Нет служб, одиноких как остров: движение к экосистемному подходу для оценки психиатрических служб

Rosen A, Salvador-Carulla L. No service is an island: towards an ecosystem approach to mental health service evaluation. *World Psychiatry*. 2022;21(2):237-238. doi:10.1002/wps.20963

Johnson и соавт.[1] провели обзор масштабных изменений, происходящих в службах неотложной психиатрической помощи за последние два десятилетия. Авторы перечисляют и обсуждают обширный массив современных альтернатив, одновременно подчеркивая недостаток значимых доказательств, которые могли бы поддержать использование таковых. В этой статье мы предоставляем некоторый дополнительный объем соответствующей информации для лучшего понимания контекста данных реформ и актуальных трудностей, связанных с их оценкой.

Ускоренные реформы неотложной психиатрической помощи должны быть встроены в более широкие изменения, начиная с уровня больницы и заканчивая оказанием помощи в сообществе, связанном со сферой здравоохранения. Развитие передовых служб включает расширенную медицинскую помощь на дому, широкий спектр социальных служб, встроенных в первичное звено и неотложную психиатрическую службу, а также смешанные системы, охватывающие как реальную жизнь, так и цифровые технологии[2]. Комбинированные эффекты этих инноваций неизбежно смещают сам процесс оказания помощи с психиатрических больниц на социальные организации и общемедицинский сегмент.

Беспокойство усиливает тот факт, что неотложная медицинская помощь не может быть улучшена без адаптации всей системы к тому дизайну, применению и оценке, который соответствует новым моделям оказания помощи. Экосистема медицинской помощи включает четыре основных домена: территорию и сообщество, в котором мы живем; более широкие социальные и демографические характеристики; привычки, связанные со здоровьем. И отдельно рассматривается реализация медицинской помощи на разных уровнях экосистемы: нано (уровень пациент-специалист), микро (уровень организации), мезо (уровень локальной территории) и макро (уровень региона/страны)[3]. Такой взгляд на систему применим и для области психического здоровья.

Статья *Johnson* и соавторов описывает как интегрированные модели социальной помощи, включающие неотложную помощь, инициировались в сфере психиатрической помощи на десятилетия раньше, чем были адаптированы в общемедицинской системе. Заметьте: основному исследованию «госпиталь на дому» предшествовало несколько поколений рандомизированных контролируемых исследований интегрированной психиатрической помощи «с доставкой на дом»[4]. Прорывные инновации в сфере психического здоровья включали первые интегрированные модели помощи, из категорий социально/больничная система помощи[5], «баланс помощи» между больницей и лечением в сообществе, и между другими секторами (здравоохранение и социальная служба)[3].

Область психического здоровья также способствовала первой экологической модели для измерения реализации помощи (*Care Matrix*[3]), первым интегрированным стандартам, определяющим все разделы неотложной психиатрической помощи (*Area Integrated Mental Health Service Standards* – AIMHS[3]), а также инструментам для оценки психиатрической помощи в районе охвата, разработанным Европейской Командой Оценки Психиатрической Помощи (*European Psychiatric Care Assessment Team* (EPCAT)) в 2000 г.[6]

Однако первое сотрудничество в области психического здоровья может оставить позади преимущества в других областях медицины в связи с ограничением внимания, уделяемого неотложной помощи, и методологических затруднениях при оценке в условиях реального мира. Службы неотложной психиатрической помощи чаще всего анализируют в отрыве от системы в целом. Например, требования об увеличении количества кабинетов неотложной помощи и больничных коек в Австралии выдвигаются без учета системного подхода в отношении преодоления кризисов психического здоровья[4]. Нам требуется обратить внимание на то, что продолжительная помощь (например, в центрах продленного дня, реабилитационных программах, ассертивных общественных лечебных командах, социальных домах и поддерживаемых местах проживания, часто с их собственными возможностями работы с кризисными ситуациями) может предотвращать обострения, помогать в реализации ранних вмешательств и, как следствие, уменьшать потребность в неотложной помощи.

Недостаток современной доказательной базы для новых служб и интервенций в неотложной психиатрии относится к практическим и этическим проблемам в наборе участников среди пациентов в кризисных ситуациях, но это не единственная сложность. Доказательный подход может быть просто не способен сформулировать обоснования эффективности новых моделей неотложной помощи. Это сложные нелинейные системы, работа которых происходит в условиях неопределенности. Следовательно, реалистичная расстановка приоритетов требует включения системного мышления, стандартной классификации служб, новых техник анализа данных, инструментов моделирования, а также систем поддержки решений, которые бы включали внутреннюю экспертизу[3].

Терминологическая двусмысленность и недостаток сопоставимости – ключевые проблемы в исследованиях психиатрических служб. Впервые высказано *Leginski* и соавт.[5] и широко подтверждено нашей службой мэппинговых исследований[6], что номинальное определение службы не соответствует ее функции. Например, разнообразие в целевом времени ответа в «командах кризисных решений и лечения на дому» (*Crisis resolution and home treatment teams (CRHTTs*), описанное в Англии и в Норвегии[1], может демонстрировать, что под этим названием сгруппированы очень разные службы.

«Служба» (*service*) – это зонтичный термин, а не единица, которую можно подвергнуть анализу. Европейский Мэппинговый Перечень Служб (*The European Service Mapping Schedule* (ESMS)) и его расширение за пределами психиатрии, называющееся «Европейское Описание и Оценка Услуг и Каталогов» (*European Description and*