

Свод методических рекомендаций по вопросам политики  
и оказания услуг в области психического здоровья

# ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

*“Повышение качества охраны  
психического здоровья позволяет  
гарантировать эффективное и  
результативное использование  
ограниченных ресурсов.  
Без улучшения качества  
невозможно добиться  
необходимого результата.”*



Всемирная организация  
здравоохранения



Свод методических рекомендаций по вопросам политики  
и оказания услуг в области психического здоровья

# ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ



Всемирная организация  
здравоохранения

## Библиотечный каталог публикаций ВОЗ

Повышение качества охраны психического здоровья.  
(Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья)

1. Службы охраны психического здоровья – стандарты. 2. Обеспечение качества, медико-санитарная помощь – методы. 3. Политика здравоохранения. 4. Аттестация  
5. Методические рекомендации. I. Серия.

ISBN 92 4 454597 7

(По классификации NLM: WM 30)

Техническую информацию об этом издании можно получить у:

д-ра Michelle Funk

Департамент психического здоровья и токсикомании

Всемирная организация здравоохранения

20 Avenue Appia

CH-1211 Geneva 27

Switzerland

Тел.: +41 22 791 3855

Факс: +41 22 791 4160

Эл. почта: [funkm@who.int](mailto:funkm@who.int)

Источник: *Quality improvement for mental health*. Geneva, World Health Organization, 2003  
(Mental Health Policy and Service Guidance Package).

### © Всемирная организация здравоохранения, 2006 г.

Все права зарезервированы. Публикации Всемирной организации здравоохранения могут быть получены в Отделе прессы ВОЗ, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Запросы для получения разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ – будь то для продажи или для некоммерческого распространения – следует направлять в Отдел прессы ВОЗ по указанному выше адресу (факс: +41 22 791 4806; эл. почта: [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

Обозначения, используемые в настоящем издании, и приводимые в нем материалы ни в коем случае не выражают мнения Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны, территории, города или района, их правительствах или их границах. Пунктирными линиями на картах показаны приблизительные границы, в отношении которых пока еще не достигнуто полного согласия.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения отдает им предпочтение по сравнению с другими, которые являются аналогичными, но не упомянуты в тексте. Исключая ошибки и пропуски, наименования патентованной продукции выделяются начальными прописными буквами.

Все разумные меры предосторожности были приняты ВОЗ для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов.

Отпечатано в Сингапуре.

## Выражение признательности

Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья был выпущен под руководством д-ра Michelle Funk, координатора по совершенствованию политики и систем обслуживания в области психического здоровья, при непосредственном участии в качестве куратора д-ра Benedetto Saraceno, Директора Департамента психического здоровья и токсикомании Всемирной организации здравоохранения.

Настоящий модуль подготовлен д-ром Crick Lund, Департамент психиатрии и психического здоровья, Кейптаунский университет, Южная Африка, д-ром Vijay Ganju, Научно-исследовательский институт, Национальная ассоциация директоров государственных программ охраны психического здоровья, штат Виргиния, Соединенные Штаты Америки, и д-ром Michelle Funk, Всемирная организация здравоохранения, Швейцария.

### **В состав редакционно-координационной группы вошли:**

д-р Michelle Funk, Всемирная организация здравоохранения, штаб-квартира (штаб-квартира ВОЗ), г-жа Natalie Drew (штаб-квартира ВОЗ), д-р JoAnne Epping-Jordan (штаб-квартира ВОЗ), проф. Alan J. Flisher, Кейптаунский университет, Обсерватория, Южная Африка, проф. Melvyn Freeman, Департамент здравоохранения, Претория, Южная Африка, д-р Howard Goldman, Научно-исследовательский институт Национальной ассоциации директоров государственных программ охраны психического здоровья и Медицинская школа Мэрилендского университета, США, д-р Itzhak Levav, Службы охраны психического здоровья, Министерство здравоохранения, Иерусалим, Израиль, и д-р Benedetto Saraceno (штаб-квартира ВОЗ).

Ответственным за окончательное техническое редактирование этого модуля был проф. Alan J. Flisher, Кейптаунский университет, Обсерватория, Южная Африка.

### **Технические консультации проводились со следующими специалистами:**

д-р Jose Bertolote, Всемирная организация здравоохранения, штаб-квартира (штаб-квартира ВОЗ), д-р Thomas Bornemann (штаб-квартира ВОЗ), д-р José Miguel Caldas de Almeida, Региональное бюро ВОЗ для стран Америки (АМРБ), д-р Vijay Chandra, Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии (ЮВАРБ), д-р Custodia Mandlhate, Африканское региональное бюро ВОЗ (АФРБ), д-р Claudio Miranda (АМРБ), д-р Ahmed Mohit, Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья (ВСРБ), д-р Wolfgang Rutz, Европейское региональное бюро ВОЗ (ЕРБ), д-р Erica Wheeler (штаб-квартира ВОЗ), д-р Derek Yach (штаб-квартира ВОЗ) и сотрудники Кластера ВОЗ по фактическим данным и информации для политики (штаб-квартира ВОЗ).

### **Административное обеспечение и секретарские услуги были предоставлены:**

г-жой Adeline Loo (штаб-квартира ВОЗ), г-жой Anne Yamada (штаб-квартира ВОЗ) и г-жой Razia Yaseen (штаб-квартира ВОЗ).

Оригинал-макет и графическое оформление: 2S) graphicdesign  
Редактор: Walter Ryder

**ВОЗ также выражает искреннюю признательность следующим лицам за сделанные ими экспертные заключения и предоставленную техническую информацию при подготовке данного модуля:**

д-р Adel Hamid Afana	Директор, Департамент обучения и профессиональной подготовки, Программа охраны психического здоровья населения сектора Газа
д-р Bassam Al Ashhab	Министерство здравоохранения, Палестинская автономия, Западный берег реки Иордан
г-жа Ella Amir	Ами Квебек, Канада
д-р Julio Arboleda-Florez	Факультет психиатрии, Королевский университет, Кингстон, пров. Онтарио, Канада
г-жа Jeannine Auger	Министерство здравоохранения и социального обеспечения, пров. Квебек, Канада
д-р Florence Baingana	Всемирный банк, Вашингтон, округ Колумбия, США
г-жа Louise Blanchette	Аттестационная программа по психическому здоровью при Монреальском университете, Монреаль, Канада
д-р Susan Blyth	Кейптаунский университет, Кейптаун, Южная Африка
г-жа Nancy Breitenbach	Inclusion International, Ферней-Вольтер, Франция
д-р Anh Thu Bui	Министерство здравоохранения, Корор, Республика Палау
д-р Sylvia Caras	Организация «People Who», Санта-Крус, штат Калифорния, США
д-р Claudina Cayetano	Министерство здравоохранения, Бельмопан, Белиз
д-р Chueh Chang	Тайбэй, Тайвань
проф. Yan Fang Chen	Шаньдунский центр охраны психического здоровья, Цзинань, Китайская Народная Республика
д-р Chantharavdy Choulamany	Больница общего профиля Махосот, Вьентьян, Лаосская Народно-Демократическая Республика
д-р Ellen Corin	Научно-исследовательский центр больницы г. Дуглас, пров. Квебек, Канада
д-р Jim Crowe	Президент Всемирного общества по шизофрении и аналогичным расстройствам, Данидин, Новая Зеландия
д-р Araba Sefa Dedeh	Медицинская школа Университета Ганы, Аккра, Гана
д-р Nimesh Desai	Профессор психиатрии и главный врач, Институт поведения человека и смежных наук, Индия
д-р M. Parameshvara Deva	Факультет психиатрии, Медицинский колледж Перак, Ипох, штат Перак, Малайзия
проф. Saida Douki	Президент Общества психиатров Туниса, Тунис, Тунис
проф. Ahmed Abou El-Azayem	Бывший президент Всемирной федерации по охране психического здоровья, Каир, Египет
д-р Abra Fransch	WONCA, Хараре, Зимбабве
д-р Gregory Fricchione	Центр Картера, Атланта, США
д-р Michael Friedman	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
г-жа Diane Froggatt	Исполнительный директор Всемирного общества по шизофрении и аналогичным расстройствам, Торонто, пров. Онтарио, Канада
г-н Gary Furlong	Участковый центр здоровья «Метро», Монреаль, Канада
д-р Vijay Ganju	Научно-исследовательский институт Национальной ассоциации директоров государственных программ охраны психического здоровья, Александрия, штат Виргиния, США
г-жа Reine Gobeil	Больница г. Дуглас, пров. Квебек, Канада
д-р Nacanieli Goneyali	Министерство здравоохранения, Сува, Фиджи
д-р Gaston Harnois	Научно-исследовательский центр больницы г. Дуглас, Сотрудничающий центр ВОЗ, пров. Квебек, Канада
г-н Gary Haugland	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
д-р Yanling He	Консультант Министерства здравоохранения, Пекин, Китайская Народная Республика
проф. Helen Herrman	Факультет психиатрии, Мельбурнский университет, Австралия

<b>г-жа Karen Hetherington</b> <b>проф. Frederick Hickling</b>	Сотрудничающий центр ВОЗ/ПАОЗ, Канада Сектор психиатрии, Университет Вест-Индии, Кингстон, Ямайка
<b>д-р Kim Hopper</b>	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
<b>д-р Tae-Yeon Hwang</b>	Директор Департамента реабилитации и оказания услуг в области охраны психического здоровья по месту жительства, Йонгван, Республика Корея
<b>д-р A. Janca</b>	Университет Западной Австралии, Перт, Австралия
<b>д-р Dale L. Johnson</b>	Всемирное общество по шизофрении и аналогичным расстройствам, Таос, штат Нью-Мексико, США
<b>д-р Kristine Jones</b>	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
<b>д-р David Musau Kiima</b>	Руководитель Департамента охраны психического здоровья, Министерство здравоохранения, Найроби, Кения
<b>г-н Todd Kriebel</b>	Министерство здравоохранения, Веллингтон, Новая Зеландия
<b>г-н John P. Kummer</b>	Эквилибриум, Унтерэргери, Швейцария
<b>проф. Lourdes Ladrado-Ignacio</b>	Факультет психиатрии и поведенческой медицины, Медицинский колледж и Филиппинская больница общего профиля, Манила, Филиппины
<b>д-р Pirkko Lahti</b>	Генеральный секретарь/управляющий делами Всемирной федерации по охране психического здоровья и исполнительный директор Финской ассоциации по психическому здоровью, Хельсинки, Финляндия
<b>г-н Eero Lahtinen</b>	Министерство социального обеспечения и здравоохранения, Хельсинки, Финляндия
<b>д-р Eugene M. Laska</b>	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
<b>д-р Eric Latimer</b>	Научно-исследовательский центр больницы г. Дуглас, пров. Квебек, Канада
<b>д-р Ian Lockhart</b>	Кейптаунский университет, Обсерватория, Южная Африка
<b>д-р Marcelino López</b>	Научные исследования и оценка, Андалусский фонд поддержки социальной интеграции психически больных, Севилья, Испания
<b>г-жа Annabel Lyman</b>	Отдел поведенческого здоровья, Министерство здравоохранения, Корор, Республика Палау
<b>д-р Ma Hong</b>	Консультант Министерства здравоохранения, Пекин, Китайская Народная Республика
<b>д-р George Mahy</b>	Университет Вест-Индии, Сент-Майкл, Барбадос
<b>д-р Joseph Mbatia</b>	Министерство здравоохранения, Дар-эс-Салам, Танзания
<b>д-р Céline Mercier</b>	Научно-исследовательский центр больницы г. Дуглас, пров. Квебек, Канада
<b>д-р Leen Meulenbergs</b>	Бельгийский межуниверситетский центр по научным исследованиям и практике, охране здоровья и психобиологическим и психосоциальным факторам, Брюссель, Бельгия
<b>д-р Harry I. Minas</b>	Центр международного психического здоровья и транскulturологической психиатрии, Больница Сент-Винсент, Фицрой, штат Виктория, Австралия
<b>д-р Alberto Minoletti</b>	Министерство здравоохранения, Сантьяго, Чили
<b>д-р P. Mogue</b>	Министерство здравоохранения, Мозамбик
<b>д-р Paul Morgan</b>	SANE, Южный Мельбурн, штат Виктория, Австралия
<b>д-р Driss Moussaoui</b>	Университет психиатрии, Касабланка, Марокко
<b>д-р Matt Muijen</b>	Центр охраны психического здоровья Сейнсбери, Лондон, Соединенное Королевство
<b>д-р Carmine Munizza</b>	Научно-исследовательский центр психиатрии, Турин, Италия
<b>д-р Shisram Narayan</b>	Больница Сент-Джайлз, Сува, Фиджи
<b>д-р Sheila Ndyabangi</b>	Министерство здравоохранения, Кампала, Уганда
<b>д-р Grayson Norquist</b>	Национальный институт психиатрии, Бетезда, штат Мэриленд, США
<b>д-р Frank Njenga</b>	Председатель Кенийской ассоциации психиатров, Найроби, Кения

д-р Angela Ofori-Atta	Отдел клинической психологии, Медицинская школа Университета Ганы, Корле-Бу, Гана
проф. Mehdi Paes	Психиатрическая больница при Университете Аррази, Сале, Марокко
д-р Rampersad Parasram	Министерство здравоохранения, Порт-оф-Спейн, Тринидад и Тобаго
д-р Vikram Patel	Центр «Сангат», штат Гоа, Индия
д-р Dixianne Penney	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
д-р Yogan Pillay	Проект «Эквити», Претория, Южная Африка
д-р M. Pohanka	Министерство здравоохранения, Чешская Республика
д-р Laura L. Post	Службы психиатрической помощи Марианских островов, Сайпан, США
д-р Prema Ramachandran	Плановая комиссия, Нью-Дели, Индия
д-р Helmut Remschmidt	Департамент детской и подростковой психиатрии, Марбург, Германия
проф. Brian Robertson	Факультет психиатрии, Кейптаунский университет, Южная Африка
д-р Julieta Rodriguez Rojas	Integrar a la Adolescencia, Коста-Рика
д-р Agnes E. Rupp	Руководитель Научно-исследовательской программы по экономике охраны психического здоровья, NIMH/NIH, США
д-р Ayesh M. Sammour	Министерство здравоохранения, Палестинская автономия, сектор Газа
д-р Aive Sarjas	Министерство социального обеспечения, Таллин, Эстония
д-р Radha Shankar	AASHA (проект «Хоуп»), Ченнаи, Индия
д-р Carole Siegel	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
проф. Michele Tansella	Факультет медицины и общественного здравоохранения, Веронский университет, Италия
г-жа Mrinali Thalgodapitiya	Исполнительный директор, NEST, Хендала, Ватала, пров. Гампаха, Шри-Ланка
д-р Graham Thornicroft	Директор, PRISM, Институт психиатрии Модсли, Лондон, Соединенное Королевство
д-р Giuseppe Tibaldi	Научно-исследовательский центр психиатрии, Турин, Италия
г-жа Clare Townsend	Факультет психиатрии, Университет штата Квинсленд, Toowing Qld, Австралия
д-р Gombodorjiin Tsetsegdary	Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Монголия
д-р Bogdana Tudorache	Президент Румынской лиги по психическому здоровью, Бухарест, Румыния
г-жа Judy Turner-Crowson	Бывший Председатель Всемирной ассоциации по психосоциальной реабилитации (WAPR), Комитет содействия WAPR, Гамбург, Германия
г-жа Pascale Van den Heede	Организация «Mental Health Europe», Брюссель, Бельгия
г-жа Marianna Várfalvi-Bognarne	Министерство здравоохранения, Венгрия
д-р Uldis Veits	Рижский муниципальный комитет по здравоохранению, Рига, Латвия
г-н Luc Vigneault	Ассоциация групп, отстаивающих право населения пров. Квебек на охрану психического здоровья, Канада
д-р Liwei Wang	Консультант Министерства здравоохранения, Пекин, Китайская Народная Республика
д-р Xiangdong Wang	И.о. регионального советника по психическому здоровью, Региональное бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана, Манила, Филиппины
проф. Harvey Whiteford	Факультет психиатрии, Университет штата Квинсленд, Toowing Qld, Австралия
д-р Ray G. Xerri	Министерство здравоохранения, Флориана, Мальта
д-р Xie Bin	Консультант Министерства здравоохранения, Пекин, Китайская Народная Республика
д-р Xin Yu	Консультант Министерства здравоохранения, Пекин, Китайская Народная Республика
проф. Shen Yucun	Институт охраны психического здоровья, Пекинский медицинский университет, Китайская Народная Республика



---

**д-р Taintor Zebulon**

Президент WAPR, факультет психиатрии, Медицинский  
центр Нью-Йоркского университета, штат Нью-Йорк, США

ВОЗ также выражает признательность за щедрую финансовую помощь, которую оказали правительства Австралии, Италии, Нидерландов, Новой Зеландии, Норвегии и Финляндии, а также Фонд «Эли Лилли и Компания» и европейское отделение компании «Джонсон и Джонсон», занимающееся благотворительной деятельностью.

*“Повышение качества охраны психического здоровья позволяет гарантировать эффективное и результативное использование ограниченных ресурсов. Без улучшения качества невозможно добиться необходимого результата.”*

## Содержание

<b>Предисловие</b>	<b>x</b>
<b>Краткое резюме</b>	<b>2</b>
<b>Цели и целевая аудитория</b>	<b>7</b>
<b>1. Введение</b>	<b>10</b>
<b>2. Повышение качества: от ориентации политики к оценке механизмов</b>	<b>14</b>
<b>Этап 1.</b> Ориентация политики на повышение качества	14
<b>Этап 2.</b> Разработка документации по стандартам качества	25
<b>Этап 3.</b> Разработка аттестационных процедур	32
<b>Этап 4.</b> Проведение мониторинга работы служб охраны психического здоровья с использованием механизмов контроля качества	35
<b>Этап 5.</b> Внедрение механизмов повышения качества в действующую систему управления и оказания услуг	44
<b>Этап 6.</b> Системное реформирование служб охраны психического здоровья с целью повышения качества их работы	54
<b>Этап 7.</b> Оценка механизмов повышения качества	56
<b>3. Препятствия и пути их преодоления</b>	<b>57</b>
<b>4. Рекомендации и выводы</b>	<b>58</b>
<b>Приложение 1.</b> Глоссарий терминов	<b>59</b>
<b>Приложение 2.</b> Клинические рекомендации, предлагаемые в качестве справочного материала для стран, создающих систему охраны психического здоровья	<b>60</b>
<b>Приложение 3.</b> Пример: Аттестация терапевтических общин в Чили	<b>60</b>
<b>Дополнительная литература</b>	<b>71</b>
<b>Библиография</b>	<b>71</b>

## Предисловие

Данный модуль является составной частью рекомендуемого ВОЗ Свода методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья, в котором представлена полезная информация для стран в целях улучшения охраны психического здоровья своего населения.

### **С какой целью разработан Свод методических рекомендаций?**

---

Цель составления Свода методических рекомендаций заключается в оказании помощи лицам, формирующим политику, и специалистам по планированию при выполнении ими следующих задач:

- разработка политики и всеобъемлющих стратегий по укреплению психического здоровья разных групп населения;
- использование существующих ресурсов для достижения наиболее оптимальных результатов;
- повышение эффективности услуг всем нуждающимся в помощи;
- оказание помощи людям с психическими расстройствами при их реинтеграции во все сферы жизни общества и содействие тем самым всестороннему улучшению качества жизни таких групп населения.

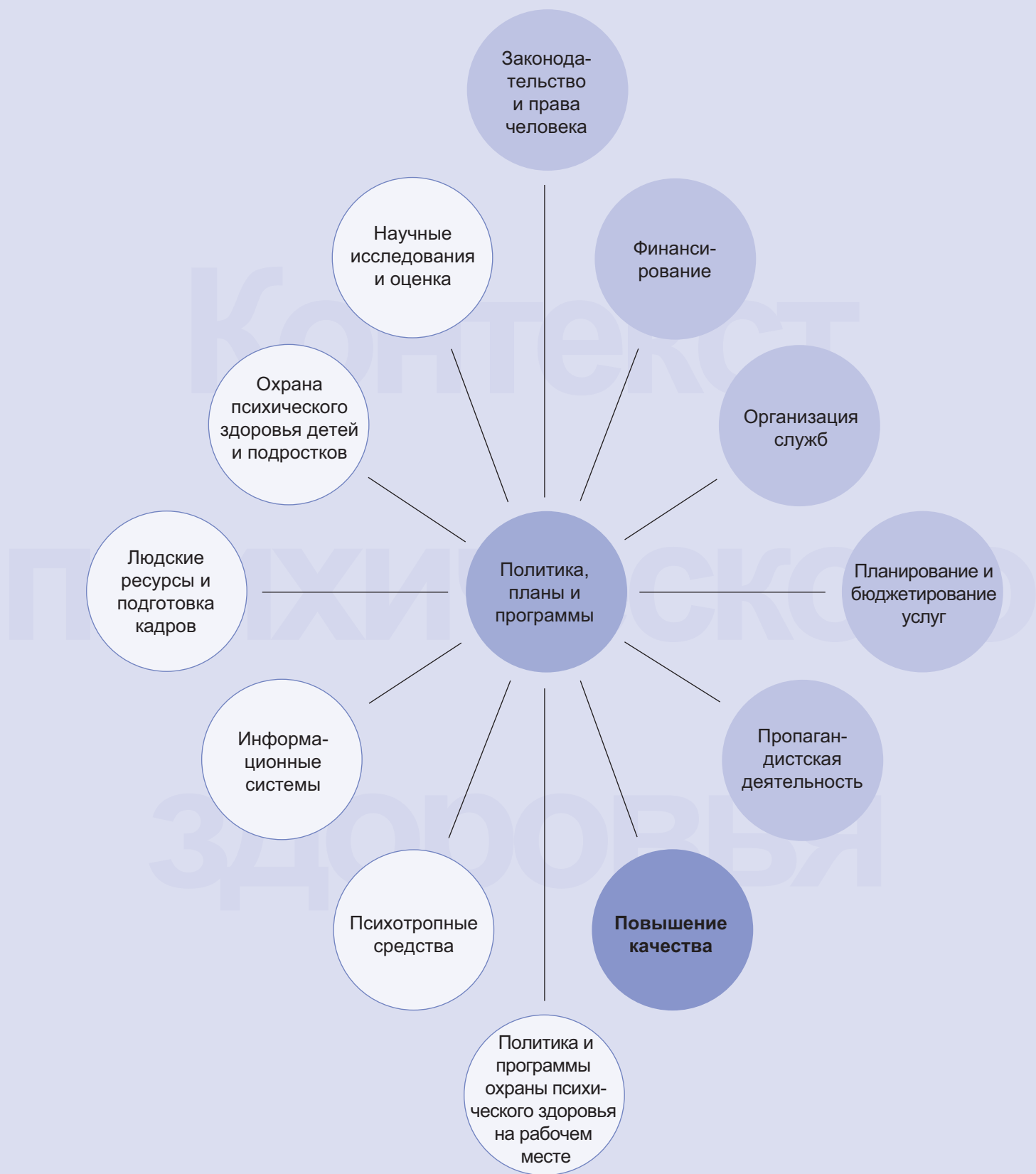
### **Что входит в предлагаемый Свод методических рекомендаций?**

---

Свод методических рекомендаций состоит из нескольких тематически связанных и удобных для пользователя модулей для решения широкого спектра задач и приоритетных проблем, возникающих при формировании политики и планировании услуг в области психического здоровья. Тематика каждого модуля представляет собой один из ключевых аспектов охраны психического здоровья. В вводном модуле под названием «*Контекст психического здоровья*» дается описание глобального контекста психического здоровья и краткое содержание всех остальных модулей. Этот модуль должен не только дать читателям общее представление о глобальном контексте психического здоровья, но и оказать им помощь в выборе наиболее подходящих модулей с учетом сложившейся на местах ситуации. Модуль «*Политика, планы и программы в области психического здоровья*» является основным, и в нем представлена подробная информация о процессе разработки политики и методах ее реализации посредством соответствующих планов и программ. После ознакомления с этим модулем специалисты в странах могут обратиться к конкретным аспектам психического здоровья, о которых говорится в других модулях.

Свод практических рекомендаций включает в себя следующие модули:

- > Контекст психического здоровья
- > Политика, планы и программы в области психического здоровья
- > Финансирование охраны психического здоровья
- > Законодательство в области психического здоровья и права человека
- > Пропаганда актуальности охраны психического здоровья
- > Организация служб охраны психического здоровья
- > Повышение качества охраны психического здоровья
- > Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья



● подлежат разработке в дальнейшем

Работа над представленными ниже модулями еще не завершена, однако они будут включены в Свод методических рекомендаций по мере его окончательного формирования:

- > Расширение доступности психотропных средств и улучшение практики их использования
- > Информационные системы по психическому здоровью
- > Людские ресурсы и подготовка кадров в области психического здоровья
- > Охрана психического здоровья детей и подростков
- > Научные исследования и оценка политики и системы оказания услуг в области психического здоровья
- > Политика и программы охраны психического здоровья на рабочем месте

### Для кого предназначен Свод методических рекомендаций?

---

Вышеперечисленные модули могут представлять интерес для:

- лиц, формирующих политику, и специалистов по планированию здравоохранения;
- органов государственной власти на федеральном, областном/региональном и местном уровнях;
- специалистов по лечению психических заболеваний;
- групп, представляющих интересы людей с психическими расстройствами;
- представителей или ассоциаций семей и лиц, оказывающих помощь людям с психическими расстройствами;
- организаций, отстаивающих интересы и права лиц, страдающих психическими расстройствами, их близких и членов их семей;
- неправительственных организаций, вовлеченных в процесс оказания услуг в области психического здоровья или заинтересованных в проведении такой работы.

### Как пользоваться данными модулями на практике?

---

– Любой модуль можно использовать **отдельно или вместе с другими модулями**. Для удобства пользователей в модулях приводятся перекрестные ссылки. Специалисты в странах могут приступить к систематическому изучению всех модулей или выбрать для себя определенный модуль, если есть необходимость в более пристальном изучении конкретной тематики в области психического здоровья. Например, страны, для которых актуальны вопросы законодательства по охране психического здоровья, могут начать работу с модулем «*Законодательство в области психического здоровья и права человека*».

– Модули могут использоваться в качестве **набора учебно-методических материалов** лицами, формирующими политику в области психического здоровья, специалистами по планированию, организации, оказанию и финансированию служб охраны психического здоровья. Представленные материалы можно использовать как учебные пособия в университетах или колледжах. Профессиональные ассоциации могут воспользоваться данным Сводом методических рекомендаций в качестве вспомогательного материала для подготовки специалистов, работающих в системе охраны психического здоровья.

– Модули могут быть положены в основу **технических консультаций**, осуществляемых различными международными и национальными организациями при оказании помощи странам, которые ставят перед собой задачу реформирования существующей политики и/или системы оказания услуг в области психического здоровья.

– Модули могут стать **инструментом пропаганды** при проведении разъяснительной работы с потребителями услуг, членами семей и организациями, пропагандирующими ценности психического здоровья. Они содержат полезную информацию для сети санитарного просвещения и более широкого ознакомления политиков, лиц, формирующих общественное мнение, других категорий медработников и населения в целом с проблемой психических расстройств и работой служб охраны психического здоровья.

## **Формат модулей**

---

В каждом модуле четко изложены его цели и обозначена целевая аудитория, для которой он предназначен. Для удобства использования и внедрения в странах методических рекомендаций формат любого модуля предполагает поэтапное описание действий. Названные рекомендации не являются обязательными к исполнению, и их не следует истолковывать однозначно, – поэтому странам рекомендуется адаптировать предлагаемый материал в зависимости от собственных потребностей и обстоятельств. С этой целью во всех модулях приводятся примеры практического применения изложенного материала.

Каждый модуль содержит большое количество перекрестных ссылок. В ходе ознакомления с одним модулем может возникнуть потребность (при наличии ссылок на другие модули) в получении дополнительной информации.

Все модули необходимо рассматривать в свете политики ВОЗ, направленной на предоставление основной части услуг в области психического здоровья в учреждениях общей лечебной сети и по месту жительства. Охрана психического здоровья населения, несомненно, является межсекторальной проблемой и предполагает коллективные усилия со стороны органов образования и обеспечения занятости населения, жилищного сектора, а также четкую работу социальных служб и системы уголовного судопроизводства. При разработке политики в области охраны психического здоровья и организации работы соответствующих служб необходимо самым серьезным образом прислушиваться к мнению организаций потребителей услуг психиатрии и членов их семей.

Д-р Michelle Funk

Д-р Benedetto Saraceno





ПОВЫШЕНИЕ  
КАЧЕСТВА ОХРАНЫ  
ПСИХИЧЕСКОГО  
ЗДОРОВЬЯ



## Краткое резюме

Каждый нуждающийся должен иметь доступ к базовым услугам в области охраны психического здоровья. Данный основополагающий принцип, принятый Всемирной организацией здравоохранения, предъявляет к охране психического здоровья следующие требования: доступность помощи независимо от экономического статуса, принцип равноправия, доступность, беспристрастность, широкий географический охват, предоставление лечения на добровольной основе и надлежащего качества.

