

Библиография

1. Seddon ME, Marshall MN, Campbell SM et al. Qual Health Care 2001;10:152-8.
2. Cassel CD, Conway PH, Delbanco SF et al. N Engl J Med 2014;371:2145-7.
3. Fearnley RA, Bell MDD, Bodenham AR. Br J Anesth 2012;4:557-61.
4. Van Boogaard E, Hermens RP, Leschot NJ et al. Acta Obstet Gynecol Scand 2011;2:186-91.
5. Kirchner JE, Woodward EN, Smith JL et al. Prim Care Companion CNS Disord 2016;18(6).
6. Ruggeri M, Bonetto C, Lasalvia A et al. Schizophr Bull 2015;41:1192-203.
7. Ruggeri M, Lora A, Semisa D et al. Epidemiol Psychiatr Sci 2008;17:358-68.
8. Kendrick T, El-Gohary M, Stuart B et al. Cochrane Database Syst Rev 2016;7:CD011119.
9. Furnival J, Boaden R, Walshe C. Int J Qual Health Care 2017;29:604-11.
10. Cohen DJ, Crabtree BF, Etz RS et al. Am J Prev Med 2008;35(Suppl. 5):S381-9.

DOI:10.1002/wps.20488

Улучшение качества психиатрической помощи в условиях ограниченных ресурсов: выводы из исследования PRIME

Kilbourne и соавт.¹ представляют в своей статье рабочую основу для оценки и улучшения качества психиатрической помощи. Они описывают несколько препятствий, мешающих этим процессам, приводят примеры инноваций, способных помочь преодолеть эти барьеры в разных странах, и предлагают рекомендации по улучшению качества психиатрической помощи. Подавляющее большинство приведенных примеров взято из опыта стран с высоким уровнем доходов. Стоит задуматься о том, существуют ли подобные проблемы в странах с низким и средним уровнем дохода (НСУД) и какие решения можно найти для них в условиях ограниченности ресурсов.

В вопросе улучшения качества психиатрической помощи в странах НСУД можно выделить несколько ключевых проблем. Во-первых, это повсеместная низкая обеспеченность ресурсами, которая сказывается не только на охвате населения, но и на качестве помощи. В пример можно привести всего один показатель: в регионах Африки и Юго-Восточной Азии на 100 000 населения приходится соответственно 1,4 и 4,8 сотрудника службы охраны психического здоровья, а в Европе этот показатель равен 43,5². Во-вторых, в странах НСУД отсутствуют стандартизованные инструменты для мониторинга качества услуг, хотя в некоторой степени эту проблему решают такие инструменты, как Инструмент оценки ВОЗ для служб охраны психического здоровья (WHO-AIMS)³ и инструмент ВОЗ QualityRights⁴. В-третьих, это в целом слабая оснащенность систем здравоохранения, в том числе проблемы неоптимально настроенных, а порой и плохо работающих информационных систем. И, наконец, в-четвертых, это разнообразие культурных сред и стандартов оказания помощи, что делает оценку процесса и результатов лечения чрезвычайно сложной.

Мы столкнулись со всеми этими проблемами в различных формах в «Программе улучшения психиатрической помощи» (Programme for Improving Mental health care, PRIME) при попытке интегрировать психиатрическую помощь в различные системы первичной медико-санитарной помощи с низким уровнем ресурсов и улучшить качество медицинской помощи. PRIME является исследовательской программой, работающей в Эфиопии, Индии, Непале, Южной Африке и Уганде⁵. Наша цель – ответить на следующие вопросы: как мы можем предоставлять научно обоснованные психосоциальные и фармакологические интервенции таким образом, чтобы они интегрировались в существующие системы первичной медико-санитарной помощи и учитывали местные культурные особенности; как мы можем обеспечить высококачественную

помощь при необходимости перераспределять обязанности и использовать работников первичного звена медико-санитарной службы для оказания психиатрической помощи; как мы можем обеспечить непрерывное улучшение качества в сложных условиях выраженной ограниченности ресурсов?

Начиная с 2011 года, мы тесно сотрудничаем с представителями министерств здравоохранения с целью создания одного районного демонстрационного пункта в каждой стране. На начальных этапах наше взаимодействие с партнерами в каждом районном пункте подразумевало применение методов теории изменений с тем, чтобы совместно сформировать гипотетические пути движения пользователей от входа в систему психиатрической помощи до достижения желаемых результатов как на уровне пациента, так и на уровне населения в целом⁶. Во многих отношениях карты, которые мы разработали на основании Теории изменений, опирались на концепцию «структуры, процесса и результата», предложенную Donabedian, и занимающую важное место в работе Kilbourne и соавт.

Помимо содействия партнерам с заинтересованными сторонами на местном уровне, подход Теории изменений позволил рабочим группам PRIME определить набор показателей, характеризующих структуру, процесс и результат. Затем эти показатели были интегрированы в четыре основных проекта исследований для оценки процесса и результатов внедрения планов охраны психического здоровья PRIME в каждом регионе⁷. Эти исследования включали в себя: повторные опросы сообществ для оценки изменений в охвате населения лечением в течение 3-летнего периода; повторные опросы для оценки улучшения навыков сотрудников первичной медико-санитарной помощи по выявлению депрессии и злоупотребления алкоголем; когортные исследования с участием пациентов, страдающих психозами, эпилепсией, депрессией и злоупотребляющих алкоголем, для оценки улучшения симптомов, функционирования и материальных условий на индивидуальном уровне (в том числе в некоторых странах это были рандомизированные контролируемые исследования по типу «случай-контроль» внутри выборки); и, наконец, разборы клинических случаев для оценки показателей эффективности, например количества направленных и пролеченных пациентов, а также таких показателей, как обеспеченность медикаментами, кадрами, оборудованием. Результаты каждого из этих исследований в настоящее время анализируются.

