

Глава 39 ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБ

Представьте, что вы отвечаете за составление плана детской и подростковой службы психического здоровья (ДПСПЗ) вашего района. В зависимости от того, из какой вы страны, вас могут попросить сделать это от имени правительства, учреждения здравоохранения, или международной благотворительной организации. Что вы будете делать? Эта глава не может сообщить вам единственно правильный ответ - отчасти потому что такой ответ зависит от местных обстоятельств, а отчасти потому, что может быть не один правильный ответ, а несколько хороших. Вместо этого, эта глава познакомит вас с некоторыми ключевыми пунктами, которые вам нужно будет принять во внимание, чтобы составить свой план.

Зачем вообще планировать?

Хороший план лучше плохого, но не лучше ли предоставить развитие служб силам рынка? В том, что касается обеспечения потребителем товарами, экономики свободного рынка, как правило, превосходят плановые экономики, по крайней мере, с точки зрения количества и выбора. Могла бы «невидимая рука» свободного рынка также хорошо устроить службы психического здоровья детей? Для некоторых хорошо информированных и состоятельных семей, свободный рынок может предоставить хорошее обслуживание. Однако для общества в целом, было бы ошибочно предоставить охрану психического здоровья детей свободному рынку без планирования или государственного участия. Вот некоторые причины этому:

- 1) Семьи хорошо умеют ходить по магазинам за яблоками или обувью, потому что они знают, чего хотят и могут оценить то, что получают. В противоположность этому, как может семья узнать, если подросток становится депрессивным, следует ли им искать психоанализ, когнитивно-поведенческую терапию, травяные лекарства, межличностную терапию, медикаментозное лечение, семейную терапию или вообще ничего? И даже если они действительно знают, как они могут отличить хорошего поставщика от плохого? Недостаточная информация – главное препятствие для эффективной работы рыночных сил. Например, частные больницы могут быть заинтересованы в том, чтобы убедить семьи использовать дорогой стационарный уход, в то время как амбулаторное лечение было бы дешевле и эффективнее.
- 2) За исключением больших городов, у профессиональных поставщиков могут быть местные монополии. Это может приводить к тому, что они будут завышать цену и тем самым подрывать эффективность свободного рынка.
- 3) Частные службы часто неравномерно распределены по стране, концентрируясь в богатых районах, особенно в больших городах. Если полагаться исключительно на силы свободного рынка, некоторые регионы часто останутся существенно недообеспеченными.
- 4) Для семей с низким доходом стоимость продолжительного лечения или госпитализации в стационар будет непомерно высокой, и даже краткая амбулаторная консультация может быть не по средствам. Поскольку во многих странах бедность - мощный фактор риска детских психиатрических проблем, если полагаться исключительно на свободный рынок, некоторые из наиболее уязвимых детей были бы отрезаны от необходимой им помощи.
- 5) Даже когда родители достаточно состоятельны, чтобы оплатить частную помощь при проблемах с психическим здоровьем у своих детей, они могут предпочесть истратить свои деньги на другие вещи. Некоторые факторы риска детских психических расстройств (такие как недостаток интереса у родителей, или враждебность по отношению к данному ребенку) также уменьшает готовность родителя платить.

- 6) Психическое здоровье - не частное дело. Вас может ограбить или изнасиловать тот, чью антисоциальную карьеру можно было бы предотвратить, если бы только его семье могли бы предоставить тренинг родителей по управлению или мультисистемную терапию. Здоровоохранение – это то, что экономисты описывают как «общественное благо»³⁴, поскольку пользу извлекает не только человек, получающий охрану здоровья, а есть и более широкая польза для общества в целом. Общественные блага обычно недостаточно обеспечиваются свободным рынком. То же самое часто относится к предупреждению, и даже еще больше.
- 7) «Объединенная» работа здравоохранения, социальных служб и образования часто является важной частью ведения детей с психическими расстройствами, отражая сложные взаимоотношения между проблемами с психическим здоровьем, социальными проблемами и проблемами с обучением. Силы свободного рынка могут скорее способствовать межпрофессиональному и межведомственному соперничеству, а не сотрудничеству.

По этим и другим причинам, ни одно общество не должно исключительно полагаться на «невидимую руку» свободного рынка, чтобы предоставить и разместить обеспечение психического здоровья детей. Чтобы предоставить оптимальную охрану психического здоровья детей, свободный рынок необходимо дополнить или заменить, но это улучшит дело, только если вмешательства хорошо спланированы.

