

Обзор

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ-МИГРАНТОВ НА БАЗЕ СТАЦИОНАРА: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Anne M Ølholm¹, Janne B Christensen¹, Stine L Kamionka², Mette L Eriksen³, Morten Sodemann⁴

¹ Отдел качества, научных исследований, инноваций и образования, Университетская больница, Оденсе, Дания

² Отдел инфекционных болезней, Центр глобального здоровья/поликлиника здоровья мигрантов, Университет Южной Дании, Оденсе, Дания

³ Отдел производственной медицины, региональная больница Западной Ютландии, Хернинг, Дания

⁴ Поликлиника здоровья мигрантов/отдел инфекционных болезней, Университетская больница, Оденсе, Дания

Автор, отвечающий за переписку: Morten Sodemann (адрес электронной почты: Morten.sodemann@rsyd.dk)

АННОТАЦИЯ

Исходные данные: В то время как неравенство доступа к здравоохранению для пациентов-мигрантов хорошо документировано, гораздо меньше известно о неравенстве внутри самой системы здравоохранения в отношении выбора диагностических процедур, задержек в постановке диагноза, возможных вариантов лечения, вторичной профилактики и последующих мер, предлагаемых пациентам из числа беженцев или иммигрантов. В качестве способа разрешения неравенства и в ответ на растущее понимание того, что у пациентов-мигрантов есть сложные потребности в здравоохранении и для удовлетворения этих потребностей требуются сложные навыки, было предложено оказывать таким пациентам специализированную помощь, к которой относится ведение пациентов и осуществление междисциплинарных физических, когнитивных и социальных вмешательств. Однако часто считают, что медицинская помощь, направленная на данную категорию, негативно ее выделяет и характеризуется более низким качеством. Доказательная

база этих двух аргументов остается неясной. В связи с этим, задача данного обзора заключалась в исследовании эффективности специализированного введения пациентов из числа этнических меньшинств на базе стационара.

Методы: В этом обзоре авторы использовали модель оценки технологий здравоохранения, в том числе систематический поиск литературы по базам публикаций PubMed, Embase, Cochrane Library, Sociological Abstracts, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature и среди так называемой «серой» литературы.

Результаты: Из 5238 исследований, найденных в результате поиска, только одно удовлетворяло критериям для включения в обзор. В нем была описана специализированная программа лечения туберкулеза на базе стационара, выполняемая при поддержке междисциплинарной команды и приведшая к увеличению частоты завершения лечения среди пациентов, принадлежащих к этническим меньшинствам. Несмотря на проведение поиска с использованием ши-

роких критериев и большого набора информационных сетей и баз данных, связанных со здоровьем мигрантов, других поликлиник для мигрантов на базе стационаров найдено не было. В единственном исследовании по теме было показано, что среди преимуществ специализированной программы лечения мигрантов на основе стационаров могут быть уменьшение неравенства и улучшение клинических исходов. Не было найдено исследований, которые бы свидетельствовали, что специализированный больничный уход негативно выделяет мигрантов или снижает качество медицинской помощи.

Выводы: Наш анализ выявил, что по большому счету отсутствуют данные против специализированных услуг здравоохранения для этнических меньшинств. С учетом нынешней ситуации с беженцами в Европе существует настоятельная потребность определить наилучшие вмешательства, снижающие глобальное неравенство медицинской помощи в стационарах для пациентов из числа этнических меньшинств.

Ключевые слова: ВЕДЕНИЕ СЛУЧАЕВ, НЕРАВЕНСТВО В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ЗДОРОВЬЕ МЕНЬШИНСТВ, ЭТНИЧЕСКИЕ ГРУППЫ



ВВЕДЕНИЕ

ИСХОДНАЯ СИТУАЦИЯ

Для этнических меньшинств характерны разнообразные показатели заболеваемости, более низкая самооценка здоровья, меньше охват профилактической медицинской помощью, медицинская помощь в стационарах более низкого качества и более низкие показатели восстановления здоровья по сравнению с населением в целом (1–5). В современных больницах оказывают узкоспециализированную медицинскую помощь и стараются предоставить медицинские услуги по ускоренным клиническим протоколам, но это не всегда уместно для пациентов со сложными проблемами здоровья, которым требуется междисциплинарное обследование их физического, когнитивного и социального состояния (6–10). Какие конкретно механизмы создают и поддерживают неравенство в секторе здравоохранения, остается неясным, в основном из-за отсутствия исследований. Это было продемонстрировано в недавнем обзоре, в котором проанализировали исследования вмешательств, проведенных за последние 30 лет для уменьшения неравенства в охране здоровья этнических меньшинств, и в котором было показано, что более 90% вмешательств были направлены на изменение поведения и восприятия пациентов, в то время как менее 9% ставили целью изменения в системе здравоохранения (11).

До сих пор исследования неравенства в охране здоровья беженцев и иммигрантов были сосредоточены на профилактике заболеваний и на неравном доступе к медико-санитарной помощи (12–14). В меньшем числе исследований было отмечено неравенство в отношении типа и качества диагностических процедур, методов лечения и последующих мер, предлагаемых пациентам беженцам и иммигрантам, а также в отношении доступа к специализированным услугам, трансплантации органов, экспериментальным методам лечения и психофармакологическому лечению (4, 6, 15–17).

Чтобы пользоваться современными возможностями здравоохранения, требуется уметь хорошо ориентироваться и обладать высокой грамотностью, в том числе в отношении здоровья (18–20). По этой причине эффективная коммуникация является важным и основополагающим условием для успешного сотрудничества между пациентом и медико-санитарным

персоналом, чему, к сожалению, часто мешает функциональная неграмотность пациентов или их низкая медицинская грамотность в сочетании с культурными барьерами и отсутствием культурной компетенции среди медицинских сотрудников (21, 22). Кроме того, на коммуникацию в медицинских учреждениях часто влияют технические и социальные факторы, которые препятствуют обмену информацией (23–25).