### Что такое качество?

---

В области охраны психического здоровья качество – это система повышения вероятности достижения желаемого результата при оказании услуг на базе научно обоснованного подхода в медицине. Данное определение включает в себя два компонента. Для людей с психическими расстройствами, членов их семей и населения в целом это означает, что услуги, предоставляемые службами психического здоровья, должны приводить к положительному результату лечения. Для специалистов по планированию и охране психического здоровья и лиц, формирующих политику, приведенное определение означает наиболее оптимальное применение современных знаний и технологий.

Улучшение качества означает, что службы охраны психического здоровья должны:

- > оберегать человеческое достоинство людей с психическими расстройствами;
- > оказывать необходимую для пациентов и согласованную с ними клиническую и неклиническую помощь с целью снижения отрицательного воздействия, вызванного расстройством, и повышения качества жизни людей, страдающих психическими нарушениями;
- > использовать вмешательства, способные помочь лицам с психическими расстройствами самостоятельно совладать со своими психическими дисфункциями;
- > более эффективно и результативно использовать ограниченные ресурсы для охраны психического здоровья; и
- > гарантировать улучшение качества во всех областях, включая пропаганду ценностей психического здоровья, профилактику, лечение и реабилитацию лиц с психическими расстройствами в системе первичного медико-санитарного звена, поликлиниках, стационарах и районных медицинских учреждениях интернатного типа.

Во многих странах оказываются лишь минимальные услуги по охране психического здоровья, которые не соответствуют данным принципам. Медико-социальная помощь по месту жительства недоступна в 37% стран. Некоторые основные психотропные препараты недоступны на уровне первичного медико-санитарного звена почти в 20% стран, а в остальных их доступность значительно варьируется. В 70% стран приходится менее одного психиатра на 100 000 человек.

В условиях, когда ресурсы ограничены, а охрана психического здоровья только становится новым приоритетным направлением, забота о качестве может показаться преждевременной, а то и чрезмерной роскошью. Может создаться впечатление, что вопросы повышения качества касаются хорошо организованного и хорошо финансируемого здравоохранения, а не того, что находится в процессе становления.

### Почему качество является важным аспектом деятельности системы охраны психического здоровья?

---

Вопросы качества являются важным компонентом нормальной работы всех служб охраны психического здоровья по целому ряду причин. Для людей, страдающих психическими расстройствами, надлежащее качество услуг гарантирует получение необходимой помощи, которая приводит к положительным результатам и улучшению качества жизни. Для членов их семей качественная помощь обеспечивает поддержку и помогает сохранить семью. Для поставщиков услуг или руководителей программы по охране психического здоровья качество гарантирует эффективность и результативность. Для лиц, формирующих политику, качество является ключом к улучшению психического здоровья населения, гарантирующим соответствие затраченных средств полученным результатам и обеспечивающим финансовую отчетность.

Это основные требования к любой системе охраны психического здоровья в независимости от того, находится ли она на этапе становления и обладает минимальными ресурсами или это хорошо развитая система с достаточным материальным обеспечением. Качество охраны психического здоровья важно не только для преодоления печального наследия

прошлого – нарушения прав человека в психиатрических учреждениях, но и для обеспечения создания эффективной и результативной системы оказания психиатрической помощи в будущем. Повышение качества работы служб охраны психического здоровья даже в условиях оказания минимального объема услуг создает прочный фундамент для их будущего развития.

## **Цели данного модуля**

---

Целями данного модуля являются:

- (1) обеспечение включения вопросов качества в план разработки политики по охране психического здоровья;
- (2) подготовка практического руководства по внедрению механизмов повышения качества работы служб психического здоровья на государственном уровне и на местах.

В разделе «Введение» приводятся обоснования важности и значимости качества охраны психического здоровья, а также общие положения концепции по улучшению качества и некоторые подходы по ее практическому осуществлению. В модуле также представлена поэтапная программа помощи странам в области повышения качества охраны психического здоровья.

- Этап 1: Ориентация **политики** на повышение качества.  
Этап 2: Разработка **документации по стандартам качества**.  
Этап 3: Разработка **аттестационных процедур**.  
Этап 4: **Проведение мониторинга** работы служб охраны психического здоровья с использованием механизмов контроля качества.  
Этап 5: **Внедрение механизмов повышения качества** в действующую систему управления и оказания услуг.  
Этап 6: Системное **реформирование** служб охраны психического здоровья с целью повышения качества их работы.  
Этап 7: Оценка **механизмов повышения качества**.

Этапы повышения качества основаны на циклической модели. После формирования политики, разработки стандартов и процедур аттестации для повышения качества необходимо проводить постоянный мониторинг работы служб охраны психического здоровья и одновременно интегрировать стратегии по повышению качества в систему управления и оказания услуг. Реже необходимо осуществлять пересмотр политики в области охраны психического здоровья, стандарты и процедуры по аттестации (Этап 7).

Это позволяет адаптировать политику, стандарты и аттестационные процедуры, используя наработки процесса повышения качества.

### **Этап 1. Ориентация политики на повышение качества**

---

Лица, формирующие политику в области охраны психического здоровья, играют ключевую роль в вопросах повышения качества. У них есть все необходимое для разработки основополагающих параметров улучшения качества услуг посредством проведения консультаций, установления партнерских отношений с различными профессиональными и экспертными группами, принятия законодательства и решения вопросов финансирования и планирования.

> **Консультации.** Консультации необходимо проводить со всеми заинтересованными сторонами, участвующими как в разработке политики в области охраны психического здоровья, так и на всех этапах процесса повышения качества услуг. В ходе проведения консультаций необходимо достичь трех основных целей: выяснить позиции заинтересованных сторон, обменяться информацией и выработать взаимопонимание. Выработка взаимопонимания является главной задачей лиц, формирующих политику в области охраны психического здоровья. Создание механизмов улучшения качества представляет уникальную возможность для всех заинтересованных сторон обсудить и разработать единую концепцию оказания услуг в области охраны психического здоровья.

> **Партнерство.** Лицам, формирующим политику, необходимо активно развивать отношения партнерства с профессиональными группами, академическими институтами, организациями, пропагандирующими ценности психического здоровья, и другими секторами здравоохранения и социального обеспечения. Подобные партнерские отношения являются основой процесса повышения качества и устойчивого развития в течение длительного

времени. Они способствуют достижению консенсуса и осуществлению согласованных действий при разработке мер по повышению качества обслуживания и могут служить хорошим инструментом для мобилизации ресурсов и получения необходимой поддержки.

> **Законодательство.** Лица, формирующие политику, обязаны разработать законодательство, в котором должно уделяться внимание вопросам качества. Модели, разработанные ВОЗ, могут оказаться полезными для данной цели.

> **Финансирование.** Механизмы финансирования служб охраны психического здоровья должны максимально способствовать повышению качества услуг и не становиться препятствием на пути к их улучшению. Повышение эффективности также является важным фактором, способствующим как повышению качества, так и регулированию стоимости услуг.

> **Планирование.** Основой повышения качества является процесс планирования, осуществляемый на базе научно обоснованного подхода в медицине. В процессе планирования вопросы выделения ресурсов и определения приоритетов могут оказаться основополагающими для повышения качества охраны психического здоровья.

## **Этап 2. Разработка документации по стандартам качества**

---

После согласования политики по улучшению качества следующим важным этапом является разработка стандартов для оценки качества обслуживания.

> С этой целью специалистам по планированию и руководителям программ необходимо создать рабочую группу, провести консультации с соответствующими заинтересованными сторонами и подготовить проект документа по стандартам качества.

> Документ по стандартам качества должен охватывать все аспекты охраны психического здоровья, включая конкретные области.

> Критерии должны быть определены для каждого стандарта.

> Данные критерии должны служить средством оценки качества предоставляемых услуг. В этом деле могут пригодиться документы ВОЗ.

> Помимо оценки качества услуг, необходимо проводить оценку качества всех аспектов охраны психического здоровья населения.

## **Этап 3. Разработка аттестационных процедур**

---

Аттестация предоставляет возможность проводить оценку качества услуг в области психического здоровья и оказывать данные услуги в рамках соответствующего законодательства. Аттестация – важнейший этап повышения качества, так как вопросы качества являются краеугольным камнем процесса официального лицензирования служб и учреждений психического здоровья.

Для разработки и принятия процедур аттестации необходимо соблюдение следующих условий.

> Специалистам по планированию необходимо убедиться в наличии уже имеющихся аттестационных процедур, которые могут быть использованы для проведения оценки предоставляемых услуг. Устаревшие процедуры подлежат пересмотру на предмет соответствия наиболее клинически эффективным и гуманным методам лечения в соответствии с научно обоснованным подходом в медицине.

> В случае отсутствия аттестационных процедур специалистам по планированию необходимо приступить к их разработке. Документ по стандартам качества, подготовленный в течение второго этапа может быть принят за основу при разработке критериев и рейтинговой системы оценки услуг и подтверждения их легального статуса.

#### **Этап 4. Проведение мониторинга работы служб охраны психического здоровья с использованием механизмов контроля качества**

---

Для оценки качества работы служб охраны психического здоровья необходимо проводить мониторинг предоставляемых услуг. Данный мониторинг может проводиться в следующих формах:

- > применение разработанных стандартов для проведения ежегодной оценки качества;
- > использование аттестационных процедур для проведения оценки и легализации новых видов услуг и оценки работы существующих служб охраны психического здоровья;
- > сбор информации через существующие информационные системы, особенно данных, содержащих показатели эффективности работы служб охраны психического здоровья и результатов лечения;
- > организация консультаций с независимыми ассоциациями лиц с психическими расстройствами, лиц, осуществляющих уход за больными, и организациями, пропагандирующими ценности психического здоровья, для выяснения их оценки качества услуг.

#### **Этап 5. Внедрение механизмов повышения качества в действующую систему управления и оказания услуг**

---

Важно, чтобы предоставляемые услуги способствовали повышению качества охраны психического здоровья и вели к постоянной оптимизации данного процесса. Этого можно добиться путем:

- > ежегодной проверки качества предоставляемых услуг;
- > включения мероприятий по контролю качества в планы работы;
- > внедрения механизмов по повышению качества в клиническую практику на основе научно обоснованного подхода в медицине, разработки клинических руководств, коллективного взаимодействия и непрерывного профессионального роста;
- > повышения качества услуг при создании новых служб охраны психического здоровья;
- > проведения аудита.

#### **Этап 6. Системное реформирование служб охраны психического здоровья с целью повышения качества их работы**

---

При оценке качества услуг в области охраны психического здоровья может возникнуть необходимость реформирования существующих служб или повышения эффективности их работы. На этом этапе может потребоваться проведение совместного планирования и координации действий различных секторов.

Для осуществления широкомасштабных реформ, например при интеграции служб охраны психического здоровья в общую лечебную сеть, наиболее эффективным является системный подход.

#### **Этап 7. Оценка механизмов повышения качества**

---

Когда механизмы повышения качества разработаны и используются на практике, их оценку необходимо проводить реже, чем оценку качества услуг, которая проводится ежегодно. Оценка механизмов повышения качества может проводиться в то же самое время, что и пересмотр целей в области оказания услуг по охране психического здоровья на местах, например, каждые 5–8 лет.

Оценка механизмов качества необходима для внедрения более эффективных методов его повышения. С этой целью руководители служб охраны психического здоровья или контролеры качества должны быть хорошо информированы о современных аспектах обеспечения качества, вопросах улучшения и управления качеством. Опыт, извлеченный в процессе повышения качества предоставления услуг, и вопросы управления качеством должны стать неотъемлемой составной частью при пересмотре политики, стандартов и аттестационных процедур.

Необходимо также повышать качество работы информационных систем для наиболее полного получения информации при проведении оценки качества и совершенствования сбора информационными системами данных, позволяющих гарантировать удовлетворительное качество услуг.

Важно организовать непрерывное обучение для руководителей и работников служб охраны психического здоровья, с тем чтобы они могли на самых ранних этапах проявлять инициативу по повышению качества услуг на основе полученных знаний. Процесс повышения качества не может проходить без непосредственного желания персонала способствовать повышению эффективности и результативности работы служб охраны психического здоровья.

## **Заключение**

---

Данный модуль является практическим руководством для (1) координации политики и задач в области повышения качества охраны психического здоровья и (2) непосредственной разработки механизмов повышения качества. К данным механизмам относятся разработка стандартов, процедур аттестации, мониторинг услуг, непрерывное улучшение качества, системное реформирование служб и оценка механизмов качества.

Странам необходимо адаптировать данное руководство исходя из конкретных условий и потребностей. Для стран, в которых отсутствуют механизмы или политика контроля качества, данный модуль послужит хорошим руководством для их разработки и внедрения. Страны, политика которых соответствует поставленным задачам по улучшению качества, могут использовать данный модуль в качестве практического руководства для осуществления дальнейших шагов по разработке стандартов качества, процедур аттестации, проведения мониторинга и непрерывного повышения качества охраны психического здоровья. Для стран с существующей политикой и стандартами в области качества данный модуль может послужить руководством для дальнейшего повышения качества охраны психического здоровья на основе методологии по непрерывному повышению качества.

Улучшая качество обслуживания, страны должны быть способны повышать вероятность того, что результат лечения будет отражать запросы и чаяния населения. Конечная цель повышения качества охраны психического здоровья заключается в соблюдении прав лиц, страдающих психическими расстройствами, гарантированном предоставлении наиболее оптимального лечения на базе научно обоснованного подхода в медицине, повышении независимости лиц с психическими расстройствами и улучшении качества жизни.

## Цели и целевая аудитория

### Как пользоваться данным модулем?

Данный модуль преследует две цели:

- (1) обеспечить включение вопросов качества в план разработки политики по охране психического здоровья;
- (2) подготовить практическое руководство по внедрению механизмов повышения качества работы служб психического здоровья на государственном уровне и на местах.

В разделе «Введение» представлены данные, объясняющие важность и ценность оказания качественной психиатрической помощи, а также общие положения концепции повышения качества и некоторые подходы к ее практическому осуществлению. Поэтапная программа, представленная ниже, должна помочь странам повысить качество охраны психического здоровья.

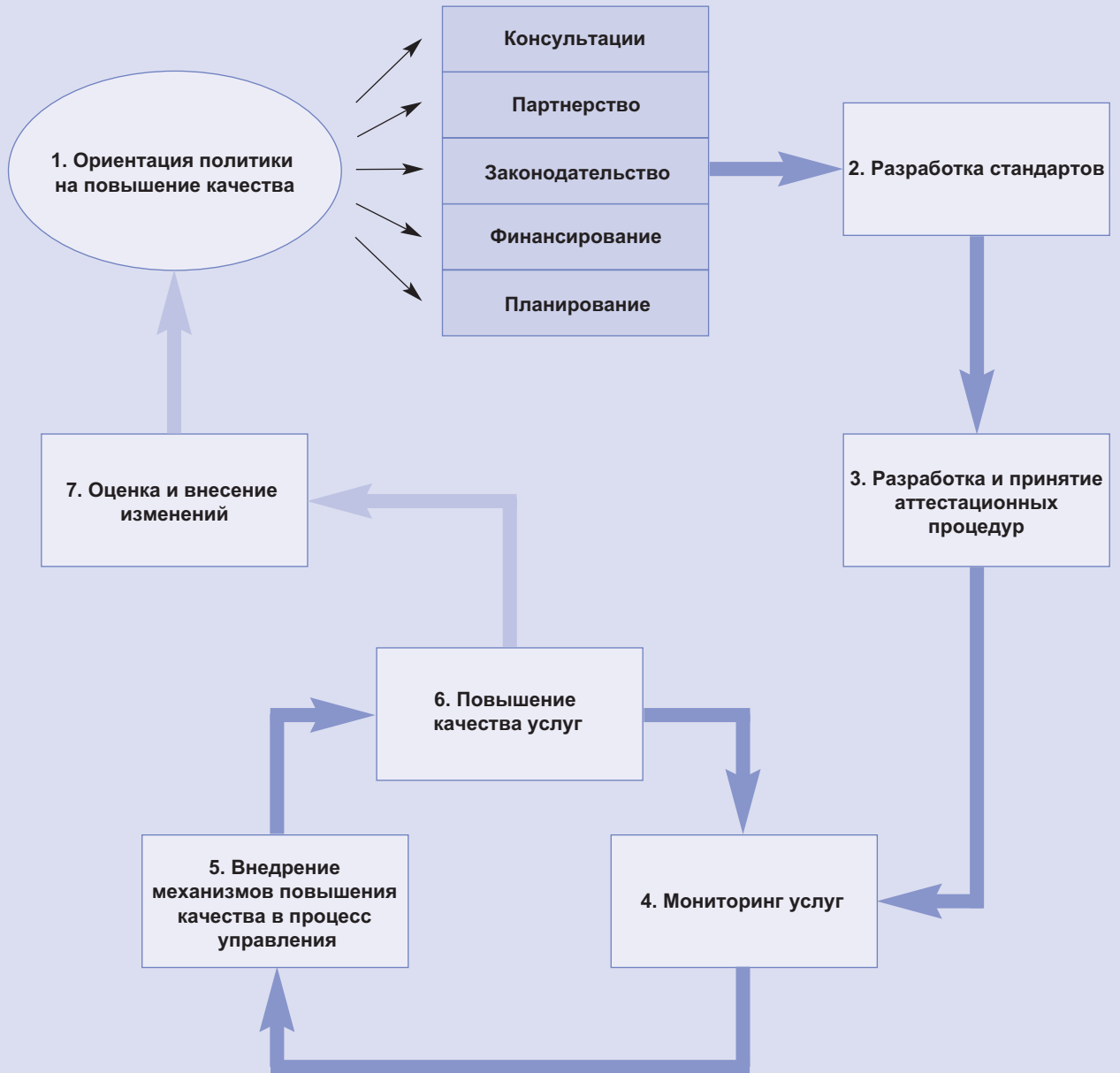
- Этап 1: Ориентация **политики** на повышение качества.
- Этап 2: Разработка **документации по стандартам качества**.
- Этап 3: Разработка **аттестационных процедур**.
- Этап 4: **Проведение мониторинга** работы служб охраны психического здоровья с использованием механизмов контроля качества.
- Этап 5: **Внедрение механизмов повышения качества** в действующую систему управления и оказания услуг.
- Этап 6: Системное **реформирование** служб охраны психического здоровья с целью повышения качества их работы.
- Этап 7: Оценка **механизмов повышения качества**.

Этапы повышения качества носят циклический характер (Рисунок 1). После формирования и принятия политики, стандартов и аттестационных процедур для повышения качества необходимо проводить постоянный мониторинг работы служб и одновременно внедрять стратегии по повышению качества в систему управления и оказания услуг. Пересмотр политики в области охраны психического здоровья, стандартов и аттестационных процедур (Этап 7), как показано пунктирными стрелками на Рисунке 1, можно проводить через определенные промежутки времени, адаптируя их к новым данным, полученным в ходе процесса повышения качества служб.

Нет необходимости строго придерживаться последовательности вышеуказанных этапов. Например, документ по стандартам качества можно разработать в рамках процесса ориентации политики по охране психического здоровья на повышение качества. Возможно также проведение курса обучения по повышению качества для работников служб охраны психического здоровья без отрыва от производства на этапе разработки аттестационных процедур. Однако все вышеописанные этапы крайне необходимы, для того чтобы лица, формирующие политику, и специалисты по планированию смогли бы создать инфраструктуру и надежную базу для повышения качества охраны психического здоровья.

*В данном модуле представлена поэтапная программа оказания помощи странам по повышению качества охраны психического здоровья.*

Рисунок 1. Улучшение качества охраны психического здоровья





## Целевая аудитория

---

Данный модуль предназначается для лиц, формирующих политику, и специалистов по планированию, которые стремятся улучшить качество охраны психического здоровья в своих странах. Для лиц, формулирующих политику, данный модуль предлагает рациональное обоснование необходимости повышения качества в области охраны психического здоровья. Он может служить руководством для разработки политики по улучшению качества. Для **специалистов по планированию, администраторов и персонала служб охраны психического здоровья** данный модуль является практическим руководством по внедрению механизмов повышения качества психиатрической помощи на государственном и местном уровнях.

Данный модуль также предназначается для **людей с психическими расстройствами, членов их семей и организаций, отстаивающих права пациентов**, в качестве основы для их активного участия в повышении качества охраны психического здоровья. Для достижения поставленной цели необходимо установить отношения партнерства между всеми заинтересованными сторонами. Представленный модуль может быть также использован при проведении информационно-пропагандистских мероприятий, и в этой связи ознакомление с ним желательно проводить одновременно с модулем «*Пропаганда актуальности охраны психического здоровья*».

При проведении оценки потенциала повышения качества охраны психического здоровья страны могут столкнуться с различными **ситуациями**.

**Ситуация А.** Для стран со слаборазвитым или отсутствующим механизмом повышения качества и слабой политикой в данной сфере предлагаемый модуль может стать руководством для разработки подобных механизмов и формировании национальной политики в этой области. В нем представлена необходимая информация относительно важности проведения реформ в данной области в соответствии с поставленными целями по повышению качества, а также подробное описание этапов по разработке документа по стандартам качества, аттестационных процедур, проведения мониторинга работы служб и улучшения качества.

**Ситуация В.** В странах, где уже разработана политика, одной из целей которой является повышение качества, осуществление начальных этапов может оказаться необязательным. В этой связи данный модуль может служить практическим руководством по осуществлению последующих шагов по разработке стандартов качества и аттестационных процедур, проведению мониторинга услуг и по повышению качества на непрерывной основе.

**Ситуация С.** В странах, где уже существует и политика, и стандарты в области охраны психического здоровья, данный модуль может стать руководством по дальнейшему улучшению психиатрической помощи за счет непрерывного повышения качества.

В конечном итоге модуль необходимо адаптировать к условиям конкретной страны. По этой причине в нем отсутствуют международные стандарты качества. Для того чтобы достигнуть необходимого уровня лечения психических расстройств в конкретных условиях, каждая страна должна разработать свои собственные механизмы оценки и повышения качества охраны психического здоровья. Данный модуль предназначается для более эффективной организации подобного процесса.

*Данный модуль предназначается для лиц, формирующих политику, и специалистов по планированию, которые стремятся улучшить качество охраны психического здоровья в своих странах.*

*Модуль необходимо адаптировать к условиям конкретной страны.*

# 1. Введение

Каждый нуждающийся человек должен иметь доступ к базовым услугам в области охраны психического здоровья. Данный основополагающий принцип, принятый Всемирной организацией здравоохранения, предъявляет к охране психического здоровья следующие требования: доступность помощи, беспристрастность, широкий географический охват, предоставление лечения на добровольной основе и надлежащего качества.

*Каждый нуждающийся человек должен иметь доступ к услугам по охране психического здоровья надлежащего качества.*

## Что такое качество?

В области охраны психического здоровья качество – это система повышения вероятности достижения желаемого результата при оказании услуг на базе научно обоснованного подхода в медицине (адаптировано из (Институт медицины, 2001а)). Данное определение включает в себя два компонента. Для людей с психическими расстройствами, членов их семей и населения в целом это означает, что услуги, предоставляемые службами психического здоровья, должны приводить к положительному результату лечения. Для специалистов по планированию и охране психического здоровья и лиц, формирующих политику, приведенное определение означает наиболее оптимальное применение современных знаний и технологий.

Улучшение качества означает, что службы охраны психического здоровья должны:

- > оберегать человеческое достоинство людей с психическими расстройствами;
- > оказывать необходимую для пациентов и согласованную с ними клиническую и неклиническую помощь с целью снижения отрицательного воздействия, вызванного расстройством, и повышения качества жизни людей, страдающих психическими нарушениями;
- > использовать вмешательства, способные помочь лицам с психическими расстройствами самостоятельно совладать со своими психическими дисфункциями;
- > более эффективно и результативно использовать ограниченные ресурсы для охраны психического здоровья; и
- > гарантировать улучшение качества во всех областях, включая пропаганду ценностей психического здоровья, профилактику, лечение и реабилитацию в системе первичного медико-санитарного звена, поликлиниках, стационарах и районных медицинских учреждениях интернатного типа.

*Повышение качества служит для более эффективного и результативного использования ограниченных ресурсов, выделяемых на охрану психического здоровья.*

Во многих странах оказываются лишь минимальные услуги по охране психического здоровья, которые не соответствуют данным принципам. Медико-социальная помощь по месту жительства недоступна в 37% стран. Некоторые основные психотропные препараты недоступны на уровне первичного медико-санитарного звена почти в 20% стран, а в остальных их доступность значительно варьируется. В 70% стран приходится менее одного психиатра на 100 000 человек (Атлас, 2001 г.).

В условиях, когда ресурсы ограничены, а охрана психического здоровья только становится новым приоритетным направлением, забота о качестве может показаться преждевременной, а то и чрезмерной роскошью. Может создаться впечатление, что вопросы повышения качества касаются хорошо организованного и хорошо финансируемого здравоохранения, а не того, что находится в процессе становления.

*Является ли качество роскошью?*

## Почему качество является важным аспектом деятельности системы охраны психического здоровья?

Вопросы качества являются важным компонентом нормальной работы всех служб охраны психического здоровья по целому ряду причин. Для людей, страдающих психическими расстройствами, надлежащее качество услуг гарантирует получение необходимой помощи, которая приводит к положительным результатам и улучшению качества жизни. Для членов их семей качественная помощь обеспечивает поддержку и помогает сохранить семью. Для поставщиков услуг или руководителей программы по охране психического здоровья качество гарантирует эффективность и результативность. Для лиц, формирующих политику, качество является ключом к улучшению психического здоровья населения, гарантирующим соответствие затраченных средств полученным результатам и обеспечивающим финансовую отчетность.

*Качество важно как для действующих служб охраны психического здоровья, так и для находящихся в процессе формирования.*

Это основные требования к любой системе охраны психического здоровья вне зависимости от того, находится ли она на этапе становления и обладает минимальными ресурсами или это хорошо развитая система с достаточным материальным обеспечением. Качество охраны психического здоровья важно не только для преодоления печального наследия прошлого – нарушения прав человека в психиатрических учреждениях, но и для обеспечения создания эффективной и результативной системы оказания психиатрической помощи в будущем. Преимущества повышения качества медицинского обслуживания представлены в Рамке 1.

**Рамка 1. Преимущества повышения качества охраны психического здоровья**

**1. Концентрация усилий на вопросах повышения качества позволяет обеспечить наиболее рациональное использование имеющихся ресурсов.** В большинстве случаев ресурсы не используются оптимально. В одних странах предоставляется непропорционально большой объем услуг, т. е. услуги не приводят к повышению качества лечения и даже могут причинить пациенту вред. В других, наоборот, отмечается недостаток в определенных видах помощи, т. е. службы охраны психического здоровья не в состоянии удовлетворить потребности населения. В любом случае отсутствие должного внимания к вопросам качества приводит к расточительству имеющихся ресурсов. Повышение качества охраны психического здоровья открывает возможность к их более эффективному использованию.

**2. Концентрация усилий на вопросах повышения качества позволяет обеспечить использование новейших научно-технических достижений в процессе лечения.** За прошедшее десятилетие мы стали свидетелями прорыва в области разработки лекарственных препаратов и появления новых схем лечения психических расстройств. В Докладе о состоянии здравоохранения в мире (Всемирная организация здравоохранения, 2001а) приводятся эффективные схемы лечения и указывается на большой разрыв между накопленными знаниями и практикой. Большое количество услуг по охране психического здоровья, оказываемых по месту жительства, доказало свою эффективность даже при лечении наиболее тяжелых психических расстройств. Концентрация усилий на качестве позволяет избавиться от устаревших методов работы и принять на вооружение новые схемы и методы лечения.

**3. Концентрация усилий на вопросах повышения качества позволяет гарантировать людям с психическими расстройствами получение необходимой помощи.** Хорошее качество жизненно необходимо для людей с психическими расстройствами. Психиатрические и неврологические заболевания составляют 28% от общего числа лет жизни, утраченных в результате инвалидности. Статистически данный показатель отражает совокупное бремя психических расстройств. На индивидуальном уровне это означает, что лица, страдающие психическими расстройствами, несут на своих плечах непропорционально большое бремя заболевания, которое усугубляется стигматизацией, дискриминацией и нарушением прав человека в большинстве стран мира. Традиционные взгляды на причины и способы лечения психических расстройств, глубоко укоренившиеся во многих странах часто приводят к нежеланию пройти нормальный курс терапии или к запоздалому лечению. В США, например, большинство нуждающихся в лечении не обращаются за помощью (Департамент здравоохранения и социального обеспечения США, 2000 г.).

**4. Концентрация усилий на вопросах качества повышает уверенность в эффективности работы системы охраны психического здоровья.** Удовлетворительное качество услуг повышает доверие общества к системе лечения психических расстройств. Качество лечения служит базисом, способным продемонстрировать, что лечение психических расстройств менее затратно по сравнению с социальными издержками, которые несет общество вследствие их возникновения. Без надлежащего качества лечения невозможно достигнуть ожидаемых результатов. Спонсоры, общественность, лица, страдающие психическими расстройствами, и члены их семей оказываются в состоянии глубокого разочарования. Отсутствие качественного лечения ведет к увековечиванию мифов о психических заболеваниях и формирует негативное отношение в обществе к людям, страдающим психическими расстройствами.