Широта охвата

В пределах здравоохранения, иногда полезно провести различие между традицией, направленной «на пациента» и традицией, направленной «на популяцию». Большинство клиницистов твердо укоренились в традиции, направленной на пациента – они сосредоточены на улучшении здоровья отдельных пациентов, имеющих налицо для обслуживания. В противоположность этому, традиция, направленная на популяцию, сосредоточена на здоровье популяции в целом, в т.ч. и индивидуумов, не имеющих налицо для обслуживания. Последняя перспектива «охраны общественного здоровья» часто особенно уместна для планирования. Например, ДПСПЗ может предоставлять превосходное лечение детям с СДВГ, и клиницисты, работающие в службе, могли бы справедливо гордиться тем, как удовлетворены семьи. Однако если в службе не придерживаются также направленной на популяцию точки зрения, они могут, например, не осознавать, что предоставляют эту превосходную службу 100 детям, в то время как эпидемиологические данные говорят о том, что в районе их охвата имеется около 1000 детей с СДВГ. Что происходит с 900 «отсутствующих»? Возможно, все идет хорошо: 600 хорошо ведутся семейными докторами и педиатрами, тогда как остальные 300 семей сделали хорошо информированный выбор не стремиться к лечению. Однако в большей части мира реальность не так удовлетворительна: многих из «отсутствующих» детей считают ленивыми, глупыми или капризными; и даже когда родители и учителя заподозрили СДВГ, они не знают, как добиться, чтобы детей оценили и лечили эксперты. В недавнем британском исследовании проследили большую репрезентативную выборку детей с психическими расстройствами (вставка 3.1). Только четверть этих детей в течение последующих трех лет были приняты специалистами по психическому здоровью, и хотя некоторые из оставшихся были приняты образовательными, социальными или педиатрическими службами, только половина детей с расстройствами получила какую-либо помощь в течение всего трехлетнего периода. Это слишком мало – когда пренебрегают потребностями детей с поддающимися лечению хроническими расстройствами, серьезно подрывающими качество их жизни в настоящем и будущем, этому нет оправданий.

При планировании службы важно стремиться к широте охвата: удовлетворению потребностей в психическом здоровье всех детей в районе обслуживания, независимо от того, используют ли они в настоящее время эти службы, или нет. Не следует исключать детей из-за их пола, национальности, социального класса, физической инвалидности или интеллектуального уровня. Из-за различных препятствий службы могут показаться недоступными или неприемлемыми. Для того

чтобы служба была доступной, семьям и тем, кто может туда направлять, надо знать, что служба существует, им надо знать, что служба предлагает, и им надо иметь возможность туда добраться (поэтому важно как местонахождение, так и доступность общественного транспорта). Доступность больше, когда службы открыты вовне 9-5 часов и когда в них есть детские ясли для сиблингов. Время ожидания приема не должно быть чрезмерным, необходимо как-то организовать быстрое реагирование на кризисы; некоторые службы стремятся во всех случаях быстро проводить первоначальную оценку, хотя потом для не неотложного лечения может быть список ожидания. На приемлемость службы для семей также влияет отношение персонала и физическое состояние здания.

Четко определенные границы

Многие службы предназначены для географически определенных районов охвата. Важно решить, какие расстройства должны иметь отношение к службам психического здоровья в пределах этого района. Например, будут ли привлекать ДПСПЗ к оценке и лечению заикания, ожирения, энуреза или дислексии? Иногда будет давление к тому, чтобы это делать, особенно если для этих детей нет других служб. Если это сделать, то такой ценой, что службе затем, возможно, придется урезать оценку и лечение «ключевых» проблем с психическим здоровьем, таких как нервная анорексия или обсессивно-компульсивное расстройство. Одна из зон разногласий – в какой мере следует привлекать службы психического здоровья для оценки и лечения оппозиционно-вызывающего расстройства и расстройства поведения. Эти расстройства, несомненно, распространены, тяжелы и дорого обходятся обществу и существует доказательное лечение (см. главу 6). Ясно, что эти расстройства требуется идентифицировать и лечить, – вопрос в том, должны ли это делать службы здравоохранения, образования, социальные службы, благотворительный сектор или какое-либо их сочетание. В настоящее время оппозиционно-вызывающее расстройство и расстройство поведения обеспечивают многим ДПСПЗ более половины их работы. Преимущество тут в том, что эти дети получают помощь, которая иначе могла бы быть недоступна; а недостатком может быть относительное пренебрежение другими расстройствами, нуждающимися в службах психического здоровья, которые нельзя получить в службах образования, социальных службах и всех прочих организациях. Некоторые испытывающие сильное давление ДПСПЗ отреагировали тем, что выбросили оппозиционно-вызывающее расстройство и расстройство поведения из своей компетенции, чтобы сосредоточить свои ресурсы на «ключевых» проблемах психического здоровья – разумная реакция, при условии, что кто-нибудь возьмет ответственность за ведение поведенческих проблем.

