



trio.be

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ
ПРИНЦИПОВ № 3

Применение аудита с обратной связью, предполагающей высказывание оценок и отзывов медицинским работникам, как способ повышения качества и безопасности медико- санитарной помощи

Signe Agnes Flottorp, Gro Jamtvedt,
Bernhard Gibis, Martin McKee

**Применение аудита с обратной
связью, предполагающей
высказывание оценок
и отзывов медицинским
работникам, как способ
повышения качества
и безопасности медико-
санитарной помощи**

**Signe Agnes Flottorp, Gro Jamtvedt,
Bernhard Gibis, Martin McKee**

Краткое изложение принципов подготовлено для конференции "Инвестирование в кадровые ресурсы здравоохранения Европы завтрашнего дня: возможности для инноваций и сотрудничества" (Ла-Юльп, 9–10 сентября 2010 г.), которая была организована в рамках председательства Бельгии в ЕС.

Ключевые слова:

PATIENT CARE – standards

QUALITY ASSURANCE, HEALTH CARE – standards

SAFETY MANAGEMENT

HEALTH PERSONNEL

FEEDBACK

MEDICAL AUDIT

OUTCOME ASSESSMENT (HEALTH CARE)

© Всемирная организация здравоохранения, 2010 г., и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2010 г.

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и представление материалов в ней ни в коем случае не подразумевают выражения какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ или пределов. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности 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. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Применение аудита с обратной связью, предполагающей высказывание оценок и отзывов медицинским работникам, как способ повышения качества и безопасности медико-санитарной помощи

Содержание	Страница
Основные положения	iv
Резюме	vi
1 Введение	1
2 Аудит с обратной связью как элемент стратегии повышения эффективности работы и обеспечения качества и безопасности в системах медико-санитарной помощи в Европе	2
3 Что нам известно об эффектах различных способов применения аудита с обратной связью?	14
4 Как решить, следует ли – и каким образом – проводить аудит с обратной связью	30
5 Заключительные замечания	35
Библиография	37
Приложения	42

Авторы

Signe Agnes Flottorp, Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, Осло, Норвегия и Department of Public Health and Primary Health Care, University of Bergen, Берген, Норвегия

Gro Jamtvedt, Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, Осло, Норвегия и Centre for Evidence Based Practice, Bergen University College, Берген, Норвегия

Bernhard Gibis, директор, Department for service contracts and pharmaceuticals, National Association of Statutory Health Insurance Physicians, Берлин, Германия

Martin McKee, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Лондон, Соединенное Королевство, и Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Основные положения

- В настоящее время имеются многочисленные фактические данные, показывающие, что существует разрыв между медико-санитарной помощью, которую получают больные, и той практикой, которая рекомендуется в руководствах и стандартах. И в первичной, и во вторичной помощи наблюдаются неоправданные расхождения в практике и в достигаемых исходах помощи, которые нельзя объяснить особенностями больных.
- Хотя примеры того, какие меры принимаются для решения этой проблемы, во всех 53 государствах Европейского региона Всемирной организации здравоохранения найти сложно, в 27 государствах-членах Европейского Союза такие меры существуют. Однако по своему характеру и степени реализации эти меры существенно различаются между собой.
- Аудит с обратной связью определяется как "любой отчет о клиническом эффекте медико-санитарной помощи за определенный период времени, предназначенный для предоставления медицинским работникам информации, позволяющей им оценить выполнение своих профессиональных функций и внести в него соответствующие изменения". Это общий термин, который используется для описания некоторых мер, применяемых для улучшения профессиональной практики.
- Аудит с обратной связью может проводиться при всех формах организации медико-санитарной помощи и охватывать всех медицинских работников, либо исполняющих индивидуальные профессиональные действия, либо действующих в составе многопрофильных бригад.
- В практическом плане медицинские работники могут получить оценку и отзывы о качестве выполнения своих профессиональных функций из анализа данных, собранных в процессе повседневной работы. Медицинские работники, охваченные аудитом с обратной связью, могут работать либо в составе бригады, либо индивидуально, в первичном, вторичном или третичном звене медико-санитарной помощи.
- Казалось бы, медицинские работники, получив отзывы о том, что их клиническая практика не соответствует практике коллег равного с ними статуса или общепринятым руководствам, должны понять, что им необходимо изменить свою практику, однако на самом деле так бывает не всегда.