**5. Концентрация усилий на вопросах повышения качества способствует преодолению барьеров на пути к эффективному лечению на разных уровнях.** Восприятие процесса лечения с точки зрения качества и эффективности стимулирует людей, страдающих психическим расстройством, на обращение к врачу и снижает негативное отношение к ним со стороны других. Качество становится механизмом, гарантирующим получение соответствующего лечения на основе существующих знаний. Более того, в условиях, когда уровень предоставляемых услуг соответствует уровню потребностей, то есть в отсутствие чрезмерного объема неадекватных услуг или при наличии достаточного объема надлежащего уровня лечения, качество служит гарантией того, что имеющиеся ограниченные ресурсы расходуются ответственно и эффективно.

**6. Концентрация усилий на вопросах повышения качества позволяет использовать системный подход.** Повышение качества открывает возможности системного реформирования служб охраны психического здоровья. В этой связи роль лиц, формирующих политику в области охраны психического здоровья, становится особенно велика. В то время как первичное звено охраны психического здоровья концентрирует свои усилия на оказании помощи удовлетворительного качества и проводит мониторинг клинических услуг, лица, формирующие политику, должны разработать государственную программу и меры поддержки предоставления этой помощи. Лица, формирующие политику, (или специалисты по планированию услуг в области психического здоровья) должны стать лидерами по продвижению вопросов улучшения качества, направленных на системное реформирование служб охраны психического здоровья.

## **Подходы к повышению качества**

---

Для улучшения качества охраны психического здоровья были разработаны следующие подходы.

### **1. Мониторинг качества**

---

Традиционный подход к мониторингу качества (также известный как «Обеспечение качества») заключается в разработке стандартов оказания помощи и определении соответствия качества существующих услуг разработанным стандартам. Если стандарты соблюдены, услуги считаются надлежащего качества. В случае выявления недостатков разрабатываются планы изменения ситуации (ВОЗ, 1994 г.; ВОЗ, 1997 г.).

Данный подход позволяет оценить качество услуг с точки зрения их структуры, процесса и результатов лечения (Donabedian, 1980). Качество структуры услуг служит для оценки потенциала системы охраны психического здоровья (например, квалификации персонала, процентного соотношения различных специалистов, финансового обеспечения и инфраструктуры). Оценка качества процесса позволяет проследить взаимодействие между системой оказания услуг и лицом, страдающим психическим расстройством (например, виды и объем услуг, типы и количество лекарственных препаратов, назначенных пациенту, проведение госпитализации), а качество результатов лечения дает возможность выявить изменения состояния получателя услуг (например, восстановление определенных функций организма, наличие положительной динамики, повышение качества жизни). Любая система мониторинга качества должна охватывать эти три сферы. Во многих странах основной упор при проведении мониторинга традиционно делался на структурные и процессуальные компоненты. Лишь только в последние годы больше внимания стало уделяться качеству результатов лечения.

### **2. Общее управление качеством/Непрерывное улучшение качества**

---

В последнее время на основе методов повышения производительности труда и снижения себестоимости продукции, применяемых в производственном и промышленном секторе для повышения эффективности охраны психического здоровья были внедрены концепции общего управления качеством и непрерывного улучшения качества (Juran, 1988; Juran, 1992). Данные методы не основаны на внешней оценке; они включены в систему управления организацией служб охраны психического здоровья таким образом, что позволяют использовать внутренний механизм для выявления и решения проблем. Иными словами, управление качеством и непрерывное улучшение качества служат для прогнозирования и предотвращения возможных проблем; менеджеры и руководители более активно участвуют в данном процессе, а корпоративная культура дает возможность предоставления больших стимулов и полномочий персоналу, который несет ответственность за выявление проблем и принятие решений по их устранению.

В Австралии методология общего управления качеством применялась при проведении структурных реформ системы охраны психического здоровья, цель которых заключалась в повышении роли раннего психиатрического вмешательства и профилактики заболевания (Tobin, Yeo & Chen, 2000), а также в пересмотре традиционных представлений при реформировании детской программы по охране психического здоровья (Birleson, 1998). Методология непрерывного улучшения качества предполагает наличие поддержки на федеральном и местном уровнях при проведении организационной реструктуризации, а также вовлечение в этот процесс лиц с психическими расстройствами и персонала служб охраны психического здоровья.

### 3. Система сбалансированных показателей

---

Третий подход, который включает некоторые аспекты двух предыдущих, называется системой сбалансированных показателей. Совершенно очевидно, что специалистам по планированию услуг и руководителям служб охраны психического здоровья необходимо сбалансировать широкий спектр предложений по улучшению качества психиатрической помощи. Оценка качества процесса необходима для подтверждения получения лицом, страдающим психическим расстройством, лечения на базе научно обоснованного подхода в медицине. Оценка результатов лечения помогает установить улучшение состояния пациента. В то же самое время необходимо осуществлять контроль за расходами во избежание выхода за рамки установленного бюджета при оказании услуг (Hermann, Regner, Erickson & Yang, 2000). В этой связи руководителям служб необходимо осуществлять мониторинг в различных областях: система сбалансированных показателей является моделью, позволяющей проводить мониторинг деятельности служб охраны психического здоровья в нескольких областях одновременно (Kaplan & Norton, 1996).

#### Подход данного модуля

---

В представленном модуле применяется интегрированный подход, при котором используются компоненты всех вышеописанных методов. Преимущества контроля качества заключаются в том, что он содержит набор стандартов и аттестационных процедур, которые принимаются населением и являются общепризнанной нормой, служащей эталоном для определения качества услуг. Это крайне важно для всех служб психического здоровья. Преимущество непрерывного улучшения качества заключается в том, что данный метод не позволяет самоуспокоиться после достижения стандарта. Повышение качества должно происходить непрерывно, а для поддержания непрерывности процесса требуется участие всех заинтересованных сторон. Улучшение качества также способствует реструктуризации служб там, где это оказывается необходимо. Для лиц, формирующих политику, и специалистов по планированию система сбалансированных показателей служит постоянным напоминанием необходимости использования сбалансированного подхода к процессу повышения качества услуг. Это означает сбалансированность затрат, структуры услуг, процесса и результатов лечения. Потребность в постоянном улучшении качества с одновременным функционированием системы сбалансированных показателей является жизненной необходимостью.

Данные подходы представлены в модуле в форме:

- > руководства по включению вопросов улучшения качества в повестку дня государственной политики по охране психического здоровья с целью принятия соответствующего законодательства и создания механизмов финансирования;
- > практических шагов по разработке стандартов, аттестационных процедур и методов оценки существующей системы охраны психического здоровья; и
- > руководства по непрерывному повышению качества лечения с учетом потребностей заинтересованных сторон.

*В следующих разделах модуля содержатся конкретные действия, которые необходимо предпринять лицам, формирующим политику, и специалистам по планированию для непрерывного поддержания соответствующего уровня качества охраны психического здоровья.*



## 2. Повышение качества: от ориентации политики к оценке механизмов

### Этап 1. Ориентация политики на повышение качества

Если страны желают улучшить качество услуг в области охраны психического здоровья, они должны проводить политику, направленную на поддержку, а не на противодействие данному процессу. В разделе, посвященном Этапу 1, не предлагается детальной схемы по разработке политики в области охраны психического здоровья. (Для более подробной информации по данному вопросу см. модуль «Политика, планы и программы в области психического здоровья»). Вместо этого в разделе, посвященном Этапу 1, приводится описание способов **ориентации политики** на улучшение качества путем проведения консультаций, установления партнерских отношений, разработки законодательства, решения вопросов финансирования и планирования.

Для проведения такой политики в нее необходимо включить соответствующие положения по повышению качества, основанные на ценностях, принципах и стратегиях. Сюда включаются все аспекты, связанные с вопросами пропаганды, профилактики, лечения и реабилитации. Помимо постановки целей по улучшению качества, лица, формулирующие политику, должны установить составные элементы подобной политики, включая законодательные нормы и источники финансирования, необходимые для практического внедрения системы повышения качества.

Для проведения скоординированных действий лица, формирующие политику по повышению качества охраны психического здоровья, должны разработать три ключевые инициативы.

> **Разъяснительная работа с населением.** Для того чтобы активно бороться со стигматизацией и суевериями, ассоциируемыми с психическими расстройствами, лица, формирующие политику, должны стимулировать проведение кампаний по информированию общественности, законодателей и спонсоров о потенциале лечения на базе научно обоснованного подхода в медицине и необходимости повышения качества психиатрической помощи.

> **Пропаганда качества.** Лица, формирующие политику, должны выступать в защиту качества на всех форумах. Проведение информационно-пропагандистских мероприятий должно строиться на данных лечения на базе научно обоснованного подхода в медицине, примерах достижения успеха, эффективно работающих моделей, анализе причин неудач и освещении потенциальных трудностей. Как апологеты качества они должны пользоваться современными знаниями и выступать в роли экспертов по контролю за состоянием дел в системе охраны психического здоровья. Только такой динамичный подход позволит лицам, формирующим политику, добиться значительных изменений.

> **Повышение качества на основе стратегического партнерства.** Исходя из существующих потребностей, инициативу по повышению качества в области охраны психического здоровья можно привязать к инициативам в других областях. Как показывает опыт Южной Африки, иногда бывает необходимо и стратегически выгодно работать с заинтересованными партнерами и проводить программы по охране психического здоровья в рамках партнерских инициатив вместо привлечения ресурсов непосредственно для охраны психического здоровья. Например, инициативы по повышению качества образования, улучшению работы служб социального обеспечения или функционирования судебной системы могут представить замечательные возможности для повышения качества охраны психического здоровья (Freeman, 2000).

### Задача 1: Проведение консультаций

Первая задача в деле ориентации политики на повышение качества заключается в проведении консультаций со всеми заинтересованными сторонами для разработки единой концепции улучшения качества. Проведение подобных консультаций является необходимым, поскольку качество лечения зависит от взаимодействия и партнерских отношений между заинтересованными сторонами, включая лиц, формирующих политику, спонсоров, специалистов по планированию, работников служб охраны психического здоровья, людей, страдающих психическими расстройствами, и членов их семей. У заинтересованных сторон могут быть разные потребности (Рисунок 2).

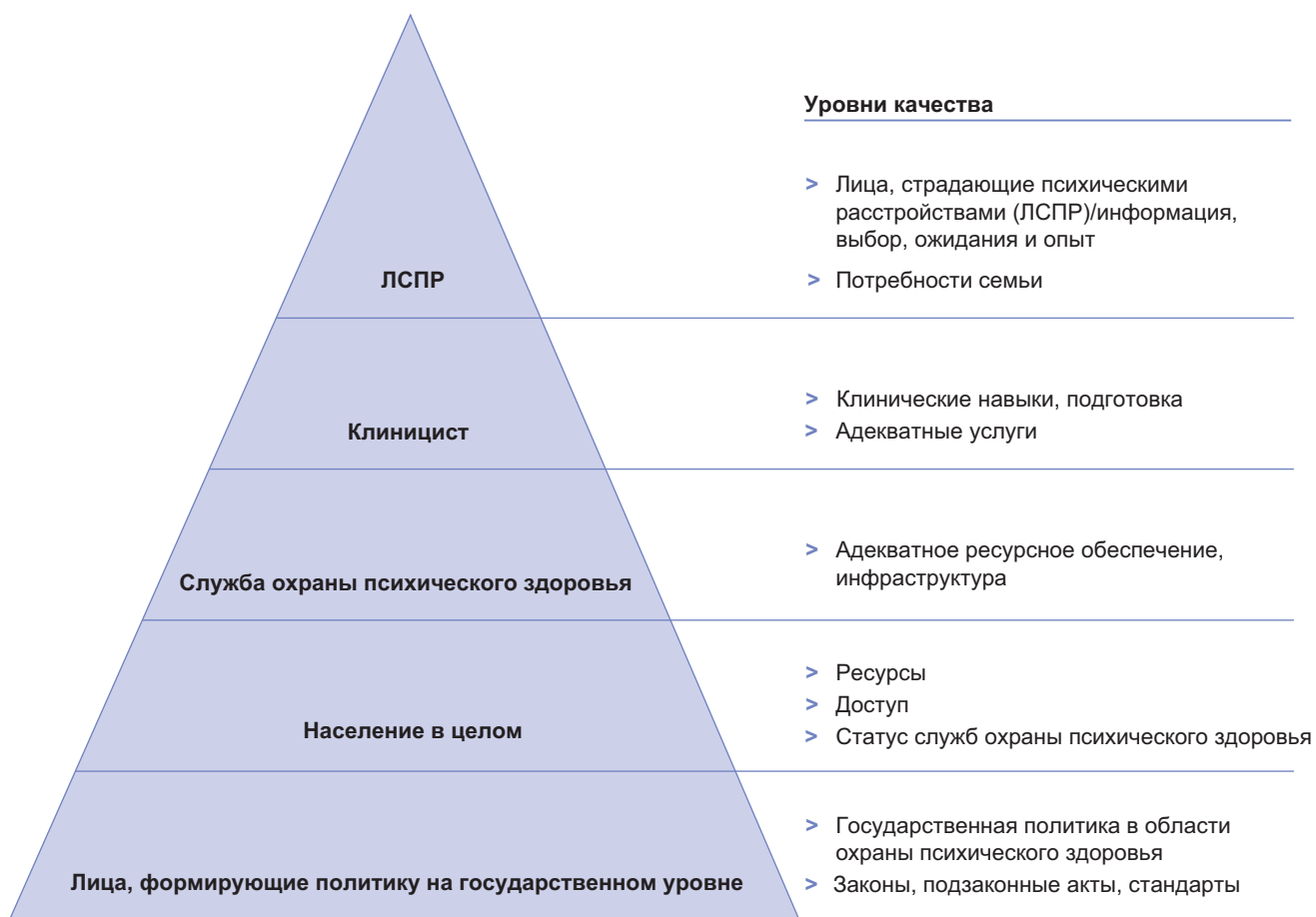
*Политика в области охраны психического здоровья должна быть направлена на поддержку, а не на противодействие процессу повышения качества.*

*Три ключевые инициативы по повышению качества охраны психического здоровья.*

*Первая задача в деле ориентации политики на повышение качества заключается в проведении консультаций со всеми заинтересованными сторонами для разработки единой концепции улучшения качества.*

- > Люди, страдающие психическими расстройствами, нуждаются в высококачественном доступном лечении, которое удовлетворяет их потребностям, способствует повышению уверенности в себе и ведет к улучшению функциональных возможностей.
- > Члены их семей нуждаются в высококачественной помощи, в рамках которой они получат необходимую поддержку, знания и практические навыки по уходу за близкими и снятию своих собственных стрессовых состояний.
- > Работники служб психического здоровья и клиницисты должны обеспечить стабильную, непрерывную и эффективную помощь. Для этого им необходимо пройти соответствующую подготовку.
- > Службы психического здоровья нуждаются в адекватном ресурсном обеспечении (например, лекарственных препаратах, персонале и местах в больницах) для нормального функционирования.
- > Население нуждается в доступе к психиатрической помощи и повышении статуса учреждений психиатрического здравоохранения.
- > Финансисты и лица, формирующие политику, хотят предложить эффективное по затратам лечение, способное купировать симптоматику заболевания и улучшать качество жизни людей с психическими расстройствами и населения в целом. Роль лиц, формирующих политику, заключается в руководстве процессом достижения необходимого качества лечения на всех уровнях посредством принятия законов, нормативных актов и стандартов.

**Рисунок 2. Пирамида качества**



Проведение консультаций преследует три основные цели: получение информации от различных заинтересованных сторон, обмен информацией между заинтересованными сторонами и достижение взаимопонимания. Взаимопонимание является неотъемлемой составной частью разработки политики по охране психического здоровья. Оно дает уникальную возможность объединить усилия всех заинтересованных сторон для разработки единой концепции оказания услуг в данной области.

К заинтересованным сторонам, которые могут принять участие в проведении консультаций относятся:

- > работники служб охраны психического здоровья;
- > лица с психическими расстройствами;
- > лица, обеспечивающие уход, и члены семей, участвующие в оказании помощи;
- > руководители служб охраны психического здоровья;
- > ученые и внешние консультанты;
- > профессиональные организации;
- > неправительственные организации и организации добровольцев;
- > представители местной общественности;
- > работники служб социального обеспечения;
- > работники жилищно-коммунального хозяйства.

### Когда необходимо проводить консультации?

Консультации необходимы не только в самом начале процесса разработки политики по охране психического здоровья, но также и в ходе практического осуществления этапов, представленных в данном модуле. Консультации могут проводиться в процессе установления партнерских отношений с различными заинтересованными сторонами (Этап 1, Задача 2), при подготовке законодательных и нормативных актов (Этап 1, Задача 3), при проведении переговоров с финансовыми институтами (Этап 1, Задача 4), в ходе разработки национальных стандартов по оказанию услуг в области охраны психического здоровья (Этап 2), разработки аттестационных процедур (Этап 3), проведении контроля качества (Этап 4) или обсуждении конкретных аспектов управления качеством и улучшения работы служб охраны психического здоровья (Этапы 5 и 6).

Консультации являются важной составной частью процесса повышения качества. Многие специалисты по планированию недооценивают **политическое** значение проведения консультаций. Повышение качества должно происходить путем проведения переговоров и консультаций.

В некоторых странах повышение качества охраны психического здоровья может представлять определенную угрозу для персонала медицинских учреждений, и следовательно, к данному процессу необходимо подходить с большой осторожностью. Есть люди, которые считают, что оценка качества услуг идет вразрез с их интересами. В подобной ситуации они могут препятствовать процессу улучшения качества. Это может сопровождаться открытым сопротивлением, нежеланием сотрудничать или принимать определенные обязательства перед другими заинтересованными сторонами. У каждой группы есть свои интересы при разработке конкретных стратегий по повышению качества. На пути предложенных инициатив по улучшению качества могут возникнуть препятствия, если сторонам не удастся прийти к определенному консенсусу и взаимопониманию.

Прогресс в области улучшения качества во многом зависит от поддержки работников служб охраны психического здоровья и администраторов (то есть специалистов, которые непосредственно будут претворять предложенные концепции в жизнь). Данный процесс требует проявления политической воли всех заинтересованных сторон.

В некоторых случаях проведение равных переговоров со всеми заинтересованными сторонами может оказаться затруднительным. У одних групп может быть больше влияния, чем у других, и они постараются сделать все возможное, чтобы их интересы были поставлены на первое место. Например, работники служб охраны психического здоровья при принятии решений пользуются большим авторитетом, чем лица с психическими расстройствами, и их мнение может доминировать. Вклад людей с психическими расстройствами в процесс повышения качества является очень важным, так как они выступают в роли основных потребителей услуг. Во многих странах лица с психическими расстройствами страдают от «кондиционированной беспомощности» и, следовательно, неохотно высказывают свое мнение из-за опасений получить выговор со стороны тех, у кого они ищут помощи. В подобной ситуации необходимо предпринять активные меры по повышению уверенности и самостоятельности лиц, страдающих психическими расстройствами, с тем чтобы их мнение было принято во внимание при разработке механизмов повышения качества.

*Проведение консультаций со всеми заинтересованными сторонами является важным процессом и представляет уникальную возможность для разработки единой концепции оказания услуг в области охраны психического здоровья.*

*Консультации могут проводиться на всех этапах повышения качества.*

*Повышение качества является как техническим, так и политическим процессом.*

*Вклад лиц с психическими расстройствами в процесс повышения качества является важным элементом, так как они выступают в роли основных потребителей услуг.*



В конечном итоге создаваемые механизмы качества должны являться компромиссом между интересами и потребностями различных заинтересованных сторон, вовлеченных в процесс охраны психического здоровья населения (Рамка 2).

#### **Рамка 2. Примеры наиболее эффективного сотрудничества: участие заинтересованных сторон в разработке стандартов по охране психического здоровья**

В Южной Африке при разработке проекта документа «Нормы и стандарты» в рамках контракта с Министерством здравоохранения специалисты провели консультации по вопросам оказания психиатрической помощи с 300 представителями заинтересованных сторон, включая работников служб охраны психического здоровья, менеджеров, людей с психическими расстройствами, лиц, осуществляющими уход, и ученых. Были распространены опросные анкеты по ресурсному обеспечению служб охраны психического здоровья, организованы посещения девяти провинций, проведены консультации и организованы фокус-группы для разработки стандартов в области охраны психического здоровья. На это потребовалось восемь месяцев. Исторически службы охраны психического здоровья в Южной Африке были непропорционально фрагментированы, что потребовало разработки национальных стандартов во избежание повторения такой ситуации. Данные стандарты послужили руководством по адаптации мер по повышению качества в провинциях и на местном уровне (Flisher et al., 1998).

#### **Задача 2: Установление партнерских отношений с профессиональными группами, академическими институтами, организациями, пропагандирующими ценности психического здоровья, и другими секторами здравоохранения и социального обеспечения**

В процессе проведения консультаций лицам, формирующим политику в области охраны психического здоровья, необходимо предпринять активные шаги по установлению партнерских отношений с заинтересованными сторонами. Партнерство является основой процесса улучшения качества и позволяет осуществлять устойчивую поддержку данного процесса в течение длительного времени.

#### **Партнерство с профессиональными организациями**

Профессиональные организации занимают особое место в процессе оценки качества клинического лечения и других видов помощи. Они обладают возможностями предоставления экспертной оценки и могут санкционировать применение методов, способных стать практическим руководством для членов данных организаций. Профессиональные организации обладают научной базой и клиническим опытом. Для разработки практических методик лечения требуется синтез информации, полученной из научных работ, результатов исследований, клинического опыта и мнений экспертов.

Профессиональные организации также обладают возможностями для проведения обучения и повышения уровня знаний специалистов, организации непрерывного образования и совершенствования профессиональных навыков. Получение сертификата, позволяющего заниматься профессиональной деятельностью, требует достижения определенного уровня компетенции.

Роль профессиональных организаций в вопросах повышения качества может быть троякой:

- > установление и поддержание нужного уровня профессиональной компетенции своих членов;
- > определение, стандартизация и пропаганда схем лечения, основанных на научно обоснованном подходе в медицине и других практических параметрах;
- > пропаганда необходимости повышения качества путем непрерывного обучения и других методов развития профессиональных навыков.

Во многих странах отсутствуют профессиональные организации, широко известные всему населению. Повышение качества в этих странах должно сопровождаться оказанием поддержки по созданию подобных организаций и предоставления им обширных прав при разработке политики в области охраны психического здоровья и оказания услуг.

#### **Партнерство с академическими институтами**

Цель установления партнерских отношений с академическими институтами заключается в повышении качества охраны психического здоровья путем обучения, организации семинаров, проведения исследований и оценки работы.

*Партнерство с заинтересованными сторонами – критический фактор успеха повышения качества.*

*Профессиональные организации обладают научной базой и клиническим опытом.*

Образование и подготовка высококвалифицированного персонала служб охраны психического здоровья является важнейшим аспектом. Во многих странах отмечается нехватка специализированных услуг: один врач-психиатр и одна медицинская сестра приходится на 100 000 человек в 53% и 46% стран, соответственно (Всемирная организация здравоохранения, 2001b). Наличие психологов и социальных работников в области охраны психического здоровья также оставляет желать лучшего; в среднем данный показатель равняется 0,4 и 0,3 на 100 000 человек в большинстве стран.

Академические институты играют уникальную роль в создании научной базы и разработке практических навыков, необходимых для появления высококвалифицированного персонала в сфере охраны психического здоровья. Лица, формирующие политику, должны способствовать выделению необходимых материальных ресурсов на непрерывное образование и подготовку специалистов в данной области.

Помимо вклада в подготовку высококвалифицированного персонала, академические институты могут сыграть ключевую роль в разработке программ по повышению квалификации, внедрению услуг на базе научно обоснованного подхода в медицине и разработке новых методов лечения и моделей организации и финансирования служб психического здоровья.

Подобные усилия могут увенчаться успехом только при проведении консультаций между лицами, формирующими политику, и поставщиками услуг на всех уровнях. Главная задача заключается в соединении научной базы с процессом принятия политических решений и оказанием услуг. Таким образом, оценка услуг способствует изменению политики и повышению их качества.

#### **Партнерство с организациями, пропагандирующими ценности психического здоровья, правозащитными организациями и организациями лиц с психическими расстройствами и членов их семей**

Данные организации требуют от системы охраны психического здоровья оказания услуг надлежащего качества и проведения мониторинга на предмет соответствия текущей практики высоким стандартам оказания помощи и современным научным знаниям. Следовательно, их можно рассматривать в качестве партнеров при разработке инициатив по повышению качества, внедрении механизмов качества и проведении мониторинга для оценки внедрения методов и схем по повышению качества услуг.

Лица, формирующие политику, и финансовые институты поддерживают идею повышения качества охраны психического здоровья, но часто бывают ограничены необходимостью выделять средства на другие приоритетные направления или отсутствием достаточных ресурсов. Организации, представляющие интересы и права пациентов, страдающих психическими расстройствами, находятся как с политической, так и с юридической точек зрения в более выгодном положении для проведения информационно-пропагандистских мероприятий в поддержку качества услуг и ассигнования на них соответствующих средств.

Партнерство с заинтересованными сторонами важно для разработки, внедрения и оценки инициатив по вопросам качества. Такая система должна существовать для удовлетворения нужд потребителей услуг и членов их семей: заинтересованные стороны отвечают за внедрение разработанных стандартов и участвуют в проведении аудита и мониторинга работы системы по охране психического здоровья. Результат должен выражаться не только в совместных усилиях по пропаганде качества, но и в более полном понимании реальностей работы и ограничений в деятельности служб психического здоровья со стороны лиц с психическими расстройствами и членов их семей.

«Ничего для нас без нашего участия» – это лозунг некоторых организаций потребителей услуг. Помимо использования научных доказательств, организации лиц с психическими расстройствами и членов их семей также способны внести значительный вклад в принятие решения о способах и методах повышения качества услуг по охране психического здоровья. Принятие законов, нормативных актов и разработка других механизмов позволит лицам, формирующим политику, оказать поддержку в усилении роли подобных организаций и их функций по пропаганде повышения качества охраны психического здоровья.

Отношения между заинтересованными сторонами и лицами, формирующими политику, в ряде случаев могут быть враждебными. Однако подобные трения могут пойти на пользу (см. модуль «Пропаганда актуальности охраны психического здоровья»). Лица, формирующие политику, при принятии решений часто ограничены рамками бюджета и требованиями о выделении средств, исходящими от разных организаций, считающих свою область наиболее приоритетной. Так как от доступа к услугам и качества психиатрической

*Академические институты могут улучшить качество охраны психического здоровья за счет программ по обучению и подготовки специалистов, проведения тренинга, исследования и оценки состояния системы охраны психического здоровья.*

*Организации, пропагандирующие ценности психического здоровья, правозащитные организации, потребители услуг и члены их семей являются гарантами качества.*

*«Ничего для нас без нашего участия.»*

помощи прежде всего выигрывают лица, страдающие психическими расстройствами, и члены их семей, то они менее оптимистичны и более нетерпеливы к бюрократическим реалиям и политическим ограничениям, ведущим к задержке с внедрением определенных видов услуг. Конечная цель – создание системы, предоставляющей услуги по охране психического здоровья высокого качества.

### **Партнерство с первичными медицинскими и социальными службами**

Интеграция служб психического здоровья в систему первичной медико-санитарной помощи является одной из важнейших задач как в странах с высоким, так и с низким уровнем дохода на душу населения. Подобная интеграция позволяет пациентам с психическими расстройствами получить хорошее лечение, когда они не нуждаются или не могут обратиться за помощью к специалистам. В свою очередь это позволяет использовать комплексный подход при лечении физического и психического недуга, а также интегрировать службы охраны психического здоровья и смягчить стигматизацию (см. модуль «*Организация служб охраны психического здоровья*»).

Партнерство с социальными службами является неотъемлемым компонентом повышения качества. Развитие жилищных программ, создание новых рабочих мест и поддержка семьи являются ключевыми аспектами повышения качества жизни людей, страдающих психическими заболеваниями. Межсекторальный подход, применяемый на государственном уровне, должен быть также претворен на местах для поддержания надежных партнерских отношений между различными сторонами. Это означает, что партнерские отношения должны существовать на уровне как политики, так и отдельных лиц. Агентства и поставщики услуг на местах должны обладать механизмами координации оказания услуг лицам с психическими расстройствами. На государственном и местном уровнях необходима координация политики для более четкого взаимодействия и сотрудничества между различными организациями и группами (см. модуль «*Политика, планы и программы в области психического здоровья*»).

### **Задача 3: Ориентация законодательной и нормативной базы на повышение качества**

Общенациональное и местное законодательство может внести значительный вклад в повышение качества охраны психического здоровья. Законодательство может гарантировать минимальные стандарты доступа к медицинским услугам и лечению, защиту прав личности, равенство при оказании медицинской помощи и устанавливать основные приоритеты, систему отчетности и оценки деятельности. Законодательство является инструментом формирования системы оказания услуг в области охраны психического здоровья и регулирования отношений с другими секторами, а также средством определения потребностей в необходимых ресурсах (см. модуль «*Законодательство в области психического здоровья и права человека*»).

Правительства в большинстве случаев финансируют услуги по охране психического здоровья населения: законодательство определяет основные параметры по ассигнованию средств и предмет финансирования. Законодательство, хотя в него могут быть внесены изменения, устанавливает стабильную основу для предоставления качественных и доступных услуг, которые являются едиными для всей страны или региона.