Возрастные границы также могут быть полезны. В определенный момент детские и подростковые службы уступают место взрослым службам (надо надеяться, что механизмы перехода хорошие). Должен ли этот переход произойти в 14, 16 или 18, или же согласно клиническому решению? Преимущество последнего – то, что незрелого 17-летнего, который все еще ходит в школу, может быть лучше всего наблюдать подростковой службе, тогда как зрелого 16-летнего, покинувшего школу, может быть лучше всего наблюдать взрослой службе. С другой стороны, размытый возрастной предел может затруднить распределение финансирования между службами. У старших тинейджеров больше, чем у маленьких детей, вероятность серьезных психических заболеваний, требующих длительных или повторных госпитализаций, – поэтому распространение службы для 0-15-летних для включения значительного числа 16-18-летних может потенциально удвоить суммарные затраты. Это замечательно, если доступно дополнительное финансирование, но может стать катастрофой, если отвлечет финансирование от лечения тех, кому меньше 16 лет.

Бюджеты, справедливые к младшим

По всему миру значительно больше денег тратится на службы психического здоровья для любого миллиона взрослых из общей популяции, чем на службы психического здоровья для любого

миллиона детей и подростков из общей популяции. В Британии затраты на психическое здоровье на душу населения (*per capita*) у взрослых более, чем в пять раз больше, чем у детей. Это не потому, что у детей редки проблемы психического здоровья – как подчеркнуто в главе 3 и в других местах, проблемы психического здоровья детей встречаются очень часто, и оказывают большое непосредственное и отсроченное влияние. Краткосрочно, эти проблемы приносят страдание детям и могут также возложить значительный стресс на родителей, сиблингов, учителей и одноклассников. В долгосрочной перспективе, неудачное предотвращение или лечение проблем психического здоровья детей ведет к росту преступности, злоупотребления психоактивными веществами, психических расстройств у взрослых, неудачам в школе, безработице и плохому родительскому воспитанию. Поскольку дети – взрослые будущего, это довод в пользу интенсивных вложений в их психическое здоровье, прежде чем причинен долговременный ущерб. Это, несомненно, сильный довод в пользу того, чтобы прекратить текущее недофинансирование психического здоровья детей и подростков.

Однако в то же время важно помнить, что увеличение расходов на психическое здоровье само по себе не гарантирует улучшение психического здоровья. Покупка большего количества не тех вещей не принесет пользы. Это главный итог проекта Форт Брэг (Fort Bragg), стоившего 80 миллионов долларов и продолжавшегося в течение 5 лет. Проводили сравнительную оценку обычной охраны психического здоровья детей и подростков и более щедро финансируемого варианта, предоставлявшего более интегрированное всеобъемлющее и более доступное обслуживание, при котором клиницистам действительно была дана возможность делать то, что они считали наилучшим, не беспокоясь о затратах. Издержки на один случай примерно удвоились, семьи были более удовлетворены, но заметных изменений в исходах не было: дети и подростки поправлялись с одинаковой частотой, безотносительно к чему-либо. Команда исследователей пришла к заключению, что было преждевременно сосредоточиваться на финансировании и организации службы, не обеспечив прежде, чтобы службы предоставляли эффективное лечение. Больше ненужного вряд ли поможет.

Обеспечение высокого качества

Два оплота качественной службы – тщательная оценка и доказательное лечение. Этим ключевым темам и посвящена остальная часть этой книги. Здесь немного можно добавить, за исключением того, что доказательная основа того, какие виды действуют, становится все больше, но некоторые ДПСЗ не спешат их использовать. Когда проверенные виды лечения доступны, нет никакого смысла пренебрегать ими в пользу тех видов лечения, которые оказались в значительной степени или полностью неэффективны, или тех, которые не были должным образом оценены. Это не только расточительно, но и неэтично: лишение детей эффективного лечения краткосрочно приводит к ненужному страданию, а в долгосрочной перспективе может вызвать длительный ущерб. Необходимо установить такие механизмы, чтобы поощрять службы за применение эффективных видов лечения и препятствовать им по-прежнему использовать неэффективные.

