

## «Нельзя управлять тем, что невозможно измерить» – важная истина или дорогостоящий миф?

А.М. Kilbourne и соавт.<sup>1</sup> в этом номере журнала приводят разумные и убедительные аргументы в защиту структурированного подхода к организации психиатрической помощи, нацеленного на улучшение качества и результатов. Они говорят об основных инновационных принципах оказания психиатрической помощи (по месту жительства, мультидисциплинарно и персонализированно) в сравнении с другими медицинскими специальностями, имеющими опыт мониторинга и повышения качества работы. Авторы предлагают средства оптимизации, ориентируясь на модель Донабедиана, включающую организацию помощи, лечебный процесс и учет достигнутых результатов.

Авторы правы, когда, в соответствии с принципом «нельзя управлять тем, что нельзя измерить», подчеркивают важность учета и измерения результатов. С этой задачей могут справиться современные информационные системы управления здравоохранением, выполняющие функцию «базиса» надежного функционирования систем здравоохранения. Информационные системы регулярно генерируют качественную информацию по вопросам здравоохранения, они также используются для принятия решений при управлении ресурсами, мониторинге услуг, надзоре и повышении качества медицинского обслуживания.

Противоположной точки зрения придерживается W. Edwards Deming<sup>2</sup>, предостерегая, что указанный выше принцип может быть «дорогостоящим мифом», и его доводы могут быть недалеко от истины.

Во-первых, интуитивно очевидные качественные улучшения могут быть сделаны без данных, требуемых для диагностики проблемы или для подтверждения пользы от изменений. Данные могут помочь создать механизм для дополнительных изменений, но фундаментальная трансформация на пути к «обучающейся системе здравоохранения» носит культурный характер. Хорошо работающие информационные системы в управлении здравоохранением – это только один из компонентов в наборе необходимых мер, совершенствующих здравоохранение. Не менее важны культура повышения качества, ориентированная на работу с коллегами одного уровня; нетехнические трудовые навыки (лидерство, командная работа и коммуникативные навыки); персонализированная помощь, основанная на ценностях и личном выборе, с согласованным планом лечения и пациентами, обученными самопомощи.

Помимо научно обоснованных рекомендаций, некоторые соображения могут быть полезны при поиске маршрутов лечения<sup>3</sup>. Лечение каждого пациента – это неповторимый, уникальный процесс, который варьирует у пациентов с разными симптомами. В то же время стандарты лечения планируются заблаговременно для управления этим процессом у отдельных групп людей. Важно отметить, что таким же образом устанавливаются стандарты, в соответствии с которыми можно оценивать качество работы. Не все в медицине совместимо с таким подходом, поскольку не всегда помощь оказывается «определенной группе пациентов» в течение «определенного периода времени». Стратегия продолжительного лечения психических заболеваний предусматривает гибкое применение в зависимости от клинико-динамических характеристик заболеваний и ответа на терапию. Часто используется подход «ступенчатого лечения», при котором сначала применяется наиболее эффективный, наименее инвазивный, наименее дорогостоящий, быстродей-

ствующий вид диагностики или лечения, который, при необходимости, усложняется на следующем уровне.

Во-вторых, могут возникнуть проблемы с бюрократизацией сбора данных. Слишком часто информационные системы в управлении здравоохранением становятся тяжелым бременем. Очень много анализируемых показателей собираются с упором на заболеваемость, основные услуги и рутинную оценку риска так, что их невозможно применять для улучшения качества медицинской помощи и ее результатов. Проблема усугубляется, когда данные просто собираются и передаются на более высокий уровень системы здравоохранения, где они накапливаются, анализируются и где принимаются централизованные решения без информирования о том, как можно улучшить результативность и качество услуг на местах. Такие системы сбора данных не отвечают базовым требованиям для информационной системы в управлении здравоохранением. Качество данных будет плохим, если сборщики данных исключены из процесса. Эти проблемы можно решить путем упрощения и демократизации.

Если не усложнять, то у лечения гипертензии, диабета и хронической обструктивной болезни легких есть много общего с лечением психозов, эпилепсии и депрессии. По сути дела, людей со всеми этими состояниями нужно идентифицировать (обнаружение болезни и диагностика), привлечь к участию в лечении на основе согласованного плана (начало лечения), поддержать в процессе лечения (приверженность плану лечения), также нужно следить за состоянием (продолжение/прекращение наблюдения), пересматривая методы лечения для достижения оптимальных результатов (целенаправленное лечение). Таким образом, как минимум, нужно собрать пять видов данных, причем приверженность плану лечения и мониторинг результатов должны оцениваться в течение всего процесса лечения.