Умение пациентов ориентироваться в системе здравоохранения, так называемая способность к навигации, и их навыки коммуникации могут быть дополнительно снижены по причине невыявленного посттравматического стрессового расстройства, которое может способствовать появлению расплывчатых и необъясненных соматических симптомов, низкой способности заботы о себе и несоблюдению диагностических процедур и лечения (16, 26–31). В результате бывает, что клиническое обследование прекращают раньше времени, симптомы остаются незамеченными или неправильно истолкованными, а необходимое лечение не предписывают или не завершают, что приводит к тому, что большая группа пациентов беженцев и иммигрантов страдает от длительных сложных заболеваний, имеет множественные серьезные социальные и экономические проблемы и характеризуется сложными нарушениями режима лечения (32). Пациенты с такими проблемами со здоровьем оказываются по сути брошенными общей системой здравоохранения. Неспособность распознать, что стоит за такими сложными проблемами здоровья, приводит к тому, что подобные проблемы просто классифицируют как стереотипные культурные проблемы или проблемы беженцев, и в клинической оценке их в значительной степени игнорируют (33, 34). На протяжении десятилетий обсуждалось, какими способами следует снижать это неравенство: путем мероприятий, направленных конкретно на мигрантов или на создание систем здравоохранения, чувствительных к многообразию, или используя всеобъемлющий подход, в котором иммигранты окажутся охваченными благодаря общему улучшению системы здравоохранения. Однако исследований, в которых бы документировали последствия этих моделей, нет (1, 14, 35, 36).

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ

Европейские страны сталкиваются с множеством проблем, сопровождающих нынешний быстрый рост числа беженцев, и неподготовленному сектору

здравоохранения требуется срочно найти эффективные способы разрешения неравенства в специализированных условиях стационаров, а также в целом в системе здравоохранения. В ответ на растущее осознание того, что значительная группа пациентов из числа этнических меньшинств не имеет такого же доступа, как большинство населения, к профилактическим, лечебным и реабилитационным услугам, в 2008 году в Отделе инфекционных болезней Университетской больницы г. Оденсе, Дания, была создана поликлиника здоровья мигрантов (ПЗМ). Основной задачей ПЗМ является документировать, облегчать и предотвращать возможные отрицательные последствия неравенства в сфере здравоохранения. ПЗМ представляет собой междисциплинарную модель, которая, возможно, сможет продемонстрировать, как разрабатывать и осуществлять специализированные вмешательства в отношении этой уязвимой группы пациентов в условиях стационара (32, 37).

Ведение пациентов на базе стационара определяется в ПЗМ как «совместная практическая модель, включающая пациентов, медсестер, социальных работников, врачей, других специалистов-практиков, помощников и общину» (38). Процесс ведения пациентов включает коммуникацию и облегчает предоставление последовательных мер медицинской помощи благодаря эффективной координации. Этот процесс является многогранным, и к нему относятся адаптированная к отдельным пациентам коммуникация и поддержка, анализ историй их жизни и выяснение их социальных и семейных ситуаций, а также обеспечение межсекторальной координации, посредничества и помощи в организации запросов на медицинские и социальные услуги (16, 38).

Пациенты ПЗМ часто являются легко уязвимыми и имеют сложные проблемы со здоровьем. Среди них есть мужчины и женщины, их средний возраст составляет 42 года, и они живут в Дании в среднем 12 лет. По сведениям из административной базы данных пациентов Университетской больницы г. Оденсе, наибольшая часть пациентов представлена беженцами и иммигрантами из Ирана, Ирака, стран Африки к югу от Сахары, Афганистана, бывшей Югославии, Сомали, Турции, Пакистана, Шри-Ланки и некоторых стран Восточной Европы (в порядке частоты посещаемости; 2013) (16).

За последние 8 лет в ПЗМ была создана обширная база знаний клинических проблем, встречающихся у пациентов из числа этнических меньшинств, при этом опирались на полученные научные данные, датские реестры и оценку междисциплинарных вмешательств в поликлинике (39). Цель создания базы знаний заключалась как в выявлении возможностей для улучшений оказываемых ныне медицинских услуг, так и для оценки нужд данной группы пациентов и для документирования дискриминации на основе сложности проблем со здоровьем. Важнейшей частью этой работы является составление доказательной базы для таких поликлиник. Таким образом, проведенный нами систематический анализ литературы был составной частью оценки медицинских технологий (ОМТ) в ПЗМ. Описание методов, применяемых в ПЗМ, и анализ соотношения затрат и выгод ведения больных на основе стационара были опубликованы отдельно (38).