Для повышения качества в рамках законодательства необходимо:

- > оказывать поддержку по соблюдению минимальных стандартов доступности и качества лечения;
- > выделять ресурсы для населения, недостаточно охваченного психиатрической помощью;
- > проводить семинары, изучение и оценку деятельности персонала служб, повышать квалификацию будущих работников;
- > гарантировать создание системы аттестации для поставщиков услуг и организаций;
- > разработать механизмы участия заинтересованных сторон в процессе планирования и оценки;
- > запрашивать отчеты о статусе психического здоровья всего населения страны и о доступе, качестве, стоимости и результатах лечения отдельных групп населения;
- > выделять средства на проведение исследований.

Брошюра ВОЗ, посвященная законодательству по охране психического здоровья (Всемирная организация здравоохранения, 1996 г.), базируется на сравнительном анализе законодательства в данной области в 45 странах мира. В ней содержатся основные принципы и руководство по их применению. Рекомендуется включить данные принципы в

*Партнерство со службами первичного медико-санитарного звена – важная составная часть процесса постоянного повышения качества.*

*Законодательство может способствовать достижению целей повышения качества.*

*Законодательство устанавливает минимальный обязательный пакет услуг.*

национальные законодательства (Рамка 3). Более полный документ (Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи. Генеральная Ассамблея ООН 46/119 от 17 декабря 1991 г.) также рекомендуется использовать в качестве руководства при разработке государственного законодательства по охране психического здоровья.

### **Рамка 3. Законодательство по охране психического здоровья: десять основных принципов**

- 1. Укрепление психического здоровья и профилактика психических расстройств**  
Наилучшие меры по укреплению психического здоровья и профилактике психических расстройств должны приносить пользу каждому.
- 2. Доступ к базовым услугам по охране психического здоровья**  
Каждый нуждающийся должен иметь доступ к базовым услугам по охране психического здоровья.
- 3. Оценка состояния служб охраны психического здоровья в соответствии с международно признанными нормами**  
Оценка состояния служб охраны психического здоровья должна проводиться в соответствии с международно признанными медицинскими стандартами.
- 4. Положение о лечении в обстановке с наименее ограниченным режимом**  
Лица с психическими расстройствами должны получать лечение с наименее ограниченным режимом.
- 5. Самостоятельное решение о лечении**  
Перед проведением любого вмешательства необходимо получить согласие пациента.
- 6. Право получения помощи при принятии самостоятельного решения о лечении**  
Если пациент испытывает сложности в понимании последствий решения о лечении, но находится в состоянии его принять, ему/ей должна быть предоставлена помощь в принятии решения квалифицированной третьей стороной, которую выберет пациент.
- 7. Наличие процедуры пересмотра решений**  
Должна существовать процедура пересмотра любого принимаемого решения официальным лицом (судьей) или лицом, представляющим интересы пациента (например, опекуном), руководителями или персоналом служб охраны психического здоровья.
- 8. Механизм периодического автоматического пересмотра решений**  
В тех случаях, когда решение касается вопросов неприкосновенности (лечение) или свободы пациента (госпитализация) и его принятие может иметь долгосрочные последствия, должен использоваться механизм периодического автоматического пересмотра решений.
- 9. Полномочия лиц, обладающих правом принятия решения**  
Официальные лица, обладающие должностным правом принятия решения (судья), или лицо, представляющее интересы пациента (родственник, друг, опекун), должны иметь для этого соответствующие полномочия.
- 10. Уважение закона**  
Решения должны приниматься в соответствии с буквой закона и в рамках существующей юрисдикции, что позволяет исключить его нарушение и принятие необоснованных решений.

#### Задача 4: Совершенствование механизмов финансирования

Системы финансирования охраны психического здоровья должны быть усовершенствованы таким образом, чтобы способствовать максимальному улучшению качества и не создавать препятствия на пути его повышения. Как предлагается в модуле «*Финансирование охраны психического здоровья*» системы финансирования могут и должны быть ориентированы на планируемые приоритеты благодаря использованию стратегий распределения ресурсов, заключению контрактов, внедрению различных форм оплаты за услуги и финансовых стимулов. Зачастую лица, формирующие политику, сталкиваются с проблемой распределения средств по приоритетным направлениям охраны психического здоровья. В данном случае проблема качества является как политическим, так и важнейшим клиническим аспектом.

Финансовые органы, как правило, уделяют основное внимание вопросу стоимости услуг. Методы оплаты не всегда обеспечивают удовлетворительное качество лечения или способствуют его повышению. Однако улучшение качества охраны психического здоровья находится в плоскости интересов финансовых органов, поскольку зачастую данный процесс связан с повышением эффективности лечения, а низкое качество услуг может привести к значительно большим затратам.

Во-первых, низкое качество может привести к растрате выделенных средств, когда совершаются ошибки или вмешательства повторяются (избыточное использование). Во-вторых, отсутствие ориентации на качество может привести к неэффективному лечению, когда из двух одинаково эффективных методов лечения выбирается наиболее дорогостоящий (неправильное использование). В-третьих, растрата выделенных средств имеет место, когда применяются субклинические дозы препаратов и используемая терапия заведомо не может дать желаемый результат (недостаточное использование). Некоторые исследования показывают, что потери из-за низкого качества услуг составляют 25–40% от всех больничных затрат (Anderson & Daigh, 1991).

Таким образом, финансовые органы должны установить баланс между стоимостью услуг и их качеством. Для этого необходимо обеспечить гарантии качества и эффективности. Они также могут внести вклад в обеспечение хорошего качества на основе методов, представленных ниже.

> **Разработка критериев качества и требований к отчетности.** Например, если разработаны критерии реагирования системы в определенный период времени (например, проведение неотложного, срочного и планового лечения), финансовые органы могут запросить данные о пропорциональном соотношении пациентов, получивших медицинскую помощь в течение данного периода. В том случае, если главная задача состоит в содействии развитию оказания психиатрической помощи по месту жительства, сбор данных поможет обеспечить стимулирование необходимых мероприятий в этой области. Например, финансовые органы могут запросить отчеты о количестве пациентов, проходящих лечение по месту жительства, данные о расходах на местные службы охраны психического здоровья, количестве пациентов специализированных психиатрических лечебниц, переведенных на лечение по месту жительства, количестве больных, получивших помощь в больницах, и о расходах на больничное обслуживание.

> **Создание систем оплаты и финансовых стимулов для поддержания качества и процесса его улучшения.** Приведение системы оплаты и финансовых стимулов в соответствие с поставленными целями по охране психического здоровья является основной задачей (см. модуль «*Финансирование охраны психического здоровья*»). Например, если стимулирование применения новых антипсихотических препаратов является одной из таких целей, для этого необходимо создать специальный фонд для закупки этих лекарств и распределения их в различных регионах страны. Приверженность стандартам качества или инициативы по его улучшению могут вознаграждаться путем создания небольшого фонда, обеспечивающего финансовое стимулирование данных инициатив. В таких случаях выплаты предназначаются регионам или отдельным учреждениям с высоким качеством услуг.

> **Финансирование управленческих, административных и информационных систем, отвечающих за отчетность, мониторинг и улучшение качества.** Финансирование ведения отчетности в сфере контроля качества часто отсутствует. Четкое осознание того, что для отчетности и мониторинга качества необходимы соответствующие средства, способно облегчить данный процесс. Например, если на составление отчетности о проводимом лечении выделяются определенные средства, это гарантирует ее составление. Более того, для обеспечения сбора полных и качественных данных может использоваться система финансовых санкций и вознаграждений.

*За низкое качество в конечном итоге приходится платить слишком большую цену.*

*Финансовые органы, применяя различные механизмы, могут внести свой вклад в обеспечение качества.*



> **Обеспечение соответствующего уровня оплаты труда клиницистам и другим поставщикам услуг.** В конечном счете, качество зависит от уровня подготовки работников служб психического здоровья. Для привлечения высококвалифицированных специалистов необходимо гарантировать достойный уровень заработной платы. В некоторых штатах США, к примеру, психиатров привлекают высокой зарплатой к работе в сельской местности.

> **Совершенствование финансовых стимулов для внедрения научно обоснованного подхода в медицине и передового опыта.** Например, для внедрения научно обоснованного подхода в Техасе в системе охраны психического здоровья каждого округа штата были установлены минимальные требования к оказанию услуг на основе такого подхода. Цель подобных требований заключалась в обеспечении доступности услуг на базе научно обоснованного подхода в медицине на территории всего штата. Если в одном из округов штата данные минимальные требования не соблюдались, уровень финансирования служб охраны психического здоровья понижался.

> **Снижение фрагментарности лечения.** Фрагментарность часто является результатом существования различных финансовых потоков или различных областей руководства и сфер ответственности. Финансовые органы могут потребовать объединить финансовые потоки или осуществить координацию деятельности с другими министерствами или агентствами. Важным аспектом такой работы является координация действий финансового органа, выделяющего средства на охрану психического здоровья с финансовыми управлениями других министерств и ведомств. Более того, многоуровневая система ответственности может привести к разработке непоследовательных и даже противоречивых стандартов и требований. Необходима работа по координации стандартов и требований, если мы хотим, чтобы они способствовали повышению качества, а не стали дополнительным бюрократическим препятствием.

Решение проблем качества может иметь различные последствия для поставщиков услуг. В системе платных медицинских услуг снижение уровня избыточного или неэффективного лечения может привести к более низким доходам поставщиков, между тем как решение проблем недостаточности терапии приведет к повышению их дохода.

#### **Задача 5: Совершенствование планирования**

Основной целью планирования является выявление потребностей и определение приоритетов, позволяющих направить имеющиеся ресурсы на достижение поставленных целей и задач (см. модули «*Политика, планы и программы в области психического здоровья*» и «*Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья*»). Процесс планирования подразумевает прямое направление имеющихся ресурсов на выполнение поставленных задач и оптимизацию результатов.

В процессе планирования необходимо решать вопросы, влияющие на качество лечения. Соответственно, вопрос улучшения качества должен всегда рассматриваться при решении данных вопросов.

> **Сбалансированность вопросов доступа и качества.** Специалисты по планированию, сталкиваясь с проблемой ограниченности ресурсов, должны принимать решение относительно выделения имеющихся средств на улучшение качества услуг для тех, кто ими пользуется в настоящее время, или направлять эти ресурсы на охват услугами по охране психического здоровья более широкого круга людей. В подобных условиях контекст психического здоровья может оказать влияние на качество. Например, сложно поддерживать стандарты качества в ситуации высокого спроса на услуги и ограниченности ресурсов.

> **Кому предоставляются качественные услуги?** Лицам, формирующим политику, придется решать, должны ли средства направляться на приоритетной основе на лечение лиц с тяжелыми психическими расстройствами или на лечение всего населения; детей, взрослых или престарелых; или на оказание психиатрической помощи в конкретных географических регионах.

> **Как финансируются качественные услуги?** Лица, формирующие политику, должны создать резерв для обеспечения качества самих услуг и финансирование не прямых расходов на сферу управления качеством, информационные системы и различные административные издержки.

*Приоритеты планирования формируют приоритеты качества.*

*По определению, планирование услуг на базе научно обоснованного подхода в медицине включает вопросы качества.*

*Некоторые проблемы, с которыми сталкиваются специалисты по планированию, влияют на качество охраны психического здоровья.*

> **Для каких служб необходимо повышение качества?** Приемлемые уровни качества необходимо установить для различных служб охраны психического здоровья. Например, средства могут быть направлены на улучшение качества лечения в специализированных клиниках или их можно использовать для расширения объема услуг по охране психического здоровья в учреждениях по месту жительства и повышения их качества. В данном аспекте качество зависит от уровня организации служб (см. модуль «*Организация служб охраны психического здоровья*»).

> **Качество сегодня или завтра?** Ресурсы могут быть направлены на разработку программ подготовки будущих специалистов в области охраны психического здоровья или на специальные программы по повышению квалификации персонала, работающего в данной области.

Основой повышения качества является процесс планирования, осуществляемый на базе научно обоснованного подхода в медицине. В результате этого данные о количестве необходимых лекарственных препаратов, персонале и инфраструктуре на приемлемом качественном уровне (уровне, при котором наиболее вероятно достичь желаемых результатов) помогают определить уровень существующих потребностей, обеспечение которых достигается за счет имеющихся ресурсов.

Планирование, таким образом, становится планированием качества, поскольку оно частично осуществляется на основе доказательной базы, существующей для эффективной работы служб и финансирования программ. Например, планирование качества услуг может основываться на следующих данных.

- > Больные шизофренией и другими психозами эффективно лечатся по месту жительства как в богатых, так и в бедных странах, где психосоциальные и психофармакологические формы лечения представлены на достаточном уровне.
- > Амбулаторные вмешательства и программы лечения на дому эффективны при лечении депрессии, тревоги и других нейропсихиатрических расстройств.
- > Для лечения распространенных типов психических расстройств, например депрессии, существуют научно обоснованные эффективные схемы лечения.

Приведенные примеры иллюстрируют тесную взаимосвязь между решениями, относящимися к планированию работы служб психического здоровья и качеством услуг. В конечном итоге, де факто, решения, относящиеся к планированию, – это решения, влияющие на качество лечения и доступ к службам охраны психического здоровья. Четкое понимание последствий таких решений важно для специалистов по планированию.

## Основные положения: Этап 1. Ориентация политики на повышение качества

Лица, формирующие политику, играют ключевую роль в вопросах повышения качества. У них есть все необходимое для разработки основополагающих параметров по улучшению качества услуг посредством проведения консультаций, установления партнерских отношений, принятия законодательства и решения вопросов финансирования и планирования. Ориентация политики на повышение качества может осуществляться путем решения задач в следующих областях.

- **Консультации.** Консультации необходимо проводить со всеми заинтересованными сторонами, участвующими как в разработке политики в области охраны психического здоровья, так и в процессе повышения качества услуг.
- **Партнерство.** Лицам, формирующим политику, необходимо установить тесные партнерские отношения с профессиональными группами и ассоциациями, академическими институтами, организациями, пропагандирующими ценности психического здоровья, и другими секторами здравоохранения и социального обеспечения. Подобные партнерские отношения являются основой процесса повышения качества и способствуют поддержанию данного процесса в течение длительного времени. Они способствуют достижению консенсуса и осуществлению согласованных действий при разработке мер по повышению качества обслуживания и могут служить хорошим инструментом для мобилизации ресурсов и получения необходимой поддержки.
- **Законодательство.** Лица, формирующие политику, должны разработать законодательство, в котором должное внимание уделяется вопросам качества. Модели, разработанные ВОЗ, могут оказаться полезными для данной цели.
- **Финансирование.** Механизмы финансирования служб охраны психического здоровья должны максимально способствовать повышению качества услуг и не становиться препятствием на пути к их улучшению. Повышение эффективности также является важным фактором, способствующим как улучшению качества, так и регулированию стоимости услуг.
- **Планирование.** Основой повышения качества является процесс планирования, осуществляемый на базе научно обоснованного подхода в медицине. В процессе планирования вопросы выделения ресурсов и определения приоритетов могут оказаться основополагающими для повышения качества охраны психического здоровья.



## Этап 2. Разработка документации по стандартам качества

После принятия решения об улучшении качества работы служб психического здоровья, необходимо представить официальное письменное обоснование способов оказания услуг в области охраны психического здоровья. Это можно сделать путем разработки документации по **стандартам качества**, которая удовлетворяла бы все стороны, участвующие в процессе охраны психического здоровья.

**Стандартами качества** называются нормативные положения, подтверждающие приемлемость и адекватность услуг в области охраны психического здоровья (Lund et al., 1998). Другими словами, в них описывается порядок предоставления услуг по охране психического здоровья. Подобный документ должен стать руководством по всем аспектам предоставления психиатрической помощи. Способы подачи данной информации в документе отличаются в зависимости от страны, местных потребностей, организации служб охраны психического здоровья и истории их развития.

В большинстве стран документы по стандартам качества содержат описание способов предоставления медицинских услуг и служат эталоном определения качества предоставляемой психиатрической помощи населению. Примерами таких документов являются:

- > Национальные стандарты Австралии по оказанию услуг в области охраны психического здоровья (Национальная рабочая группа по психическому здоровью Консультативного комитета Министерства здравоохранения Австралии, 1996 г.);
- > Стандарты по оказанию психиатрической помощи в Южной Африке (Flisher et al., 1998);
- > Канадские стандарты по психиатрии и сестринской практике в области психического здоровья (<http://www.cfmhn.org>);
- > Рамочная конвенция Великобритании по охране психического здоровья (Департамент здравоохранения, 1999 г.).

В некоторых странах стандарты уже введены в действие, т. е. используя определенную шкалу, оценивают качество услуг, предоставляемых различными службами охраны психического здоровья (Национальная рабочая группа по психическому здоровью Консультативного комитета Министерства здравоохранения Австралии, 1996 г.).

В 1991 г. группа экспертов в области психического здоровья рекомендовала ВОЗ разработать инструментарий и методы проведения всеобъемлющей оценки качества услуг в области охраны психического здоровья. В ответ ВОЗ разработала контрольные перечни по обеспечению качества (Всемирная организация здравоохранения, 1994 г., 1997 г.). Они выполняют ту же функцию, что и стандарты, и обеспечивают оценку качества работы служб охраны психического здоровья на основе количественных показателей.

Для достижения наибольшей эффективности странам надлежит адаптировать контрольные перечни ВОЗ к местным условиям и разработать свои собственные стандарты. Стандарты или контрольные перечни по обеспечению качества являются гарантией достижения целей, сформулированных в политике по охране психического здоровья. Они также позволяют оценить степень выполнения задач по планированию услуг и исполнению бюджета в процессе оказания помощи лицам с психическими расстройствами.

Задачи, выполнение которых необходимо для разработки документации по стандартам качества, приводятся ниже.

### Задача 1: Формирование комитета или рабочей группы

Первоочередной задачей при разработке стандартов является формирование комитета или рабочей группы, которая несет ответственность за разработку документации по стандартам качества от начала осуществления этой задачи и до ее завершения.

В рабочую группу могут входить лица, формирующие политику, работники служб охраны психического здоровья, лица с психическими расстройствами, руководители служб охраны психического здоровья и лица, осуществляющие уход за больными. Она может быть относительно небольшой, и ее члены должны иметь навыки составления документов, организации исследовательской работе и проведения консультаций.

*Важным этапом на пути улучшения качества работы служб охраны психического здоровья является представление официального письменного обоснования способов оказания услуг в области охраны психического здоровья.*

*Стандарты являются официальным документом, в котором содержатся описание способов предоставления услуг.*

*Первоочередной задачей при разработке стандартов является формирование комитета или рабочей группы, которая несет ответственность за разработку документации по стандартам качества.*

## Задача 2: Проведение консультаций со всеми заинтересованными сторонами

Консультации должны проводиться до, во время и после подготовки документации по стандартам качества (Рамка 4). Например, на начальной стадии разработки стандартов всем заинтересованными сторонам, участвующим в процессе разработки политики в области охраны психического здоровья, можно направить письмо, информирующее о начале проекта и предлагающее внести свои предложения относительно аспектов, которые должны быть освещены в разрабатываемом документе. Подобные предложения можно использовать при подготовке первоначального проекта, который рассылается всем заинтересованным сторонам для внесения изменений и дополнений. Затем фокус-группы обсуждают отдельные, особо значимые вопросы. После подготовки окончательного варианта всем заинтересованным сторонам, участвующим в процессе разработки политики в области охраны психического здоровья, надлежит его ратифицировать.

### **Рамка 4.** Пример: Участие заинтересованных сторон в формулировании стандартов качества охраны психического здоровья

Национальные стандарты Австралии по оказанию услуг в области охраны психического здоровья были приняты после проведения консультаций на государственном уровне с профессиональными организациями, лицами с психическими расстройствами, лицами, обеспечивающими уход, руководителями служб охраны психического здоровья и представителями правительства (Rosen, 1999). Окончательный документ представляет собой набор ориентированных на результат стандартов, которые применимы ко всем службам психического здоровья: государственным и частным, стационарным и по месту жительства. В данном документе содержатся показатели, которые являются средством оценки работы служб психического здоровья на предмет их соответствия требуемым стандартам, что, в свою очередь, необходимо для получения сертификата в жесткой системе аттестации. Стандарты регламентируют степень интеграции стационарного лечения и обслуживания по месту жительства, а также степень интеграции служб экстренной и реабилитационной помощи и вопросы соблюдения прав лиц с психическими расстройствами.

### Задача 3: Разработка документации по стандартам качества

#### Выбор формата для стандартов

Следующей задачей при разработке стандартов является определение областей их применения. Для начала на основе консультаций можно составить список данных областей. Контрольные перечни по обеспечению качества и глоссарии ВОЗ облегчат выполнение данной задачи, так как они содержат области, где уже применяются разработанные стандарты (Всемирная организация здравоохранения, 1994 г., 1997 г.). К ним относятся:

- > политика в области охраны психического здоровья;
- > программы по охране психического здоровья;
- > учреждения первичного звена медико-санитарной помощи;
- > амбулаторные учреждения по охране психического здоровья;
- > стационарные психиатрические больницы;
- > приюты для пожилых людей с психическими расстройствами;
- > защита прав лиц с психическими расстройствами;
- > службы поддержки по месту жительства;
- > дневные стационары;
- > психогериатрические дневные стационары;
- > реабилитационные центры (центры психосоциальной реабилитации);
- > учреждения судебной психиатрии.

Области применения стандартов, описываемые в контрольных перечнях и глоссариях ВОЗ, должны быть адаптированы странами с учетом местных особенностей. Предлагаемый список не является исчерпывающим, поскольку в зависимости от страны могут существовать и другие области, например интернаты для лиц с нарушением обучаемости, программы развития охраны психического здоровья и службы для детей и подростков. Примеры других стран можно использовать при работе над областями применения (Национальная рабочая группа по психическому здоровью Консультативного комитета Министерства здравоохранения Австралии, 1996 г.; Шотландский офис, 1997 г.; Flisher et al., 1998).

В Южной Африке, например, стандарты были разделены на три группы: основные стандарты, лечебные стандарты и стандарты, применяемые в конкретных областях (Flisher et al., 1998). Эти группы, в свою очередь, подразделяются на 25 стандартов, соответствующих 25 областям. Области были отобраны таким образом, чтобы во всех сферах работы служб охраны психического здоровья имелся стандарт качества (Рамка 5).

*Следующей задачей при разработке стандартов является определение областей их применения.*

*Области применения, предлагаемые ВОЗ должны быть адаптированы с учетом особенностей каждой страны.*

#### Рамка 5. Пример: Области применения стандартов качества в Южной Африке

Примечание: Это только пример, а не рекомендуемая схема для всех стран.

##### 1. Основные стандарты (область действия)

###### Области:

- > Права и юридическая защита
- > Безопасность и учет факторов риска
- > Доступ
- > Право на уединение и сохранение врачебной тайны
- > Личное общение и обмен информацией
- > Участие потребителей услуг и лиц, осуществляющих уход, в процессе обеспечения качества
- > Участие местного населения в развитии служб
- > Бытовые условия пациентов
- > Лечение и поддержка
- > Язык, культура и социальная среда
- > Активная поддержка и профилактика охраны психического здоровья
- > Управление ресурсами и доступность помощи по цене
- > Развитие служб
- > Документация
- > Обучение и поддержка персонала служб охраны психического здоровья

## 2. Стандарты лечения (область действия)

### Области:

- > Госпитализация
- > Проведение оценки до и после лечения
- > Неотложная помощь
- > Лечение, уход и терапия
- > Медикаменты и другие технологии
- > Психосоциальная реабилитация
- > Выписка и повторная госпитализация

## 3. Стандарты, применяемые в конкретных областях (область действия)

### Области:

- > Стационарное лечение
- > Лечение в учреждениях первичного звена медико-санитарной помощи
- > Приюты и дома совместного проживания

После определения областей применения необходимо выработать критерии для оценки выполнения условий, необходимых для оказания качественных услуг в области охраны психического здоровья. Примеры из контрольных перечней и глоссариев ВОЗ иллюстрируют данный порядок (Рамка 6).

*Для каждой области применения должны быть определены конкретные критерии.*

**Рамка 6.** Пример: Критерии для контрольных перечней обеспечения качества (Всемирная организация здравоохранения, 1994 г.)

### **Е. Контрольный перечень для оценки психиатрического учреждения для стационарного лечения**

#### ФИЗИЧЕСКАЯ СРЕДА

1. Учреждение прошло официальную проверку и отвечает местным стандартам по охране здоровья и обеспечению безопасности как пациентов, так и медицинского персонала.
2. Размеры палат достаточны для размещения необходимого числа госпитализированных больных.
3. Имеется достаточно места для проведения специальных лечебных мероприятий.
4. Имеется достаточно места для проведения рекреационных мероприятий.

Примеры того, как данный порядок может быть адаптирован к местным условиям, приводятся в Стандартах по оказанию психиатрической помощи в Южной Африке и в Рамочной конвенции Великобритании по охране психического здоровья (Рамка 7). В Южной Африке, например, стандарт для каждой области применения написан ясным и понятным языком. Для каждого стандарта имеются специальные критерии, описывающие условия, при которых данный стандарт может быть соблюден. Критерии также содержат дополнительную информацию по тем областям, где политика в области охраны психического здоровья недостаточно четко сформулирована и отсутствуют руководства по ее осуществлению (например, перевод с одного языка на другой), и областям, где требуется сделать особый акцент на аспектах оказания помощи, к которым существует пренебрежительное отношение (например, права пациентов и физические условия лечения). Субкритерии относятся к тем аспектам лечения, которым необходимо уделять большее внимание. Они также описывают механизмы или процессы, которые должны существовать на практике для соответствия оказываемых услуг конкретному критерию. В этом смысле они являются этапами по достижению определенного стандарта.

## Рамка 7. Примеры стандартов и критериев

### Пример 1: Формат стандартов охраны психического здоровья в Южной Африке

<b>3. Доступ</b>	<i>Область</i>
Услуги являются доступными для населения данного района или участка и особенно для пациентов с тяжелыми психическими расстройствами.	<i>Стандарт</i>
Службы охраны психического здоровья стараются обеспечить равный доступ к качественной и всеобъемлющей психиатрической помощи для всех слоев населения.	<i>Критерий</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>– Службы охраны психического здоровья прилагают усилия к тому, чтобы демаркация районов или участков не дискриминировала какие-либо слои населения и не являлась причиной расового разделения или социальной несправедливости.</li><li>– Службы охраны психического здоровья прилагают усилия к тому, чтобы языковой барьер не становился преградой для доступа к услугам, предоставляемым лечебными учреждениями или программами.</li></ul>	<i>Субкритерий</i>

### Пример 2: Критерии стандартов Рамочной конвенции Великобритании по охране психического здоровья

#### Критерии стандартов

##### Пропаганда ценностей психического здоровья

- > Пропаганда ценностей психического здоровья среди всех слоев населения на индивидуальном и общинном уровне.
- > Борьба с дискриминацией лиц и групп людей, страдающих психическими расстройствами, и содействие их социальной реинтеграции.

##### Первичная медико-санитарная помощь и доступ к медицинским услугам

- > Любому пациенту, обращающемуся к работникам первичного медико-санитарного звена с распространенным психическим заболеванием:
  - должна быть предоставлена помощь по выявлению и оценке его психического состояния;
  - должна быть предложена эффективная схема лечения, включая, при необходимости, направление в специализированные службы охраны психического здоровья для дальнейшего обследования и лечения.
- > Каждый пациент, страдающий распространенным психическим расстройством, должен:
  - иметь возможность обратиться в местные службы охраны психического здоровья для удовлетворения своих потребностей и получения квалифицированной круглосуточной помощи;
  - иметь возможность напрямую обратиться в Национальную службу здравоохранения за первичной помощью и направлением к узким специалистам или в местные службы охраны психического здоровья.

##### Эффективные службы охраны психического здоровья для больных с серьезными психическими расстройствами

- > Все потребители услуг, охваченные программами по лечению психических расстройств, должны:
  - получать оптимальное лечение, при котором предотвращаются кризисные состояния и снижается риск;
  - получать на руки план лечения в письменном виде.
- > Все пациенты, обследование которых требуется проводить вне дома, должны иметь:
  - своевременный доступ в больничную палату или к месту, ее заменяющему, где:
    - существует наименее ограничительный режим, соответствующей безопасности пациента и общества;
    - расположение учреждения максимально близко к дому пациента;
  - письменную копию плана лечения после выписки с указанием лечебных и реабилитационных мероприятий, фамилии координатора лечения, а также действий, которые следует предпринимать в случае возникновения кризиса.

### Забота о лицах, обеспечивающих уход

- > Для лиц, обеспечивающих уход в рамках программы по охране психического здоровья, необходимо:
  - как минимум один раз в год проводить оценку качества ухода, а также их физических и психических потребностей;
  - составить личный письменный план по уходу за людьми, страдающими психическими расстройствами, после обсуждения деталей плана.

### Предотвращение суицидов

- > Местные службы здравоохранения и социальной помощи должны предотвращать случаи суицидов на основе нижеприведенных стандартов.

### Введение в действие стандартов

Стандарты должны быть введены в действие, чтобы качество услуг в области охраны психического здоровья можно было оценить в измеряемых единицах. Это означает разработку системы оценки служб охраны психического здоровья на основе измеряемых критериев.