Демократизация процесса сбора данных подразумевает два ключевых аспекта: участие общественности и пациента в создании и управлении системой («ничего о нас без нас»), и возможность накапливать, анализировать и использовать данные на всех уровнях системы здравоохранения, включая учреждения, коллективы и отдельных работников.

Смартфоны или планшеты, подключенные к облачным сервисам, могут использоваться для сбора, накопления, своевременного анализа и использования данных информационных систем управления здравоохранением. После выявления состояния, требующего постоянного ухода, приложение создавало бы индивидуальный план лечения с намеченными последующими встречами, рекомендациями и параметрами для оценки (посещение врача, приверженность плану лечения, мониторинг результатов), которые должны проверяться при каждом удобном случае. Такие базовые информационные системы в управлении здравоохранением создают электронную медицинскую карту для использования специалистами (обеспечивая преемственность при передаче информации и при лечении) и для отслеживания изменения состояния пациента.

При предоставлении медицинских услуг можно направить усилия на пациентов, более других нуждающихся в помощи (не следующих плану лечения, не посещающих врача, не достигающих улучшения или клинических целей, установленных определенной программой). Корректировка лечения может включать в себя работу с барьерами,

мешающими пациентам следовать плану лечения, модификацию плана лечения или формирование особого подхода к тем пациентам, кому не становится лучше, несмотря на приверженность плану лечения. Быстрый обмен собранными данными может использоваться, в частности, для сравнения качества лечения и его результатов у разных специалистов, учреждений и районов; для организации супервизии и помощи; для выявления лучших специалистов и учреждений для того, чтобы они наставляли других; для информирования об инициативах в работе над качеством с возможностью сразу же оценить их эффективность.

«Глобальная перспектива» – это смелое начинание. В работе, написанной А.М. Kilbourne и соавт., приводятся примеры работы системы здравоохранения США – со сложной специфической моделью финансирования и очень неоднородной структурой. Указанные особенности обуславливают трудности повышения качества медицинской помощи на государственном уровне в тех случаях, когда возможности государства ограничены. В то же время авторы верно указывают на препятствия на пути реформ, возникающие в более единообразных системах здравоохранения, таких как в Великобритании или Канаде. Независимые частные или некоммерческие организации, предоставляющие медицинские услуги, могут действовать свободнее.

В «Глобальной перспективе» желателен акцент на эффективности, но стратификация данных не должна ограничиваться качеством и результатами лечения, но должна также включать в себя оценку охвата лечением. «Лечебный разрыв» в психиатрической помощи – это вызов фундаментальному праву на здоровье во всем мире, в особенности в странах с низким и средним уровнем дохода. Это явление тоже надо оценивать, чтобы бороться с ним.

Больше внимания заслуживает важная роль первичной помощи. В странах с высоким уровнем дохода сдвиг задач (на более низкие уровни системы здравоохранения для того, чтобы разделить решение задачи между разными специалистами) может снизить затраты за счет повышения

эффективности распределения сил и способствовать организации более целостной, интегрированной и персонализированной помощи, в особенности при сопутствующих физических патологиях. При нехватке ресурсов в странах с низким уровнем дохода распределение задач является важной стратегией в преодолении лечебного разрыва. В любых условиях более структурированный подход к оказанию медицинской помощи с использованием данных, собранных для улучшения качества, может внести существенный вклад в развитие.

*M. Prince получает оклад в качестве руководителя исследовательской группы Национального института по исследованиям в области здравоохранения (NIHR) Глобальной системы здравоохранения в Южной Африке, Королевский колледж в Лондоне (Группа по борьбе с выбросами парниковых газов: 16/136/54). Мнение, высказанное автором в этой статье, может не совпадать с официальным мнением Национальной службы здравоохранения Великобритании или Департамента здравоохранения Великобритании.*

### **Martin Prince**

King's Global Health Institute, King's College London, London, UK

Перевод: Филиппов Д.С. (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Захарова Н.В. (Москва)

(World Psychiatry 2018;17(1):1-2)

### **Библиография**

1. Kilbourne AM, Beck K, Spaeth-Ruble B et al. World Psychiatry 2018;17:30-8.
2. Edwards Deming W. The new economics for industry, government, education, 2nd ed. Cambridge: MIT Press, 1994.
3. Schrijvers G, van Hoorn A, Huiskes N. Int J Integr Care 2012;12:e192.
4. Bauer AM, Thielke SM, Katon W et al. Prev Med 2014;66:167-72.

DOI:10.1002/wps.20477