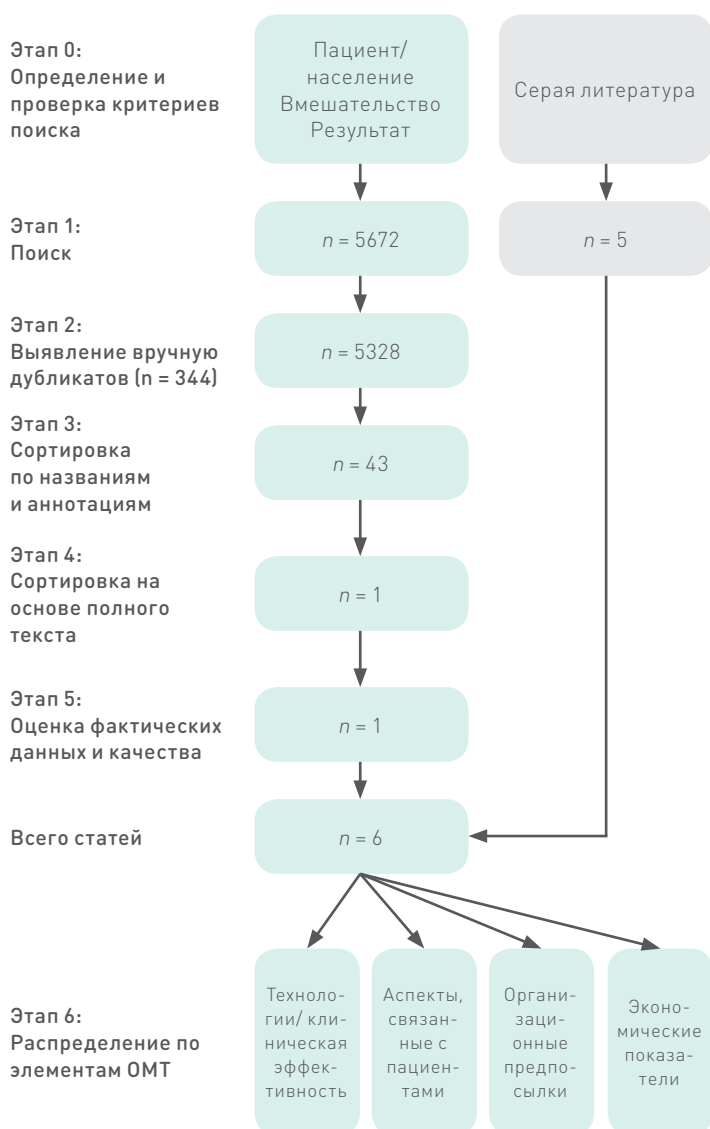
ЦЕЛЬ ОМТ И АНАЛИЗА ЛИТЕРАТУРЫ

Целью ОМТ и анализа литературы было изучить предпосылки для внедрения на базе стационара системы ведения пациентов, родившихся в иной стране, чем страна их нынешнего проживания, и сравнить последствия ведения пациентов на основе стационара с нынешней практикой, когда ведение пациентов не осуществляется. ОМТ охватывала четыре домена датской модели ОМТ: технологии/клиническая эффективность; аспекты, связанные с пациентами; организационные предпосылки; экономические показатели (40). В данном исследовании приведены имеющиеся данные только о клинической эффективности.

МЕТОДЫ

В обозначении ПВСР (пациент/население, вмешательство, сравнение, результат) отражен общий подход к разработке стратегии поиска. В соответствии с ним, вначале мы проводили поиск отдельно по каждому из компонентов ПВСР в каждой базе данных, а затем объединяли эти компоненты для совместного поиска по каждой базе данных (Рисунок 1). Результаты поиска далее делили по содержанию в соответствии с тем, какому из четырех доменов ОМТ уделялось внимание.

РИСУНОК 1. БЛОК-СХЕМА СОРТИРОВКИ ЛИТЕРАТУРЫ



БАЗЫ ДАННЫХ

Поиск проводили по базам данных, связанных по теме с различными доменами ОМТ (Таблица 1). Мы также проводили поиск по «серой» литературе в архивах ПЗМ, где имелись внутренние отчеты об оценке, отчеты профессиональных ассоциаций и другие материалы, не включенные в библиографические базы данных. Во вставке 1 перечислены веб-сайты, на которых проводили поиск по соответствующей «серой» литературе.

В таблице 1 приведены основные термины поиска по компонентам ПВСР, при этом результаты поиска по терминам также классифицированы по содержанию в соответствии с четырьмя доменами ОМТ.

ВСТАВКА 1. ВЕБ-САЙТЫ, ПО КОТОРЫМ ПРОВОДИЛИ ПОИСК «СЕРОЙ» ЛИТЕРАТУРЫ

- База литературы по состоянию здоровья этнических меньшинств, Датский национальный институт общественного здравоохранения, Дания (<http://www.si-folkesundhed.dk>)
- Mighealthnet: вики веб-сайт, посвященный здоровью мигрантов (<http://mighealth.net/>)
- Датский научно-исследовательский центр по вопросам миграции, этнической принадлежности и здоровья, Университет Копенгагена, Дания (<http://mesu.ku.dk/>)
- Национальное экспертное подразделение по вопросам здоровья меньшинств, Норвежский центр исследований по вопросам здоровья меньшинств, Норвегия (<https://www.nakmi.no/>)
- Центр документации об иммигрантах, беженцах и расизме, Институт «Иммигрант», Швеция (<http://www.immi.se/>)
- Арканзасская комиссия по вопросам здоровья меньшинств, США (<http://arminorityhealth.com/>)
- Медицинский центр Алта Бэйт Саммит, США (<http://www.altatabessummit.org/>)
- Калифорнийская сеть по вопросам здоровья всех этничностей, США (<http://cpehn.org/>)
- Ликвидация расового и этнического неравенства в сфере здравоохранения, Центры по контролю и профилактики заболеваний, США (<https://www.cdc.gov/minorityhealth/>)
- Сеть по вопросам здравоохранения беженцев штата Виктория, Австралия (<http://refugeehealthnetwork.org.au/>)
- Сеть клиницистов, работающих с мигрантами, США (<http://www.migrantclinician.org/>)
- Центр по разрешению неравенства в сфере здравоохранения, Мичиган, США (<https://mghdisparitiessolutions.org/>)
- Национальный институт здравоохранения и наилучшей клинической практики, Соединенное Королевство (<https://www.nice.org.uk/>)
- Центр данных по этничности, здоровью и разнообразию Экономического и социального исследовательского совета, Соединенное Королевство (<http://www.thehealthwell.info/node/36007>)
- Европейское сотрудничество в области науки и техники (<http://www.cost.eu/>) – структура Европейского союза, оказывающая поддержку международному сотрудничеству исследователей, инженеров и ученых по всей Европе в соответствии с программой Европейской комиссии «Горизонт 2020»

ТАБЛИЦА 1. СЛОВА И БАЗЫ ДАННЫХ, ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ В ПОИСКЕ, ПО КОМПОНЕНТАМ ПВСР И ДОМЕНАМ ОМТ

Компоненты ПВСР (и домены ОМТ)	Индексированные ключевые слова/слова для поиска	База данных
Пациент/население	Cultural diversity (культурное разнообразие) Displaced persons (перемещенные лица) Emigrants/immigrants (эмигранты/иммигранты) Ethnic groups (этнические группы) Immigration (иммиграция) Minority health (здоровье меньшинств) Minority groups (группы меньшинств) Race/racial (раса/расовый) Race relations (расовые отношения) Racial disparity (расовое неравенство) Refugee (беженец) Minority/ethnic minority (меньшинство/этническое меньшинство) Transient/migrant (временный резидент/мигрант)	PubMed Embase Cochrane Library Sociological Abstracts CINAHL
Вмешательство	Cultural competency (культурная компетенция) Cultural mediator (культурный посредник) Health-care administration (управление здравоохранением) Health services administration (управление службами здравоохранения) Migrant health clinic (поликлиника здоровья мигрантов) Minority clinic (поликлиника меньшинств) Minority health clinic (поликлиника здоровья меньшинств) Patient advocate (адвокат пациентов) Patient care management (управление уходом за пациентами) Patient care planning (планирование ухода за пациентами)	PubMed Embase Cochrane Library Sociological Abstracts CINAHL
Сравнение	Current practice (нынешняя практика)	–
Результат		
Технологии/ клиническая эффективность	Morbidity (заболеваемость) Mortality (смертность) Post-traumatic stress disorder/PTSD (посттравматическое стрессовое расстройство, ПТСР)	PubMed Embase Cochrane Library
Аспекты, связанные с пациентами	Cultural capital (культурный капитал) Health attitudes, knowledge & practice (отношение к здоровью, знания и практика, связанные со здоровьем) Health behaviour (поведение, связанное со здоровьем) Health literacy (грамотность в отношении здоровья) Medication adherence (соблюдение пациентом приема лекарств) Patient compliance (выполнение пациентом режима лечения) Patient satisfaction (удовлетворенность пациентов) Quality of life (качество жизни) Self-care (уход за собой) Social capital (социальный капитал)	PubMed Embase CINAHL
Организационные предпосылки	Access to health care (доступ к услугам здравоохранения) Delivery of health care (предоставление услуг здравоохранения) Delivery of health care, integrated (интегрированное предоставление услуг здравоохранения) Health-care disparities (неравенство в сфере здравоохранения)	PubMed Embase Sociological Abstracts
Экономические показатели	Health-care costs (затраты на услуги здравоохранения) Health-care economics and organizations (экономика и организации системы здравоохранения) Occupational status (профессиональный статус)	PubMed Embase Cochrane Library
CINAHL: база данных Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature.		

ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Мы проводили поиск исследований, в которых оценивалась эффективность и приводились данные максимально высокого качества. Наша задача заключалась в том, чтобы определить клиническую эффективность координации медицинской помощи, оказываемой пациентам на базе стационара.

КРИТЕРИИ ВКЛЮЧЕНИЯ И ИСКЛЮЧЕНИЯ

Мы включили в поиск соответствующую литературу на английском, датском, норвежском и шведском языках, опубликованную в 2001-2011 гг.

Первоначальный поиск сочетания элементов ПБСР и ОМТ выдал большое количество работ (>20 000), поэтому мы применили стратегию раздельного поиска, при котором использовали следующие четыре подхода к извлечению литературы: (I) по медицинским предметным рубрикам (охватывает только индексированную литературу); (II) по названию (извлекает статьи с точной последовательностью слов поиска); (III) по фразам (извлекает статьи по теме поиска, в котором были использованы другие тематические термины); и (IV) собранные вместе результаты трех поисков, чтобы компенсировать слабость каждой отдельной стратегии. Подробное описание процесса отбора можно найти в полном отчете ОМТ и приложениях к нему (41, 42).

Разграничение дизайна исследования было сделано только для поиска в базе данных PubMed, что, несомненно, способствовало наибольшему числу находок (Таблица 2). По базе данных PubMed мы проводили поиск по следующим типам публикаций: клинические исследования, мета-анализы, рандомизированные контролируемые исследования, обзоры, сравнительные исследования, контролируемые исследования и оценочные исследования. Чисто описательные исследования были исключены. Исследования, в которых медицинские вмешательства не соответствовали используемому в ПЗМ определению подхода к ведению пациентов на базе стационара, были исключены (например, исследование неприбыльных поликлиник для нелегальных иммигрантов латиноамериканского происхождения в США).

СОРТИРОВКА ЛИТЕРАТУРЫ

Найденная литература была импортирована в базу данных EndNote X7.1 (Thompson Reuter, Филадельфия, США), и дубликаты были удалены. Литература была независимо отсортирована тремя авторами (АМФ, JBC и MLE) на соответствие критериям ПБСР для включения в исследование. Первый этап сортировки проводили на основе названия и аннотации, а второй – после прочтения всей статьи. Перед тем как окончательно включить статью в исследование и классифицировать ее по соответствующим доменам ОМТ, статью оценивали на качество методологии.

Разногласия в оценке значимости извлеченной литературы разрешали путем совместного рассмотрения, соответствует ли статья критериям включения и исключения, а в случае необходимости подключали четвертого автора (MS).

Рассчитанный коэффициент k равнялся 0,23, что говорит о слабой корреляции оценки литературы разными авторами, а также подчеркивает трудность в определении четких границ для включения и исключения при сложных вмешательствах. Поскольку границы не были установлены заранее, а ряд соответствующих вмешательств имел очень сходные черты с вмешательствами, проводимыми в нашей ПЗМ, для того чтобы извлечь как можно больше соответствующей литературы, в поиске был использован обширный список общих терминов. Неизбежный компромисс между точностью и объемом извлечения при поиске литературы (в данном случае за счет точности), возможно, является причиной низкого значения коэффициента k .

И наконец обеспечение качества процесса исходной сортировки (выполненного АМФ, JBC и MLE) было проведено четвертым автором (MS), который оценил значимость случайной выборки в 100 находок из исходных 5328, используя заданные заранее параметры. Оценка подтвердила 100%-ую значимость исходной сортировки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В общей сложности 5672 статей были извлечены из баз данных в результате первоначального систематического поиска. В таблице 2 показаны результаты поиска по отдельным базам данных и общее число

ТАБЛИЦА 2. РЕЗУЛЬТАТЫ ПОИСКА ЛИТЕРАТУРЫ ПО БАЗАМ ДАННЫХ, КОМПОНЕНТАМ ПВСР И ДОМЕНАМ ОМТ

База данных	Компоненты ПВСР (и домены ОМТ)	Число находок (включая ограничения ^а)		
PubMed	Пациент/население	76 388	П+В	П+В+P _{всего} 4107
	Вмешательство	908 107	18 854	
	Результат			
	Технологии/клиническая эффективность	268 998	П+В+P _{тех} 2441	
	Организационные предпосылки	318 017	П+В+P _{орг} 9912	
	Аспекты, связанные с пациентами	166 442	П+В+P _{пац} 3376	
	Экономические показатели	395 938	П+В+P _{эко} 6953	
Embase	Пациент/население	241 321	П+В	П+В+P _{всего} 284
	Вмешательство	10 427	1154	
	Результат			
	Технологии/клиническая эффективность	412 584	П+В+P _{тех} 59	
	Организационные предпосылки	5238	П+В+P _{орг} 99	
	Аспекты, связанные с пациентами	257 653	П+В+P _{пац} 142	
	Экономические показатели	67 886	П+В+P _{эко} 23	
Cochrane Library	Пациент/население	5450	П+В	П+В+P _{тех + эко} 664
	Вмешательство	79 680	2700	
	Результат			
	Технологии/клиническая эффективность	10 162	П+В+P _{тех} 162	
	Экономические показатели	16 992	П+В+P _{эко} 541	
Sociological Abstracts	Пациент/население	69 103	П+В	П+В+P _{орг} 31
	Вмешательство	1062	699	
	Результат			
	Организационные предпосылки	864		
CINAHL	Пациент/население	51 660	П+В	П+В+P _{пац} 586
	Вмешательство	80 085	4488	
	Результат			
	Аспекты, связанные с пациентами	96 882		
Всего				5672
Всего – дубликаты (344 статей)				5328

CINAHL: база данных Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature.