В контрольных перечнях и глоссариях ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения, 1994 г., 1997 г.) описывается метод, позволяющий странам проводить количественную оценку качества услуг в области охраны психического здоровья.

Как было проиллюстрировано выше, представленные документы содержат контрольный перечень критериев, которые должны быть соблюдены для обеспечения удовлетворительного уровня оказания психиатрической помощи. Каждый критерий ранжируется по трем уровням (0 = отсутствует, 1 = частично присутствует, 2 = полностью присутствует). В глоссариях приводится более полное описание подсчета каждого критерия. Суммарная оценка выводится путем сложения индивидуальных оценок (Рамка 8). Страны могут адаптировать контрольные перечни и глоссарии в соответствии с конкретными потребностями.

*Стандарты должны быть введены в действие, чтобы качество услуг в области охраны психического здоровья можно было оценить на основе рейтинга.*

### Рамка 8. Пример: Оценка качества работы психиатрического стационара

Хорошее	127–158
Удовлетворительное	96–126
Малопримлемое	64–95
Непримлемое	0–63

Количественные оценки могут быть полезными, поскольку они позволяют странам или местным службам точно определить, насколько предоставляемые услуги соответствуют принятым стандартам. Они также вдохновляют работников служб охраны психического здоровья на проведение мониторинга и улучшение собственной работы.

Рейтинговые шкалы имеют несколько потенциальных недостатков. Когда они используются для суммарной оценки различных аспектов работы учреждения, плохое качество оказываемой помощи может недостаточно отражаться. Например, оценка «удовлетворительно» может означать удовлетворительное качество лечения в целом, или это может значить, что некоторые аспекты лечения, например санитарные условия, являются хорошими, в то время как другие, например обеспечение медикаментами, являются неприемлемыми. Это подчеркивает проблемы, связанные с установлением критериев для стандартов качества, чем с критериями как таковыми.

*Шкалы рейтингов имеют несколько потенциальных недостатков.*

Для того чтобы разрешить эту проблему, оценка качества должна, в том числе, проводиться по специфическим аспектам оказания помощи. Не следует предполагать, что суммарные показатели дают адекватную оценку. Следует рассматривать отдельные количественные показатели, а также результаты проверок на предмет качества обслуживания учреждений или служб совместно с рядом заинтересованных лиц, включая лиц с психическими расстройствами и членов их семей.

Показатели должны быть реалистичными и регулироваться в соответствии с ресурсным обеспечением конкретной страны, без нарушения прав и при наличии юридической защиты лиц, страдающих психическими расстройствами. Странам необходимо установить критерии по оценочным шкалам, проведя переговоры со всеми заинтересованными сторонами.

#### **Основные положения: Этап 2. Разработка документации по стандартам качества**

- Разработка набора стандартов для измерения качества услуг является существенным шагом на пути улучшения качества охраны психического здоровья.
- Для этой цели необходимо создать рабочую группу, провести консультации с соответствующими заинтересованными сторонами и подготовить проект по стандартам качества.
- Он должен охватывать все аспекты оказания услуг в области охраны психического здоровья в конкретных областях.
- Для каждого стандарта качества должны быть определены соответствующие критерии.
- Эти критерии должны служить средством установления рейтинга предоставляемых услуг. Здесь могут пригодиться документы ВОЗ.
- Помимо рейтинга услуг, необходимо проводить оценку качества всех аспектов охраны психического здоровья.



### Этап 3. Разработка аттестационных процедур

Аттестация является официальным разрешением, выдаваемым службе охраны психического здоровья государственным (общественным) органом, имеющим на это юридические полномочия. В контексте качества аттестация означает выдачу разрешения на оказание услуг при условии соблюдения определенных критериев качества.

Таким образом, аттестация позволяет проводить оценку качества лечения, оказываемого конкретной службой, а также предоставляет данной службе соответствующий юридический статус. Это защищает людей, страдающих психическими расстройствами, персонал служб психического здоровья и финансовые органы, гарантируя оказание психиатрической помощи на достойном уровне. Медицинскому учреждению аттестация позволяет проводить сравнение оказываемых услуг с установленными стандартами или с услугами, предоставляемыми аналогичными учреждениями в различных областях. Она позволяет выявить сферы деятельности, нуждающиеся в улучшении, а также выработать механизмы, позволяющие провести необходимые изменения. Например, аттестация позволяет увеличить количество персонала, улучшить условия лечения в стационарных учреждениях (например, состояние ванных комнат и мест для проведения досуга), уменьшить количество коек в палатах и гарантировать большую степень уединения.

Аттестация дает службам охраны психического здоровья следующие преимущества.

> **Признание.** Аттестация подтверждает соответствие данного учреждения установленным стандартам качества, что, в свою очередь, повышает доверие к нему со стороны потребителей и общества.

> **Обучение и консультирование.** Инспекторы, занимающиеся аттестацией, проводят консультации с сотрудниками учреждения, что позволяет улучшить его работу за счет внутренних ресурсов.

> **Мониторинг и оценка.** В процессе аттестации выявляются недостатки, подлежащие устранению. Более того, любая служба, желающая пройти аттестацию, проводит постоянный самостоятельный мониторинг.

> **Набор персонала.** С одной стороны, тщательность аттестации выявляет потребность в хорошо обученном квалифицированном персонале. С другой, талантливые специалисты стремятся получить работу прежде всего в прошедших аттестацию организациях. (Talbot, Halls & Keill, 1992).

Аттестация имеет особое значение, так как делает качество краеугольным камнем процесса официального лицензирования служб охраны психического здоровья и психиатрических учреждений. Поставщики, не отвечающие установленным критериям, не имеют права оказывать услуги по охране психического здоровья. Это относится ко всем службам охраны психического здоровья в общественном, частном, негосударственном и неформальном секторах.

В некоторых странах аттестация может вызвать трудности с финансированием. Например, органы управления здравоохранением возмещают затраты поставщикам услуг только в том случае, если аттестационные процедуры подтверждают определенный уровень качества услуг.

Специалисты по планированию охраны психического здоровья в процессе разработки и принятия аттестационных процедур должны выполнить следующие задачи.

#### Задача 1: Выработать соответствующие стандарты или процедуры

В некоторых странах уже существуют аттестационные процедуры, например процедуры лицензирования психиатрических больниц. Система аттестации общей лечебной сети может применяться для многих служб охраны психического здоровья. Таким образом, аттестация учреждений первичной медико-санитарной помощи может проводиться с использованием процедуры по аттестации общей лечебной сети.

Таким образом, первоочередная задача состоит в том, чтобы выявить аттестационные процедуры, если таковые существуют, и определить, как они могут применяться для оценки работы существующих служб охраны психического здоровья. Некоторые процедуры могут быть устаревшими или не соответствовать клинической практике. Например, могут

*Аттестация – разрешение, выдаваемое службе охраны психического здоровья при условии соблюдения ею определенных стандартов качества.*

*Аттестация позволяет вопросам качества быть основным элементом при оказании услуг в области охраны психического здоровья, а не просто одним из требований для получения юридического статуса.*

*Руководители служб охраны психического здоровья должны определить, какие имеющиеся аттестационные процедуры будут использоваться для поддержания и улучшения качества услуг.*



существовать процедуры по аттестации психиатрических больниц с устаревшими формами принудительного стационарного лечения. В таких случаях их необходимо привести в соответствие с современными, наиболее эффективными и гуманными методами лечения, которые используются преимущественно по месту жительства пациентов.

Разработка аттестационных стандартов для оценки работы местных служб охраны психического здоровья обычно не входит в обязанности руководителей данных служб. Однако может возникнуть ситуация, когда руководителям районных служб охраны психического здоровья или специально назначенным лицам придется использовать государственные аттестационные процедуры для проведения оценки и аттестации. Поэтому важно, чтобы руководители районного уровня были знакомы с имеющимися в их странах аттестационными процедурами для поддержания и улучшения качества работы служб охраны психического здоровья по месту жительства.

#### **Задача 2: Разработка аттестационных процедур в случае возникновения необходимости**

Если аттестационные процедуры отсутствуют, а процедуры, применяемые для системы общей лечебной сети неприемлемы, возникает необходимость в разработке аттестационных процедур для служб охраны психического здоровья. Разработанные стандарты (Этап 2) обеспечивают необходимый фундамент для оценки качества служб охраны психического здоровья и проведения их аттестации. Процесс разработки аттестационных процедур требует применения данных инструментов оценки для аттестации конкретных служб, учреждений или организаций.

Аттестационные процедуры должны соответствовать установленным стандартам. Документ по стандартам качества, разработанный на Этапе 2, может применяться в качестве структурного документа, содержащего критерии и систему оценки работы служб и подтверждения их соответствующего юридического статуса. Совместное использование данных ресурсов важно для избежания дублирования или несоответствий при приведении оценки качества.

Так же как и в случае со стандартами, **участие всех заинтересованных сторон** необходимо для разработки аттестационных процедур, а выработка критериев по аттестации может быть в такой же степени политическим процессом, как и техническим. Критерии аттестации должны уравнивать интересы различных сторон, вовлеченных в процесс охраны психического здоровья, и при этом поддерживать приемлемые стандарты качества оказываемых услуг.

Более подробное описание применения аттестационных процедур для мониторинга служб охраны психического здоровья приводится в разделе, посвященном Этапу 4. См. также:

- > Приложение 3: аттестация терапевтических общин для реабилитации лиц с наркотической зависимостью в Чили;
- > Совместная комиссия по аттестации организаций здравоохранения (<http://www/jcaho.org>);
- > Совместная комиссия Resources International (<http://www.jcrinc.com>).

Важно также отметить, что сама по себе процедура аттестации не обеспечивает хорошее качество медицинских услуг. Даже при наличии аттестационных критериев службы охраны психического здоровья могут продолжать игнорировать права человека или осуществлять психиатрические вмешательства, не соответствующие научно обоснованному подходу в медицине. Таким образом, аттестация является лишь важным первым, но не окончательным этапом процесса улучшения качества.

Следующие задачи, которые необходимо выполнить руководителю службы психического здоровья, заключаются в том, чтобы: (1) обеспечить соответствие местных служб психического здоровья аттестационным критериям, (2) обеспечить проведение оценки работы служб с целью их аттестации, (3) после проведения аттестации службы охраны психического здоровья продолжать улучшать качество услуг. Эти задачи более подробно описаны в разделах, посвященных Этапам 4 и 5.

*Руководители районных служб охраны психического здоровья должны быть знакомы с национальными аттестационными процедурами.*

*Важно, чтобы все заинтересованные стороны участвовали в процессе разработки аттестационных процедур.*

### **Основные положения: Этап 3. Разработка аттестационных процедур**

Таким образом, аттестация позволяет проводить оценку качества лечения, оказываемого конкретной службой, а также предоставляет данной службе соответствующий юридический статус. Аттестация имеет особое значение, так как делает качество краеугольным камнем процесса официального лицензирования служб охраны психического здоровья и психиатрических учреждений.

В процессе разработки и принятия аттестационных процедур необходимо выполнить следующие задачи.

– Специалисты по планированию услуг должны определить, существуют ли аттестационные процедуры, которые можно применять для оценки работы служб психического здоровья. Устаревшие процедуры необходимо привести в соответствие с современными, наиболее эффективными и гуманными методами охраны психического здоровья на базе научно обоснованного подхода в медицине.

– Если аттестационных процедур не существует, их необходимо разработать. Документ по стандартам качества, разработанный на Этапе 2, может применяться в качестве структурного документа, содержащего критерии и систему количественной оценки работы служб и подтверждения их соответствующего юридического статуса.

#### **Этап 4. Проведение мониторинга работы службы охраны психического здоровья с использованием механизмов контроля качества**

Как только стандарты качества окончательно определены и разработаны аттестационные процедуры, следует начать проведение мониторинга качества услуг в области охраны психического здоровья. Данный мониторинг может проводиться путем:

1. Использования разработанных **стандартов** для проведения ежегодной оценки качества.
2. Применения **аттестационных процедур** для оценки и лицензирования новых видов услуг и пересмотра оценки работы существующих служб охраны психического здоровья.
3. Планового сбора информации через существующие **информационные системы**, например, используя показатели эффективности работы служб психического здоровья.
4. Проведения консультаций с **независимыми** организациями лиц с психическими расстройствами, лиц, обеспечивающих уход, и организациями, пропагандирующими ценности психического здоровья, для получения независимой оценки качества услуг.

Одна из целей многократных аттестационных процедур заключается в необходимости сбалансирования интересов различных заинтересованных сторон. Например, для людей с психическими расстройствами показатели удовлетворенности услугами могут служить индикатором качества психиатрической помощи, для финансовых органов или заказчика услуг таким индикатором является рентабельность. Разные процедуры оценки могут также быть полезны для отделения поставщиков услуг от органов, проводящих мониторинг. Например, существует опасность, что службы охраны психического здоровья в государственном секторе проводят мониторинг самостоятельно, поэтому у них нет никаких стимулов решать возникающие проблемы. Для обеспечения соответствующей оценки качества следует отделять поставщика услуг от организации, осуществляющей мониторинг качества.

Существенной составляющей мониторинга качества услуг в области охраны психического здоровья является применение **положительных стимулов** для улучшения качества. Это предпочтительнее использования штрафных или карательных санкций. Следует наращивать потенциал для вознаграждения отдельных медицинских работников или подразделений, выражать благодарность, выплачивать премии, а также со временем повышать по службе. У работников охраны психического здоровья такой подход создает стимулы для самостоятельного поиска решения возникающих проблем, и им не нужно ждать, пока это сделают их руководители. Для того чтобы персонал служб охраны психического здоровья проявлял энтузиазм, процесс мониторинга должен проходить в духе позитивного сотрудничества.

Вторым важным элементом оценки работы служб психического здоровья является **включение результатов лечения и других индикаторов деятельности** в систему оценки работы служб охраны психического здоровья. В качестве примера можно привести инициативу ORYX Совместной комиссии по аттестации организаций здравоохранения в США, которая разработала подход по поощрению инициатив организаций здравоохранения, направленных на улучшение качества. Организации по охране психического здоровья (или организации, занимающиеся лечением поведенческих расстройств) должны были выбрать 10 показателей деятельности, по которым должны оцениваться их услуги, например клинические показатели и показатели восприятия лечения пациентом. Оценка, проводимая на основе данных показателей, применяется для оценки качества лечения и аттестации конкретного типа услуг.

#### **Задача 1: Применение стандартов качества для оценки работы служб охраны психического здоровья**

Оценка служб охраны психического здоровья должна проводиться регулярно, предпочтительно раз в год, в соответствии с установленными стандартами. Это должно учитывать все аспекты оказания услуг в области охраны психического здоровья.

Проведение оценки зависит от существующих стандартов и от наличия функционирующих служб охраны психического здоровья в данной стране. С помощью контрольных перечней по обеспечению качества и глоссариев ВОЗ каждый аспект оказания психиатрической помощи можно оценить в соответствии с предложенными критериями (например, службы охраны психического здоровья при поликлиниках или амбулаторные пациенты) (Всемирная организация здравоохранения, 1994 г., 1997 г.).

*Мониторинг и оценка служб охраны психического здоровья должны проводиться регулярно в соответствии с принятыми стандартами и аттестационными процедурами.*

*Причина многократных аттестационных процедур заключается в необходимости сбалансирования интересов различных заинтересованных сторон.*

*Для улучшения качества следует использовать положительные стимулы.*

*Результат лечения и другие показатели деятельности необходимо использовать для оценки качества услуг в области охраны психического здоровья.*

Конкретные механизмы оценки различных аспектов работы служб охраны психического здоровья согласно существующим стандартам могут существенно отличаться в зависимости от страны и отдельных районов. В некоторых случаях комитет, отвечающий за разработку стандартов качества, также несет ответственность за проведение регулярных оценок работы служб охраны психического здоровья. В других случаях эта ответственность возлагается на руководителей районных служб охраны психического здоровья для соблюдения государственных стандартов качества на местах. В качестве альтернативы оценка также может проводиться работниками или самими службами охраны психического здоровья в рамках мероприятий по самосовершенствованию внутренней организации.

Информация по данным аспектам работы должна быть официально представлена в ежегодных **отчетах**, составляемых либо комитетами по стандартам качества, либо руководителями местных служб охраны психического здоровья. В дальнейшем эта информация может быть использована при последующем планировании и предоставлении услуг.

В Рамке 9 приводится пример использования стандартов качества при оценке работы психиатрических клиник Бразилии.

*В зависимости от особенностей конкретной страны за составление рейтинга служб охраны психического здоровья ответственность возлагается на комитет по разработке стандартов качества или руководителей районных служб охраны психического здоровья.*

#### **Рамка 9. Пример: Оценка качества лечения в психиатрических клиниках Бразилии (Caldas, личная переписка, 2002 г.)**

---

##### **Три уровня критериев**

---

- Обязательный: официальные требования
- Необходимый: условия для улучшения качества лечения, требуется соответствие с 80% пунктов
- Рекомендованный: позволяющий оценку процесса улучшения качества

##### **Примеры критериев**

---

- Тринадцать **обязательных** пунктов, например встречи с членами семьи, направления на амбулаторное лечение и отсутствие палат, похожих на тюремные камеры
- Пятнадцать **необходимых** пунктов, например мероприятия по социальному вовлечению, внебольничные мероприятия и доступ к телефонной связи
- **Рекомендованные**: характеристики медицинской документации пациентов

##### **Оценка критериев: беседы с пациентами**

---

- Обследование 10 случайно выбранных пациентов и их медицинской документации

##### **Другая информация для оценки качества лечения**

---

1. Список пациентов, находящихся в больнице более шести месяцев
2. Средний срок пребывания в больнице
3. Динамика оборота коек
4. Диагностический профиль, представленный больницей
5. Количество пациентов с хроническими неврологическими состояниями
6. Клиническое лечение – направления
7. Пациенты в отделении общей клинической терапии
8. Условия для применения электрошока
9. Процент пациентов с экстрапирамидными симптомами (допустимо, если менее 5%)
10. Направления на психиатрическую хирургию
11. Количество летальных исходов за последние 12 месяцев
12. Количество пациентов, имеющих проблемы с законом
13. Количество пациентов, имеющих пенсионные льготы
14. Экстремальные события
15. Общее впечатление

## Задача 2: Применение аттестационных процедур при оценке и лицензировании служб охраны психического здоровья

Помимо оценки службы, необходимо тестировать на их соответствие критериям лицензирования. В системе охраны психического здоровья или общего здравоохранения уже могут существовать официальные органы по оценке работы, например **аттестационные комиссии**. В этом случае они могут быть привлечены для оценки качества и проведения соответствующей аттестации служб охраны психического здоровья. Для этого комиссия должна обладать официальными полномочиями по лицензированию служб психического здоровья или выдаче отказа, если качество предоставляемого лечения является неприемлемым. Следует также установить связь с финансирующими организациями, чтобы решение о финансировании службы принималось с учетом результатов аттестации (Рамка 10).

Аттестационная комиссия должна состоять из:

- > юристов, в том числе знакомых с соответствующим законодательством в области психического здоровья (см. модуль «Законодательство в области психического здоровья и права человека»);
- > клиницистов, способных проводить оценку клинических условий функционирования службы или учреждения;
- > пациентов, страдающих психическими расстройствами, чтобы обеспечить приоритетный учет их интересов и потребностей, что является особенно важным, поскольку они должны иметь доступ к независимым ревизионным органам в случае неудовлетворенности качеством получаемого лечения;
- > руководителей служб психического здоровья для оценки организационной работы службы;
- > финансистов, например бухгалтера, который мог бы проверить финансовое положение службы или учреждения и помочь провести оценку рентабельности.

Официальные аттестационные процедуры должны проходить:

- > при создании новой службы (государственной, частной или неправительственной);
- > периодически в дальнейшем, желательно с интервалом не более пяти лет.

После проведения аттестации комиссия может опубликовать национальный список служб или организаций, получивших разрешение на занятие профессиональной деятельностью. Например, *Quality Check*<sup>TM</sup> имеет список почти 20 000 организаций и программ, которые прошли аттестацию Совместной комиссии по аттестации организаций здравоохранения в США. Так же как и при мониторинге с использованием стандартов качества, конкретные механизмы проведения аттестации отличаются в зависимости от страны. Например, в Италии и ряде других странах существует четкое разделение между институциональной аттестацией и профессиональной аттестацией. Первая выдается центральным или местным правительством, а вторая – научными учреждениями, чье решение совершенно независимо от государства. В Китае существует три поставщика услуг в области охраны психического здоровья: сектор здравоохранения (лечение), сектор социальной защиты (в основном приюты) и сектор общественной безопасности (в основном тюрьмы). Данные секторы имеют различные источники финансирования и административные каналы.

Главный основополагающий принцип аттестационного процесса заключается в привлечении всех заинтересованных сторон для обеспечения согласованности действий и сотрудничества. Заинтересованные стороны должны включать работников служб охраны психического здоровья, лиц с психическими расстройствами, членов их семей, руководителей служб, представителей университетов, государственных учреждений и неправительственных организаций, а также представителей других секторов, которые могут участвовать в оказании услуг в области охраны психического здоровья.

Второй важнейшей функцией аттестационного процесса является контроль за соблюдением прав человека, особенно в психиатрических клиниках. Могут быть совпадающие интересы у организаций или комитетов, созданных специально для контроля за соблюдением прав человека. При необходимости, с ними возможно установить контакт для осуществления контроля за соблюдением прав человека в ходе оценки и аттестации служб охраны психического здоровья (см. модуль «Законодательство в области психического здоровья и права человека»).

*Аттестационная комиссия должна состоять из специалистов в соответствующих областях.*

*Аттестационная комиссия может опубликовать список служб или организаций, отвечающих критериям аттестации.*

*Конкретные механизмы аттестации отличаются в зависимости от страны.*

*Два основополагающих принципа аттестации: проведение консультаций со всеми заинтересованными сторонами и соблюдение прав человека.*

## Рамка 10. Примеры проведения аттестаций

### Пример 1: Аттестация терапевтических общин, занимающихся реабилитацией людей, страдающих наркотической зависимостью, в Чили (см. Приложение 3, документация по юридической аккредитации)

В 1993 г. в Чили функционировало примерно 10 терапевтических общин, в основном частных организаций (малые неправительственные организации). Однако они не имели юридического статуса и работали без официального разрешения органов здравоохранения. Благодаря усилиям Отдела по охране психического здоровья Министерства здравоохранения были предприняты следующие шаги.

1. Создана рабочая группа, в которую вошли представители большинства терапевтических общин, а также специалисты в области общественного здравоохранения и клиницисты. Группа подготовила проект документа, регулирующего работу подобных учреждений.
2. Данный проект направили для ознакомления во все терапевтические общины, во все районные отделы здравоохранения Чили, а также некоторым крупным специалистам в области охраны психического здоровья. Рабочая группа проанализировала все поступившие предложения и подготовила второй проект документа.
3. Второй проект прошел через долгий и сложный законодательный процесс, после чего был одобрен и подписан Министром здравоохранения и Президентом Республики Чили.
4. В районных отделах здравоохранения начался процесс аттестации на основе механизмов, похожих на те, которые используются при проведении аттестации лечебных учреждений.
5. Был создан механизм финансирования, предусматривающий выплаты социального страхования терапевтическим общинам за один месяц лечения в зависимости от одного из трех уровней интенсивности или сложности.

На сегодняшний день в Чили работают более 50 терапевтических общин.

### Пример 2: Аттестация учреждений по охране психического здоровья в Латвии

С 1997 г. оценку медицинских учреждений Латвии проводит Агентство статистики здравоохранения и медицинских технологий Министерства социального обеспечения. Это включает оценку работы медперсонала, оборудования и инфраструктуры. Если учреждение отвечает установленным стандартам, оно получает положительную оценку. Таким образом, медицинские учреждения получают статус, необходимый для получения средств из фондов здравоохранения или оказания медицинских услуг. Все службы охраны психического здоровья Латвии проходят через данную процедуру. Небольшому количеству учреждений и институтов еще предстоит пройти аттестацию. Инспекция по здравоохранению и контролю качества Министерства социального обеспечения рассматривает вопрос о подаче судебных исков против данных учреждений (Veits, личная переписка, 2002 г.).

### Задача 3: Использование информационных систем для проведения плановой оценки качества

Сбор надежной и подробной информации является важным компонентом всей системы мониторинга качества. Там, где информационные системы уже существуют, они должны применяться для оценки качества всех аспектов системы охраны психического здоровья. Там, где подобные системы отсутствуют либо находятся в зачаточном состоянии, необходимо приложить все усилия для их дальнейшего развития (см. модуль «Информационные системы по психическому здоровью», подлежит разработке ВОЗ).

*Существующие информационные системы должны использоваться для плановой оценки качества всех аспектов системы охраны психического здоровья.*

Для мониторинга качества можно собрать широкий спектр информации из различных источников. Эти данные необходимы для заинтересованных сторон, которые проводят оценку качества лечения в различных учреждениях (включая службы охраны психического здоровья по месту жительства, больницы и тюрьмы). Показатели являются переменными величинами, которые обобщают или указывают на наличие той или иной ситуации и, следовательно, могут быть использованы для ее изменения. Некоторые показатели, которые могут применяться для оценки качества, проводимой заинтересованными сторонами, представлены в Таблице 1.

**Таблица 1. Примеры показателей качества охраны психического здоровья по мнению различных заинтересованных сторон\***

<b>Заинтересованные стороны</b>	<b>Цель показателя</b>	<b>Пример показателя</b>
<b>Финансовые органы</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Принятие решения о закупках</li> <li>– Мониторинг деятельности, определенной в контракте</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Средняя стоимость на человека</li> <li>&gt; Процент затрат на административные службы и службы поддержки</li> </ul>
<b>Люди, страдающие психическими расстройствами</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Принятие решения о начале лечения или повторном лечении</li> <li>– Выбор поставщика услуг</li> <li>– Проведение мониторинга эффективности плана лечения и соответствия поставщика услуг предъявляемым к нему требованиям</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Процент людей, страдающих психическими расстройствами, чье состояние улучшилось</li> <li>&gt; Процент людей, страдающих психическими расстройствами, получивших своевременную помощь</li> </ul>
<b>Поставщики услуг</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Управление качеством</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Процент взрослых больных шизофренией, получающих необходимые антипсихотические препараты</li> </ul>
<b>Аттестационные агентства</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Мониторинг исполнения законов и стандартов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Процент пациентов, выписанных из больницы, за которыми велось наблюдение в течение 7 дней по месту жительства</li> </ul>
<b>Государственные органы</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Разработка политики</li> <li>– Принятие решения о закупках</li> <li>– Составление отчетности</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Расходы на услуги по охране психического здоровья на душу населения по регионам</li> <li>&gt; Процент лиц с анамнезом психических расстройств, имеющих частичную или полную занятость</li> </ul>

\* Приведенные примеры не означают, что показатели, важные для одной заинтересованной группы, не имеют значения для других заинтересованных сторон.



Для мониторинга качества лечения на уровне поставщика услуг необходима более подробная информация. Собранная информация должна охватывать следующие аспекты лечения:

- > ресурсное обеспечение, например места в палатах и персонал (вводные данные);
- > виды деятельности службы, например госпитализация, консультации и лечение (процесс);
- > влияние медицинского обслуживания на лиц, страдающих психическими расстройствами (результат лечения) (Thornicroft & Tansella, 1999).

Информация о вводных данных, процессе и результате лечения необходима для мониторинга работы служб охраны психического здоровья и может использоваться для оценки качества лечения. Для этой цели конкретные показатели качества можно адаптировать для планового сбора информации. В этой связи важно отметить, что при выборе показателей необходимо руководствоваться критериями, разработанными в документе по стандартам качества. Так же как и для аттестационной процедуры, это необходимо для избежания дублирования и непоследовательности при проведении оценки качества. Важно, чтобы сбор информации был мотивирован вопросами улучшения качества, стоящими на повестке дня (например, критерии стандартов), а не осуществлялся для пополнения информационной системы недостающими данными (например, сбор информации, которая имеется в наличии).

### Вводные данные

Вводные данные могут использоваться для определения количественных стандартов по необходимому персоналу, местам в палатах и обеспечению медикаментами. Например:

- > соотношение медицинского персонала и пациентов с психическими расстройствами;
- > соотношение количества мест в больницах и населения;
- > наличие медикаментов в учреждениях первичного медико-санитарного звена.

### Данные о процессе лечения

Показатели, характеризующие процесс лечения, могут использоваться для определения стандартов по оптимальному использованию стационарных помещений, например:

- > средний показатель занятости койки;
- > продолжительность консультаций в амбулаторных условиях;
- > количество критических случаев в палатах строгого режима;
- > показатели повторной госпитализации;
- > участие членов семьи в уходе за пациентами с психическими расстройствами;
- > поддержка семьи со стороны служб охраны психического здоровья.

### Данные о результате лечения

Показатели, характеризующие результаты лечения служат для определения стандартов по положительному клиническому исходу после психиатрического вмешательства, например:

- > клинические оценки результата лечения в амбулаторных условиях;
- > клинические оценки результата лечения при выписке из стационарного учреждения;
- > удовлетворенность результатами лечения со стороны лиц с психическими расстройствами;
- > удовлетворенность результатами лечения со стороны членов семей или лиц, обеспечивающих уход.