Предоставлять хорошее соотношение цены и качества

Потребности психического здоровья детей обширны, а бюджеты ограничены. И даже если бы распределение денег между службами психического здоровья было бы более справедливым по отношению к детям, вероятно, все же было бы невозможно сделать все. Тем не менее, можно сделать больше и при ограниченном бюджете, когда издержки удерживают низкими, не подрывая качества. Вот некоторые способы предоставить хорошее соотношение цены и качества:

- (1) ***Какая-то помощь бесплатна*** или может быть приобретена по низкой цене самими семьями. Часто целесообразно поощрять семьи использовать книги и сайты Интернета по самопомощи (их, например, можно обнаружить через www.youthinmind.net). Некоторые из них пре-

восходны, и при легких проблемах и находчивых родственниках может оказаться, что это все, что требуется. Также могут быть очень полезны телефоны доверия, организации родителей и другие добровольческие организации. Рандомизированные контролируемые испытания указывают на то, что самопомощь с использованием родителями книг и руководств может быть эффективна.

- (2) **Предоставлять помощь в наиболее рентабельной обстановке.** Для того чтобы улучшить психическое здоровье детей, иногда может быть более целесообразно и экономно предоставлять обслуживание вне специальных учреждений психического здоровья. Например, семьям может быть дешевле и удобнее, если семейные врачи и педиатры будут уметь назначать стимуляторы во всех, кроме самых сложных или резистентных к лечению случаев СДВГ. Сходным образом, если в настоящее время издевательство приводит к тому, что службам психического здоровья детей приходится тратить много времени на лечение вызванных им расстройств, связанных со стрессом, самое дешевым и лучшим решением может быть вложение большего количества средств в программы по уменьшению издевательств, проводимые в школе. Чтобы ускорить работу такого рода, специалисты по психическому здоровью детей могут участвовать в подготовке учителей, педиатров, социальных работников и другие специалистов, или работать рядом с ними в школах, педиатрических клиниках, домах-интернатах и других учреждениях. Однако здесь требуется осторожность, поскольку все больше литературы о том, что для того, чтобы получить существенный терапевтический эффект, важно использовать квалифицированных и хорошо подготовленных психотерапевтов. Новаторских схем для распространения навыков много, но перед тем, как их широко принять, каждую нужно подвергать оценке с точки зрения и цены и эффективности.
- (3) **Оптимизировать смесь навыков.** Продуктивность можно значительно улучшить специализацией и разделением труда. Область действия здесь зависит от размера команды психического здоровья: чем меньше команда, тем меньше места для специализации. Если команда потенциально достаточно большая, чтобы обеспечить специализацию, не делать этого, как правило, будет расточительством. Представьте себе команду, полностью укомплектованную детскими психиатрами – это, почти несомненно, было бы дороже, чем смешанная команда из психиатров и психологов, и к тому же она, возможно, не предоставляла бы психологическую терапию столь же хорошего качества. Обычно врачи – наиболее дорогие члены команды, и их следует использовать расчетливо – для тех вещей, которые они могут делать лучше всего, например, для медицинской оценки, фармакотерапии или интегрированных комплексов фармакотерапии и психологической терапии. Использовать врачей для предоставления психологической терапии при отсутствии медицинского компонента – редко будет хорошим использованием ресурсов. Сходные соображения относятся и ко всем другим специалистам, включая психологов, медсестер и семейных психотерапевтов: соответственно ли используются их уникальные навыки? Не могла бы некоторая часть их работы быть столь же хорошо (или еще лучше) выполнена кем-либо еще, кто обойдется дешевле? Использовать высококвалифицированный персонал для простых заданий – это, скорее всего, пустая трата денег, которые можно было бы использовать для того, чтобы помочь большему количеству детей. Однако использование недостаточно квалифицированного персонала может равным образом снизить рентабельность и причинить вред детям, если худшее качество лечения подорвет его эффективность. Тем не менее лечить простые случаи менее дорогостоящими сотрудниками с менее обширной подготовкой может быть хорошей идеей, но жизненно важно, чтобы их хорошо контролировали более опытные сотрудники.
- (4) **Подход с приращениями.** Дети с легкими проблемами могут не нуждаться в длительной и сложной оценке и лечении; может быть, краткая оценка и терапия без посторонней помощи – все, что им нужно. Если же простой подход не действует, тогда может быть целесообразно перейти к более детальной мультидисциплинарной оценке и более длительным комплексам лечения. С другой стороны, если тот, кто направил ребенка, с самого начала разъяснит, что у