- Имеющиеся фактические данные свидетельствуют о том, что аудит с обратной связью может приводить к улучшению профессиональной практики, но обычно этот положительный эффект колеблется в пределах от незначительного до умеренного. Тем не менее, в зависимости от конкретных условий, даже этот незначительный эффект можно считать успехом, особенно если при этом будет показано благоприятное соотношение затрат и результатов.
- Преимущества аудита с обратной связью и сопутствующих ему мер проявляются с наибольшей вероятностью тогда, когда существующая практика наименее всего соответствует желаемому и когда обратная связь осуществляется наиболее интенсивно.
- Даже основываясь на наилучших имеющихся фактических данных, невозможно дать каких-либо однозначных рекомендаций о наилучшем способе внедрения аудита с обратной связью в повседневную практику. Однако в решениях о том, можно ли применить такой подход для улучшения профессиональной практики и как это сделать, следует руководствоваться прагматизмом и исходить из местных обстоятельств. Такой подход может быть уместен, например, при следующих сценариях: известно (или предполагается), что уровень соблюдения руководств или желательной практики изначально низок; провести аудит вполне возможно и связанные с ним расходы по сбору данных невелики; данные, собираемые в обычном порядке, достоверны и пригодны для использования при проведении аудита; улучшения качества в пределах от незначительных до умеренных будут признаны приемлемыми и оправдывающими потраченные усилия.
- Расходы на проведение аудита с обратной связью чрезвычайно изменчивы и определяются местными условиями, в том числе наличием надежных данных, собираемых на постоянной основе, и расходами на кадровые ресурсы.
- Следует регулярно проводить мониторинг эффекта аудита с обратной связью (как с дополнительными мерами вмешательства, так и без них) путем проверки профессиональной деятельности после проведенного аудита.

Резюме

Аудит с обратной связью как элемент стратегии повышения эффективности работы и обеспечения качества и безопасности в системах медико-санитарной помощи в Европе

В настоящее время многочисленные фактические данные по каждой из стран, где такие данные собирались, свидетельствуют о том, что существует разрыв между медико-санитарной помощью, которую получают больные, и той практикой, которая рекомендуется в руководствах и стандартах. И в первичной, и во вторичной помощи наблюдаются неоправданные расхождения в практике и в достигаемых исходах помощи, которые нельзя объяснить особенностями больных. Определить, в какой степени меры для решения этой проблемы принимаются во всех 53 государствах Европейского региона Всемирной организации здравоохранения, сложно, но в каждом из 27 государств-членов Европейского Союза можно найти конкретные примеры таких мер. В частности, наблюдается растущий интерес к применению аудита с обратной связью в отношении медицинских работников.

Аудит с обратной связью определяется как "любой отчет о клиническом эффекте медико-санитарной помощи за определенный период времени, предназначенный для предоставления медицинским работникам информации, позволяющей им оценить выполнение своих профессиональных функций и внести в него соответствующие изменения". На практике медицинские работники, работающие либо индивидуально, либо в составе бригады, получают информацию о качестве выполнения своих профессиональных функций из анализа данных, взятых из их собственной повседневной профессиональной деятельности. Аудит с обратной связью предназначен для улучшения качества выполнения профессиональных функций и повышения тем самым качества медико-санитарной помощи и безопасности пациентов. Казалось бы, медицинские работники, получив отзывы о том, что их клиническая практика не соответствует практике коллег равного с ними статуса или общепринятым руководствам, должны понять, что им необходимо изменить свою практику, однако на самом деле так бывает не всегда.

Информацию, содержащую оценку и отзывы, можно подавать в порядке обратной связи различными способами, которые классифицируются по получателям, форматам, источникам, частоте, продолжительности и содержанию обратной связи. Механизмы аудита с обратной связью могут применяться отдельно или вместе с другими вмешательствами. В большинстве исследований, посвященных эффективности аудита с обратной связью, эти механизмы

рассматриваются как часть многопланового вмешательства, часто в сочетании с образовательными мероприятиями.