В широком контексте для оценки результатов лечения можно использовать четыре основные категории (Rosenblatt et al., 1998);

- > **Статус исхода лечения** отражает нарушения как психологического, так и соматического состояния. При оценке клинического статуса лечения определяются как процессы, которые позволяют фиксировать и оценивать соматические, эмоциональные, когнитивные и поведенческие признаки, так и симптомы, относящиеся к психическому расстройству.

*На уровне служб охраны психического здоровья необходима информация по вводным данным, процессу и результатам лечения.*

*Сбор информации должен осуществляться не для пополнения информационной системы недостающими данными, а для повышения качества.*

*Основная цель комплекса мер по охране психического здоровья заключается в улучшении клинических результатов лечения, которые служат показателем повышения качества предоставляемых услуг.*



- > **Показатели функционального статуса** отражают способность пациента выполнять соответствующие социальные и ролевые функции. Примерами успешных функциональных результатов лечения можно считать способность работать, учиться, жить самостоятельно и поддерживать положительные и жизнеутверждающие отношения с людьми.
- > **Удовлетворенность жизнью и достигнутыми результатами** включает оценку качества жизни и личное благополучие и неразрывно связано с самооценкой личности, надеждой на будущее, развитием потенциала и выздоровлением.
- > **Социальное благополучие и безопасность** включает такие аспекты, как наличие или отсутствие суицидального поведения, злоупотребление наркотиками, алкоголем и другими психоактивными веществами, а также уголовные правонарушения, виктимизацию и бездомность.

Оценка результатов имеет большую важность для заинтересованных сторон, а ее проведение актуально для лиц, страдающих расстройствами, программ по охране психического здоровья и служб по оказанию услуг в данной области. На клиническом уровне данные проводимой оценки могут быть учтены при планировании режима лечения и его корректировки. Подобные данные, собранные на индивидуальном уровне, могут быть сведены в сводную отчетность и включены в показатели эффективности работы системы охраны психического здоровья в целом. Не все данные на системном уровне являются сводными результатами исхода лечения пациента: данные, относящиеся к ресурсному обеспечению, доходам, расходам и административной деятельности, не принадлежат к категории оценки результатов лечения.

Выбор показателей (вводные данные, данные, полученные в процессе лечения, или результаты лечения) зависит от приоритетов конкретной местной службы охраны психического здоровья. В процессе перевода стационарных больных на амбулаторное обслуживание показатели повторной госпитализации могут стать важными индикаторами эффективности работы служб охраны психического здоровья по месту жительства.

#### Оценка деятельности

В дополнение к анализу вводных данных, данных, полученных в процессе лечения, и данных о результате лечения необходимо провести оценку деятельности работы служб охраны психического здоровья с целью повышения качества предоставляемых услуг.

Показатели деятельности служат для оценки и мониторинга производительности системы, ответственной за предоставление психиатрического обслуживания, сообщения полученной информации в количественном выражении и направления усилий и ресурсов системы к желаемым целям. Основная проблема при определении подобных показателей связана с отсутствием консенсуса по поставленным целям и отсутствием четкого определения, какую деятельность можно считать успешной. Различные заинтересованные стороны, принимающие активное участие в работе служб психического здоровья, то есть лица, страдающие психическими расстройствами, члены их семей, организации, пропагандирующие ценности психического здоровья, поставщики услуг, финансовые организации и лица, формирующие политику в области охраны психического здоровья, часто предъявляют разные требования к показателям деятельности (Таблица 1).

Следовательно, при разработке показателей деятельности необходимо принимать во внимание потребности различных заинтересованных сторон, для чего требуются совместные консультации на предмет выработки наиболее оптимальных показателей. Странам необходимо сбалансировать свои интересы с бюджетными ограничениями при разработке информационных систем по мониторингу качества предоставляемых услуг. На выбор оптимальных показателей деятельности может повлиять оценка качества оказываемых услуг и цели, поставленные при проведении подобной оценки.

Важно отметить, что показатели деятельности являются лишь одним из способов измерения определенных параметров качества. Они не определяют качество услуг в целом. Для этого, помимо показателей деятельности, необходимо учитывать наличие ресурсов, результаты лечения и уважение прав пациентов, страдающих психическими расстройствами, и лиц, обеспечивающих уход, включая членов их семей.

#### Информационная инфраструктура

Информационная инфраструктура крайне необходима для мониторинга и повышения качества охраны психического здоровья. Использование многих механизмов, описанных в данном модуле, зависит от доступности и наличия информации. Применение методов управления качеством основано на способности сбора, анализа и составления отчетности с использованием полученных данных. Аналогичным образом оценка деятельности зависит от наличия своевременных и надежных данных, если она проводится для совершенствования существующей системы охраны психического здоровья, методов оказания услуг и продвижения инициатив по повышению качества.

*Показатели деятельности служат для оценки разных функций в зависимости от требований заинтересованной стороны.*

Когда потенциал достаточно велик, не следует недооценивать проблемы, которые могут возникнуть при внедрении информационных систем. Безусловно, для разработки автоматизированной инфраструктуры требуются соответствующие ресурсы. После создания инфраструктуры к ней следует приспособиться менеджерам, клиницистам и другим пользователям.

В странах, где ресурсы, выделяемые на охрану психического здоровья, очень ограничены, могут возникнуть сложности при мобилизации финансов и кадров для проведения мониторинга. Это означает, что необходимо определить приоритеты в мониторинге качества и выбрать допустимые показатели. Каждой стране необходимо принять решение о том, какие показатели, описанные на данном этапе, окажутся более эффективными в их частном контексте и какие можно себе позволить.

Данные решения являются очень важными, так как в краткосрочной перспективе развитие механизмов повышения качества психиатрической помощи, вероятнее всего, потребует финансовых расходов. Однако в долгосрочной перспективе информационные системы и мониторинг качества приведут к снижению издержек в результате более эффективного предоставления более качественных услуг. Это способно привести к другим положительным результатам, таким как повышение мотивации персонала, удовлетворение потребностей лиц, страдающих психическими расстройствами, и значительные социальные и экономические выгоды. Повышение качества психиатрической помощи, даже в условиях минимального объема предоставляемых услуг, служит хорошей базой для дальнейшего развития служб охраны психического здоровья.

В странах, где службы охраны психического здоровья интегрированы в систему первичной медико-санитарной помощи или другие службы здравоохранения общего профиля, создание информационной системы может послужить первоначальным этапом развития информационной инфраструктуры. В подобном случае проведение оценки состояния психического здоровья и сбор данных могут осуществляться в рамках уже существующей функционирующей системы.

В Интернете можно найти много информации, обещающей улучшить в будущем качество психиатрического обслуживания. Это информация для потребителей, позволяющая лицам с психическими расстройствами получать важные для них сведения, участвовать в чатах и группах поддержки; клиническое обслуживание; административные и финансовые документы, профессиональное образование и результаты исследований эффективности лечения.

Как показано в следующей задаче, информационные системы являются не единственным механизмом оценки качества работы служб охраны психического здоровья. Другие механизмы оценки качества и установления обратной связи включают фокус-группы, дискуссионные столы и кружки качества. Кружок качества – это группа специалистов, встречающаяся на регулярной основе для обсуждения рабочих проблем, оценки и выработки решений. Помимо этого, обзор, анализ и интерпретация данных также вносят существенный вклад в выявление и решение проблемы, при этом такая аналитическая работа может проводиться на основе наблюдения и опыта заинтересованных сторон, особенно работников служб охраны психического здоровья.

## Этапы создания информационных систем

В странах, где информационные системы находятся в процессе становления, на начальных этапах рекомендуется предпринять следующие меры:

1. Разработка **простых инструментов для сбора данных**, необходимых для медработников передового края охраны психического здоровья. На начальном этапе необходимо собрать базовую демографическую и диагностическую информацию. Документирование существующих проблем и потребностей может оказаться полезным для планирования клинических и терапевтических услуг. Предпочтительно автоматизировать собираемые данные, но это может быть невыполнимо. Простые бланки могут быть разработаны для ежемесячного или ежеквартального сбора и документирования данных.

2. Введение **регулярного типового анализа данных** об обслуживании на местах, например всей группой специалистов. Для сбора данных на местной или районном уровне необходимы возможности для первичного анализа данных. Это включает разработку простых отчетов для мониторинга обслуженных лиц (в соответствии с их диагностическими и демографическими данными). Это также позволяет лицам, осуществляющим планирование в области охраны психического здоровья документировать тенденции в

*В странах, где ресурсы, выделяемые на охрану психического здоровья, ограничены, необходимо принять важные решения о выборе приоритетов в области мониторинга качества психиатрической помощи, а также решить, сбором какой информации необходимо заниматься в первую очередь в рамках существующих бюджетных ограничений.*

*В долгосрочной перспективе информационные системы и мониторинг качества способны снизить затраты на охрану психического здоровья.*

местном здравоохранении. Необходимо периодически проводить регулярные встречи кружков качества или разборы ситуации силами медработников передового края охраны психического здоровья для совершенствования навыков понимания и интерпретации поступающих данных. Подобная схема позволяет своевременно выявлять возникающие проблемы и принимать решения. Первоначально основные усилия следует сосредоточить на информации о том, кто получатель услуг и какие услуги оказываются службами охраны психического здоровья. По мере наращивания потенциала в систему анализа данных необходимо вводить информацию о том, кто является потребителем данных услуг. По мере того как система становится более совершенной, на следующем этапе можно проводить сопоставление первоначально полученных данных с результатами лечения и его стоимостью.

**3. Создание отдельной централизованной системы сбора данных и оценки работы служб охраны психического здоровья.** Подобная централизация является насущной во многих отношениях. Во-первых, она поддерживает сбор данных на государственном уровне, что позволяет устранять неравенство в ресурсном обеспечении регионов и в сфере оказываемых услуг. Анализ ситуации в данных областях также позволяет получать обратную связь из регионов и районов. Во-вторых, централизованная система позволяет лицам, осуществляющим планирование, в государственном масштабе оказывать поддержку и способствовать проведению комплексных мероприятий по охране психического здоровья на местах. На каждом уровне необходимо проводить комплекс последовательных мер, несмотря на то, что получаемая информация отличается по своему типу в зависимости от уровня. На государственном уровне централизованная система сбора данных и оценки работы служб психического здоровья способствует созданию единых механизмов по сбору данных, проведению необходимого анализа и составлению отчетности. В-третьих, данные государственного масштаба являются основой для определения потребностей и приоритетов для лечения по месту жительства, а также для составления планов по охране психического здоровья и выделения ресурсов на общегосударственном уровне. Создание централизованной системы сбора данных и оценки работы служб психического здоровья является важным звеном для проведения мероприятий, описанных в других модулях, например, планирования, пропаганды психического здоровья и финансирования. Без существования такой системы будет довольно сложно претворять на практике государственную программу по повышению качества охраны психического здоровья населения.

Три вышеописанных этапа позволяют создать информационную систему, способную проводить мониторинг качества услуг в области охраны психического здоровья.

#### **Задача 4: Проведение консультаций для оценки оказываемой психиатрической помощи с заинтересованными сторонами: лицами, страдающими психическими расстройствами, лицами, обеспечивающими уход за больными, и независимыми организациями**

В дополнение к мониторингу работы служб охраны психического здоровья, проводимого руководителями отделов здравоохранения или руководителями соответствующих комитетов, для обеспечения эффективной работы служб психического здоровья необходимо поддерживать контакты с независимыми заинтересованными сторонами и, прежде всего, организациями, контролирующими соблюдение прав человека в сфере оказания услуг в области охраны психического здоровья.

> **Правозащитные** или другие независимые **организации** могут обладать доступом к системе охраны психического здоровья и осуществлять контроль за условиями предоставления психиатрической помощи лицам, страдающими психическими расстройствами. Данные структуры могут быть как государственными, так и независимыми неправительственными организациями.

> **Организациям потребителей услуг, членов их семей и лиц, осуществляющих уход за больными**, которые пропагандируют ценности психического здоровья и защищают права пациентов, необходимо создать условия для отчета по качеству предоставляемой психиатрической помощи. Изучение мнения потребителей проводится посредством опросников, содержащих вопросы о качестве оказываемых услуг или путем организации фокус-групп, которые могут предоставить ценную информацию. Более того, оценка может проводиться на предмет того, насколько эффективно службы психического здоровья оказывают поддержку семьям лиц, страдающих психическими расстройствами.

> Для более высокой гарантии качества оказываемых услуг лица, страдающие психическими расстройствами, лица, осуществляющие уход, а также специалисты служб охраны психического здоровья должны иметь возможность обращаться к **омбудсмену**. **Омбудсмены** выступают посредниками при решении конфликтных ситуаций. Отправление подобной функции необходимо, для того чтобы лица, страдающие психическими расстройствами, смогли бы получить помощь в независимом надзорном органе в случае неудовлетворительного оказания услуг в области охраны психического здоровья.

*Проведение консультаций с независимыми организациями должно проходить на регулярной основе для получения информации о качестве услуг в области охраны психического здоровья.*

#### Основные положения: Этап 4. Проведение мониторинга работы служб охраны психического здоровья с использованием механизмов контроля качества

Организация мониторинга работы служб охраны психического здоровья необходима для оценки качества предлагаемых услуг. Качество работы можно оценивать, используя следующую методологию:

- применение стандартов качества для ежегодной оценки услуг по охране психического здоровья;
- аттестационные процедуры для лицензирования новых служб и оценки работы существующих служб охраны психического здоровья;
- планового сбора информации посредством существующих информационных систем, в частности систем, позволяющих проводить оценку на основе индикаторов деятельности и результатов лечения;
- проведения консультаций с независимыми организациями лиц, страдающих психическими расстройствами, лиц, обеспечивающих уход за больными, и организациями, пропагандирующими ценности психического здоровья, для выяснения их оценки качества услуг.

#### Этап 5. Внедрение механизмов повышения качества в действующую систему управления и оказания услуг

После создания механизмов оценки качества охраны психического здоровья на местном уровне (путем применения стандартов, проведения аттестационных процедур и внедрения систем мониторинга) непрерывное повышение качества услуг должно стать неотъемлемой частью системы управления службами охраны психического здоровья и оказания услуг.

Меры по повышению качества, интегрированные в систему управления службами охраны психического здоровья иначе называют «управлением качеством», в основе которого лежит нормативно-правовая база по оценке и улучшению клинических, оперативных и финансовых показателей при оказании медицинских услуг (Hermann et al., 2000). Недавние проведенные исследования основываются на концепции непрерывного повышения качества услуг в системе охраны психического здоровья (Pillay et al., 2002). В этой связи аттестацию можно рассматривать как соблюдение минимальных нормативных требований при оказании услуг в области охраны психического здоровья, а повышение качества как процесс непрерывного движения к оптимальным нормативным требованиям с использованием в полной мере уже существующих стандартов и критериев.

Модель повышения качества была разработана Институтом повышения качества медицинской помощи (<http://www.ihp.org/>). Предназначенная для применения в секторе управления услугами данная модель основана на постановке целей, формировании команды, разработке мер и проверке результатов изменений. Проверка результатов изменений проводится при помощи методологии, известной как цикл «планирование-осуществление-проверка-действие» (Рисунок 3), который включает:

- > планирование процесса;
- > внедрение процесса;
- > проверку результатов;
- > действия по улучшению показателей процесса.

Рисунок 3. Модель повышения качества Института повышения качества медицинской помощи



*Непрерывное повышение качества должно стать неотъемлемой частью системы управления службами охраны психического здоровья и оказания услуг.*

**Преимущества** данного цикла/модели заключаются в следующем:

- > системы повышения качества интегрируются в существующие службы охраны психического здоровья;
- > оценка качества основывается на показателях деятельности и результата, а не только на анализе вводных данных (как в предыдущих моделях оценки качества);
- > персонал и руководители служб охраны психического здоровья лично осознают необходимость повышения качества в отличие от предыдущих схем, когда данная задача ставилась вышестоящим руководством;
- > улучшение клинических показателей происходит на фоне улучшения функциональных и финансовых результатов (Hermann et al., 2000).

Для применения данной модели на практике необходимо разработать определенные механизмы и создать соответствующие **структуры**:

- > учредить специальную должность инспектора по качеству, не обязательно на полную ставку, для поддержания непрерывного процесса повышения качества услуг в области охраны психического здоровья;
- > обеспечить **необходимую поддержку** инспектору по качеству **на достаточно высоком уровне** в масштабе системы охраны психического здоровья, с тем чтобы его предложения подлежали выполнению;
- > обеспечить **проведение консультаций** при разработке мер по повышению качества со всеми заинтересованными сторонами: с руководителями и персоналом служб охраны психического здоровья, с лицами, осуществляющими уход за больными, и с лицами, страдающими психическими расстройствами;
- > обеспечить **участие в процессе внедрения** мер по повышению качества всех заинтересованных сторон: руководителей и персонал служб психического здоровья, лиц, осуществляющих уход за больными, и лиц, страдающих психическими расстройствами;
- > обеспечить достаточное **выделение бюджетных средств** на повышение качества охраны психического здоровья.

После создания подобных механизмов для непрерывного повышения качества охраны психического здоровья необходимо выполнить следующие задачи.

#### **Задача 1: Управление процессом проведения ежегодной оценки качества услуг**

Модель повышения качества можно интегрировать в существующую систему управления службами психического здоровья путем выделения времени для проведения оценки качества работы служб психического здоровья. Для этого необходимо организовать ежегодные встречи с руководителями служб, на которых проводится оценка улучшения отдельных аспектов оказания услуг в области охраны психического здоровья.

Подобные встречи предпочтительно проводить в конце финансового года, с тем чтобы планирование годовых бюджетов осуществлялось на основе оценки качества работы конкретных учреждений. Финансовые стимулы по повышению качества могут непосредственно обсуждаться при проведении консультаций по вопросам качества услуг с руководителями служб (Таблица 2). К таким финансовым стимулам относятся принятие бюджетов соответствующих критериям оценки качества, установленным на рабочих встречах, вознаграждение в зависимости от достигнутых результатов на основе существующего компенсационного механизма.

*Необходимо организовать проведение регулярных встреч с руководителями служб для оценки качества работы служб и отдельных учреждений по охране психического здоровья.*



**Таблица 2. Пример: Годовой график осуществления проверки качества**

Служба / организация	Руководитель / контактное лицо	Инструменты оценки качества	Месяц проведения проверки
– Психиатрическая клиника	Главный врач	Государ. стандарты	Сентябрь
– Психиатрическое стационарное отделение в больнице общего профиля	Психиатр	Государ. стандарты	Октябрь
– Службы первичной медицинской помощи	Старшая медсестра	Государ. стандарты	Ноябрь
– Служба реабилитации	Старшая медсестра	Государ. стандарты	Декабрь
– Центры совместного проживания и лечения на местах	Местное руководство	Государ. стандарты	Январь
– Профессиональная организация	Председатель профессионального совета	Оценка профессиональных нормативов	Февраль

### **Задача 2: Включение модели проверки качества в процесс планирования услуг**

В дополнение к проведению плановой проверки работы конкретных служб руководители служб охраны психического здоровья должны включить модели оценки качества в процесс планирования и бюджетирования услуг (см. модуль «Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья»). Например, возможности оказания услуг необходимо оценивать не только исходя из финансовой составляющей и достаточности клинического потенциала, но и с точки зрения качества лечения, которое данный потенциал и финансовая база способны обеспечить. При наличии двух возможностей оказания услуг по охране психического здоровья, то есть в стационарное или по месту жительства, специалисты по планированию должны провести оценку того, какая из двух форм помощи способна обеспечить более качественное лечение лиц, страдающих психическими расстройствами. Критерии качества могут быть заимствованы из государственных стандартов или разработанных аттестационных процедур.

*Руководители служб охраны психического здоровья должны включить модели проверки качества в процесс планирования и бюджетирования услуг.*

### **Задача 3: Внедрение модели повышения качества в клиническую практику**

Улучшение качества должно стать составной частью клинической практики. В прошлом работники служб охраны психического здоровья отвечали за процесс клинического лечения, не неся ответственности за бюджет, конечный результат или управление службой. В последнее время появились такие термины, как «клиническое управление» и «управление качеством», которые служат для повышения ответственности персонала служб охраны психического здоровья и его вовлечения в сферу управления и процесс повышения качества (Hermann et al., 2000).

*Модель повышения качества должна быть внедрена в повседневную клиническую практику.*

В повседневной клинической практике для персонала служб охраны психического здоровья необходимо создать условия для постоянной оценки своих действий и улучшения качества оказываемых услуг.

### **Лечение, базирующееся на научно обоснованном подходе в медицине**

Уход за лицами, страдающими психическими расстройствами, должен проводиться на базе научно обоснованного подхода в медицине, которые подразумевает использование наиболее эффективных и результативных методов лечения. Для этого работникам служб охраны психического здоровья необходимо ознакомиться с результатами последних исследований в своей области. Профессиональные организации и академические институты должны там, где это возможно, способствовать организации подобного процесса.

*Уход за лицами, страдающими психическими расстройствами, должен осуществляться на базе научно обоснованного подхода в медицине, который подразумевает использование наиболее эффективных и результативных методов лечения.*

Оказание услуг на базе научно обоснованного подхода в медицине стало важным средством достижения надлежащего качества и повышения ответственности персонала. В том случае, когда услуги на базе научно обоснованного подхода в медицине оказываются в полном соответствии с моделями, доказавшими свою эффективность, положительный исход лечения гарантируется автоматически. Данный аспект необходимо учитывать при обсуждении вопросов о выделении ресурсов для внедрения методов на базе научно обоснованного подхода в медицине, так как это гарантирует более высокую ответственность медицинского персонала и надлежащее качество оказания услуг (Goldman et al., 2001).

Не каждую проблему можно решить на базе научно обоснованного подхода в медицине. Более того, не всегда научно обоснованный подход в медицине может универсально применяться ко всем лицам с одинаковыми симптомами: в этой связи потребность в проведении клинической оценки и предоставлении права выбора потребителю остается решающим аспектом.

Примеры использования научно обоснованного подхода в медицине приводятся в Рамке 11.

#### **Рамка 11. Примеры эффективных вмешательств при ведении лиц с психическими расстройствами**

##### **Заболевания / Профилактика (первичная и вторичная) / Лечение / Реабилитация**

###### **Шизофрения**

- Раннее выявление, способствующее снижению риска хронического течения заболевания
- Санитарное просвещение по дестигматизации расстройства
- Профилактика суицида
- Профилактика рецидивов с помощью санитарного просвещения и снижения социальной изоляции
- Стандартные нейролептики, например хлорпромазин и галоперидол, и нейролептики второго поколения
- Психосоциальные вмешательства, например когнитивно-поведенческая терапия
- Поддержка семьи и санитарное просвещение
- Программы реабилитации по месту жительства для реинтеграции и восстановления социальных и профессиональных навыков
- Организация социально-бытовых сетей поддержки

###### **Депрессия**

- Скрининг депрессии у матерей с целью ее снижения и профилактики неблагоприятных психических состояний у детей
- Создание социальных сетей поддержки для уязвимых групп населения
- Раннее выявление и осуществление врачебного вмешательства в семьях и среди индивидуумов с повышенной уязвимостью
- Санитарное просвещение по дестигматизации депрессивных расстройств и проведение массовых информационно-просветительских кампаний о возможностях лечения
- Применение трициклических антидепрессантов и, если имеются в наличии, недорогих селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (SSRI)
- Присоединение проблемно-решающей, когнитивно-поведенческой и интерперсональной психотерапии
- Организация социально-бытовых сетей поддержки

###### **Алкогольная зависимость**

- Профилактические меры на государственном уровне, например ограничение продажи спиртных напитков, налог на алкогольную продукцию, просвещение населения о вреде алкоголя
- Раннее выявление и раннее вмешательство
- Организация психологического консультирования и проведение кратких санитарно-просветительских вмешательств (3–5 сеансов)
- Для решения проблем с алкоголем на начальной стадии проведение кратких врачебных вмешательств
- Для борьбы с более тяжелыми формами алкогольной зависимости проведение когнитивно-поведенческой терапии, мотивационного интервьюирования и методики «двенадцать шагов» вместе с вмешательствами по месту жительства и групповой терапией
- Детоксикация, предпочтительно проводимая по месту жительства
- Стационарное лечение для тяжелых случаев соматической и психиатрической коморбидности
- Программы реабилитации по месту жительства по восстановлению социальных и профессиональных навыков

(Источник: Всемирная организация здравоохранения, 2001а)

Проблема, с которой сталкиваются многие страны, включая наиболее развитые, заключается в том, как сделать обслуживание и вмешательства частью повседневной практики, доказавшей свою эффективность. В настоящее время все больше специалистов признают существующий разрыв между тем, что является эффективным согласно результатам исследований и реальной практикой.

Можно возразить, что в некоторых странах проблема носит более глубокий характер. Психиатрическая помощь часто минимальна и ожидания первоклассных услуг могут показаться непропорционально амбициозными. Однако усилия по оказанию помощи на базе научно обоснованного подхода в медицине не должны оставаться без поддержки. Они способны привести к развитию более эффективной системы охраны психического здоровья по месту жительства, что приведет к снижению финансовых затрат на лечение в условиях стационара. Охрана психического здоровья на базе научно обоснованного подхода в медицине должна рассматриваться в качестве неотъемлемой составной части процесса бюджетирования и планирования при определении приоритетов и решении вопросов, связанных с принципом справедливости при оказании медицинских услуг и доступом к медицинскому обслуживанию.

### Клинические практические рекомендации

Процесс оказания помощи на базе научно обоснованного подхода в медицине может осуществляться более эффективно при наличии клинических практических рекомендаций. Клинические практические рекомендации являются набором систематизированных рекомендаций, предназначенных для принятия наиболее оптимальных решений как специалистами, так и пациентами при выборе соответствующего режима лечения в конкретных клинических условиях (Институт медицины, 1990 г.). Их основная цель – повышение качества и адекватности помощи, руководство принятием клинических решений, помощь организациям по разработке типовой клинической тактики и тактики контроля риска, рекомендации финансирующим инстанциям по определению компенсационной политики и помощь лицам с психическими расстройствами в принятии информированного выбора лечения.

С клинической точки зрения рекомендации должны служить выполнению трех основных задач: способствовать принятию правильного клинического решения, сопровождать процесс лечения и отслеживать отклонения от инструкций. В первом случае наличие руководства клинической практики облегчает процесс выбора наиболее эффективного режима лечения, что важно как для клиницистов, так и для лиц, страдающих психическими расстройствами, членов их семей и руководителей служб охраны психического здоровья. В процессе лечения становится возможным вести детальный стандартизированный учет клинических вмешательств. Отслеживание отклонений от рекомендаций позволяет оценить соответствие или расхождения между процессом лечения и рекомендациями.

Существуют значительные барьеры на пути применения клинических рекомендаций в психиатрии. Лишь незначительное количество клиницистов прошло подготовку по их применению. Существуют разные типы рекомендаций и не имеется полного согласия относительно того, какие из них лучше. См. список клинических рекомендаций в Приложении 2.

Профессиональные организации играют важную роль при разработке клинических рекомендаций. Например, в США Американская ассоциация психиатров совместно с федеральными агентствами разработала практическое руководство, содержащее рекомендации по лечению депрессии и других расстройств в условиях первичного медико-санитарного звена (Департамент здравоохранения и социального обеспечения США, 1993 г.). Подобные руководства обычно основываются на обзоре литературы по эффективности лечения и использования процесса консенсуса экспертов.

В других странах представляется целесообразным возложить непосредственную ответственность за разработку клинических руководств на министерства здравоохранения, особенно в тех случаях, когда профессиональные организации недостаточно сформировались. Рекомендации могут быть разработаны для лиц, чье лечение является приоритетным в рамках проводимой государством политики, а также для создания альянсов или делегирования определенных технических функций профессиональным организациям (см. модуль «Политика, планы и программы в области психического здоровья»). Участие потребителей услуг и членов их семей может также внести определенный вклад в данный процесс.

Там, где имеются в наличии необходимые ресурсы, методы оказания помощи на базе научно обоснованного подхода в медицине могут быть включены в процесс повышения качества. Например, персонал служб охраны психического здоровья может проводить сравнение результативности одного типа вмешательства с другим, а также сравнение состояния

*Практические клинические рекомендации являются набором систематизированных рекомендаций, предназначенных для принятия наиболее оптимальных решений, как специалистами, так и пациентами при выборе соответствующего режима лечения в конкретных клинических условиях.*

*Клинические рекомендации способствуют принятию правильного клинического решения, сопровождают процесс лечения и отслеживают отклонения от рекомендаций.*

*Для преодоления существующих барьеров министерства здравоохранения должны нести непосредственную ответственность за разработку клинических рекомендаций.*



пациента при проведении вмешательства и его отсутствии (см. модуль «*Научные исследования и оценка политики и системы оказания услуг в области психического здоровья*», подлежит разработке ВОЗ). Рекомендации имеют ярко выраженный потенциал для повышения качества и уровня координации при оказании услуг в области охраны психического здоровья и способствуют достижению консенсуса между практиками и финансистами относительно выбора схем, основанных на передовом опыте.

