

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

странах, как правило, отсутствует инфраструктура информационных технологий для оценки качества. Оценка качества в этих странах обычно опирается от количества соответствующих учреждений или поставщиков услуг на душу населения⁷. Всемирная организация здравоохранения использует терапевтический пробел – долю лиц с диагнозом психического расстройства, не получающих никакого лечения, – как единый показатель неудовлетворенных потребностей в разных странах⁸. Этот показатель важен с точки зрения внутренней политики служб и информационно-разъяснительной деятельности. Однако он не может в полной мере отразить более тонкие нюансы качества помощи пациентам, начавшим лечение.

В настоящее время в области оценки качества психиатрической помощи акцент смещается с измерения числа случаев оказанной помощи к оценке клинических исходов. Это важное изменение, поскольку улучшение результатов является основной целью любой системы здравоохранения. Тем не менее необходимо помнить, что понимание психических расстройств в большей степени, чем любых других, возможно только в рамках индивидуального и социального контекста. Особенно это касается функциональных исходов, таких как качество жизни, трудоустройство и выздоровление. Необходимо продолжить развитие науки о психическом здоровье для того, чтобы понять, как адаптировать и интерпретировать инструменты оценки уровня функционирования в контексте разных стран и культур.

Важнейшая функция оценки качества заключается в возможности применения инструментов оценки для улучшения качества помощи. Переход от оценки качества к улучшению качества лечения требует внимания как к желаемым результатам, так и к потенциальным незапланированным последствиям. D. Campbell отмечал, что, как только количественный показатель начинает использоваться для принятия решений, возникает вероятность искажения результатов и процесса измерения⁹. Оплата за производительность и публичная отчетность могут способствовать стремлению выбирать для лечения пациентов с более высокими шансами на улучшение. Они также могут побуждать поставщиков услуг «подгонять ответы» и пренебрегать областями медицинской помощи, которые трудно оценить. Эти потенциальные проблемы универсальны, но они могут приобретать разные формы в разных странах, в зависимости от системы материального стимулирования и организации систем здравоохранения.

Следует подходить к улучшению качества, как и к любому другому медицинскому вмешательству, – как к мощному инструменту, применение которого несет и потенциальные выгоды, и риски. Нам необходимо разработать и протестировать лучшие методы повышения качества обслуживания в условиях разных систем. Разнообразные социальные науки могут помочь в этом. Поведенческая экономика поможет сформулировать рекомендации о том, как струк-

турировать денежные и неденежные стимулы для изменения поведения провайдеров психиатрической помощи и пациентов. Практические науки помогут получить представление о том, каким образом распространять такие нововведения, как меры по улучшению качества психиатрической помощи в сложных медицинских системах. Медицинская антропология поможет пониманию того, как улучшать уровень функционирования при наличии психических проблем в контексте разных стран и культур.

Эти проблемы и открывающиеся возможности не являются уникальными компонентами улучшения качества исключительно психиатрической службы. В последнем интервью, данном Donabedian перед смертью, он подчеркивал, что в попытках улучшить качество оказания медицинских услуг важно сосредоточить внимание на опыте пациентов, нежели на технических аспектах: «Взгляд на качество помощи в контексте больниц действительно ограничен техническими компетенциями, а в последнее время – также поверхностным вниманием к межличностным взаимоотношениям. Роль врача заключается в том, чтобы активно помогать пациенту прийти к решению, которое является разумным для него или для нее... именно этическая сторона имеет важное значение для успеха системы»¹⁰.

Этот акцент на опыте пациента должен стать центральным организационным принципом в будущих попытках по оценке и улучшению качества психиатрической помощи во всем мире.

Benjamin G. Druss

Rollins School of Public Health, Atlanta, GA, USA

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

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

(World Psychiatry 2018;17(1):44-45)

Библиография

1. Donabedian A. Milbank Mem Fund Q 1966;44(Suppl. 3):166-206.
2. US Institute of Medicine. Improving the quality of health care for mental and substance-use conditions. Washington: National Academies Press, 2006.
3. Pincus HA, Scholle SH, Spaeth-Ruble B et al. Health Aff 2016;35:1000-8.
4. Kilbourne AM, Beck K, Spaeth-Ruble B et al. World Psychiatry 2018;17:30-8.
5. Lauriks S, Buster MC, de Wit MA et al. BMC Publ Health 2012;12:214.
6. Berenson RA, Paulus RA, Kalman NS. N Engl J Med 2012;366:1364-6.
7. Saxena S, Lora A, van Ommeren M et al. Psychiatr Serv 2007;58:816-21.
8. Kohn R, Saxena S, Levay I et al. Bull World Health Organ 2004;82:858-66.
9. Campbell D. Eval Program Plann 1976;2:67-90.
10. Donabedian A. Health Aff 2001;20:137-41.

DOI:10.1002/wps.20487

Почему измерение качества психиатрической помощи по-прежнему остается нерешенной задачей и как ее решить

Программы улучшения качества помощи направлены на снижение вариабельности клинических решений, существующей из-за недостаточной осведомленности или субъективности, а также на уменьшение разрыва между руководствами и реальной практикой. Попытка внедрения этих программ в сфере психиатрии породила две противоположные реакции: с одной стороны, некоторым исследователям импо-

нировала идея создания клинической практики, основанной исключительно на результатах исследований, где любое отклонение от научно обоснованных подходов считается неприемлемым образом действий; с другой стороны, некоторые клиницисты восприняли процесс улучшения качества в целом как выражение пренебрежения к ценности их опыта и описали его как предвзятый и редуционистический.

