

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-

тие, имеющее сложную взаимосвязь с ожиданиями в отношении того, что должно включать в себя «хорошее» качество жизни². Аналогичным образом, выздоровление конкретного человека является, по определению, субъективной концепцией, поэтому неудивительно, что разработка надежных инструментов для оценки выздоровления мешает отсутствию консенсуса среди исследователей, пользователей и поставщиков услуг. Эта проблема вряд ли будет решена путем дальнейших инвестиций в разработки.

Помимо проблем, связанных с фактическим измерением соответствующих результативных показателей в сфере психического здоровья, у многих имеющихся на сегодняшний день измерительных схем имеется другой существенный недостаток – он заключается в том, что схемы эти фокусируются на более простых частях системы. Три системы психического здоровья, упомянутые Kilbourne и соавт. (британская программа «Повышение доступности психологической терапии», голландская «Инициатива по борьбе с депрессией» и австралийская модель True Blue) – это все примеры служб, нацеленных на потребности первичной сети и решающих задачи борьбы с распространенными психическими расстройствами. Эти службы предоставляют определенные, ограниченные по времени, основанные на принципах доказательной медицины интервенции и идеально подходят для того, чтобы проводить мониторинг их структур, процессов и получаемых клинических результатов. Это привело к их внедрению в национальные модели здравоохранения Великобритании и Нидерландов и к увеличению инвестиций.

Однако людям с более сложными психическими проблемами, как правило, требуются многочисленные интервенции различных служб, среди которых оказываются государственные медицинские учреждения, социальные службы и негосударственные организации. Неудивительно, что проблема поиска стандартных, универсальных инструментов и шкал, способных зафиксировать влияние этих сложных обстоятельств и оценить качество оказываемой помощи, оказалась неразрешимой, и не в последнюю очередь потому, что социальные результаты часто оказываются более важными для этой группы, чем клинические результаты, например – симптомы.

Отказ Великобритании в сфере психического здоровья от системы вознаграждения, основанной на результатах, скорее всего, в большей степени связан с этой проблемой, чем с административным бременем или риском столкнуться с манипуляциями. Основным инструментом, находившимся на рассмотрении, была шкала оценки результатов, заполняемая клиницистами, которая называлась HoNOS, Health of the National Outcome Scale³ – это один из наиболее широко используемых инструментов оценки результатов в области психического здоровья во всем мире, однако имеются опасения относительно его применимости и чувствительности к изменениям для людей с длительными и более сложными психическими проблемами. Таким образом, этот инструмент не может достоверно оценить, оказывает ли служба эффективную помощь и потому должна ли она быть материально вознаграждена.

В Австралии общие рутинные данные о результатах лечения (включая HoNOS) собираются систематически в течение примерно 20 лет, однако это не предотвратило постепенное снижение инвестиций в государственные психиатрические учреждения для лиц с комплексными потребностями, и теперь возникает вопрос также о том, насколько качественную помощь оказывают этой группе другие службы⁴.

Более существенная проблема заключается в отсутствии убедительных доказательств того, что улучшение качества лечения действительно приводит к лучшим клиническим результатам, особенно если речь идет о хронических ком-

плексных заболеваниях. Оценка влияния британской национальной программы по оценке качества и результатов лечения диабета не выявила четкой связи с улучшением клинических результатов за три года до и после ее введения⁵.

Тем не менее было бы ошибкой не пытаться понять, как организовать работу служб таким образом, чтобы она была как можно более безопасной, оперативной и эффективной. Трудностью определения надежных универсальных инструментов для служб охраны психического здоровья, способных это сделать, объясняется то, почему, как отмечают Kilbourne и соавт., большинство показателей, характеризующих результаты, являются фактически показателями эффективности. В сложных системах, подобных описанной, гораздо проще описать то, что делается, чем оценить влияние сделанного. Возможно, Новая Зеландия выбрала наиболее прагматичный подход и сосредоточила внимание на контроле таких ключевых показателей, которые можно воспринимать в качестве универсальных маркеров базового уровня качества оказания услуг – например, минимизация изоляции или физического удерживания больного, снижение количества суицидов⁶.

Действительно, рост поддержки моделей с «оплатой за качество работы» или «активность», а не с «оплатой за результаты», вероятно, отражает распространяющееся признание того, что нет простого способа оценки результатов в большинстве служб психического здоровья. Как следствие, сравнительный анализ с использованием различных характеристик процесса становится все более популярным в Англии и Уэльсе благодаря работе добровольной аналитической организации, существующей в рамках Национальной службы здравоохранения Великобритании. Однако такая система может работать только в условиях государственного финансирования, где публикация данных не представляет угрозы для организации в условиях конкурентного рынка.

И, наконец, самая большая проблема заключается в обеспечении ресурсами. В большинстве стран мира отсутствует даже базовая психиатрическая помощь. Если задуматься о шокирующих последствиях этого, то все нюансы различий в подходах к оценке качества в странах с более высоким уровнем доходов становятся неважными. Во всем мире большинство людей с серьезными психическими заболеваниями находятся в учреждениях долгосрочного пребывания и часто живут в неприемлемых, нечеловеческих условиях⁷. В недавнем отчете Taylor Salisbury и соавт.⁸ сообщается, что в Европе доля национального бюджета здравоохранения, потраченного на психиатрическую службу определенной страны, положительно коррелирует с качеством учреждений долгосрочного пребывания этой страны.

Таким образом, установление минимальной доли инвестиций, идущей на сферу психического здоровья, должно стать первым важным шагом в любой глобальной инициативе по улучшению качества помощи.

