европы так и не преодолены в полной мере до сих пор. На основе анализа ситуации в здравоохранении Российской Федерации министром здравоохранения заявлено, что дальнейшее сокращение коечных мест является нецелесообразным и необходимо развивать коечную сеть, уделяя большее внимание паллиативным и реабилитационным койкам.

В Республике Беларусь также проводится оптимизация психиатрического коечного фонда, направленная на рациональное использование психиатрических коек, сокращение и перепрофилизацию неэффективно функционирующих коек, сокращение удельного веса стационарного вида психиатрической помощи с увеличением ее

внебольничных видов. По официальным статистическим данным, на конец 2020 г. показатель обеспеченности психиатрическими койками составил 5,9 на 10 000 населения [22].

Приведенные данные свидетельствуют о необходимости продолжения развития реформ в области организации психиатрической помощи. Более активного развития требуют стационарзамещающие технологии, которые имеют в сравнении со стационарными ее видами ряд несомненных преимуществ социального и экономического плана. Однако для плавного и менее безболезненного осуществления реформ необходимо тщательное планирование и адекватное финансирование, вложение средств в развитие материальных и человеческих ресурсов служб по месту жительства [10].

В последнее время особенно важное значение придается взаимодействию психиатров с врачами, осуществляющими первичную помощь. По мнению экспертов ВОЗ, одним из основополагающих принципов охраны психического здоровья на первичном (общественном, социальном) уровне является следующий принцип: специалисты в области охраны психического здоровья и ресурсы этой системы должны быть полностью интегрированы в службы первичной медико-санитарной помощи и систему социальной защиты в целях решения задач просвещения, поддержки и оказания консультативной помощи [3, 10]. Расширение вспомогательных профессиональных и добровольных организаций, включая службы социального обеспечения, консультативные службы для молодежи, службы оказания помощи на дому престарелым, группы послебольничной помощи и самопомощи, а также систему советов по «телефонам доверия», способствует повышению уровня охраны психического здоровья путем растущего охвата пациентов психиатрического профиля или людей, находящихся под угрозой возникновения психического заболевания, а также поддержания связи с пациентами, выписанными из стационара [23]. Задачей социальных работников является осуществление профилактических мер путем содействия социальному благополучию, оказания помощи таким институтам, как семья и школа, а также организации рекреационных программ.

Нормативное регулирование взаимодействия медицинских и социальных служб, задействованных в работе с пациентами психиатрического профиля, является основополагающим фактором, влияющим на качество оказания психиатрической помощи лицам с психическими расстройствами [4].

Важными задачами в процессе предоставления помощи лицам, страдающим нарушениями психического здоровья, являются реабилитация пациента в обществе и восстановление его как личности. В связи с этим инвалиды вследствие психических расстройств нуждаются в разработке персонифицированных программ медико-социальной реабилитации. В таких программах кроме лечебно-профилактических мероприятий должны быть предусмотрены адаптационное обучение, подготовка к независимому образу жизни, пользованию бытовыми приборами, а также разработка индивидуальных решений по адаптации жилищно-коммунальных условий к инвалиду [22].

Реабилитация в психиатрии подразумевает широкий многоэтапный процесс, объединяющий весь путь социального и трудового восстановления и устройства пациентов психиатрического профиля, который осуществляется представителями многих профессий (врачи, психологи, педагоги, социальные работники, экономисты, социологи) и требует координированной работы многих министерств и ведомств

(здравоохранения, социальной защиты, образования, службы занятости и т. д.), а также государственных и частных предприятий, общественных организаций. В настоящее время в западных странах существуют такие виды организации психиатрической помощи, которые позволяют пациентам не быть отрешенными от мира, от общения с людьми и пользования повседневными средствами бытия. К ним относятся: дома-клубы для местного пребывания, дневные центры семейного типа для взрослых и детей, центры с коротким временем пребывания, направленные на улучшение здоровья и социальное восстановление личности [7]. Общественные организации с таким направлением деятельности имеются и в Беларуси.

Проблемы координации или разделения обязанностей могут возникнуть между различными группами специалистов, принимающих участие в осуществлении долгосрочных программ помощи пациентам и инвалидам психиатрического профиля. Часто административные рамки систем здравоохранения, образования, социального обеспечения не совпадают, поэтому невозможно определить ту часть населения, за которую несет ответственность данный комплекс служб [22]. Примером этому может служить смешение социальной и медицинской помощи в психоневрологических интернатах. Психоневрологические интернаты – стационарные учреждения для социального обслуживания лиц с психическими и психоневрологическими заболеваниями. Лицам, находящимся в психоневрологических интернатах, проводится оказание психиатрической помощи, одновременно данные учреждения являются учреждениями социальной защиты населения [23].

В России в 2016 г. созданная при Министерстве труда и социальной защиты Российской Федерации рабочая группа начала разработку плана реформирования психоневрологических интернатов. Актуальные аспекты реформы психоневрологических интернатов: возможные виды альтернативного проживания лиц с нарушениями психического здоровья, включая тренировочные квартиры, деятельность координаторов психосоциальных и медицинских услуг в психоневрологических интернатах, организация сопровождаемого проживания, психосоциальной реабилитации в психоневрологических интернатах и многое другое [23]. Проводимая реформа психоневрологических интернатов – это длительный процесс, требующий системного подхода: пересмотра нормативно-правовых актов, регулирующих деятельность психоневрологических интернатов; изменения санитарных правил и норм, относящихся к устройству помещений и проживающих в них подопечных; активного внедрения стационарзамещающих технологий социального обслуживания, предусматривающих возможность предоставления инвалидам социальных услуг, услуг по реабилитации и абилитации, образовательных услуг; содействия в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, иной социальной помощи (не относящейся к социальным услугам) и др. [22].

