

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

административных данных) сравнивались повторные госпитализации и их предвестники в шести разных европейских странах на основе ретроспективных когортных исследований с данными из крупных национальных электронных реестров систем здравоохранения. Исследование показало четкую взаимосвязь между диагностически связанной группой случаев и страной со значением коэффициента повторных госпитализаций, даже после гармонизации национальных массивов данных⁷.

Недавно в рамках финансируемого Европейской комиссией проекта BRIDGEHEALTH (BRIdging Information and Data Generation for Evidence-Based Health Policy and Research – Объединение информации и создание данных для формирования нормативных документов и проведения исследований, основанных на доказательных принципах) была выдвинута рекомендация о создании Европейского консорциума по исследованиям в области медицинской информации для сбора сопоставимой информации об эффективности систем здравоохранения. В ответ на эту рекомендацию государства – члены Европейского союза в настоящее время согласуют программу действий в отношении медицинской информации, что является первым шагом к совместному управлению, сбору и анализу информации о состоянии здоровья и здравоохранения. Необходимо произвести модификацию крупных национальных баз данных о здравоохранении и хранилищ электронных медицинских записей таким образом, чтобы между ними было возможно взаимодействие. Это поможет создать необходимые условия для проведения сравнений между странами в отношении процессов и результатов работы систем здравоохранения.

В заключительных рекомендациях Kilbourne и соавт.¹ намечен дальнейший путь. Однако, как и во всех командных играх международного уровня, единые правила нужны даже для дружеских турниров. Участие в разработке международных стандартов оценки качества оказания помощи и соблюдение согласованных на международном уровне стандартов позволит нам проводить осмысленное сравнение систем охраны психического здоровья. Это особенно важно в эпоху электронного документооборота, открываю-

щего новые возможности для оценки качества медицинской помощи.

На сегодняшний день остается неясным, в какой степени вышеупомянутые совместные усилия Европейской комиссии и государств-членов будут способствовать унификации и сбору релевантных данных о работе систем охраны психического здоровья для проведения сравнительного анализа. Европейским государствам необходимо в срочном порядке создать совместный наблюдательный совет, который будет вести соответствующие разработки и осуществлять мониторинг предоставления услуг в области психического здоровья. Такой центр обеспечит разработку и международное распространение показателей, отражающих европейские ценности в области охраны психического здоровья, которые включают в себя принципы универсальности, доступности качественной медицинской помощи, справедливости и солидарной ответственности⁸.

Kristian Wahlbeck

Finnish Association for Mental Health, Helsinki, Finland

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

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

(World Psychiatry 2018;17(1):41-42)

Библиография

1. Kilbourne AM, Beck K, Spaeth-Ruble B et al. World Psychiatry 2018;17:30-8.
2. Ahmed S, Ware P, Gardner W et al. J Clin Epidemiol 2017;89:160-7.
3. Wahlbeck K. Eur Psychiatry 2007;22:I-III.
4. Wahlbeck K. Epidemiol Psychiatr Sci 2011;20:15-8.
5. Ekholm O, Bronnum-Hansen H. Scand J Publ Health 2009;37:661-3.
6. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2015: OECD indicators. Paris: OECD Publishing, 2015.
7. National Institute for Health and Welfare, Finland. www.cephoslink.org
8. Council of the European Union. Official Journal of the European Union 2006;C 146:1-3.

DOI:10.1002/wps.20485

Как сделать доступ к психиатрической помощи более справедливым: первый критический шаг по улучшению качества оказания услуг

Как отмечают Kilbourne и соавт.¹, оценка качества психиатрической помощи служит важным шагом на пути снижения неравенства в процессе доступа к услугам. Однако результаты оценки качества, преимущественно фокусирующейся на результатах лечения, не учитывают людей, нуждающихся в психиатрической помощи, но не имеющих к ней доступа. Нелеченые психические расстройства и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, ассоциированы с преждевременной смертностью, потерей трудоспособности, высокими показателями инвалидности и повышенным риском развития хронических заболеваний. Таким образом, для закрытия существующих пробелов в лечебном процессе, а также для улучшения результатов лечения пациентов необходимо обеспечить справедливый доступ к услугам в рамках ценностно-ориентированной системы.

Степень неравенства в доступе к психиатрической помощи варьирует в странах с разными моделями системы здра-

воохранения и уровнем благосостояния. Результаты исследования семнадцати стран с низким, средним и высоким уровнем доходов выявили низкий уровень использования психиатрической помощи, несмотря на документированную высокую потребность: в каждой стране по крайней мере две трети лиц с распространенными психическими заболеваниями не получали лечение². Показатель пользования услугами за 12 мес, как правило, был ниже в менее развитых странах и коррелировал с процентом валового внутреннего продукта, потраченного на здравоохранение³. Кроме того, члены социально неблагополучных групп, таких как этнические/расовые меньшинства и пациенты с низким уровнем доходов, меньше пользуются услугами психиатрических служб по сравнению с представителями более благополучных групп⁴.

Неравные условия для доступа к психиатрической помощи могут возникать по множеству причин. Среди них – необходимость соответствовать критериям включения в