^аВ – вмешательство; П – пациент/население; Р – результат; орг – организационные предпосылки; пац – аспекты, связанные с пациентами; тех – технологии/клиническая эффективность; эко – экономические показатели.

извлеченных статей до и после удаления дубликатов (344 статьи).

5328 статей были отсортированы по однозначным критериям включения и исключения. На первом этапе статьи были отсортированы независимо двумя авторами, в результате чего 43 статьи были включены в следующий этап сортировки (<1% от первоначально найденных 5328 статей после удаления дубликатов). Это свидетельствовало о сложности и разнообразии вмешательств и о том, что было непросто определить основные компоненты вмешательств; эти факторы, вероятно, служили препятствием для разработки достаточно всеобъемлющей и конкретной стратегии поиска. Процесс сортировки литературы показан на блок-схеме (Рисунок 1).

В конце процесса сортировки осталась одна статья Goldberg и др., которая соответствовала критериям включения. В ней было описано исследование, выполненное в партнерстве медицинским центром Харборвью штата Вашингтон (Harborview Medical Center) и туберкулезной поликлиникой, в котором для коммуникации между клиницистами, общинами и пациентами из числа этнических меньшинств была задействована базирующаяся в стационаре команда посредников. В дизайне этого включенного исследования было предусмотрено тестирование до начала исследования и по его окончании, но не было контрольной группы (т. е. это был квазиэкспериментальный дизайн). Однако мы не определили, по каким контрольным спискам оценивать качество квазиэкспериментальных исследований, поэтому качество этой работы не было оценено. Соответственно, результаты исследования следовало интерпретировать с осторожностью, поскольку эффективность вмешательства нельзя было достоверно объяснить именно вмешательством.

С целью увеличения числа тестирования на туберкулез и завершения лечения при выявлении латентного туберкулеза среди вновь прибывших беженцев Goldberg и др. описали двуязычный мультикультурный подход к ведению случаев (т. е. ведение случаев с учетом культурных особенностей, cultural case management [ССМ]) для контроля и лечения латентного туберкулеза у беженцев из бывшего Советского Союза, бывшей Югославии и Сомали (43). Эффект подхода ССМ был изучен в результате сравнения данных, полученных до начала применения этого

подхода и через 18 месяцев его применения. Подход ССМ включал посещения на дому, адаптированное к отдельным пациентам просвещение по туберкулезу и направление пациентов в дополнительные медицинские и социальные службы. Таким образом, вмешательство ССМ было аналогично методам ПЗМ.

Подход ССМ привел к более высоким показателям завершения лечения (37% против 82%, $P < 0.001$) и увеличению процента пациентов, начинающих лечение (73% против 88%, $P < 0.001$). Таким образом, введение нового и более целенаправленного подхода к ведению пациентов с латентным туберкулезом из числа вновь прибывших беженцев было связано с ростом частоты принятия пациентами их диагноза и необходимости лечения и завершения лечения (36).

ОБСУЖДЕНИЕ

Систематический анализ литературы выявил, что лечение пациентов из числа этнических меньшинств в поликлиниках на базе стационаров, аналогичное проводимому в ПЗМ, встречается редко и не изучено научными методами. Данные о влиянии координации лечения пациентов из числа беженцев и иммигрантов на базе стационаров еще более ограничены. Поиск в соответствующих сетях, на веб-сайтах и в других источниках подтвердил, что даже если подобные поликлиники существуют и вмешательства проводятся, они не были опубликованы ни на одной из существующих платформ, связанных со здоровьем мигрантов, не доложены на конференциях и не размещены в сетях (все из которых были включены в этот поиск литературы). Было найдено только одно исследование, которое соответствовало критериям поиска и являлось специфичным для определенной болезни подходом поддержки пациентов из числа этнических меньшинств на базе стационара. На основе этого можно сделать вывод, что, ПЗМ, вероятно, является одной из первых поликлиник здоровья мигрантов на базе стационара в Европе.

Часто считают, что медицинская помощь, специфически направленная на категорию этнических меньшинств, негативно выделяет эту категорию и характеризуется пониженным качеством (35, 44, 45). Однако в данном обзоре литературы не было найдено свидетельств в пользу этого мнения. На-

против, пациенты из числа этнических меньшинств по-прежнему получают негативный опыт, когда имеют дело с существующей (т. е. не специфической для их категории) службой здравоохранения, и сообщают о трудностях в получении медицинских услуг такого же качества, как население в целом (46–48). Пациенты из числа этнических меньшинств имеют больше побочных эффектов, больше осложнений после лечения и более частую повторную госпитализацию, среди них хуже контроль заболеваний, и их реже просят подписать формы согласия (49–53). Таким образом, нет никаких доказательств в поддержку существующей парадигмы, что специализированные медицинские услуги не приносят пользы этническим меньшинствам.

Часто встречающаяся фрагментация больничного ухода за пациентами с несколькими хроническими заболеваниями является препятствием для эффективной помощи этим пациентам (31). Отсутствие координации лечения пациентов со сложными заболеваниями приводит к росту затрат и ухудшению результатов, не в последнюю очередь среди этнических меньшинств (32). Ведение пациентов на основе стационара (также называемое в модели защиты прав пациентов «координация медицинской помощи на основе стационара») выглядит реалистичным, но доказательная база для такого ведения случаев в целом недостаточна: она касается в основном конкретных заболеваний, и большинство исследований описывают координацию первичной и вторичной помощи (33–35).

В 2006 году, изучив опыт использования культурных посредников в здравоохранении, датский Национальный совет по здравоохранению отметил, что подход к решению проблем пациентов из числа этнических меньшинств (в частности, определение того, что должно быть сделано и почему) различается между странами и тесно связан с испытываемыми практическими проблемами (54). В основе этого лежат характерные для отдельных стран потоки миграции и характеристики популяций меньшинств, в том числе их состав, типичные заболевания и статус. В результате в разных странах используют различные организационные модели, которые непросто напрямую сравнивать.