Согласно Положению о психоневрологическом доме-интернате для престарелых и инвалидов, утвержденному постановлением Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 10 января 2013 г. № 5 «Об утверждении положений об учреждениях социального обслуживания», основной задачей психоневрологического дома-интерната является организация ухода, бытового обслуживания и медицинской помощи гражданам, которые признаны недееспособными. Оказание психиатрической помощи лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями), в стационарных учреждениях социального обслуживания регламентируется

Законом Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи». Рассмотрение вопроса о создании единой структуры оказания психиатрической помощи позволило бы приблизиться к решению проблемы межведомственного взаимодействия на всех этапах ее оказания.

Очевидна целесообразность дальнейшего совершенствования полипрофессиональной модели оказания психиатрической помощи, т. е. привлечения психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников и других работников, а также активного внедрения и применения инновационных и нестандартных методов в профилактике, лечении и реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. *European Declaration on Mental Health. Problems and ways to solve them*. WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Helsinki. WHO. 2005; 11 p.
2. *European Mental Health Action Plan*. Cheshme. Izmir. WHO. 2013; 26 p.
3. *Comprehensive Mental Health Plan 2013–2020*. WHO. 2013; 37 p.
4. *European Framework for Action on Mental Health 2021–2025* / Regional Committee for Europe. Seventy-First Session, Virtual Session, September 13–15, 2021. WHO. 2021; 5 p.
5. The mental health context. *Mental Health Policy and Service Guidance Package*. Geneva. World Health Organization; 64 p.
6. Yevsegneyev R.A. Psychiatry: what has changed in the last three decades. *Zdravookhraneniye*. 2018;12:21–28.
7. Unützer J., Carlo A. D., Collins P. Y. Leveraging collaborative care to improve access to mental health care on a global scale. *World Psychiatry*. 2020;19(1):36–37.
8. Polyansky D.A. Shmukler A.B., Shport S.V. Problems of the organization of psychiatric care and factors influencing it in African countries. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*. 2020;30(3):86–92.
9. Tsyganok L.A. Reforming the psychiatric service. Experience of the USA and Europe. *Nezavisimyy psikhiatricheskiy zhurnal*. 2007:64–74.
10. Yevsegneyev R.A. Main trends and directions of development psychiatric care in Europe today and the state of affairs in the Republic Belarus. *Psikhiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya*. 2015;4(22):112–120.
11. Khalfin R. A. National psychiatric services at the turn of the century. *Psikhiatriya*, 2004;2(8):7–22.
12. Starodubtsev S. *Modern approaches to the organization of the work of the psychiatric care service Regional experience in the modernization of psychiatric services*: a collection of materials of the Scientific and Practical Conference. Ed. G.P. Kostyuk. Moskva. 2017:274–295.
13. Sampogna G. Community Mental Health Services in Italy. *Consortium Psychiatricum*. 2021;2(2):86–92.
14. Hamm J.A., Rutherford S., Wiesepape C.N., Lysaker P.H. Community Mental Health Practice in the United States: Past, Present and Future. *Consortium Psychiatricum*. 2020;1(2):7–13.
15. Burns T. Community-Based Mental Health Care in Britain. *Consortium Psychiatricum*. 2020;1(2):14–20.
16. Korkeila J. Organization of Community Psychiatric Services in Finland. *Consortium Psychiatricum*. 2021;2(1):55–64.
17. Lecic-Tosevski D., Milosavljevic M. Community Mental Health Care in Serbia: Development and Perspectives. *Consortium Psychiatricum*. 2021;2(2):81–85.
18. Anargyros K.P., Christodoulou N.G., Lappas A.S. Community Mental Health Services in Greece: Development, Challenges and Future Directions. *Consortium Psychiatricum*. 2021;2(4):62–67.
19. Frias P., Pinto da Costa M. Community psychiatry in Portugal: a critical review. *Consortium Psychiatricum*. 2020;1(1):49–59.
20. Ruud T., Friis S. Community-based Mental Health Services in Norway. *Consortium Psychiatricum*. 2021;2(1):47–54.
21. Karpenko O.A., Kulygina M.A., Kostyuk G.P. Community-based psychiatry around the world. *Consortium Psychiatricum*. 2020;1(1):47–48.
22. Korotkevich T.V. *Psychiatric care for the population of the Republic of Belarus 2018–2020*: infor.-stat. sb. 2021; 216 p.
23. Truschelev S.A., Kekelidze Z.I., Demcheva N.K. Disability due to mental disorders in the Russian Federation. *Rossiyskiy psikhiatricheskiy zhurnal*. 2019;3:4–10.
24. Churkin, A.A. Social aspects of the organization of psychiatric care and mental health. *Rossiyskiy psikhiatricheskiy zhurnal*. 2012;6:4–10.
25. Tyumenkova G.V. On the issue of reforming psycho-neurological boarding schools. *Psikhicheskoye zdorov'ye*. 2019;9:11–15.
26. Tyumenkova G.V., Belyaeva T.V. Sheltered housing and assisted living: forms, problems, solutions. *Psikhicheskoye zdorov'ye*. 2019;4:9–14.