

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

программы (например, наличие определенного диагноза); языковой барьер; стандарты оказания помощи, проводящие границы на основании правового статуса (например, беженцы, иммигранты, расовые/этнические меньшинства); отсутствие информации о том, где и как получить помощь; логистические, психологические и экономические барьеры (например, транспорт, проблема организации присмотра за детьми, убежденность в необходимости справиться с проблемами самому, влияние стигмы, неуверенность в конфиденциальности, длинные листы ожидания, высокие цены или отсутствие гибкости рабочего графика). Для того чтобы иметь возможность в полной мере документировать проблемы неравенства в отношении доступа к психиатрической помощи, необходимо широко и последовательно внедрять в систему охраны психического здоровья инструменты и процедуры для оценки доступности услуг. Невозможно оценить то, что не было измерено, поэтому информация о неудовлетворенных потребностях обычно отсутствует в административных данных и данных, характеризующих работу служб.

Методы оценки доступности помощи могут фокусироваться на потенциальных возможностях пользователей получать доступ к услугам, включая пакеты льгот, связанных с психическим здоровьем, и наличие подходящих и качественных поставщиков услуг в пределах разумной близости. Кроме того, инструменты для оценки доступности сервиса должны включать препятствия, с которыми сталкивается потенциальный пользователь, решивший обратиться за помощью. Примерами таких препятствий являются недостаточный выбор поставщиков услуг, недостаточность оказания услуг, неэффективные или некачественные услуги. При решении проблемы справедливого доступа к услугам в рамках ценностно-ориентированной системы должны учитываться как горизонтальное (предоставление одинакового объема и характера услуг при одинаковых потребностях), так и вертикальное равенство (разный объем и характер лечения для людей с разными потребностями или предпочтениями).

Проведение национальных поквартирных опросов и опросов лиц, длительное время находящихся в больницах или учреждениях типа хосписов, каждые пять-десять лет может дать ориентир для понимания того, кто и где нуждается в помощи. Результаты таких опросов могут также помочь сформировать проверяемые гипотезы о том, почему некоторые люди не получают помощь, включая объяснения, связанные с конкретными предпочтениями в отношении услуг. Кроме того, результаты компьютеризированных адаптивных тестов можно получать быстро, и эти результаты могут упростить диагностику, обеспечить языковое разнообразие, а также помочь оценить дифференциальный характер элементов аналитической системы (т. е. в какой степени элемент оценивает различные возможности членов разных групп), с тем чтобы поставщики услуг могли эффективно работать в условиях разнообразных культур, популяций и языков⁵. Анализ факторов, как препятствующих, так и способствующих доступу к психиатрической и наркологической помощи, посредством картографирования также может дать ценную информацию о том, какие области нуждаются в немедленных интервенциях. Наконец, сопоставление результатов оценки потребностей и административных данных о пользовании услугами может помочь распределению ресурсов, корректировке рисков посредством включения населения, нужды которого не удовлетворяются, и материальному поощрению тех поставщиков услуг, которые стремятся охватить людей с проблемами психологического и психиатрического характера, не получающих соответствующей помощи.

Однако прежде чем эти методы могут начать широко применяться, на практике должно измениться назначение

медицинских записей (т. е. вместо использования в основном для выставления счетов фокус должен сместиться на оценку доступности, качества и предпочтений пациентов). Стратификация по уровню потребности (например, пациенты с сопутствующими заболеваниями), возрасту, расе/этнической принадлежности, уровню доходов, сексуальной ориентации, полу, месту проживания (город/село) или языку может помочь в понимании того, где существует неравенство и каковы его причины. Но, вероятно, будет сложно вменить системе здравоохранения ответственность за сбор этих данных с учетом неадекватных бюджетных отчислений и ресурсов, предоставляемых министерствами здравоохранения на оказание психиатрической помощи⁶.

