

Порядок действий при применении расширенного анализа с целью продвижения усовершенствований в качестве лечения

Kilbourne и соавт.¹ убедительно показывают, что проведение оценки и анализа необходимо для улучшения качества психиатрической помощи. И хотя я согласен, что для этой цели в конечном итоге понадобится «сбалансированный набор инструментов» для оценки структуры, процесса и результата, но в то же время я убежден, что описанные авторами значительные препятствия на пути улучшения качества вынуждают нас сосредоточить внимание в первую очередь на оценке результатов.

В поддержку данного тезиса хочется отметить, что утверждение Kilbourne и соавт. о том, что низкое качество оказания помощи в психиатрической службе «частично объясняется отсутствием последовательных методов оценки качества», не совсем верно. Методы оценки результатов существуют, однако связанную с их применением бюрократию зачастую называют причиной того, что они не используются. Однако это утверждение необоснованно. Врачи первичного звена проводят рутинный мониторинг артериальной гипертензии и сахарного диабета, измеряя артериальное давление и уровень глюкозы в крови. Процесс оценки уровня тревоги, депрессии и других симптомов с помощью существующих стандартизированных шкал самооценки представляется менее трудоемким. При этом, как отмечают Kilbourne и соавт., наблюдается значительное повышение заинтересованности пациентов в контакте с врачом, повышение качества жизни пациентов и улучшение клинических результатов. Важно отметить, что при этом нет нужды в создании сложной инфраструктуры, так как отслеживание результатов осуществляется с помощью бумаги и ручки.

Почему в таком случае специалисты сферы психического здоровья не проводят систематическую оценку получаемых результатов? Результаты анализа возможных барьеров, представленные Kilbourne и соавт., применимы в основном к критериям эффективности (которые используются в подавляющем большинстве обязательных программ отчетности по вопросам качества). Критерии эффективности сложно использовать с целью контроля качества, особенно в отношении нефармакологического лечения, поскольку нюансы качества оказания помощи невозможно отразить с помощью стандартизированных инструментов или административных данных. Вследствие этого энтузиазм врачей в отношении применения подобных инструментов находится на низком уровне. В случае с фармакологическими видами лечения ситуация несколько иная – здесь, как правило, есть возможность выделять из общего массива данные, касающиеся процесса назначения лечения (хотя зачастую может отсутствовать, например, информация о том, был ли выписан рецепт) и частоты посещений. Но даже в этом случае большое значение имеет мониторинг симптомов на основании шкал самооценки пациентов, так как эти данные помогают проанализировать решения, принимаемые врачом в отношении изменения дозы, замены или добавления дополнительного препарата.

Единственные барьеры из отмеченных Kilbourne и соавт., которые имеют отношение к оценке результатов, – это, во-первых, бюрократическое бремя, во-вторых, вероятность того, что пользователи психиатрической помощи могут воспринимать процесс сбора данных как нечто обременительное, и в-третьих, это тот факт, что лишь в немногих психиатрических службах проводятся обучающие тренинги по оценке качества. Все эти барьеры возможно преодолеть. Что касается административного бремени, или бюро-

кратии, то, как отмечалось выше, врачи первичной сети регулярно проводят мониторинг, характер которого еще более обременителен с этой точки зрения. Предположение о том, что этот процесс будет в тягость пациентам, не слишком убедительно, учитывая, что пациенты первичной сети зачастую сталкиваются с гораздо более обременительными тестами. Кроме того, воспринимаемое бремя, вероятно, будет меньше, если врачи будут информировать пациентов о том, что систематический контроль симптомов способствует улучшению качества получаемых в результате лечения исходов, а также в том случае, если анкеты пациентов будут использоваться в качестве отправной точки для обсуждения их недавних проблем. Отсутствие соответствующего обучения сотрудников в психиатрических службах также не является значительным препятствием. В случае с когнитивно-поведенческой терапией мониторинг результатов, достигаемых пациентом, проводится постоянно и является неотъемлемой частью терапевтического процесса². Если предоставить относительно простую технологическую систему для облегчения процесса документирования ответов пациентов и создания графиков изменения симптомов, то убедить врачей использовать похожие инструменты мониторинга результатов должно быть нетрудно. Появляются простые в использовании продукты для решения подобных задач (например, <http://www.mobiletherapy.com>, <http://www.selfecho.com>).

По моему мнению, Kilbourne и соавт. не упоминают самое важное препятствие для отслеживания результатов, которое заключается в том, что плательщики могут собирать результаты мониторинга и использовать их для введения финансовых ограничений (оплата за производительность) для провайдеров медицинской помощи. Хотя для решения проблемы неблагоприятного отбора³ существуют способы корректировки рисков, присущая этому процессу неопределенность приводит к тому, что ни клиницисты, ни система здравоохранения не хотят нести ответственность за результаты. Однако из клинических разборов мы знаем (и наиболее яркий тому пример – отчет Штата Нью-Йорк о результатах хирургических операций аортокоронарного шунтирования, New York State Coronary Artery Bypass Surgery Report-Card System⁴), что обязательная оценка результатов с корректировкой рисков может быть высокоэффективной мерой, улучшающей исход для пациента даже в отсутствие общественно доступной информации о показателях, характеризующих структуру или процесс. Это происходит потому, что неограниченное опубликование отчетности сравнительных результатов со скорректированными рисками приводит к росту рыночного давления, а это, в свою очередь, способствует повышению качества.