В системах здравоохранения Европы существует много способов применения механизмов аудита с обратной связью – от обязательных программ, осуществляемых государственными органами, до добровольных инициатив профессиональных объединений (осуществляемых в порядке саморегулирования). Система аудита может быть построена по принципу "сверху вниз" или "снизу вверх" или представлять собой сочетание того и другого. Аудит с обратной связью может быть внутренним, то есть осуществляться местными группами практикующих специалистов, или внешним, то есть осуществляться профессиональными организациями, группами исследователей или государственными структурами.

Что нам известно об эффектах различных способов применения аудита с обратной связью?

Представленные в данном "Кратком изложении принципов" материалы в значительной степени основаны на систематическом обзоре эффективности аудита с обратной связью как средства изменения клинической практики и на обзоре примеров применения аудита с обратной связью в клинической практике. Из этого были выделены следующие основные принципы и определены основные используемые стратегические подходы:

- Могут применяться различные типы механизмов аудита с обратной связью, различающиеся между собой по таким признакам, как:
 - уровни ответственности и участия;
 - обязательный или добровольный подходы;
 - подходы, инициированные и руководимые медицинскими работниками/ профессиональными организациями или органами здравоохранения;
 - способы мониторинга или аудита практики;
 - получатели (например, отдельные работники или группы);
 - источники информации с оценкой и отзывами в порядке обратной связи (например, руководитель, старший коллега, организация по проверке соблюдения профессиональных норм и стандартов, представитель нанимателя или покупателя услуг, лица, ведущие расследование);
 - форматы обратной связи (например, в устной или письменной форме);

частота, продолжительность или содержание (например, информация о больных, такая как кровяное давление или результаты анализов, соответствие стандартам или руководствам, сравнения с другими работниками равного статуса или информация о расходах, количестве выписанных рецептов или назначенных анализов);

представление данных об отдельных работниках или группах может дополняться информацией о том, на каком уровне находятся отдельные работники, и/или конкретными рекомендациями о том, что нужно изменить в практике работы.

- Аудит с обратной связью может применяться в сочетании с системами экономических стимулов или возмещения затрат, например, финансированием на основании достигнутых результатов или системами оплаты в зависимости от производительности и качества.
- Аудит с обратной связью может быть предусмотрен системой управления или законодательного регулирования или применяться в процессе аккредитации или оценки организаций.
- Данные о качестве выполнения профессиональных функций и исходах лечения больных можно доводить до сведения общественности.

Оценке эффективности аудита с обратной связью были посвящены несколько систематических обзоров. Из них вырисовывается противоречивая картина: одни оценки указывают на положительные результаты, а другие – нет. Поэтому наиболее важные уроки этих обзоров для политики заключаются в том понимании, которое они дают относительно того, какой подход достигает положительного эффекта и при каких обстоятельствах. Но даже и в этом отношении выводы из этих обзоров достаточно противоречивы.

В систематическом обзоре 118 исследований оценивалось влияние аудита с обратной связью на практику медицинских работников и на исходы лечения больных. В большинстве исследований применялись разные вмешательства, охватывались разные группы медицинских работников, и ограничены они были Северной Америкой и Западной Европой. Кроме этого, во многих исследованиях сообщалось о множественных результатах, хотя большинство из них были показателями процесса, такими как назначение лечения или пользование лабораторными анализами. При анализе классифицировались такие параметры, как интенсивность аудита с обратной связью, сложность поведения, взятого в качестве объекта аудита, серьезность результата аудита и исходный уровень соблюдения стандартов.

Результаты обзора показывают, что аудит с обратной связью может вести к повышению качества выполнения профессиональных функций поставщиками медико-санитарной помощи. Его эффект обычно бывает умеренный или незначительный. Важно, что наибольшие возможности для улучшения бывают в тех случаях, когда существующая практика наименее всего соответствует желательной. В то же время следует отметить низкое качество фактических данных, подтверждающих эти результаты (как это часто случается в области принятия мер по повышению качества).