Несмотря на наличие нескольких потенциальных методов оценки доступности психиатрической и наркологической помощи, службы не будут ими пользоваться должным образом, если их к этому не стимулировать. Хотя требования к отчетности, связанные с аккредитацией или финансированием провайдеров услуг, различаются в зависимости от страны и соответствующих надзорных органов, они, как правило, сосредоточены на результатах обслуживания лиц, находящихся под наблюдением, нежели на результатах тех, кто имеет право на получение услуг. Рекомендуемые показатели эффективности, которые включают доступность медицинской помощи, были предложены рядом соответствующих организаций, но без какой-либо утвержденной формы отчетности провайдеры услуг в сфере здравоохранения не будут систематически собирать и предоставлять эту информацию⁷.

Необходимо больше исследований, фокусирующихся на стратегиях, способствующих тому, чтобы руководители служб охраны психического здоровья и разработчики норм и протоколов стремились решать проблему неравенства доступа к услугам, разрабатывать передовые планы работы и находить ресурсы для осуществления оперативных действий. Текущее состояние дел таково, что рекомендуемые пути, по всей видимости, сходятся в том месте, где оказываемая помощь максимизирует пользу для пациентов, а не объемы и прибыльность услуг⁸. Переход к предоставлению ценностно-ориентированной помощи должен заставить системы здравоохранения уделять больше внимания потенциальным и существующим пациентам, их предпочтениям и потребностям.

Было предложено много оригинальных решений для повышения доступности помощи, включая интеграцию служб охраны психического здоровья в амбулаторное звено первичной медицинской сети, расширение штата сотрудников и изменение должностных инструкций (например, использование работников амбулаторной сети или специально обученных кураторов для предоставления некоторых услуг), предоставление новым провайдерам услуг обучения и супервизии через интернет или оказание услуг в непосредственной близости от места жительства (например, с помощью медицинских микроавтобусов, телемедицины, медпунктов, ведущих прием без предварительной записи). Пациенты не должны преодолевать большие расстояния для того, чтобы получить необходимую медицинскую помощь^{9,10}.

Однако, несмотря на все, что мы знаем о повышении доступности помощи, процесс реорганизации идет на удивление вяло. Почему доступность помощи не является приоритетом, учитывая количество случаев нелеченых психических и наркологических расстройств? Разве мы не привели убедительные аргументы нормотворческим органам, населению и лидерам системы здравоохранения? Неужели опиоидная эпидемия, массовое лишение свободы людей с психическими расстройствами или пандемия самоубийств не являются достаточными доказательствами и нужно еще?

Сегодня, более чем когда-либо, для получения наилучших результатов у пациентов необходимо делать активные шаги им навстречу на ранних этапах болезни, помогать им распознавать свои потребности в сфере психического здоровья и делать их равными партнерами в вопросах организации помощи. Для этого могут потребоваться проведение психообразовательных кампаний, организация посещений на дому, выстраивание процесса непрерывного общения – все это также поможет понять, что для пациентов является наиболее ценным в процессе оказания помощи. Этот процесс подразумевает, что оцениваться должны результаты, значимые для пациента, а не исходы, описываемые симптомами, даже если эти пациенты не попадают в систему оказания помощи.

У нас есть моральное обязательство сделать наше общество более здоровым с помощью универсального подхода к лечению, вместо лечения для избранных. Как сказал Мартин Лютер Кинг-младший, «из всех форм неравенства несправедливость в здравоохранении является самой шокирующей и бесчеловечной».

**Margarita Alegría^{1,2}, Ora Nakash^{1,3},
Amanda NeMoyer^{1,4}**

¹Disparities Research Unit, Department of Medicine, Massachusetts General Hospital, Boston, MA, USA;

²Departments of Medicine and Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, MA, USA;

³Baruch Ivcher School of Psychology, Interdisciplinary Center Herzliya, Herzliya, Israel;

⁴Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, Boston, MA, USA

Авторам оказывали поддержку US National Institute on Aging (грант № R01AG046149), US National Institute on Minority Health and Health Disparities (грант № R01MD009719) и the US National Institute of Mental Health (грант № T32MH019733). Содержание данной статьи отражает точку зрения авторов, которая может не совпадать с официальной позицией организаций-спонсоров.