Важно отметить, что показатели, характеризующие структуру и процесс, занимают центральное место в процессе улучшения качества, однако эти показатели, как правило, являются частью того, что консультанты по вопросам управления называют «изучением с целью понимания» (т. е. для внутреннего использования с целью помочь лечебным учреждениям обнаруживать проблемы, которые им необходимо решить для улучшения результатов лечения пациентов), тогда как скорректированные с учетом риска показатели являются результатами «изучения с целью демонстрации» (т. е. для публичного обнародования в качестве показателей качества лечения). Очень важно оценить необходимый порядок операций и роли этих различных

видов показателей. Публикация информации о результатах показателей, скорректированных с учетом рисков, имеет первичную важность для создания рыночного давления, способствующего улучшению качества. Характеристики внутренней структуры и процессов стоят на втором месте и применяются лечебными учреждениями для повышения качества оказания медицинской помощи с целью улучшения результатов в глазах общественности.

Исходя из этих соображений, я считаю, что крайне важно сосредоточиться в первую очередь на результативных показателях, скорректированных с учетом рисков. Очевидный способ осуществить это выглядит следующим образом: правительство или другие организованные плательщики должны сделать проведение оценки получаемых результатов обязательным процессом, они также должны проводить централизованную корректировку рисков и публиковать результаты общедоступно, с минимальной степенью агрегации. Kilbourne и соавт. отмечают, что Австралия и Нидерланды проводят инициативы в этом направлении. Другим примером является английская программа «Доступность психологических методов лечения»⁵. Международный консорциум анализа результатов в здравоохранении делает попытку разработать стандартные наборы инструментов для оценки результатов, которые могли бы применяться в отношении множества различных заболеваний, а также создать рабочую структуру для облегчения сбора данных и регулирования рисков⁶. В случае если правительства и другие организованные плательщики будут неохотно принимать внедрение оценки результатов, я бы предложил, чтобы организованные группы потребителей заполнили возникший пробел, создав электронную систему, которая позволяет пациентам предоставлять информацию о своих заболеваниях и соответствующем анамнезе в начале лечения на специальном веб-сайте и периодически заполнять опросы для отслеживания симптомов на этом же сайте. Базовые данные будут использоваться разработчиками системы для корректировки риска, а текущие данные будут использоваться для создания кривых ответа на лечение, характерных для конкретного пациента, и могут быть доступны клиницистам для мониторинга ответа на лечение. У пациентов будет стимул для участия в предоставлении информации, которая, как известно, способствует улучшению качества лечения. Как только такая система будет создана, возможно будет генерировать скорректированные в отношении рисков отчеты о качестве лечения. С помощью этих отчетов можно будет создавать рыночное давление,

необходимое для стимулирования поставщиков медицинских услуг к участию в мероприятиях по улучшению качества. Как только такая система станет нормой, «сбалансированный портфель» инструментов для описания структуры, процессов и результатов, к созданию которого призывают Kilbourne и соавт., появится естественным образом, при этом плательщики будут использовать оценки результатов для вознаграждения за производительность, а поставщики услуг будут использовать критерии эффективности и инструменты для оценки структуры с целью дальнейшего улучшения качества. При этом важен порядок действий. Процесс должен начинаться с оценки результатов, скорректированных с учетом рисков, – это создаст рыночное давление, способствующее улучшению качества, а также предоставит объективные стандарты для обеспечения качества, при этом критерии эффективности и инструменты для оценки структуры будут использоваться организациями – поставщиками услуг в первую очередь для внутренних целей по улучшению результатов лечения пациентов.

Ronald C. Kessler

Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, Boston, MA, USA

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

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

(World Psychiatry 2018;17(1):39-40)

Библиография

1. Kilbourne AM, Beck K, Spaeth-Rublee B et al. World Psychiatry 2018;17:30-8.
2. Dobson KS. Handbook of cognitive-behavioral therapies, 3rd ed. New York: Guilford, 2010.
3. Centers for Medicare & Medicaid Services. HHS-operated risk adjustment methodology meeting discussion paper, 2016. <https://www.cms.gov>
4. Hannan EL, Cozzens K, King SB et al. J Am Coll Cardiol 2012;59:2309-16.
5. Clark DM. In: McHugh KR, Barlow DH (eds). Dissemination and implementation of evidence based psychological interventions. New York: Oxford University Press, 2012:61-77.
6. Foley M. Dr Christina Akerman Interview. <http://www.learninghealth-careproject.org>

DOI:10.1002/wps.20483

Улучшение качества психиатрической помощи по всему миру требует всеобщего соглашения, утверждающего минимальные размеры национальных инвестиций

Kilbourne и соавт.¹ приводят информативный обзор современной теории и подходов к оценке качества психиатрической помощи в ряде стран с высоким уровнем дохода. Авторы делают особый акцент на результатах социального характера и отмечают, что качество жизни, выздоровление и участие в общественной жизни имеют столь же важное значение, как и более традиционные показатели, такие как симптомы и уровень функционирования.

Авторы также признают, что в любой структуре результатов необходимо принимать во внимание такие переменные, как заболеваемость и социально-экономические факторы, чтобы избежать избирательного представления факторов провайдером услуг. Это важный момент, и он имеет отношение к социальным результатам как к «клиническим» результатам, но на него сложнее делать поправку. Качество жизни – это весьма трудно определяемое поня-