Таким образом, аудит с обратной связью включает самые разнообразные меры. Такие характеристики, как тип вмешательства (только аудит с обратной связью, аудит с обратной связью в комплексе с образовательными или многоплановыми мерами), сложность поведения, взятого в качестве объекта аудита, качество исследования и серьезность результата, не позволяют объяснить различия в эффектах в разных исследованиях. В настоящее время нет никаких оснований для вывода о том, что оценка в сравнении с коллегами равного статуса является более эффективной или менее эффективной, чем просто аудит с обратной связью.

Как решить, следует ли – и каким образом – проводить аудит с обратной связью

Результаты исследований, представленных в данном "Кратком изложении принципов", показывают, что аудит с обратной связью можно применять практически при всех формах организации медико-санитарной помощи. Для проведения аудита с обратной связью нужны ясные цели и тщательный анализ конкретной среды, в которой предоставляется медико-санитарная помощь, особенно если такой подход осуществляется в комплексе со стимулами или санкциями или если он осуществляется в обязательном порядке. Убедительных доказательств того, что такие комплексы мер позволяют значительно улучшить исходы и, следовательно, качество оказываемой медико-санитарной помощи, по-прежнему нет. В будущем необходимые доказательства могут быть получены из опыта реализации некоторых крупных инициатив в некоторых странах Европы.

Из обзоров, анализируемых в данном документе, можно вывести следующие основные тезисы для руководителей высшего звена.

- Несмотря на фактические данные, полученные из систематических обзоров более 100 исследований, посвященных аудиту с обратной связью, информации для обоснования решений о том, следует ли прибегать к аудиту с обратной связью, и если да, то как лучше это сделать, по-прежнему мало. Однако, если аудит с обратной связью

все же необходим, он, вероятно, будет более эффективным при низком исходном уровне соблюдения норм и правил и при высокой интенсивности обратной связи.

- Качественные исследования указывают на то, что обратная связь более эффективна, когда информация с оценкой сообщается своевременно, когда она носит индивидуальный характер, не влечет за собой наказания и позволяет принять практические меры по устранению недостатков, то есть помогает медицинскому работнику понять, что нужно сделать для того, чтобы улучшить свою практику. В тех случаях, когда акцент в сообщаемой информации делается на получателе отзыва, а не на конкретных предложениях об улучшении работы, эффект обратной связи меньше.
- Затраты на проведение аудита с обратной связью чрезвычайно изменчивы и зависят от конкретных местных условий, в том числе от того, имеются ли достоверные регулярно собираемые данные, и от стоимости кадровых ресурсов.
- При расширении масштабов вмешательств важнейшее значение для сохранения их эффективности имеет обеспечение надлежащей поддержки программ аудита с обратной связью.
- Аудит с обратной связью может использоваться в качестве одной из составляющих многоплановой стратегии повышения качества медико-санитарной помощи. К числу примеров относится сочетание инициатив по управлению качеством с аудитом с обратной связью, позволяющее замкнуть цикл повышения качества (планирование – осуществление – проверка – действие), или поддержка механизмов действий через группы коллег равного статуса, таких как кружки повышения качества, когда высказываемые отзывы могут служить основой для дискуссий по поводу достигнутых и желаемых уровней качества медико-санитарной помощи.
- При принятии решений о том, следует ли использовать для улучшения профессиональной практики аудит с обратной связью, и если да, то как именно, нужно руководствоваться прагматизмом и учитывать местные обстоятельства. Такой метод может быть уместен, например, при следующих сценариях: известно (или предполагается), что уровень соблюдения руководств или желательной практики изначально низок; провести аудит вполне возможно и связанные с ним расходы по сбору данных невелики; данные, собираемые в обычном порядке, достоверны и пригодны для использования при проведении аудита; улучшения качества в пределах от незначительных до умеренных будут признаны

приемлемыми и оправдывающими потраченные усилия (особенно в тех случаях, когда существуют возможности добиться улучшения качества при благоприятном соотношении затрат и результатов).

- Следует регулярно проводить мониторинг эффекта аудита с обратной связью (как с дополнительными мерами вмешательства, так и без них) путем проверки профессиональной деятельности после проведенного аудита.