Helen Killaspy

Rehabilitation Psychiatry, Division of Psychiatry, University College London, London, UK

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

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

(World Psychiatry 2018;17(1):40-41)

Библиография

1. Kilbourne A, Beck K, Spaeth-Rublee B et al. World Psychiatry 2018;17:30-8.

2. Carr A, Gibson B, Robinson P. *BMJ* 2001;322:1240.
3. Wing J, Beevor A, Curtis R et al. *Br J Psychiatry* 1998;172:11-8.
4. Morgan V, Waterreus A, Carr V et al. *Aust N Z J Psychiatry* 2016;51:124-40.
5. Calvert M, Shankar A, McManus R et al. *BMJ* 2009;338:b1870.
6. New Zealand Mental Health and Addictions KPI Programme. Dashboard for financial years 2013/14 to 2016/17 YTD (Jul-Dec). www.mhakpi.health.nz
7. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M et al. *Lancet* 2007;370:878-89.
8. Taylor Salisbury T, Killaspy H, King M. *Br J Psychiatry* 2017;211:45-9 DOI:10.1002/wps.20484

Использование рутинно собираемой информации для проведения сравнительного анализа качества оказания психиатрической помощи в международном масштабе

В статье Kilbourne и соавт.¹ приведен подробный обзор проблем, связанных с оценкой качества психиатрической помощи. Пациенты, неофициальные опекуны, нормотворческие органы и широкая общественность все чаще требуют, чтобы система психиатрической помощи обеспечивала хорошее «соотношение цены и качества», и, следовательно, возрастает потребность в достоверных, значимых и содержательных данных о качестве психиатрической помощи. Как подчеркивают авторы, многие страны предпринимают действия по выявлению, определению, сбору и анализу таких данных.

Параллельно с национальными тенденциями на международной арене растет интерес к сравнительному анализу систем психиатрической помощи с целью формирования национальной политики. Проблемы стандартизации оценочных инструментов становятся еще более сложными при сравнении систем здравоохранения в разных странах из-за различий в этих системах и, во многих случаях, из-за отсутствия общепризнанных международных определений. Одинаковые определения индикаторов и стандартизированные процедуры сбора данных являются необходимыми предпосылками для осмысленного сопоставления информации из разных стран.

Несмотря на вышеупомянутые проблемы, международный сравнительный анализ является важной движущей силой, способствующей развитию служб охраны психического здоровья в разных странах. Исходя из соображений целесообразности, такой анализ должен опираться на рутинно собираемые данные, в которых, как правило, доминируют данные из больниц. До настоящего времени сравнительный анализ систем психиатрической помощи разных стран основывался на информации из существующих административных баз данных. На сегодняшний день все шире используются централизованные хранилища электронных медицинских документов, и это открывает новые необозримые возможности для сбора и оценки данных о качестве оказания медицинской помощи. Необходимо учитывать, что для сбора данных из электронных медицинских карт всегда будет необходимо уделять особое внимание обеспечению безопасности и конфиденциальности данных.

В электронные медицинские карты может быть добавлена информация из опросников, заполняемых пациентами, — таким образом, точка зрения пациента может быть интегрирована в его медицинские документы. В будущем к анализу данных, содержащихся в централизованных хранилищах, может быть подключен искусственный интеллект, что будет способствовать созданию обучающихся систем здравоохранения. Kilbourne и соавт.¹ поверхностно касаются этой темы, но для того, чтобы иметь возможность оценивать и улучшать качество оказания психиатрической

помощи, необходимо направлять исследовательскую и нормотворческую деятельность, которая позволит нам использовать информацию из хранилищ электронных медицинских записей, полученную от врачей и пациентов, а для этого необходимы четкое видение и подробный план действий. Первым шагом на этом пути будет содействие широкому внедрению сбора данных от пациентов о результатах лечения и включению этих данных в электронные медицинские карты².

Европейский союз выявил необходимость получать сопоставимые данные и иметь стандартизованные определения для того, чтобы обеспечить возможность сравнивать результаты работы национальных систем охраны психического здоровья, в связи с чем было начато согласование показателей и процесса сбора данных^{3,4}. Действительно, сравнение разрозненных неунифицированных данных из разных стран может больше запутать, чем прояснить что-либо⁵. В целях содействия получению сопоставимых данных большинство европейских стран присоединились к проекту «Показатели качества в системе здравоохранения» (Health Care Quality Indicators project) под руководством Организации экономического сотрудничества и развития (Organisation for Economic Co-operation and Development). Главная часть проекта включает показатели, характеризующие сферу охраны психического здоровья, однако из-за различий в системах здравоохранения до настоящего времени было внедрено только четыре показателя качества. Эти показатели фигурируют в ежегодных отчетах. Два из них связаны с суицидами во время или после госпитализации, два других — характеризуют повышенную смертность пациентов с шизофренией и биполярным расстройством⁶.

Повторная госпитализация в течение 30 дней после выписки из психиатрического стационара была предложена в качестве дополнительного показателя для международных сравнений качества оказания психиатрической помощи, однако остаются неопределенности в отношении трактовки этого показателя: свидетельствует ли он о наличии недостатков на этапе стационарной помощи и о преждевременности выписки, или отражает проблемы амбулаторной службы и отсутствие преемственности медицинской помощи? Незапланированная повторная госпитализация часто негативно сказывается на пациенте и создает дополнительную нагрузку на ограниченные ресурсы системы здравоохранения. Однако в некоторых системах психиатрической помощи запланированные повторные госпитализации являются неотъемлемой частью индивидуального плана лечения, что затрудняет интерпретацию различий в коэффициенте повторных госпитализаций.

В недавно запущенном проекте CEPHOS-LINK (Исследование сравнительной эффективности психиатрических госпитализаций путем сопоставления больших объемов