В любой области медицины, даже в странах с высоким уровнем доходов, есть задокументированные свидетельства наличия значительного разрыва между научными данными и реальной практикой, а также сложности с достижением оптимальных результатов в отношении состояния здоровья. Результатом влиятельного обзора исследований качества первичной медико-санитарной помощи, проведенных в Великобритании, Австралии и Новой Зеландии в 2001 г., стал вывод о том, что «почти во всех исследованиях процесс оказания помощи не соответствовал стандартам, установленным национальными руководствами или самими исследователями»¹. Анализ 48 государственных и региональных отчетов с результатами оценок и измерений, несколько позднее проведенный в США, показал, что они включали более 500 различных показателей, из которых только 20% использовались более чем в одной программе; кроме того, анализ 29 частных программ медицинского страхования выявил около 550 различных показателей, которые лишь в малой степени совпадали с показателями, используемыми государственными программами². В Великобритании перевод медицинских руководств в юридические стандарты медицинской помощи в области хирургии и анестезиологии не получил достаточного одобрения соответствующих профессиональных организаций³. Исследование, проведенное в двух разных регионах Нидерландов, показало, что некоторые специалисты и пациенты сталкивались с препятствиями в процессе выполнения рекомендаций руководств в области акушерства и гинекологии⁴.

В психиатрии выполнение программ, связанных с качеством оказания помощи, осложняется еще более значительными проблемами с точки зрения осуществимости – гетерогенностью услуг в разных странах или регионах; высокой рабочей нагрузкой; неравномерным распределением ресурсов; неравенством в плане доступности медицинской помощи; отсутствием поддержки или вознаграждения учреждений или специалистов, продвигающих инициативы, направленные на улучшение качества обслуживания; факторами, влияющими на клинические исходы и находящимися вне сферы влияния врачей; необходимостью согласования интервенций, предоставляемых разными учреждениями и службами⁵.

Данные, полученные от клиницистов, не вовлеченных в научную работу, а также от врачебных сообществ, могут сыграть особенно важную роль в этом отношении. Стремление понять причины имеющихся на сегодняшний день расхождений между практикой и рекомендациями руководств, а также продвижение понятной всем культуры качества, отдающей должное уважение опыту врачей⁶, являются фундаментальными компонентами успеха в деле продвижения инициатив по улучшению качества оказания медицинской помощи⁷.

Считается, что рутинный мониторинг результатов оказания помощи, проводимый на местном уровне и включающий как объективные, так и субъективные переменные, может способствовать реализации программ обеспечения качества. Однако на сегодняшний день получены противоречивые данные, даже в результате исследований, проведенных в аналогичных условиях, и заключения систематических обзоров в отношении обратной связи и использования упомянутых данных для улучшения результатов лечения пациентов, были неоднозначными⁸.

При любой попытке внедрения показателей качества нельзя упускать из виду ряд этических и теоретических вопросов. Какова роль этических ценностей в формировании практики? Известно, что механизмы, связанные со сбором научных доказательств, довольно сложны и иногда в них примешиваются экономические интересы. Понимание

терминов «эффективность» и «качество оказания помощи» клиницистами и администраторами может существенно различаться между собой. Кроме того, некоторые аспекты лечения оценивать и стандартизировать легче (например, лечение медикаментозными препаратами), чем другие (психосоциальные интервенции или психодинамическая терапия), и это отражается на объеме соответствующих данных. Какие действия должен предпринять врач, сталкиваясь с научными данными разного уровня доказательности? Какие ограничения присущи этим данным? Что делать в клинических ситуациях, для которых нет соответствующих научных данных?

В то же время нельзя забывать, что предоставление лечения и проведение оценки качества, основанных на принципах доказательности, является этическим императивом. Это означает уважение не только прав пациентов и компетентности сотрудников, но и прав (и обязанностей) профессионалов получать обновленную информацию и надлежащим образом обсуждать изменения в практике.

Для того чтобы быть эффективными, программы оценки качества должны брать свое начало в рамках конкретного контекста, который включает: а) сбор информации о главных ценностях и нормах, лежащих в основе идеологии организации; б) определение уровня приверженности и мотивации для повышения уровня профессионализма и поддержки со стороны руководства; в) определение того, в какой степени реализация программ может действительно улучшить качество предоставляемой помощи, а не ухудшить этот процесс (например, путем перераспределения ресурсов, предназначенных для непосредственного оказания помощи пациентам, в пользу бюрократических мероприятий); г) вовлечение пользователей услуг в процесс определения новых потребностей⁹; д) сохранение бдительности в отношении того, что происходящая на местах адаптация изменяет изначальные рекомендации, чтобы лучше приспособить их к реальной практике.

Последний пункт особенно актуален: для достижения ожидаемых результатов необходимо соблюдение конкретных программных стандартов – так называемая точность исполнения. Однако этот вопрос тоже не является простым. Гораздо проще вручную управлять интервенциями в условиях исследования, чем в условиях реального мира. Некоторые данные свидетельствуют о том, что лучших результатов достигают те специалисты, которые демонстрируют гибкость, адаптируя интервенции к нуждам своих клиентов¹⁰. При этом остается открытым вопрос, какой должна быть степень гибкости и интеграции, чтобы интервенция при этом сохраняла эффективность при применении в повседневной клинической работе.

В качестве заключения можно сказать, что всем сторонам, участвующим в процессах планирования, организации и оказания рутинной психиатрической помощи, необходимо работать над устранением риска того, что из-за отсутствия должной осведомленности и координирования или из-за игнорирования местного контекста даже самые передовые модели оказания психиатрической помощи не смогут значительно улучшить рутинную практику.

Mirella Ruggeri

Section of Psychiatry, Department of Neuroscience, Biomedicine and Movement, University of Verona, Verona, Italy

Перевод: Буховец И.И. (Абердин, Великобритания)
Редактура: к.м.н. Захарова Н.В. (Москва)
(World Psychiatry 2018;17(1):45-46)