1 Введение

Всегда считалось, что единственным человеком, кто мог бы оценить клиническую практику отдельного практикующего врача, является сам врач. Традиционно клиническая практика в большой степени основывалась на интуиции и часто строилась на знаниях, полученных в университете много лет назад. В настоящее время такая точка зрения уже неприемлема, и среди медицинских работников широко распространилось – хотя пока и не стало всеобщим – признание пользы совместных разборов клинической практики, при которых клиническая практика оценивается в сравнении с фактическими данными о передовых методах работы, на основании оценки даются отзывы и при необходимости осуществляются изменения. Во многих странах этим процессом руководят медицинские работники, хотя существуют и другие заинтересованные партнеры. Например, структуры, финансирующие медико-санитарную помощь, заинтересованы в том, чтобы медицинские услуги, которые они покупают, были максимально высокого качества, а пациенты (в том числе и потенциальные) заинтересованы в том, чтобы предоставляемая им помощь была безопасной и эффективной.

В этом контексте клинический аудит определяется как "процесс повышения качества, направленный на улучшение медико-санитарной помощи и ее исходов для пациента посредством систематической оценки помощи на основании положительно сформулированных критериев и путем осуществления изменений. Производится отбор определенных аспектов структуры, процессов и исходов медико-санитарной помощи и проводится их систематическая оценка на основании положительно сформулированных критериев. Когда это необходимо, на индивидуальном уровне, на уровне бригады или службы осуществляются изменения, и для подтверждения улучшений в оказании медико-санитарной помощи организуется последующий мониторинг" (1). С учетом всего этого и принимая во внимание так называемый "цикл аудита", аудит с обратной связью может рассматриваться как единый метод и определяться как "любой отчет о клиническом эффекте медико-санитарной помощи за определенный период времени, предназначенный для предоставления медицинским работникам информации, позволяющей им оценить выполнение своих профессиональных функций и внести в него соответствующие изменения" (2).

Мы знаем, что медицинские работники не вполне подходят для того, чтобы давать точную оценку своей собственной работе. Поэтому в основе метода аудита с обратной связью лежит идея о том, что качество и безопасность медико-санитарной помощи можно повысить, если предоставить медицинским работникам информацию о клинической

эффективности их работы – в идеале в сочетании с конкретными советами – что позволит им правильно оценить и скорректировать выполнение своих профессиональных функций.

Хотя изучению эффективности систем аудита с обратной связью было посвящено много отдельных исследований и систематических обзоров, а также обзоров осуществления таких подходов в странах Европейского Союза (ЕС), Европейского экономического пространства и в Швейцарии, эти материалы до сих пор не были сведены в единый документ, предназначенный для высшего руководства. Данное "Краткое изложение принципов" позволит восполнить этот пробел. В начале документа будут рассмотрены причины, объясняющие, почему так важно принять меры для обеспечения качества и безопасности медико-санитарной помощи, и будет дан общий обзор потенциальной роли, которую могли бы играть в этом деле механизмы аудита с обратной связью. В документе будут представлены результаты исследований, говорящие в пользу целого ряда распространенных вариантов аудита с обратной связью, проанализированы условия, в которых применяется аудит с обратной связью, а также рассмотрены факторы, которые необходимо принимать во внимание, чтобы обеспечить максимальную эффективность этих мер.

2 Аудит с обратной связью как элемент стратегии повышения эффективности работы и обеспечения качества и безопасности в системах медико-санитарной помощи в Европе

2.1 Разрывы между передовой практикой и медико-санитарной помощью, которую получают больные

В настоящее время многочисленные фактические данные по каждой из стран, где такие данные собирались, свидетельствуют о том, что существует разрыв между медико-санитарной помощью, которую получают больные, и той практикой, которая рекомендуется в руководствах и стандартах (3,4,5,6). И в первичной, и во вторичной помощи наблюдаются неоправданные расхождения в практике – и в достигаемых исходах помощи – которые нельзя объяснить особенностями больных (7,8,9). Также есть много примеров того, как оказанная медико-санитарная помощь подвергала пациентов ненужному риску или даже вредным вмешательствам.