В настоящем исследовании проводился поиск с довольно широкими и неспецифическими терминами,

чтобы обеспечить высокий уровень извлечения литературы. В результате точность была низкой, что означает, что во всей массе найденной литературы было большое число находок, не относящихся к теме. Это подчеркивает необходимость более подробного описания деятельности ПЗМ (например, рабочих процессов, теоретического подхода к изменениям, основных элементов, механизмов), чтобы можно было дальше разрабатывать вмешательства для будущих научных исследований и сравнений. Таким образом, критерии для включения или исключения могут казаться довольно расплывчатыми, но отсутствие четкости отражает отсутствие ясных границ вмешательств.

К примеру, в большом числе опубликованных работ по координации медицинской помощи для этнических меньшинств на базе стационара для классификации вмешательств используют такие термины, как навигация пациентов и ведение случаев с учетом культурных особенностей (ССМ). Однако у этих терминов нет четкого определения: в некоторых случаях их описывают как тесно интегрированные для ряда специальностей в некоторых больницах, а в других случаях – в качестве более периферийной, автономной системы; порой они предоставляются основными сотрудниками – медицинскими специалистами, а порой могут осуществляться волонтерами или другими пациентами. Однако вмешательства, основанные на этих концепциях, имеют ряд общих черт (55, 56).

- Они нацелены на отдельных пациентов, а не на группы пациентов или населения.
- Их цель – сократить задержки по ходу предоставления медицинской помощи и обеспечить своевременные диагноз и лечение.
- Как правило, они включают выявление нужд пациентов и устранение барьеров на пути доступа к системе здравоохранения (например разрешение лингвистических и финансовых проблем) параллельно с предоставлением медико-санитарного просвещения, психосоциальной поддержки и координации (включая работу с документами, многофакторное планирование и коммуникацию).

Эти общие черты соответствуют принципам координации медицинской помощи на базе стационара в ПЗМ. Ведение пациентов с учетом культурных особенностей также составляет сущность работы Goldberg с коллегами, как отмечено в данном систематическом анализе. Если провести поиск в базе данных PubMed с терминами «навигация пациентов» (patient navigation) и «ведение случаев» (case management), то заметно, что все больше внимания уделяют общей для многих групп потребности в таких вмешательствах и эффективности таких вмешательств, а именно вмешательствам на индивидуальном уровне с целью координации медицинской помощи как для этнических меньшинств, так и для лиц с низкими доходами, недостаточно охваченных общин (57), а также больных сахарным диабетом (58, 59) и других больных с различными другими заболеваниями (60–62).

В большинстве публикаций, найденных при систематическом поиске, но не включенных в этот обзор, описаны небольшие демонстрационные проекты без контрольной группы или рандомизации и с небольшим размером выборки. Кроме того, эти вмешательства часто состояли из ряда отдельных, более мелких вмешательств, часть из которых была более совместима с координацией медицинской помощи на базе стационара в ПЗМ, а часть – менее. Такие более мелкие вмешательства часто оценивали в составе полного пакета мероприятий вмешательства. Из-за этого было невозможно определить, какие из мелких вмешательств были наиболее эффективными, чтобы напрямую сравнить их с элементами координации медицинской помощи на базе стационара в ПЗМ в рандомизированных контролируемых исследованиях.

Общей и наиболее центральной характеристикой координации медицинской помощи на базе стационара (или координации пациентов, ведения пациентов с учетом культурных особенностей, навигации пациентов и т. д.) является ориентация на индивидуумов, подход, в центре которого находится пациент и который при этом адаптирован к местным особенностям системы здравоохранения и представлениям о болезни и здоровье. В терминах ОМТ такого рода вмешательство можно охарактеризовать как сложную социальную технологию, организация предоставления которой (т. е. координации медицинской помощи на основе стационара)

оказывает большое влияние на клинические последствия/результаты вмешательства. Таким образом, определенные эффекты могут возникнуть только при определенных условиях, поскольку факторы контекста могут существенно влиять на вмешательство, а это делает очень трудным установление причинно-следственных связей между вмешательством и результатами. Это может быть причиной того, почему в данном анализе не было найдено исследований эффективности высокого качества (в терминах методологии доказательной медицины). Кроме того, стратегия поиска, возможно, была ограничена в том, что мы искали только исследования эффективности.

Данный анализ также показал, что координация медицинской помощи описывается с помощью различных терминов, которые трудно четко определить по причине специфичности их контекста. В будущем оценка может выиграть от использования качественных подходов и описательных исследований, для того чтобы разобраться в так называемом «черном ящике» разных компонентов вмешательства и описать воспринимаемые и теоретические связи между исходными характеристиками и результатами вмешательств.

В заключение можно отметить, что публикации исследований на тему ведения случаев на базе стационара, предлагаемой пациентам из числа мигрантов, отсутствуют. Чтобы изучить эффективность ведения случаев на базе стационара для этих пациентов, необходимы дополнительные исследования, для того чтобы понять, какие вмешательства используются. Было бы интересно провести исследования управленческих и политических аспектов координации медицинской помощи на базе стационара. Кроме того, неопределенность концепции «ведение случаев» может быть объяснена тем, что эта область является сравнительно новой. Из этого следует, что также требуются четкие и согласованные определения для исследовательских терминов.

Доказательств в поддержку мнения, что специализированные медицинские услуги не приносят пользы этническим меньшинствам, не существует. Напротив, в большинстве исследований показано, что качество больничной помощи иммигрантам систематически оказывается ниже, и заслуживает дальнейшего изучения то, что специализирован-

ные больничные службы, как например ПЗМ Университетской больницы г. Оденсе, могут взяться за разрешение такого явного неравенства. С учетом нынешней ситуации с беженцами в Европе существует настоятельная потребность в исследовании и документировании вмешательств, снижающих глобальное неравенство медицинской помощи в стационарах для пациентов из числа этнических меньшинств (31, 63).

Выражение признательности: обзор литературы финансировался за счет фонда ОМТ региона Южной Дании.

Источник финансирования: данная работа была поддержана Фондом по оценке медицинских технологий региона Южной Дании.

Конфликт интересов: не указан.