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

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

(World Psychiatry 2018;17(1):43-44)

Библиография

1. Kilbourne AM, Beck K, Spaeth-Rublee B et al. World Psychiatry 2018;17:30-8.
2. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J et al. Lancet 2007;370:841-50.
3. Kakuma R, Minas H, van Ginneken N et al. Lancet 2011;378:1654-63.
4. Jimenez DE, Cook B, Bartels SJ et al. J Am Geriatr Soc 2013;61:18-25.
5. Gibbons RD, Weiss DJ, Kupfer DJ et al. Psychiatr Serv 2008;59:361-8.
6. World Health Organization. Mental health atlas 2011. Geneva: World Health Organization, 2011.
7. Essock SM, Olfson M, Hogan MF. Int Rev Psychiatry 2015;27:296-305.
8. Porter ME, Lee TH. Harvard Bus Rev 2013;91:1-19.
9. Fairburn CG, Patel V. Am J Psychiatry 2014;171: 495-8.
10. Lund C, Tomlinson M, Patel V. Br J Psychiatry 2016;208(Suppl. 56):s1-3.

DOI:10.1002/wps.20486

Тенденция к улучшению качества психиатрической помощи приобретает всемирные масштабы

Оценка качества в здравоохранении берет свое начало в оригинальной статье А. Donabedian, вышедшей 50 лет назад. В этой статье излагаются основы понятия качества оказания медицинской помощи с позиции системы здравоохранения¹.

Проведение мероприятий по улучшению качества психиатрической помощи – это более молодое явление. В докладе Министерства здравоохранения США за 2006 год изложены проблемы оценки и улучшения качества психиатрической помощи, включающие, например, отсутствие стандартизированных подходов к диагностике психических и наркологических расстройств; ограниченную доказательную базу, на которую опираются использующиеся сегодня инструменты для оценки качества, а также отсутствие инфраструктуры информационных технологий для измерения качества. Тем не менее в докладе утверждается, что принципы улучшения качества могут и должны применяться в процессе улучшения качества психиатрической помощи².

Доклад был опубликован более десяти лет назад. С тех пор были внедрены технологические инновации в области здравоохранения, появились крупные интегрированные системы охраны здоровья, психиатрическая служба приобрела приоритетную позицию в системе здравоохранения. Все это способствовало существенному стимулированию процессов улучшения качества психиатрической помощи в США³.

В статье Kilbourne и соавт.⁴ содержится актуальная информация о состоянии процессов по улучшению качества психиатрической помощи во всем мире. Авторы описывают инициативы по оценке и улучшению качества

помощи в США и других развитых странах, а также приводят рекомендации по их эффективному внедрению в рутинную практику. Статья создает ценную основу для понимания процессов улучшения качества помощи с международной точки зрения.

В вопросах улучшения качества психиатрической помощи существуют внутренние противоречия, которые становятся особенно очевидными при попытке рассмотрения этого процесса с глобальной точки зрения. Исторически сложилось так, что системы оценки эффективности в США и других развитых странах были основаны на существующих административных базах данных⁵. Элементы этих баз данных различаются в разных странах и системах здравоохранения – например, платные системы обычно агрегируют счета на оплату, в то время как страны, в которых основное внимание уделяется стационарной помощи, собирают данные преимущественно из соответствующего звена.

Различия в структуре и финансировании систем психиатрической помощи могут определять доступность данных и ограничивать возможность получать однородные показатели в разных странах. Они также могут изменять относительную приоритетность показателей в зависимости от области медицины. Например, уровень регоспитализаций стал центром систем премиальных выплат в американской программе Medicare, где снижение затрат и переход на преимущественно амбулаторную помощь стали основными целями⁶.

Для стран с низким и средним уровнем дохода вопрос оценки качества может быть особенно сложным. В этих