него (или у нее) сложное и загадочное расстройство, которое потребует мультидисциплинарной оценки, будет напрасной тратой ресурсов проводить первую оценку без посторонней помощи. Гибкий набор возможных вариантов более эффективен, чем подход типа «всем подойдет один размер». Может быть полезна такая иерархия обслуживания:

- (а) Большинству детей с легкими и умеренными проблемами оценка и лечение могут быть предоставлены специалистами по психическому здоровью детей, работающими в школах и первичных учреждениях здравоохранения, без посторонней помощи. Этим специалистам требуется подготовка на широкой основе, позволяющая им предоставлять относительно простые виды лечения для широкого спектра проблем.
- (б) Дети, не поддающиеся простым подходам, могут быть направлены к районным специалистам ДПСПЗ. Также можно направлять непосредственно в ДПСПЗ детей с тяжелыми проблемами. Поскольку обслуживание предоставляется несколькими специалистами, здесь есть место для специализации и гибкой смеси самостоятельной работы без посторонней помощи и работы в команде.
- (в) Еще меньшее количество детей с редкими и трудными для лечения расстройствами принимают высоко специализированные региональные или национальные службы – амбулаторно или как пациентов стационара.

Хороший пример подхода с приращениями - программа родительского воспитания «Тройка Р». Уровень 1 – предоставление универсально значимой информации по воспитанию через телевизионные и радиопрограммы. Уровень 2 состоит из двух 20-минутных консультаций работника первичного звена, пользующегося руководством, чтобы преодолеть изолированные поведенческие проблемы. Уровень 3 включает четыре 40-минутных сеанса, предоставляемых более опытными практиками при более широко распространенных проблемах. Уровень 4 - десятидневная программа по 2 часа в неделю, проводимая квалифицированным специалистом по психическому здоровью. Те, кто не реагирует на это как следует, переходят на уровень 5, включающий дополнительные восемь недель более интенсивной работы с семьей.

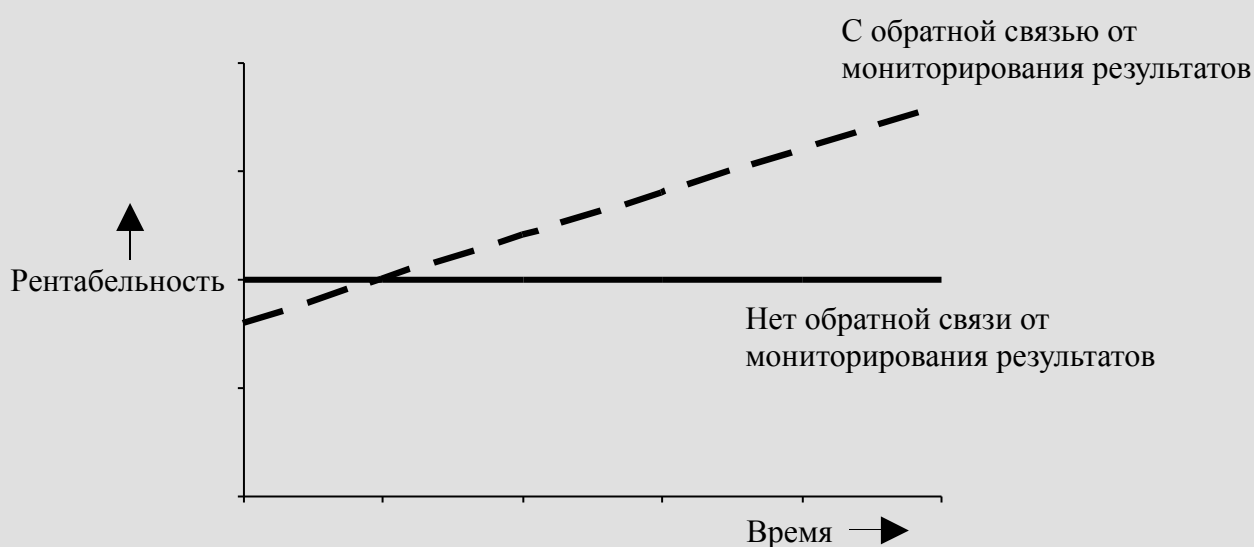
- (5) **Предупреждение или излечение?** Предупреждение – настолько привлекательный вариант, что плановики часто предполагают, что расходуя деньги на предупреждение непременно более ценно, чем расходовать их на излечение. Но это не обязательно верно. Некоторые превентивные подходы не слишком эффективны (см. главу 33). В некоторых случаях, рентабельно вкладывать деньги в предупреждение; в других случаях - лучше вкладывать средства в раннее выявление и эффективное лечение.
- (6) **Трудосберегающие устройства.** Оценка и лечение психического здоровья очень трудоемкие и, вероятно, всегда будут такими. Однако здесь есть место для использования компьютерных технологий, с целью улучшить продуктивность, сохраняя при этом качество. Все больше количество возможных вариантов оценки и лечения с помощью компьютера; общая их цель – в том, чтобы компьютер взял на себя стандартные и повторяющиеся части работы, предоставив специалистам больше свободы для интересных и новаторских частей. Например, компьютерное интервью может задать все стандартные вопросы, и таким образом выявить сферы озабоченности, которые специалисту по психическому здоровью надо исследовать более детально (например, www.dawba.com/fl.html). Компьютеры действительно могут выполнять много скучной работы, которую раньше делал низкооплачиваемый младший персонал – и делать это дешевле!
- (7) **Отдавать предпочтение наиболее рентабельному лечению.** Если, несмотря на описанные выше меры, в пределах доступного бюджета все же невозможно удовлетворить все нужды психического здоровья детей, тогда должно быть нормировано обеспечение. Необходимость нормирования все больше признается во всех сферах здравоохранения, поскольку имеется широко распространенное (хотя и не всеобщее) согласие в том, что нужды и потребности непременно должны превосходить имеющиеся для их удовлетворения ресурсы. Если необ-