Процесс внедрения упомянутых планов по охране психического здоровья подчеркнул ряд специфических проблем, связанных с вопросами качества оказания помощи. В ответ на это мы разработали несколько локальных инициатив по

улучшению качества, которые осуществляются в настоящее время. К этим инициативам относятся: в Эфиопии – меры по улучшению выявления депрессии и по снижению числа пациентов с психозами, прекращающих лечение; в Индии – улучшение скрининга на наличие депрессии и улучшение показателей, характеризующих информационные системы, связанные с фармакологическим лечением и управлением здравоохранением; в Непале – улучшение динамического наблюдения за пациентами; в Южной Африке – содействие превращению учреждений первичной медико-санитарной помощи в клиники, работающие с хроническими заболеваниями и оказывающие услуги, ориентированные на нужды пациентов; в Уганде – обучение работников архивов, клиницистов и руководителей учреждений сбору и использованию информации из систем управления данными для здравоохранения с целью улучшения психиатрической помощи. Группы PRIME в разных странах одновременно прошли онлайн-курсы по вопросам повышения качества помощи, проводимые Институтом усовершенствования здравоохранения (Institute for Healthcare Improvement), с целью улучшения собственного потенциала для разработки мероприятий по улучшению качества и инструментов оценки этого процесса.

Кроме того, мы разработали и адаптировали несколько инструментов, способствующих улучшению качества медицинской помощи. Одним из примеров является шкала оценки терапевтических факторов (Enhancing Assessment of Common Therapeutic Factors, ENACT). Эта шкала используется в Непале супервизорами-специалистами в сфере психического здоровья для регулярной оценки клинической компетентности медицинских работников, не имеющих специального профессионального образования, при оказании ими психиатрической помощи⁸. Другим примером является адаптированный обучающий цикл Plan Do Study Act (PDSA) Института усовершенствования системы здравоохранения (Institute for Healthcare Improvement) в Южной Африке.

Хотя условия в странах НСУД, в которых работает PRIME, очень разнообразны и существенно отличаются от условий в странах с высоким уровнем дохода, на которые ссылаются в своей статье Kilbourne и соавт., несколько принципов, выделенных авторами, являются одинаково актуальными для всех этих разнообразных условий.

Первый принцип заключается в том, что при разработке интегрированного метода оценки качества медицинской помощи важно использовать такие индикаторы, которые включают в себя переменные, характеризующие структуру, процесс и результат. Как упоминалось ранее, концепция структуры, процесса и результатов, описанная Donabedian, лежит в основе областных планов охраны психического здоровья PRIME и Теории изменений, которые мы использовали. Это было важно для того, чтобы понять этапы процесса, от вовлечения во взаимодействие с районными учреждениями до получения результатов на уровне индивидуального пациента, системы и населения в целом. По-прежнему актуальной остается задача обеспечения того, чтобы данные информационных систем управления здравоохранением могли использоваться для мониторинга оказания услуг в отсутствие исследовательской инфраструктуры. В этом заключается одно из основных направлений

нашей работы, поскольку программа PRIME завершается в 2019 году.

Второй принцип подчеркивает важность разработки универсальных и общепризнанных показателей. Хотя между странами PRIME существуют большие различия, нам удалось провести исследования с универсальным дизайном и применить меры по улучшению качества, включающие универсальные элементы и подходы⁹. Третий принцип заключается в инвестировании системами здравоохранения средств в рутинные меры по улучшению качества. Эти принципы не соблюдались ни в одном из упомянутых регионов, когда мы начинали свою работу в 2011 году.

Мы надеемся, что запуск пилотных проектов с вышеописанными мероприятиями позволит продемонстрировать их эффективность в условиях НСУД. Поэтому мы присоединяемся к Kilbourne и соавт. в призыве сделать ставку на дальнейшие инвестиции в комплексные меры по улучшению качества психиатрической помощи, особенно в странах, слабо обеспеченных ресурсами.

Crick Lund

Department of Psychiatry and Mental Health, Alan J. Fisher Centre for Public Mental Health, University of Cape Town, South Africa; and Department of Population and Health Services Research, Centre for Global Mental Health, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, UK

Данная статья является результатом работы Консорциума исследовательской программы PRIME, финансируемой Департаментом международного развития Великобритании в интересах развивающихся стран. Мнение, выраженное в статье, может не совпадать с точкой зрения правительства Великобритании.

Перевод: Буховец И.И. (Абердин, Великобритания)

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

(World Psychiatry 2018;17(1):47-48)

Библиография

1. Kilbourne AM, Beck K, Spaeth-Ruble B et al. World Psychiatry 2018;17:30-8.
2. World Health Organization. Mental health atlas 2014. Geneva: World Health Organization, 2015.
3. World Health Organization. WHO Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHOAIMS) Version 2.1. Geneva: World Health Organization, 2005.
4. World Health Organization. WHO QualityRights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva: World Health Organization, 2012.
5. Lund C, Tomlinson M, De Silva M et al. PLoS Med 2012;9:e1001359.
6. Breuer E, De Silva MJ, Shidaye R et al. Br J Psychiatry 2016;208(Suppl. 56):s55-62.
7. De Silva MJ, Rathod SD, Hanlon C et al. Br J Psychiatry 2016;208(Suppl. 56):s63-70.
8. Kohrt BA, Ramaiya MK, Rai S et al. Global Mental Health 2015;2:e23.
9. Hanlon C, Fekadu A, Jordans MJD et al. Br J Psychiatry 2016;208(Suppl. 56):s47-54.

DOI:10.1002/wps.20489