Одним из факторов является сложность усвоения имеющейся информации. За последние четыре десятилетия объем исследований в области медицины неимоверно возрос. Сегодня просто немыслимо,

чтобы отдельно взятый медицинский работник мог угнаться за этим ростом объема знаний. Однако за это время был достигнут значительный прогресс в генерировании, анализе и синтезе научных данных о качестве помощи. Для тех, кто работает в системах здравоохранения на всех уровнях, в наше время имеются синтезированные фактические данные и особенно систематические обзоры, которые используются при оценках технологий здравоохранения и при подготовке руководств, основанных на фактических данных, откуда можно почерпнуть знания об оптимальных стандартах медико-санитарной помощи (10, 11). Тем не менее, до сих пор сохраняется разрыв между той практикой, которая является заведомо эффективной и должна применяться, и тем, что делается в реальной жизни (5, 12, 13, 14, 15). Поэтому системы аудита с обратной связью должны основываться на наилучших имеющихся фактических данных о реально действенных мерах вмешательства.

Еще один фактор связан со способностью оценивать собственную практику. Систематические обзоры показывают, что медицинские работники не всегда могут давать точную оценку своей работе (16, 17). Хотя определенные меры вмешательства, которые могут помочь им в этом, и существуют, Davis и соавторы (17), проанализировав имеющиеся фактические данные, пришли к выводу, что тут может понадобиться вмешательство извне.

2.2 Качество медико-санитарной помощи: определения и аспекты

Определения качества помощи предлагались самыми разными организациями и в них использовались различные термины, обозначения и модели (18). Для целей данного "Краткого изложения принципов" взято определение, которое было принято Советом Европы: "Под качеством медико-санитарной помощи понимается степень, в которой предоставленное лечение повышает шансы больного на достижение желаемых результатов и снижает шансы наступления нежелательных результатов с учетом современного состояния знаний" (19). Данное определение основывается на более ранних работах, в частности, на исчерпывающем обзоре 1990 г., проведенном Институтом медицины Соединенных Штатов Америки (20).

Понятие качества помощи было пущено в оборот в отношении некоторых частично дублирующих друг друга аспектов, таких как эффективность, рациональность, доступность, безопасность, справедливость, уместность, своевременность, приемлемость, отзывчивость к потребностям пациентов или ориентация на интересы и личность больного, удовлетворенность, улучшение здоровья и преемственность помощи (18).

2.3 Управление и регулирование

С точки зрения необходимости внедрения мер по обеспечению качества медико-санитарной помощи, какие механизмы управления наиболее благоприятствуют этому? В своем анализе авторы из Австралии (21) предлагают концепцию "чуткого регулирования", согласно которой подход к нормативному регулированию может по мере необходимости ужесточаться – от "мягких" инструментов переходить к "жестким" и вначале применять "пряник", а уж потом "кнул". Авторы иллюстрируют эту концепцию с помощью пирамиды регулирования, состоящей из четырех уровней. Основу пирамиды образуют рыночные механизмы (например, выплаты для стимулирования повышения качества или опубликование таблиц индивидуальных достижений). Выше располагаются саморегулирование и добровольные действия (например, клинические протоколы, сравнение с эталоном, индикаторы/целевые показатели выполнения профессиональных функций), за которыми следует метарегулирование (системы обязательного непрерывного улучшения или информирования о происшествиях). Наконец, вершиной пирамиды является командно-административная система (уголовная ответственность, подтверждение диплома врача). На основании проведенного анализа авторы выступают в поддержку сетевого принципа управления, противопоставляя его государственным мерам, исходящим сверху. Они считают необходимым добавить к этому метарегулирование, при котором саморегулирование контролируется внешней третьей стороной. При таком подходе возникает наибольшая вероятность добиться того, чтобы у поставщиков медико-санитарной помощи были внедрены действенные программы обеспечения безопасности и качества, и поощряются ожидания непрерывных улучшений и культура безопасности.