Отказ от ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Rechel B, Deville W, Mladovsky P, Rijks B, Petrova-Benedict R, editors. Migration and health in the European Union. Maidenhead, K: Open University Press, McGraw-Hill Education; 2011.
2. Szczepura A. Access to health care for ethnic minority populations. *Postgrad Med J*. 2005;81:141-7.
3. Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Geacen T, Ioannidis E et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*. 2011;11:187.
4. Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, editors. Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care (with CD). Washington (DC): National Academies Press; 2009.
5. Simonnot N RA, Nuernberg M1, Fille F, Aranda-Fernández P.E, Chauvin P. Access to health care for people facing multiple vulnerabilities in health in 31 cities in 12 countries. Report on social and medical data gathered in 2015 in 11 European countries and Turkey. Paris, France: Doctors of the World; 2016.
6. Burgess DJ, Fu SS, Van Ryn M. Why do providers contribute to disparities and what can be done about it? *J Gen Intern Med*. 2004;19:1154-9.
7. Banks AD, Dracup K. Factors associated with prolonged prehospital delay of African Americans with acute myocardial infarction. *Am J Crit Care*. 2006;15:149-57.
8. Green CR, Anderson KO, Baker TA, Campbell LC, Decker S, Fillingim RB et al. The unequal burden of pain: confronting racial and ethnic disparities in pain. *Pain Med*. 2003;4:277-94.
9. Schulman KA, Berlin JA, Harless W, Kerner JF, Sistrunk S, Gersh BJ et al. The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization. *N Engl J Med*. 1999;340:618-26.
10. Bischoff A. Caring for migrant and minority patients in European hospitals: a review of effective interventions. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies; 2006.
11. Clarke AR, Goddu AP, Nocon RS, Stock NW, Chyr LC, Akuoka JA et al. Thirty years of disparities intervention research: what are we doing to close racial and ethnic gaps in health care? *Med Care*. 2013;51:1020-6.
12. Bradby H, Humphris R, Newall D, Phillimore J. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region. Health Evidence Network Synthesis Report No 44. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.
13. Greve B. Migrants and health in the Nordic welfare states. *Public Health Rev*. 2016;37:9.
14. Bollini P, Siem H. No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Soc Sci Med*. 1995;41:819-28.
15. Schouler-Ocak M, Wintrob R, Moussaoui D, Villasenor Bayardo SJ, Zhao X-D, Kastrup MC. Background paper on the needs of migrant, refugee and asylum seeker patients around the globe. *International Journal of Culture and Mental Health* 2016;9:216-32.
16. Sodemann M, Kristensen TR, Nielsen D, Svabo A, Buch S, Korsholm KM et al. 'Tak fordi I lavede en bedre version af mig.' Erfaringer fra Indvandrermedicinsk Klinik 2008-2013 [«Спасибо за то, что вы сделали из меня мою лучшую версию.» Пережитый опыт из поликлиники здоровья мигрантов, 2008-2013 гг.]. Department of Infectious Diseases, OUH Odense University Hospital; 2013 (на датском языке; <http://www.ouh.dk/dwn347559>, по состоянию на 7 декабря 2016 г.).
17. Schrijvers CT, Stronks K, van de Mheen HD, Mackenbach JP. Explaining educational differences in mortality: the role of behavioral and material factors. *Am J Public Health*. 1999;89:535-40.
18. Ngo-Metzger Q, Fund C. Cultural competency and quality of care: obtaining the patient's perspective. New York: Commonwealth Fund; 2006.
19. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking?

- A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med.* 2014;1–17.
20. Abebe DS. Public health challenges of immigrants in Norway: a research review. NAKMI Report 2. Oslo: Norwegian Center for Minority Health Research; 2010.
 21. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med.* 2006;3:e294.
 22. Horowitz CR, Davis MH, Palermo A-GS, Vlodeck BC. Approaches to eliminating sociocultural disparities in health. *Health Care Financ Rev.* 2000;21:57–74.
 23. Anderson MA, Helms LB. Communication between continuing care organizations. *Res Nurs Health.* 1995;18:49–57.
 24. Davidson EJ. Analysing genre of organizational communication in clinical information systems. *Information Technology & People.* 2000;13:196–209.
 25. Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Acad Med.* 2004;79:186–94.
 26. Dow HD. An overview of stressors faced by immigrants and refugees: a guide for mental health practitioners. *Home Health Care Management Practice.* 2011;23:210–7.
 27. Kumar BN. The Oslo immigrant health profile. *Diabetes.* 2009;3:8.
 28. Kumar BN. Health and migration. *Michael.* 2011;8:240–50.
 29. Carswell K, Blackburn P, Barker C. The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. *Int J Soc Psychiatry.* 2011;57:107–19.
 30. Bhopal RS, Rafnsson SB, Agyemang C, Fagot-Campagna, Giampaoli S, Hammar N et al. Mortality from circulatory diseases by specific country of birth across six European countries: test of concept. *Eur J Public Health.* 2012;22:353–9.
 31. Abbott A. The mental-health crisis among migrants. *Nature.* 2016;538:158.
 32. Sodemann M, Svabo A, Jacobsen A. [Самые трудные сражения начинаются после войны]. *Ugeskr Laeger.* 2010;172:141–4 (на датском языке).
 33. La Bril R, Primm A, Harrison-Ross P. Beyond misdiagnosis, misunderstanding and mistrust: relevance of the historical perspective in the medical and mental health treatment of people of color. *J Natl Med Assoc.* 2007;99:879.
 34. Spallek J, Zeeb H, Razum O. What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? A life course approach. *Emerg Themes Epidemiol.* 2011;8:6.
 35. Razum O, Spallek J. Addressing health-related interventions to immigrants: migrant-specific or diversity-sensitive. *Int J Public Health.* 2014;59:893–5.
 36. Kutalek R. Diversity competence in medicine: equity, culture and practice. *Wiener Klin Wochenschr* 2012;124:3–9.
 37. Sodemann M, Nielsen D, Rehling, C. Imperfect models of patient empowerment, incapacitation and intrinsic structural violence in health care threaten equity in health and patient safety. In: Book of Abstracts. EUPHA's 6th European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health, Oslo, Norway, 23–25 June 2016. Oslo: Norwegian Center for Minority Health Research; 2016:153.
 38. Sodemann M, Ølholm AM, Lundstrøm Kamionka S. Hospital based patient coordination for ethnic minority patients – a health technology assessment. EUPHA's 6th European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health, Oslo, Norway, 23–25 June 2016. Oslo: Norwegian Center for Minority Health Research; 2016:137.
 39. Kamionka SL, Buus N, Sodemann M, Noehr-Jensen P, Larsen KJ. Intersectoral pathways of vulnerable patient groups in Southern Denmark. *Int J Integr Care* 2014;14. doi: <http://doi.org/10.5334/ijic.1607>.
 40. Kristensen F, Sigmund H, editors. Health technology assessment handbook. 2nd edition. Copenhagen: Danish Centre for Health Technology Assessment, National Board of Health; 2008.
 41. Ølholm AM, Christensen JB. MTV af hospitalsbaseret forløbskoordination for patienter af anden etnisk herkomst end dansk. Evalueringsrapport [Координация ОМТ при лечении пациентов из числа этнических меньшинств на базе стационара – полный отчет]. In: Afdeling for Kvalitet og Forskning/MTV, Odense Universitetshospital; 2014 (на датском языке; <http://www.ouh.dk/dwn428044>, по состоянию на 7 декабря 2016 г.).
 42. Ølholm AM, Christensen JB. Bilags rapport til MTV af hospitalsbaseret forløbskoordination for patienter af anden etnisk herkomst end dansk. Evalueringsrapport [Приложения к отчету ОМТ]. Odense: Afdelingen for Kvalitet & Forskning/MTV, Odense Universitetshospital, 2014 (на датском языке).
 43. Goldberg SV, Wallace J, Jackson JC, Chaulk CP, Nolan CM. Cultural case management of latent tuberculosis infection. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2004;8:76–82.
 44. Ingleby D. Ethnicity, migration and the 'social determinants of health' agenda. *Psychosocial Intervention.* 2012;21:331–41.
 45. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet.* 2013;381:1235–45.