### **Слаженная работа группы**

В некоторых инновационных схемах по управлению качеством персонал служб психического здоровья должен уметь работать в команде с целью повышения эффективности и качества услуг. Оценка качества услуг в области охраны психического здоровья, оказываемых группой специалистов открывает дальнейшие возможности по их совершенствованию (Институт повышения качества медицинского обслуживания: <http://www.ihl.org/>). Повышения качества услуг можно добиваться за счет оценки проделанной работы на специальных встречах с участием всех членов группы или путем разработки программ по непрерывному профессиональному образованию по повышению качества. В дополнение к этому члены коллектива могут взаимно стимулировать улучшение качества лечебной работы путем совместной работы и коллегиального контроля.

### **Непрерывное профессиональное образование**

Значение непрерывного профессионального образования как инструмента повышения качества невозможно переоценить. Персонал, который проходит регулярную подготовку, позволяющую быть информированным о последних методах оказания психиатрической помощи на базе научно обоснованного подхода в медицине, имеет гораздо большие возможности по непрерывному повышению качества, чем другие работники (см. модуль «*Людские ресурсы и подготовка кадров в области психического здоровья*», подлежит разработке ВОЗ). Для такого персонала работа остается основным стимулом в процессе профессионального роста, и следовательно, он больше мотивирован на оказание надлежащего качества услуг. Непрерывное образование может быть связано с аттестационным процессом в качестве стимула для работников служб охраны психического здоровья по непрерывному совершенствованию своих навыков.

В Австралии инновационные программы по повышению качества использовались для непрерывного медицинского образования врачей общей практики (Королевский австралийский колледж врачей общей практики, 1993 г.). Все врачи общей практики обязаны пройти подготовку в рамках как программы непрерывного медицинского образования, так и программы по обеспечению качества для получения разрешения на занятие профессиональной деятельностью. Баллы, полученные при прохождении программы по непрерывному медицинскому образованию и программы по обеспечению качества суммируются, при этом необходимо набрать минимальное количество баллов на протяжении трех лет. Для финансового стимулирования аттестационные программы специалистов не облагаются налогом.

### **Задача 4: Повышение качества услуг на договорной основе**

Гарантии по оказанию качественной помощи должны быть указаны в условиях контракта в тех странах, где услуги в области охраны психического здоровья предоставляются на договорной или контрактной основе. Услуги на базе договорных отношений могут оказываться внутренними организациями, например стационарными отделениями в секторе общественного здравоохранения, или внешними организациями, например частными платными учреждениями.

#### **Оказание услуг на договорной основе имеет следующие преимущества:**

- > в системе рыночных отношений поставщики конкурируют между собой за заключение контракта на предоставление услуг в области охраны психического здоровья, что ведет к повышению их эффективности;
- > результаты терапии можно тщательно сравнить с условиями заключенного контракта, в этом случае упор делается на результат (включая показатели качества), а не на вводные данные.

Для минимизации риска при контрактных отношениях и оптимизации вышеуказанных преимуществ необходимо, чтобы в условиях контракта содержались гарантии предоставления качественных услуг в области охраны психического здоровья. Конкретный механизм, гарантирующий оказание качественных услуг, зависит от типа контракта, например пакетный, целевой, рабочий или контракт с фиксированной ставкой (см. модуль «*Финансирование охраны психического здоровья*», где имеется более детальная информация по оказанию помощи на основе договорных обязательств).

*Помимо постоянной подготовки, непрерывное профессиональное образование является важным инструментом повышения качества.*

## Задача 5: Аудит

Аудит является важным инструментом, позволяющим, используя информационную систему и конкретные показатели, провести оценку соответствия отдельных услуг по охране психического здоровья установленным стандартам.

Аудит отличается от процесса непрерывного повышения качества следующими параметрами:

- > аудит обычно проводится для оценки конкретного аспекта работы службы, обычно когда с ним связана определенная озабоченность или интерес;
- > в основном аудит проводится выборочно, а не планоно;
- > при проведении аудита обычно привлекаются независимые консультанты и эксперты;
- > при проведении аудита может использоваться несколько методик.

Аудит является важным дополнением к процессу повышения качества в целом, так как он позволяет выявлять области, нуждающиеся в улучшении, и предлагает потенциальные решения проблем. Это может послужить примером для повышения качества в других областях.

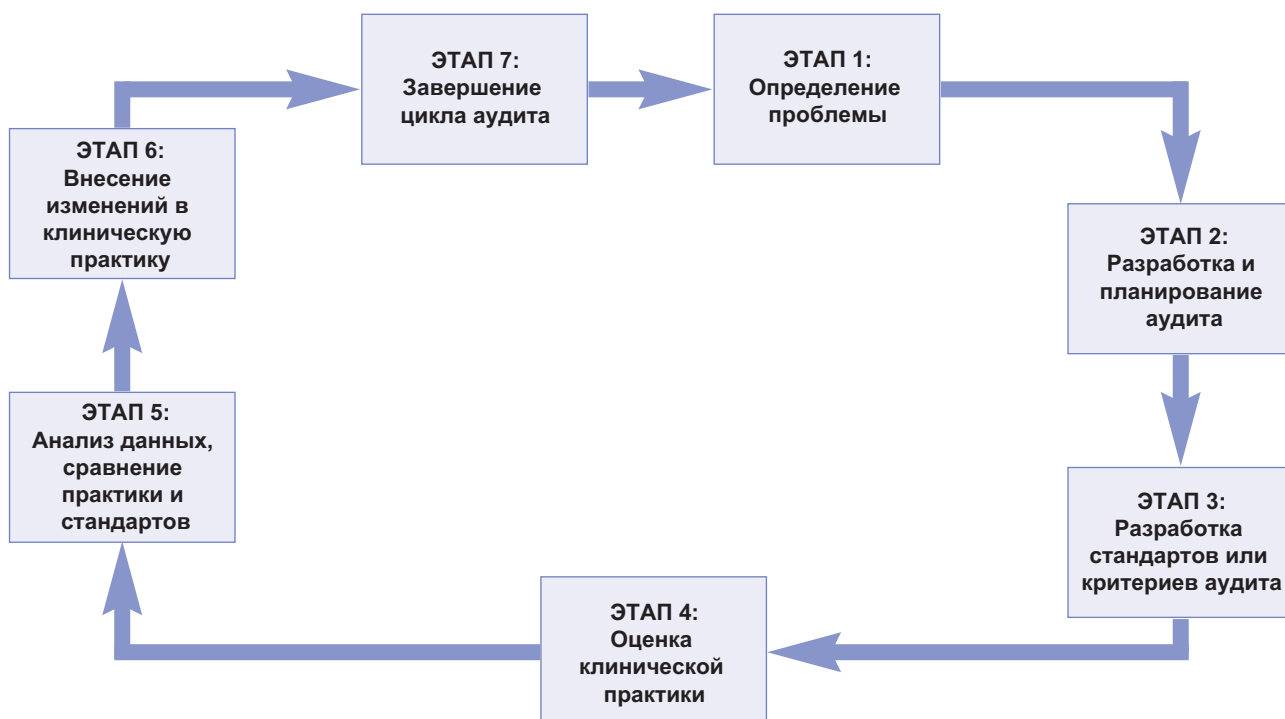
В ситуациях, когда существуют нестандартные требования к службам охраны психического здоровья, аудит может представлять определенную угрозу для персонала или рассматриваться им в качестве средства наказания (Louw, 2000). Однако замечено, что в основном персонал служб охраны психического здоровья заинтересован в улучшении своей работы и достижении более эффективного конечного результата. Планирование аудита и оценки в подобном ключе, а также его проведение в сотрудничестве с заинтересованным персоналом способствует вовлечению персонала служб психического здоровья в процесс повышения качества работы и его участию в будущих аудиторских мероприятиях.

В настоящее время существуют несколько методик проведения аудита (Mark & Garet, 1997; Yeaman et al., 2000). Метод, описанный ниже, представляет цикл, состоящий из семи этапов (Рисунок 4).

*Существует ряд особенностей, отличающих аудит от процесса непрерывного повышения качества.*

*Необходимо проявлять осторожность при вовлечении персонала служб охраны психического здоровья в процесс планирования и проведения аудита.*

Рисунок 4. Этапы цикла аудита



**Рамка 12.** Пример: Аудиторская проверка обеспечения лекарственными препаратами для лечения психических и поведенческих расстройств в учреждениях первичного медико-санитарного звена

---

### **Этап 1: Определение проблемы**

---

Поставки лекарственных препаратов для лечения психических и поведенческих расстройств в учреждениях первичного медико-санитарного звена.

### **Этап 2: Разработка и планирование аудита**

---

1. Определение медицинских учреждений, в которых будет проходить аудит, например пять районных больниц.
2. Определение временных параметров аудита, например аудит клинической практики в течение одного месяца.
3. Проведение консультации с медицинскими работниками на предмет выявления их готовности участвовать в проведении аудита. Во время консультации попытайтесь получить информацию о том, в каких областях поставок медикаментов необходимо провести расследование. Это способствует достижению двойной цели: повышение вероятности участия медицинских работников в процессе аудита и возможность аудиторам получить непосредственную информацию о сложившейся ситуации.
4. Разработка анонимной анкеты, предназначенной для работников первичного медико-санитарного звена, в обязанности которых входит назначение препаратов лицам, страдающим психическими расстройствами.
5. В анкету могут быть включены следующие вопросы.
  - Сколько консультаций вы провели с людьми, страдающими психическими расстройствами, за последний месяц?
  - Сколько раз в течение данного периода у вас не было препаратов для лечения психических и поведенческих расстройств, необходимых для назначения данным больным?
  - Какие препараты имелись в наличии?
  - Какие препараты отсутствовали?
  - Что вы делали в случае отсутствия препаратов?
  - С точки зрения вашего клинического опыта были ли найдены приемлемые решения?
6. Определите сколько работников первичного медико-санитарного звена должны пройти анкетирование, например провести анкетирование среди всех работников в пяти выбранных для аудита медицинских учреждениях или остановиться на выборочном анкетировании (по случайной схеме).
7. Определите, кто будет нести ответственность за раздачу и сбор анкет и анализ полученных данных.

### **Этап 3: Разработка стандартов или критериев аудита**

---

Для разработки стандарта по обеспечению лекарственными препаратами для лечения психических и поведенческих расстройств можно использовать контрольные перечни ВОЗ по обеспечению качества (Всемирная организация здравоохранения, 1994 г.). В контрольных перечнях указывается необходимое количество основных антипсихотических средств, которые должны быть в наличии в учреждениях первичной медицинской помощи. Спецификации данных лекарственных средств можно найти в государственном или местном перечне основных препаратов или Перечне основных лекарственных средств ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения, 1993а).

### **Этап 4: Оценка клинической практики**

---

1. Раздайте и соберите анкеты.
2. Проведите оценку анкетирования.

### Этап 5: Анализ данных, сравнение практики и стандартов

1. Сравните количество дней, когда препараты не имелись в наличии с соответствующим стандартом (например, количеством дней, когда препараты должны быть в наличии).
2. Используйте любые другие данные анкетирования, способные улучшить процесс обеспечения лекарственными средствами.

### Этап 6: Внесение изменений в клиническую практику

1. Направьте результаты аудита в управление или службы здравоохранения, отвечающие за обеспечение лекарственными препаратами.
2. Обсудите стратегии по улучшению качества обеспечения лекарственными препаратами с представителями соответствующих служб здравоохранения или представителями управления.

### Этап 7: Завершение цикла аудита

Проведите повторную аудиторскую проверку через шесть месяцев после разработки плана и проведения первого аудита для выявления улучшений в системе обеспечения лекарственными препаратами.

Некоторые аспекты, которые необходимо учитывать при проведении аудиторской проверки:

- > показатель повторной госпитализации лиц с диагнозом шизофрения после выписки из психиатрического стационара для лечения острых расстройств;
- > схема направления больных из первичного звена медико-санитарной помощи на вторичный уровень;
- > серьезные происшествия в отделениях умеренного режима.

### Демократический подход в сравнении с авторитарным

При улучшении системы управления качеством существует опасность того, что профессионалы могут почувствовать постоянный контроль, критику и недооценку своей работы. В стрессовой обстановке оказания услуг в области охраны психического здоровья это может привести к снижению мотивации и отсутствию желания работать. Следовательно, там, где это возможно, необходимо использовать демократический подход к повышению качества охраны психического здоровья.

Для этого необходимо проводить консультации с работниками сектора охраны психического здоровья, лицами, осуществляющими уход, и людьми, страдающими психическими расстройствами, на переднем крае лечения с целью выявления их предложений по повышению качества услуг. В ходе подобных консультаций можно также привести логическое обоснование и объяснить контекст, в котором проходит процесс повышения качества охраны психического здоровья, и продемонстрировать определенные преимущества улучшения качества услуг. Поддержка работников служб охраны психического здоровья является важным фактором достижения успеха.

Более активное вовлечение работников служб психического здоровья в процесс повышения качества способно привести к следующим положительным результатам.

- > У персонала служб охраны психического здоровья будет лучшее понимание реальных условий предоставления услуг и, следовательно, более реалистичное решение проблем, связанных с плохим качеством лечения.
- > Работники служб охраны психического здоровья, внесшие вклад в процесс повышения качества с большей степенью вероятности будут соблюдать разработанные стандарты или критерии.

*Проведение консультаций с работниками служб охраны психического здоровья в процессе повышения качества способно привести к более положительным результатам, чем навязывание мер по улучшению качества работы сверху.*

- > Мотивация работников служб охраны психического здоровья может значительно повыситься в том случае, если аудит проводится по жалобе работника службы, имеющего прямой контакт с получателем услуг, особенно если расследование жалобы проводится вследствие аудита. Это способствует созданию ситуации, когда происходит выявление ошибок без обвинения медицинского персонала: работники служб охраны психического здоровья вознаграждаются, а не наказываются за выявление проблем; проблемы не игнорируются, и никого не обвиняют в их возникновении (Hart, 1995).
- > Работники служб охраны психического здоровья, получающие вознаграждение за повышение качества услуг, с большей вероятностью будут совершенствовать методологию охраны психического здоровья в будущем.

Это означает, что повышение качества должно быть связано с повышением роли управления кадровыми ресурсами на всех уровнях системы охраны психического здоровья. Персонал служб охраны психического здоровья, испытывающий удовлетворение от своей работы, будет стараться удовлетворить запросы лиц, страдающих психическими расстройствами. Для этого необходимо создать соответствующую систему набора персонала, подготовки, управления, руководства и непрерывного профессионального обучения (см. модуль «*Людские ресурсы и подготовка кадров в области психического здоровья*», подлежит разработке ВОЗ).

Для внедрения методологии управления качеством, как и для любой другой формы изменения внутренней организации, вероятнее всего, потребуется какое-то время, а ее внедрение может встретить сопротивление со стороны руководителей и персонала служб охраны психического здоровья. Постоянные консультации со всеми заинтересованными сторонами и внедрение процесса повышения качества как способствующего обучению, а не для оценки работы персонала способны привести к долгосрочному улучшению качества услуг в области охраны психического здоровья (Hermann et al., 2000).

#### **Основные положения: Этап 5. Внедрение механизмов повышения качества в действующую систему управления и оказания услуг**

Кроме применения стандартов и аттестационной процедуры для мониторинга услуг в области охраны психического здоровья, необходимо улучшать качество работы служб. Непрерывное повышение качества является процессом постоянного стремления к оптимальному результату. Этого можно достичь благодаря:

- проведению ежегодной оценки качества услуг;
- включению механизмов контроля качества в цели планирования услуг;
- включению мер по повышению качества в клиническую практику на базе научно обоснованного подхода в медицине, в директивы клинической практики, бригадной врачебной работы и непрерывного повышения квалификации;
- повышению качества при аттестации новых услуг в области охраны психического здоровья;
- проведению аудита.

## **Этап 6. Системное реформирование служб охраны психического здоровья с целью повышения качества их работы**

В дополнение к процессу управления и непрерывному повышению качества услуг (Этап 5), оценка работы служб охраны психического здоровья может выявить необходимость проведения системного реформирования или улучшения их работы. Для этого может потребоваться совместное планирование и координация действий различных секторов.

Конкретные меры, которые необходимо предпринять для системного реформирования, варьируются в значительной степени в зависимости от страны и выходят за рамки данного модуля. В широком смысле реформирование сектора охраны психического здоровья должно проходить в виде консультаций на местах с участием всех заинтересованных сторон. Более подробная информация по данному вопросу содержится в модулях «Контекст психического здоровья», «Законодательство в области психического здоровья и права человека», «Политика, планы и программы в области психического здоровья» и «Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья».

Примерами реформирования служб или системного совершенствования являются:

- > меры по достижению более эффективной работы служб охраны психического здоровья, такие как сокращение объема услуг в стационарных условиях и создание системы оказания психиатрической помощи по месту жительства;
- > улучшение ситуации с защитой прав пациентов с психическими расстройствами в стационарных психиатрических учреждениях.

В случае проведения полномасштабных реформ, таких как переход от стационарного лечения к амбулаторной помощи по месту жительства, системный подход способен принести наиболее ощутимую пользу (Thornicroft & Tansella, 1999). Для этого изменения в организационной системе необходимо провести до начала институциональной реформы. Психиатрические клиники необходимо интегрировать в процесс реформирования и создания служб охраны психического здоровья по месту жительства (Lesage, 1999). Реформы прошлых лет мало внимания уделяли проблемам персонала стационарных служб психического здоровья и проблемам лиц с психическими расстройствами: работники служб охраны психического здоровья часто не имели возможности для полной реализации своего потенциала, на местном уровне существовали проблемы стигматизации лиц с психическими расстройствами, отсутствовала система подготовки специалистов и обмена информацией. Потребность вовлечения персонала психиатрических клиник в процесс реформирования больше соответствует системному подходу и отличается от сегментарного подхода к планированию. Преимущества данного подхода заключаются в следующем:

- > Он позволяет осуществлять планирование потребностей населения в целом, а не только потребности пациентов с психическими расстройствами, находящихся на стационарном лечении.
- > Более глубокое реформирование позволяет осуществить реальные изменения, способствующие снижению зависимости людей, страдающих психическими расстройствами, от служб психического здоровья.
- > При применении системного подхода ресурсы более целенаправленно выделяются для лиц, страдающих психическими расстройствами, помощь которым оказывается не в стационарных условиях, а по месту жительства.

Подобные модели научной организации являются полезными для разработки концепций по непрерывному повышению эффективности работы служб охраны психического здоровья (Birgleson, 1998). Данная модель применима для служб здравоохранения, в которых работают хорошие специалисты, перед которыми ставится задача сделать медицинские услуги ближе к потребителю и повысить результативность оказываемой помощи. В Рамке 13 приводятся некоторые примеры реформирования сектора охраны психического здоровья в отдельных странах.

*В зависимости от результатов, достигнутых на предыдущих этапах, может возникнуть необходимость проведения системного реформирования отдельных аспектов системы охраны психического здоровья.*

*В случае проведения полномасштабных реформ, таких как переход от лечения в стационарах на оказание амбулаторной помощи по месту жительства, системный подход может принести наиболее ощутимую пользу.*

*Подобные модели научной организации являются полезными для разработки концепций по непрерывному повышению эффективности работы служб охраны психического здоровья.*



**Рамка 13.** Примеры реформирования служб охраны психического здоровья в отдельных странах

В Эстонии реформирование службы охраны психического здоровья вызвало изменения во многих областях. В 1989 г. была создана Эстонская ассоциация психиатров, в 1993 г. в Тарту открыт Центр охраны психического здоровья, в 1994 г. начало работу Агентство по психосоциальной реабилитации Эстонии и Агентство по защите прав психически больных, а в 1996 г. принят Акт об охране психического здоровья. Основная цель реформы заключалась в применении международного опыта и оказании помощи специалистам по планированию. В 1998 г. рабочая группа, состоящая из представителей различных профессий, агентств и институтов, разработала основные концепции программы по охране психического здоровья, которые были приняты Министерством социального обеспечения. Основная цель программы состоит в улучшении качества жизни людей, нуждающихся в услугах охраны психического здоровья. Были разработаны планы по повышению качества работы социальных и реабилитационных служб, созданию и оптимизации работы сети поставщиков услуг и повышению доступности государственных служб охраны психического здоровья для целевого контингента. В рамках продолжающихся реформ планируется постепенная реинтеграция в общество около 3000 человек с длительными психическими нарушениями, в настоящее время пребывающих в институтах социального обеспечения. Каждый год планируется реинтегрировать 10% пациентов. В рамках государственного бюджета выделены необходимые средства на данные цели (Paavel & Sarjas, 1998).

В Румынии специалисты в области охраны психического здоровья и представители общественности, столкнувшись с пассивностью со стороны государства, в 1990 г. основали Румынскую лигу по охране психического здоровья. Данная организация принимала участие во всех мероприятиях по реформированию системы охраны психического здоровья. В 1998 г. была сформулирована Национальная программа по охране психического здоровья. В 1999 г. большинство психиатров-реформаторов были избраны в Национальный исполнительный комитет Румынской ассоциации психиатров. В 2000 г. эксперты ВОЗ провели в Румынии аудиторскую проверку служб охраны психического здоровья. В 2001 г. был принят новый закон об охране психического здоровья, соответствующий европейским нормам и стандартам. Поддержка ВОЗ была крайне необходима в течение всего длительного периода проведения нормативной и законодательной реформы (B. Tudorache, личная переписка, 2002 г.).

**Основные положения: Этап 6. Системное реформирование служб охраны психического здоровья с целью повышения качества их работы**

- Оценка качества работы служб охраны психического здоровья может выявить необходимость проведения системной реформы или улучшения их работы. Для этого может потребоваться проведение совместного планирования и координация действий различных секторов.
- В случае проведения полномасштабных реформ, таких как переход от стационарного лечения к амбулаторной помощи по месту жительства, системный подход способен принести наиболее ощутимую пользу.

## Этап 7. Оценка механизмов повышения качества

---

Когда механизмы качества уже разработаны и используются на практике, их надо контролировать реже, чем сами службы, которые контролируются ежегодно. Анализ механизмов качества можно проводить в то же самое время, что и анализ соответствия предоставляемых услуг поставленным целям и задачам на местах, например каждые 5–8 лет (см. модуль «Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья»).

Оценка механизмов качества необходима для внедрения более эффективных методов его повышения. С этой целью руководители служб психического здоровья или контролеры по вопросам качества должны быть хорошо информированы о современных аспектах гарантии качества, вопросах улучшения качества и управления качеством.

За проведение оценки качества могут нести ответственность следующие службы и лица:

- > рабочая группа, ответственная за разработку стандартов;
- > комитеты или комиссии, ответственные за аттестацию служб или учреждений;
- > лица или органы, ответственные за мониторинг качества услуг, включая независимые организации;
- > руководители и персонал служб психического здоровья, занимающиеся вопросами непрерывного повышения качества или управлением качеством.

Там, где это возможно, необходимо установить каналы связи с информационными системами с целью наиболее полного использования имеющейся информации при проведении оценки качества и подтверждения сбора данных, позволяющих гарантировать удовлетворительное качество услуг (см. модуль «Информационные системы по психическому здоровью», подлежит разработке ВОЗ).

Необходимо организовать обучение без отрыва от производства для руководителей и работников служб охраны психического здоровья, с тем чтобы они могли на самых ранних этапах проявлять инициативу по повышению качества услуг на основе полученных знаний. Процесс повышения качества не может проходить без непосредственного желания медицинского работника способствовать повышению эффективности и результативности оказываемых услуг.

*Необходимо проводить оценку механизмов качества для внедрения более эффективных методов его повышения, основанных на научно обоснованном подходе в медицине.*



### 3. Препятствия и пути их преодоления

Существуют различные препятствия на пути повышения качества охраны психического здоровья. Несмотря на это, решения могут быть найдены для большинства существующих проблем (Таблица 3).

Таблица 3. Повышение качества: препятствия и пути их преодоления

Препятствия	Пути их преодоления
Отсутствие информационных систем для мониторинга качества	<ul style="list-style-type: none"><li>– Осуществление сбора имеющейся информации</li><li>– Проведение исследования, аудиторской проверки и заседания фокус-групп по конкретным вопросам</li><li>– Разработка информационной системы в рамках бюджетных ограничений с целью получения наиболее важных данных, сбор которых легко осуществим</li></ul>
Недостаточное распространение или применение новых клинических данных	<ul style="list-style-type: none"><li>– Сбор и распространение клинических данных на базе научно обоснованного подхода в медицине</li><li>– Оказание поддержки внедрению новшеств на основе клинических знаний</li><li>– Реформирование программ по подготовке и непрерывному профессиональному образованию в соответствии с клинической практикой</li><li>– Разработка клинических рекомендаций</li></ul>
Отсутствие ориентации приоритетов планирования и финансовых механизмов на повышение качества	<ul style="list-style-type: none"><li>– Проведение политики лоббирования по реформированию механизмов планирования и финансирования</li><li>– Мобилизация организаций, пропагандирующих ценности психического здоровья, на поддержку реформ</li><li>– Определение областей, где приоритеты планирования и финансовые механизмы совпадают с задачами повышения качества</li><li>– Разработка инициатив по управлению качеством для демонстрации преимуществ повышения качества охраны психического здоровья</li></ul>
Неадекватное обеспечение и подготовка специалистов	<ul style="list-style-type: none"><li>– Проведение систематической оценки потребностей в кадровых ресурсах и их подготовки</li><li>– Обеспечение непрерывного профессионального роста персонала служб охраны психического здоровья</li><li>– Реформирование программы подготовки, учебных институтов и разработка критериев для обучения</li><li>– Создание системы поощрений, компенсаций и поддержки персонала</li></ul>

## 4. Рекомендации и выводы

Данный модуль является практическим руководством по (1) ориентации политики в области охраны психического здоровья на повышение качества и (2) разработке на этой основе соответствующих механизмов. К данным механизмам относятся стандарты, аттестационные процедуры, мониторинг услуг, непрерывное повышение качества, системная реформа служб охраны психического здоровья и оценка механизмов качества.

Странам необходимо адаптировать данное руководство в соответствии со своими внутренними условиями и потребностями. Конкретные рекомендации относятся к уровню повышения качества охраны психического здоровья в отдельных странах.

- > В странах с практически отсутствующим механизмом или политикой по повышению качества первый этап должен состоять в изменении существующей политики в области охраны психического здоровья, с тем чтобы она способствовала повышению качества услуг в области охраны психического здоровья и не являлась помехой для достижения данной цели (Этап 1). После формирования данной политики необходимо разработать набор стандартов для оценки оказываемых услуг (Этап 2).
- > В странах, политика которых уже нацелена на повышение качества и в которых имеются соответствующие стандарты, следующий этап должен заключаться в разработке аттестационных процедур для служб охраны психического здоровья (Этап 3). Данные стандарты и аттестационные процедуры могут впоследствии использоваться для мониторинга и оценки качества услуг (Этап 4).
- > В странах с существующей политикой, стандартами, аттестационными процедурами и мониторингом качества охраны психического здоровья можно улучшать, применяя методы непрерывного повышения качества (Этап 5).

В результате повышения качества охраны психического здоровья может возникнуть ситуация, когда исход лечения в большинстве случаев удовлетворяет потребности и запросы целевого контингента. Конечная цель повышения качества охраны психического здоровья заключается в улучшении ситуации с соблюдением прав лиц, страдающих психическими расстройствами, гарантированном предоставлении оптимального лечения на базе научно обоснованного подхода в медицине, повышении способности к реинтеграции в общество лиц с психическими нарушениями и улучшении качества жизни.

*Странам необходимо адаптировать данное руководство в соответствии со своими внутренними условиями и потребностями.*

## Приложение 1. Глоссарий терминов

---

**Показатели** / Переменные, отражающие или резюмирующие конкретную ситуацию, которые могут быть использованы для измерения параметров изменений (Green, 1999; Thornicroft & Tansella, 1999).

**Вводные данные** / Ресурсы, вложенные в систему охраны психического здоровья. Термины «вводные данные» и «ресурсы» в данном документе являются взаимозаменяемыми.

**Интегрированная общая лечебная сеть** / Общая лечебная сеть, в которой охрана психического здоровья является одним из компонентов в широком спектре других лечебных услуг. В подобном случае система охраны психического здоровья интегрирована в инфраструктуру общей лечебной сети.

**Исход/результат лечения** / Изменения показателей психической деятельности, смертности и заболеваемости у лиц с психическими расстройствами, являющиеся результатом врачебного вмешательства, включая, если возможно, оценку уровня удовлетворения от лечения.

**Индикатор исполнения** / Показатель, позволяющий определить некоторые параметры эффективности оказания услуг. Например, процент людей, выписанных из стационарных учреждений, которым оказывается амбулаторная помощь в течение семи дней – показатель деятельности, отражающий непрерывность оказания помощи (важный аспект качества).

**Процесс** / Способ оказания услуг в области охраны психического здоровья или действия по оказанию психиатрической помощи (Thornicroft & Tansella, 1999).

**Качество** / Степень, с которой услуги по охране психического здоровья для отдельных лиц и населения в целом повышают вероятность достижения желаемого исхода лечения, оказание которых происходит на основе современной профессиональной базы знаний (Институт медицины, 2001 г.).

**Обеспечение качества** / Действия, направленные на обеспечение качества услуг в области охраны психического здоровья в конкретном учреждении или в рамках конкретной программы.

**Оценка качества** / Оценка метода или текущей практики или ее сравнение с утвержденным стандартом для определения уровня или степени совершенства.

**Улучшение качества** / Непрерывный процесс повышения эффективности работы, включая идентификацию проблемы, принятие решений и мониторинг результатов на постоянной основе.