ходимо нормирование, то одно из решений – сосредоточиться на наиболее рентабельном лечении, поскольку это принесет наибольшую суммарную пользу за имеющиеся деньги. Впрочем, некоторые могли бы возразить, что это не самый справедливый подход к нормированию, поскольку он может приводить к тому, что некоторые пораженные индивидуумы не получат вообще никакого лечения (поскольку у них такие расстройства, единственное лечение которых мало рентабельно); или к тому, что индивидуумы с легкими, но без труда излечимыми расстройствами получают больше лечения, чем индивидуумы с серьезными, но трудными для лечения расстройствами.

Встроенное совершенствование

Важно разработать такие службы, чтобы они могли со временем совершенствоваться. Два ключевых способа сделать это – программы «продолжающегося профессионального развития» для персонала и стандартное мониторингирование результатов. Все специалисты должны взять на себя обязательство учиться всю жизнь, а службы должны этому способствовать. Кроме того, службы должны контролировать, насколько детям, которых они лечат, в результате этого становится лучше. Это не должно дорого стоить – часто бывает достаточно стандартных опросников, которые заполняют родители, учителя и молодые люди. Эти отчеты «потребителей» дополняют клинические оценки улучшения и, возможно, меньше подвержены искажениям. Посредством стандартного мониторингирования результатов службы могут увидеть, кому они помогают больше всего и меньше всего. Это может привести к тому, что они сосредоточат больше своих ресурсов на том, что у них получается лучше всего, но может привести и к тому, что они будут пробовать новые подходы к такого рода проблемам, которые в прошлом не так хорошо поддавались. Так или иначе, но изменение практики в ответ на мониторинг результатов увеличивает вероятность того, что служба в этом году принесет больше пользы, чем в прошлом. Именно эта возможность изменения оправдывает вложение в ограниченных средств в мониторингирование результатов (вставка 39.1). И хотя не мониторируя результаты, служба может краткосрочно сэкономить деньги, которые позволят ей в силу этого лечить больше детей, в долгосрочной перспективе она потеряет благоприятную возможность усовершенствоваться.

Вставка 39.1 Регулярное мониторингирование результатов увеличивает расходы в краткосрочной перспективе, но в долгосрочной перспективе способствует росту эффективности



Дополнительное чтение

- Audit Commission (1999) *Children in Mind: Child and adolescent mental health services*. Audit Commission, London.
- Bickman L. Continuum of care: more is not always better. *American Psychologist*, 51, 689-701.
- Goodman R. (1997) Child mental health: who is responsible? An overextended remit. *British Medical Journal*, 314, 813–814.
- Goodman R. (1997) Who needs child psychiatrists? *Child Psychology and Psychiatry Review*, 2, 15–19.
- Sanders M.W. et al. (2003) The triple P–positive parenting program: a universal population-level approach to the prevention of child abuse. *Child Abuse Review*, 12, 155–171.