46. Sanchez-Ramirez DC, Krasnik A, Kildemoes HW. Do immigrants from Turkey, Pakistan and Ex-Yugoslavia with newly diagnosed type 2 diabetes initiate recommended statin therapy to the same extent as Danish-born residents? A nationwide register study. *Eur J Clin Pharmacol.* 2013;69:87-95.
47. Villadsen SF, Mortensen LH, Andersen AN. Ethnic disparity in stillbirth and infant mortality in Denmark 1981–2003. *J Epidemiol Community Health.* 2009;63:106-12.
48. Hempler NF, Diderichsen F, Larsen FB, Ladelund S, Jørgensen T. Do immigrants from Turkey, Pakistan and Yugoslavia receive adequate medical treatment with beta-blockers and statins after acute myocardial infarction compared with Danish-born residents? A register-based follow-up study. *Eur J Clin Pharmacol.* 2010;66:735-42.
49. Divi C, Koss RG, Schmaltz SP, Loeb JM. Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study. *Int J Qual Health Care.* 2007;19:60-7.
50. Lion KC, Rafton SA, Shafii J, Brownstein D, Michel E, Tolman M et al. Association between language, serious adverse events, and length of stay among hospitalized children. *Hospital Pediatr.* 2013;3:219-25.
51. Suurmond J, Uiters E, de Bruijne MC, Stronks K, Essink-Bot M-L. Explaining ethnic disparities in patient safety: a qualitative analysis. *Am J Public Health.* 2010;100:S113–S117.
52. de Bruijne MC, van Rosse F, Uiters E, Droomers M, Suurmond J, Stronks K et al. Ethnic variations in unplanned readmissions and excess length of hospital stay: a nationwide record-linked cohort study. *Eur J Public Health* 2013;23:964–71.
53. Schenker Y, Wang F, Selig SJ, Ng R, Fernandez A. The impact of language barriers on documentation of informed consent at a hospital with on-site interpreter services. *J Gen Intern Med.* 2007;22:294-9.
54. Galal LP, Thomsen JA, Jakobsen MB. Udenlandske erfaringer med brugen af kulturelle mediatorer i sundhedsvæsnen [Иностранный опыт в использовании культурных посредников в службе здравоохранения]. Copenhagen: Sundhedsstyrelsen; 2006 (на датском языке; <https://www.sst.dk/~/media/53448DF4CA8E4A839E23AEE6A1E51FDD.ashx>, по состоянию на 7 декабря 2016 г.).
55. Steinberg ML, Fremont A, Khan DC, Huang D, Knapp H, Karaman D et al. Lay patient navigator program implementation for equal access to cancer care and clinical trials: essential steps and initial challenges. *Cancer.* 2006;107:2669-77.
56. Wells KJ, Battaglia TA, Dudley DJ, Garcia R, Greene A, Calhoun E et al. Patient navigation: state of the art or is it science? *Cancer.* 2008;113:1999-2010.
57. Highfield L, Ottenweller C, Pfanz A, Hanks J. Interactive web-based portals to improve patient navigation and connect patients with primary care and specialty services in underserved communities. *Perspect Health Inf Manag.* 2014;11:1e.
58. Shin SA, Kim H, Lee K, Lin V, Liu G. Effect of diabetic case management intervention on health service utilization in Korea. *Int J Nurs Pract.* 2015;21:780-9.
59. Watts SA, Lucatorto M. A review of recent literature – nurse case managers in diabetes care: equivalent or better outcomes compared to primary care providers. *Curr Diab Rep.* 2014;14:504.
60. Jeudin P, Carmen MD, Battaglia TA, Bak S, Perkins RB. Effect of patient navigation on adherence to follow-up after treatment of high-grade dysplasia. *Obstet Gynecol.* 2014;123(Suppl 1):29s.
61. Hillemeier MM, Domino ME, Wells R, Goyal RK, Kum HC, Cilenti D et al. Effects of maternity care coordination on pregnancy outcomes: propensity-weighted analyses. *Matern Child Health J.* 2015;19:121-7.
62. Carpentier S, Bhat M, Deschenes M, Wong P, Ghali P, Sebastiani G. A care coordination program to optimize management of cirrhosis: real-life applicability and feasibility in the context of the Canadian health care system. *Can J Gastroenterol Hepatol.* 2014;28:221-2.
63. Miller K, Rasmussen A. The mental health of civilians displaced by armed conflict: an ecological model of refugee distress. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2016;1-10.