**Управление качеством** / Постоянные и непрекращающиеся усилия, направленные на проведение оценки и повышение качества услуг с целью непрерывного совершенствования всей организации оказания помощи.

**Ресурсы** / Составные элементы поддержания работы служб охраны психического здоровья: коечный фонд, помещения и оборудование, персонал (кадровые ресурсы), медикаменты и транспортные средства.

**Стандарты** / Нормативные документы, регламентирующие с точки зрения качества, что является приемлемым и адекватным при оказании услуг в области охраны психического здоровья (Lund et al., 1998).

**Приложение 2. Клинические рекомендации, предлагаемые в качестве справочного материала для стран, создающих систему охраны психического здоровья**

---

- *Основные методы лечения в психиатрии* (Всемирная организация здравоохранения, 1993b).
- База данных систематических обзоров Cochrane (1996 г.). (<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/mainindex.htm>).
- Шотландское межуниверситетское руководство по информационной сети (SIGN) (Шотландский офис, 1999 г.).
- Обзор фармакотерапии, медицинской практики и разработок клинических руководств по шизофрении (Buckley et al., 1999).
- Руководство Американской ассоциации психологов (<http://www.psychcentral.com/txmanul.htm>).
- Центр психического здоровья на базе научно обоснованного подхода в медицине (<http://www.cebmh.com/>).
- Канадская ассоциация психиатров (<http://www.cpa-apc.org>).
- Практическое клиническое руководство, разработанное при поддержке Агентства США по политике и исследованию в области охраны здоровья (ныне Агентство по исследованию и качеству здоровья) (<http://www.ahcpr.gov/clinic/cpgsix.htm>).

### Приложение 3. Пример: Аттестация терапевтических общин в Чили

---

Перевод с испанского

*Приказ об утверждении положений,  
регулирующих деятельность учреждений,  
оказывающих реабилитационные услуги  
в терапевтических общинах лицам,  
испытывающим зависимость от  
психоактивных средств*

№. 2298

Сантьяго, 10 октября 1995 г.

**На основании** Статей 129 и 130 Закона о здравоохранении приказ Министерства здравоохранения №. 725 от 1968 г. вступает в силу и;

**Исходя из полномочий**, предоставленных мне Статьей 32.8 Конституции, приказываю:

#### ПРИКАЗ

принять нижеследующий приказ об учреждениях, оказывающих реабилитационные услуги в терапевтических общинах лицам, испытывающим зависимость от психоактивных средств.

#### Параграф I

---

##### СФЕРА ПРИМЕНЕНИЯ

**Статья 1:** Согласно данной статье терапевтическая община является институтом, оказывающим реабилитационные услуги лицам, зависящим от психоактивных средств на основе длительного стационарного или амбулаторного режима лечения.

Основа данного метода лечения заключается в оказании родственниками, лицами с зависимостью в прошлом и специалистами разнообразной помощи людям, страдающим зависимостью от психоактивных средств, по их реабилитации и реинтеграции в общество, включая проведение индивидуальной реабилитации, психосоциальных мероприятий и работу в группах самопомощи.

**Статья 2:** В терапевтические общины принимаются лица, употребляющие и/или зависящие от психоактивных средств, принявшие добровольное решение участвовать в программе по реабилитации.

Процесс реабилитации должен соответствовать следующим требованиям.

- > Необходимо вести учет хода лечения и прогресса в лечении лиц, злоупотребляющих психоактивными средствами и зависящих от наркотиков.
- > Программа по реабилитации должна быть достаточно гибкой для адаптации к условиям, в которых происходит злоупотребление психоактивными средствами и/или вырабатывается зависимость у лиц, желающих получить помощь в рамках программы и принимать во внимание:
  - a) тип психоактивного средства;
  - b) природу и тяжесть психического и физического расстройства;
  - c) возможность постоянной оценки программы по реабилитации персоналом программы и лицами, зависящими от психоактивных средств;

- d) существование специфичных норм лечения в зависимости от потребностей пациентов;
- e) наличие эффективной системы направления к специалистам или в службы неотложной медицинской помощи.

## Параграф II

---

### ПОМЕЩЕНИЯ И МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

**Статья 3:** Помещения, предназначенные для проведения программы по реабилитации, должны соответствовать требованиям гигиены и безопасности для всех лиц, участвующих в программе и персонала, ответственного за оказание реабилитационной помощи.

В зависимости от стационарного или амбулаторного лечения помещения и материальное обеспечение может включать:

- туалетные и ваннные комнаты;
- комнаты для отдыха;
- места для хранения отходов и мусора;
- места для групповой терапии;
- жилые помещения;
- помещения для приема пациентов;
- проходы.

Помещения терапевтических общин, где оказываются стационарные услуги по реабилитации, должны иметь спальные комнаты для пациентов, столовую и кухню, а также помещение для хранения личных вещей.

## Параграф III

---

### РАЗРЕШЕНИЕ НА СОЗДАНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ОБЩИНЫ И ОКАЗАНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

**Статья 4:** Разрешение на создание терапевтической общины, регламентируемое данным приказом, выдается руководителем местных органов здравоохранения, который в дальнейшем несет ответственность за ее инспектирование.

Разрешение выдается на трехлетний срок, в конце которого оно автоматически продлевается на аналогичный период, за исключением тех случаев, когда у руководства органов здравоохранения имеются веские причины для его аннулирования.

Для любых физических изменений помещений, смены целей и сферы деятельности терапевтических общин, а также решений по переносу материальной части в другие помещения требуется разрешения соответствующей медицинской службы.

**Статья 5:** Терапевтические общины создаются только при наличии подходящих и свободных помещений. Для получения разрешений заявители представляют заявку наряду со следующей информацией и документами:

- a) местонахождение и название учреждения;
- b) данные юридического лица;
- c) документы, подтверждающие собственность помещений или право пользования;
- d) цели, сфера деятельности и описание программы по реабилитации, являющиеся основанием для организации работы;

- e) схема расположения помещений и их функциональное назначение;
- f) копии планов расположения электропроводки, подачи газа, питьевой воды и размещения систем безопасности;
- g) информация о потенциале программы, т. е. количестве человек, страдающих от алкоголизма или психоактивных средств, которые могут одновременно проходить реабилитацию.

**Статья 6:** Заявка на получение разрешения, представленная в органы здравоохранения, рассматривается специалистами в данной области, назначаемыми руководителем службы здравоохранения из числа сотрудников отдела или департамента, которые после посещения помещений и оценки компонентов программы представляют отчет в течение 30 рабочих дней с момента выполнения всех формальностей заявителем.

На основании данного отчета руководитель службы здравоохранения принимает решение о выдаче разрешения на создание терапевтической общины или отказывает заявителю в удовлетворении заявки с объяснением причин отказа.

Если по истечении периода времени, определенного в первом параграфе данной статьи, служба здравоохранения не смогла принять решение, то терапевтическая община автоматически получает легальный статус.

В случае временной приостановки деятельности или окончательном прекращении работы терапевтической общины на добровольной основе или вследствие непредотвратимых обстоятельств необходимо проинформировать руководство соответствующих органов здравоохранения.

#### Параграф IV

##### ОРГАНИЗАЦИЯ И ТЕХНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

**Статья 7:** Каждая терапевтическая община обладает правом самостоятельной внутренней организации без каких-либо ограничений при наличии регистрационно-статистической информационной системы, которая должна включать такие компоненты, как:

- a) учет госпитализации и выписки;
- b) личные досье пациентов, содержащие своевременно обновляемую информацию о лицах, проходящих реабилитацию;
- c) досье, содержащие последующие наблюдения за пациентами, закончившими лечение или переведенными в другие учреждения;
- d) окончательный отчет по оценке состояния лиц, прошедших реабилитацию.

**Статья 8:** Техническое руководство каждым учреждением осуществляется специалистом, имеющим по крайней мере трехлетний опыт работы в области психосоциальной реабилитации, который является постоянно назначенным лицом и, в случае невозможности или неспособности выполнять свои обязанности, будет немедленно заменен на другого специалиста или эксперта, обладающего аналогичным опытом.

Технический руководитель отвечает за все технические и административные аспекты работы оздоровительного учреждения и создание необходимых условий для нормального функционирования оборудования, программ реабилитации и аппаратуры, которые необходимы для гарантированного получения пациентами надлежащего качества лечения. Он/она отвечает за соблюдение персоналом учреждения установленных норм и процедур.

Руководитель несет ответственность за:

- a) отношения с органами здравоохранения;
- b) работу программ по реабилитации;
- c) учет данных и статистической информации;



- d) надзор за соблюдением гигиенических норм персоналом и учреждением;
- e) качество приготовляемой пищи;
- f) санитарное состояние и утилизацию отходов;
- g) меры безопасности.

**Статья 9:** Любые статистические данные или клиническая информация, относящаяся к лечению пациентов в терапевтической общине, является конфиденциальной и составляет врачебную тайну.

Только технический руководитель учреждения по решению суда может предоставить или раскрыть подобную информацию для судебных органов и других государственных институтов в соответствии с требованиями закона.

Для других организаций информация может быть предоставлена по запросу заинтересованного лица или в форме общей статистики, не содержащей данных о конкретных лицах.

## Параграф V

---

### ПЕРСОНАЛ

**Статья 10:** Учреждение нанимает на работу достаточное количество квалифицированного персонала для постоянного и надлежащего выполнения программ по лечению и реабилитации.

**Статья 11:** Любой сотрудник, непосредственно работающий с людьми, проходящими реабилитацию, для более полного вклада в процесс лечения, как описано в Статье 1, и для оказания более эффективной помощи пациентам при выполнении намеченной программы по реабилитации будет считаться ассистентом по лечению наркозависимости.

Данный сотрудник должен представить документ об окончании по крайней мере второго курса медицинского института и справку о наличии трехлетнего опыта работы в подобных или аналогичных учреждениях, заверенные директором и представителями службы здравоохранения.

## Параграф VI

---

### ПРАВА ПАЦИЕНТОВ

**Статья 12:** При приеме в оздоровительное учреждение с согласия пациента ему назначается индивидуальная реабилитационная программа, в которой определяются цели, задачи и конечные сроки и которая может также включать оплачиваемую или иную работу, даже если на это нет предварительного одобрения пациента, при условии что он или она способны ее выполнить.

Любая программа подобного типа не должна служить помехой к продолжению необходимого консервативного лечения, проводимого вне зависимости от того, имеет ли оно отношение к наркозависимости или нет, а также вне зависимости от оказания помощи внутри терапевтической общины или за его пределами.

Пациенты и их родственники имеют право на получение информации о характере и содержании реабилитационной программы, ее возможных рисках и преимуществах, а также о причинах оказания непрерывной помощи, если это необходимо.

**Статья 13:** Пациенты, проходящие лечение имеют право на уединение. В соответствии с данным положением аудио- и видеозаписи и фотографические снимки не могут быть сделаны без согласия пациентов; в случае съемки материала с добровольным участием пациентов использование отснятых видео- и аудиоматериалов в учебных, исследовательских, рекламных и других целях допускается только с их предварительного согласия.

Любая переписка и личные вещи пациентов, проходящих лечение, являются их собственностью.

**Статья 14:** Все пациенты стационара имеют право на проведение досуга и пользование имеющимися удобствами.

Они также имеют право доступа в помещения, где гарантируется их право на уединение, в зависимости от обстоятельств и ресурсов программы.

**Статья 15:** Право пациентов свободно принимать решение относительно продолжения или прекращения участия в программе по реабилитации должно неукоснительно соблюдаться.

Лица не должны удерживаться в стационарных учреждениях против своей воли за исключением соответствующих решений суда или при наличии письменного врачебного заключения, когда содержание в стационаре не может по длительности превышать 24 часа.

**Статья 16:** Лица, проходящие лечение, имеют право выражать свое несогласие с положениями программы по реабилитации или ее методами и направлять свои жалобы руководству учреждения или, в случае необходимости, в суды первой инстанции.

Для этого необходимо принять официальную письменную процедуру подачи жалоб, доступную для пациентов и членов их семей.

ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ, ЭКСПЕРТИЗЫ, ПУБЛИКАЦИИ В ОФИЦИАЛЬНОМ ЖУРНАЛЕ  
И ВКЛЮЧЕНИЯ В СВОД НОРМАТИВНЫХ АКТОВ УПРАВЛЕНИЯ ГЕНЕРАЛЬНОГО  
КОНТРОЛЕРА РЕСПУБЛИКИ

(подпись)  
ЭДУАРДО ФРЕЙ РУИЗ-ТАГЛЬ  
Президент Республики

(подпись)  
КАРЛОС МАССАД А.  
Министр здравоохранения

*Поправки к приказу  
Министерства здравоохранения  
№. 2298 от 1995 г.  
об утверждении положений,  
регулирующих деятельность учреждений,  
оказывающих реабилитационные услуги  
в терапевтических общинах лицам,  
испытывающим зависимость от  
психоактивных средств*

№. 225

Сантьяго, 27 апреля 1998 г.

**На основании** Статей 129, 130 и 112 параграфа 2 Закона о здравоохранении приказ Министерства здравоохранения №. 725 от 1968 г. вступает в силу и;

**Исходя из полномочий**, предоставленных мне Статьей 32.8 Конституции, приказываю:

#### ПРИКАЗ

принять нижеследующие поправки к приказу Министерства здравоохранения №. 2298 от 1995 г., опубликованные в Официальном журнале 5 февраля 1996 года.

1. Название приказа изменить на:

Положения об учреждениях, оказывающих реабилитационную помощь в терапевтических общинах лицам, зависящим от психоактивных средств, и о регулировании профессиональной деятельности специалистов по реабилитации лиц, страдающих от наркотической зависимости.

2. Нижеприведенный параграф 3 внести в текст Статьи 4, параграф 3 в предыдущей редакции становится параграфом 4:

За три месяца до истечения каждого трехлетнего периода руководители органов здравоохранения проводят инспекцию реабилитационного учреждения с целью проверки соответствия требованиям, установленным для данных учреждений, выявляют имеющиеся недостатки в работе учреждения и устанавливают разумные сроки для их устранения.

3. В Статье 5, подпункт f) после слова «планов» добавить по тексту «или схем».
4. В Статье 7, подпункт d) перед точкой добавить по тексту «на момент их выписки из стационара».
5. В Статью 8 внести следующие изменения:

- a) Первый параграф заменить на:

**Статья 8:** Техническое руководство учреждением по реабилитации осуществляется специалистом в области здравоохранения или специалистом по психосоциальной реабилитации лиц, страдающих от наркотической зависимости; данный специалист, обязанный иметь минимальный трехлетний опыт работы по реабилитации наркозависимых лиц, назначается на данную должность на постоянной основе и подлежит немедленной замене на аналогичного специалиста или эксперта в случае невозможности или неспособности выполнять свои обязанности. Соответствующие органы здравоохранения должны быть уведомлены обо всех изменениях в техническом руководстве в течение 30 дней.

- b) В подпункте d) третьего абзаца вычеркнуть «надзор за».

6. В Статье 10 точку заменить на запятую и добавить по тексту:

«включая, по крайней мере, одного специалиста по реабилитации лиц, страдающих от наркотической зависимости».

7. Статья 11 в первоначальной редакции заменяется на следующую статью, Статьи 12 и 13 (ниже) следуют за Статьей 11:

**Статья 11:** Специалист по реабилитации лиц, страдающих от наркотической зависимости, здесь и далее именуемый специалистом по реабилитации, является лицом, непосредственно участвующем в процессе реабилитации людей, зависящих от психоактивных средств, задача которого состоит в проведении необходимого лечения на постоянном и качественном уровне посредством терапии в условиях терапевтической общины и оказании помощи пациентам по выполнению запланированных мероприятий терапевтического характера в рамках программы по реабилитации.

**Статья 12:** Специалист по реабилитации, практикующий в государственных и частных учреждениях, может выполнять следующие функции и должностные обязанности:

- a) Ознакомление пациентов с методами реабилитации, индивидуальные собеседования и руководство группами в рамках подготовки и проведения реабилитационного процесса для лиц, страдающих от наркотической зависимости или серьезных проблем, вызванных употреблением наркотиков под контролем технического руководителя терапевтической общины;
- b) Оказание помощи лицам, страдающим от наркотической зависимости или серьезных проблем, вызванных употреблением наркотиков, в рамках мероприятий индивидуальной программы по реабилитации и в соответствии с указанием:
- психиатра, имеющего определенную специализацию; или
  - медицинского специалиста, практикующего в оздоровительном учреждении или члена многопрофильной медицинской бригады, занимающейся лечением людей, страдающих от наркотической зависимости; или
  - члена лечебной бригады терапевтической общины, включая технического руководителя.

Перед началом программы по реабилитации на стадии оценки и подготовки должна быть проведена медицинская консультация для оценки состояния здоровья пациента.

Если пациент страдает от других соматических заболеваний и психических расстройств решение о методах и необходимости лечения данных расстройств принимается пациентом или его родственниками во время проведения консультации, на которой присутствует лечащий врач или любой другой медицинский специалист.

- c) Информирование лица, страдающего наркозависимостью, или членов его семьи о характере и методах лечения в рамках программы по реабилитации и о вероятных рисках и преимуществах, а также о причинах прерывания процесса лечения в случае их возникновения.
- d) Получение согласия лица, страдающего наркозависимостью, на проведение аудио- или видеозаписи или фотографической съемки различных стадий процесса лечения, а также разрешения на использование записанного материала для учебных, исследовательских, рекламных и других целей.
- e) Организация санитарно-просветительских мероприятий для здоровых людей и лиц, склонных к употреблению наркотиков, особенно для родственников и членов семей пациентов, проходящих реабилитацию, с целью профилактики наркозависимости и пропаганды ценностей психического здоровья.

**Статья 13:** Для того чтобы стать практикующим специалистом по реабилитации, необходимо получить квалификацию специалиста по реабилитации, которая присуждается высшим учебным заведением, прошедшим государственную аттестацию.

Лица, не имеющие подобной квалификации, могут выполнять вышеуказанные функции и обязанности только в случае получения прямого разрешения от соответствующих органов здравоохранения.

Для этого заявитель подает в Отдел медицинской и парамедицинской службы следующие документы:

- a) сертификат об окончании четырехлетнего курса обучения;
- b) характеристику с места работы, заверенную представителем медицинской службы по реабилитации лиц с наркотической зависимостью, подтверждающую его/ее профпригодность.

Минимальные навыки, которыми должен обладать специалист по реабилитации включают базовые знания следующих предметов: характерные особенности и воздействие на организм человека наиболее широко распространенных психоактивных веществ, употребляемых населением; последствия абстиненции и передозировки для лиц с наркотической зависимостью; физические и психические расстройства, наиболее часто вызываемые употреблением и зависимостью от данных веществ и наиболее частые и явные проявления зависимости, которые могут быть выявлены неспециалистом; факторы, связанные с психологическим развитием или ассоциируемые с бытовыми условиями в семье, школе и в социальной и культурной среде, которые наиболее часто приводят к потреблению наркотиков и возникновению наркотической зависимости у чилийского населения; знания о существовании медицинских и специализированных учреждений для лиц с наркотической зависимостью; и базовые знания о медицинских препаратах, применяемых для лечения подобных лиц. В дополнение к навыкам, которыми должен обладать специалист по реабилитации или которые ему необходимо приобрести, относятся: навыки, облегчающие процесс межличностного общения, осуществляемого на основе правдивости, взаимного доверия, признания и выражения чувств; способность оказывать эмоциональную поддержку; способность вырабатывать чувство ответственности и соблюдать нормы профессиональной этики; способность формировать чувство ответственности за свое здоровье у пациента и проявлять солидарность с теми, кто страдает; способность проявлять твердость к тем, кто не держит своего слова, и использовать необходимую методику для работы в малых группах. Все эти навыки и способности гораздо легче проявляются на практике, чем в абстрактных и теоретических ситуациях.

Служба здравоохранения, в чьей компетенции находятся данные вопросы, может прибавить дополнительные требования к этому списку, что позволит специалистам более четко выполнять свои функциональные обязанности.

Если служба здравоохранения не удовлетворена доказательствами, представленными заявителем о том, что он/она соответствуют указанным требованиям или стандартам, предъявляемым к специалистам по реабилитации, от заявителя могут потребовать сдать специальный экзамен в присутствии комиссии, состоящей из профессионалов в данной области, имеющих опыт работы в терапевтических общинах с лицами, страдающими от наркотической зависимости. В составе комиссии должен присутствовать врач и хирург, имеющий подготовку по психиатрии и охране психического здоровья. Для этой цели службой здравоохранения определяется дата, время и место проведения экзамена, который проводится в течение 180 дней со дня подачи заявки.

8. Существующая нумерация Статей 12, 13, 14, 15 и 16 меняется на 14, 15, 16, 17 и 18, соответственно, и второй абзац нового параграфа 14 заменяется на следующий:

Программа не прекращает предоставление или продолжение оказания любой другой медицинской помощи, необходимой для лечения других заболеваний, вне зависимости от их связи с наркозависимостью и диагностирования в терапевтической общине или за ее пределами.

9. В текст приказа включается следующая статья:

**Статья 19:** Любое нарушение положений данного приказа наказывается в соответствии с томом 10 Закона о здравоохранении.

10. В текст приказа включается следующая временная статья:

**Временная статья:** Лица, в настоящее время выполняющие обязательства, описанные в Статье 12, к которым могут применяться положения данного приказа и которые не имеют аттестации в соответствии со Статьей 13, должны юридически подтвердить свой статус в течение шести месяцев со дня публикации данного приказа в Официальном журнале.

ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ, ЭКСПЕРТИЗЫ, ПУБЛИКАЦИИ В ОФИЦИАЛЬНОМ ЖУРНАЛЕ  
И ВКЛЮЧЕНИЯ В СВОД НОРМАТИВНЫХ АКТОВ УПРАВЛЕНИЯ ГЕНЕРАЛЬНОГО  
КОНТРОЛЕРА РЕСПУБЛИКИ

(подпись)  
ЭДУАРДО ФРЕЙ РУИЗ-ТАГЛЬ  
Президент Республики

(подпись)  
ФЕОРНАНДО МУНОС ПОРРАС  
Заместитель Министра здравоохранения

*Юридический отдел Управления  
Генерального контролера Республики*

*Пояснения к приказу  
Министерства здравоохранения  
№. 225 от 1998 г., в приложении*

*Сантьяго, 22 мая 1998 г.*

*№. 018051*

Управление Генерального контролера рассмотрело вышеуказанный документ, содержащий поправки в приказ Министерства здравоохранения №. 2298 от 1995 г., регламентирующего создание учреждений по реабилитации лиц, зависящих от психоактивных средств, и регулирующего профессиональную деятельность специалистов по реабилитации пациентов, страдающих от наркотической зависимости, для предоставления психотерапевтической помощи в рамках принятого закона.

Несмотря на вышесказанное, Управление вносит пояснение, согласно которому положения вышеупомянутого административного инструмента, регулирующего профессиональную деятельность в данной сфере, не применимы к лицам, получившим квалификацию специалиста по реабилитации после окончания курса обучения в специализированном колледже или учебно-методическом центре или другом высшем учебном заведении, имеющим государственную аттестацию, исходя из чего, как уже было установлено неоднократно данным Управлением и особенно в постановлениях 35.688 от 1994 г. и 26.758 от 1996 г., лица, получившие квалификацию в вышеупомянутых институтах, по закону имеют право заниматься врачебной практикой по своей специальности без подтверждения соответствия знаний и навыков установленным требованиям.

С учетом этого пояснения Закон считать вступившим в силу.

Да поможет вам Бог!

Министру здравоохранения





## Дополнительная литература

Australian Health Minister's Advisory Committee National Mental Health Working Group (1996). *National Standards for Mental Health Services*. Canberra, Australia: Mental Health Branch, Department of Health and Family Services.

World Health Organization (WHO) (1994). *Quality assurance in mental health care: check-lists and glossaries*. (Vol. 1) Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO) (1997). *Quality assurance in mental health care: check-lists and glossaries*. (Vol. 2) Geneva: WHO.

## Библиография

1. Anderson CA, Daigh RD. (1991) Quality mind-set overcomes barriers to success. *Healthcare Financial Management* 45:20-32.
2. Australian Health Minister's Advisory Committee National Mental Health Working Group. (1996) *National standards for mental health services*. Canberra: Department of Health and Family Services, Mental Health Branch.
3. Birlison P. (1998) Building a learning organisation in a child and adolescent mental health service. *Australian Health Review* 21:223-40.
4. Buckley PF, et al. (1999) Implementing effectiveness research and improving care for schizophrenia in real-world settings. *The American Journal of Managed Care* 5(Spec No.):SP47-56.
5. Department of Health. (1999) *A national service framework for mental health*. London: Department of Health.
6. Donabedian A. (1980) *Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor: Health Administration Press.
7. Flisher AJ, et al. (1998) *Norms and standards for psychiatric care in South Africa: A report submitted to the Department of Health, Republic of South Africa* (Tender No. GES 105/96-97) Cape Town: Department of Psychiatry, University of Cape Town.
8. Freeman M. (2000) Using all opportunities for improving mental health-examples from South Africa. *Bulletin of the World Health Organization* 78:508-10.
9. Goldman HH, et al. (2001) Policy implications for implementing evidence-based practices. *Psychiatric Services* 52:1591-7.
10. Green A. (1999) *An introduction to health planning in developing countries*. (Second edition.) Oxford: Oxford University Press.
11. Hart CWL. (1995) *The power of internal guarantees*. Cambridge, Massachusetts: Harvard Business School.
12. Hermann RC, et al. (2000) Developing a quality management system for behavioural healthcare: the Cambridge Health Alliance experience. *Harvard Review of Psychiatry* 8:251-60.

13. Institute of Medicine. (1990) *Clinical practice guidelines: direction for a new program*. Washington DC: National Academy Press.
14. Institute of Medicine. (2001) *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington DC: National Academy Press.
15. Juran J. (1988) *Juran on planning for quality*. Glencoe: The Free Press.
16. Juran J. (1992) *Juran on quality by design: the new steps for planning quality into goods and services*. Glencoe: The Free Press.
17. Kaplan R, Norton D. (1996) *The balanced scorecard: translating strategy into action*. Cambridge, Massachusetts: Harvard Business School Press.
18. Lesage AD. (1999) Canada. In: Thornicroft G, Tansella M, editors. *The mental health matrix: A manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press. p. 201-15.
19. Louw J. (2000) Improving practice through evaluation. In: Donald D, Dawes A, Louw J, editors. *Addressing childhood adversity*. Cape Town: David Philip. p. 60-73.
20. Lund C, et al. (1998) Facing the absolute need: norms and standards for severe psychiatric conditions in South Africa. *South African Medical Journal* 88:1480-1.
21. Mark H, Garet DE. (1997) Interpreting profiling data in behavioral health care for a continuous quality improvement cycle. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement* 23:521-8.
22. Paavel V, Sarjas A. (1999) Estonian mental health care reform: 30 years in 10 years. *Mental health reforms* 4:2-5.
23. Pillay YG, et al. (2002) *Rethinking the delivery of quality public health care: an integrated approach using lessons from the private sector*. Pretoria: Department of Health.
24. Rosen A. (1999) Australia. From colonial rivalries to a national mental health strategy. In: Thornicroft G, Tansella M, editors. *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press. p. 177-200.
25. Rosenblatt A, et al. (1998) Managing what you measure: creating outcome-driven systems of care for youth with serious emotional disturbances. *Journal of Behavioral Health Services Research* 25:177-93.
26. Royal Australian College of General Practitioners. (1993) *Quality assurance and continuing education programme*. Rozelle, New South Wales: Royal Australian College of General Practitioners.
27. Talbott J, Halls RE, Keill SL. (1992) *Textbook of administrative psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press.
28. The Scottish Office. (1997) *A framework for mental health services in Scotland* Edinburgh: Scottish Office.
29. Thornicroft G, Tansella M. (1999) *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press.
30. Tobin M, Yeo F, Chen L. (2000) The beginning of a structural reform: reorganizing the front line of a mental health system. *Australian Health Review* 23:64-76.

31. United States Department of Health and Human Services. (1993) *Clinical guidelines for depression in primary care*. Washington DC: Agency for Health Care Policy and Research.
32. United States Department of Health and Human Services. (2000) *Mental health: a report of the Surgeon General*. Rockville, Maryland: United States Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
33. World Health Organization. (1993a) *Essential drugs in psychiatry*. Geneva: World Health Organization.
34. World Health Organization. (1993b) *Essential treatments in psychiatry*. Geneva: World Health Organization.
35. World Health Organization. (1994) *Quality assurance in mental health care: check-lists and glossaries (Volume 1)*. Geneva: World Health Organization.
36. World Health Organization. (1996) *Mental health care law: ten basic principles*. Geneva: World Health Organization.
37. World Health Organization. (1997) *Quality assurance in mental health care: check-lists and glossaries (Volume 2)*. Geneva: World Health Organization.
38. World Health Organization. (2001a) World Health Report 2001. *Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
39. World Health Organization. (2001b) *Atlas: mental health resources in the world*. Geneva: World Health Organization.
40. Yeaman C, et al. (2000) Performance improvement teams for better psychiatric rehabilitation. *Administration and Policy in Mental Health* 27:113-27.





ISBN 92 4 454597 7



9 789244 545973