Традиционно организации сектора здравоохранения предпочитают стратегии внутреннего, а не внешнего регулирования (21). Многие меры по обеспечению качества, такие как непрерывное повышение качества, информирование о происшествиях, сравнение с эталоном, показатели качества выполнения профессиональных функций, клинические протоколы или взаимные проверки качества, принимались добровольно. Однако при добровольном подходе организация, такая как больница, воспринимается так, будто она существует изолированно от окружающих ее условий, хотя действия больницы и поведение ее сотрудников являются продуктами как воздействия внешних факторов, так и организационной структуры и культуры данного учреждения. Если внешняя среда не порождает стимулов к повышению безопасности и качества, то у больницы может не быть особых причин стремиться к повышению качества своей деятельности. С другой стороны, внешнее

давление и контроль, осуществляемый сверху, без привлечения медицинских работников, не приведут к улучшению помощи больным в системах здравоохранения.

2.4 Оценка качества медико-санитарной помощи

Donabedian (22), почитаемый всеми как один из пионеров концептуализации качества медико-санитарной помощи, основываясь на концепциях, заимствованных из области промышленного производства, различал структуру, процесс и исход. Он утверждал, что "хорошая структура повышает вероятность хорошего процесса, а хороший процесс повышает вероятность хорошего исхода". Раньше меры по повышению качества традиционно были направлены на структуры, такие как системы, предназначенные для признания профессиональной квалификации и опыта, санкционирования лекарств и медицинского оборудования, а также аттестации качества помещений. В последнее время акцент сместился на создание способов оценки процессов и исходов.

Важно оценивать и процессы, и исходы. В случаях, когда исходы (например, выживаемость при раке) становятся видны только спустя длительное время, или когда различия в исходах между превосходной и плохой медико-санитарной помощью невелики, или же когда речь идет о лечении редкого заболевания, показатели процесса могут быть более чувствительными и конкретными, чем данные об исходе (23,24). В последние годы отмечается заметный рост как спектра показателей процессов и исходов, так и понимания их сильных и слабых сторон. Хотя их применение в обыденной клинической практике учащается, во многих странах оно пока остается ограниченным. Обзор осуществляемых в настоящее время проектов выработки показателей для оценки работы больниц во всем мире показал, что существуют большие различия в их исходных принципах, сфере применения и охвате, которые проявляются как различия в участии, оглашении результатов и оцениваемых аспектах работы больниц (25).

Хотя многие удачные проекты оценки качества проводились еще до наступления компьютерной эры (например, проведенное в Соединенном Королевстве конфиденциальное расследование материнской смертности (26)), существенным препятствием для более широкого внедрения показателей клинических процессов и исходов лечения является несовершенная инфраструктура данных, призванная служить опорой для оценки. С точки зрения использования электронных систем для управления основными процессами, сектор здравоохранения отстает от большинства современных секторов (27).

Перед проведением оценки клинических процессов необходимо выяснить следующие вопросы (28):

- Что нужно оценивать?
- Имеется ли необходимая информация?
- Как можно определить подходящую выборку больных?
- Какой должен быть размер выборки?
- Как будет осуществляться сбор информации?
- Как будет интерпретироваться собранная информация?

Ответы на эти вопросы следует искать в фактических данных о том, какая медико-санитарная помощь является эффективной и подходящей, и для кого. В идеале это должно принять вид руководства, основанного на фактах, полученных из систематических обзоров фактических данных. Спектр возможных показателей огромен и зависит от рассматриваемой проблемы. Исходы могут включать различные общие и специфические для конкретной болезни показатели статуса здоровья больного (в идеале оцениваемые до лечения и через подходящий промежуток времени после него), физиологические показатели (например, такие, как используются для мониторинга контроля диабета) и, наконец, смертность. Показатели процесса могут включать, например, процент правильных назначений лечения или частоту проведения исследований (что подразумевает ясное понимание того, что является правильным). Данные могут собираться из обычных источников, таких как компьютеризованные системы информации о больных, или посредством проведения специальных мероприятий по сбору данных. В некоторых странах в обыденную практику включаются показатели исходов со слов самих больных – например, в Соединенном Королевстве такие показатели разработаны и внедрены и в Национальную службу здравоохранения, и в частный сектор. Однако такие примеры до сих пор являются редкостью.

Еще одним важным источником являются медицинские учетные записи. Большой опыт использования выписок из учетных записей имеется в Соединенных Штатах, но в Европе такого опыта намного меньше. Для того, чтобы рассчитать размер выборки, который даст значимые результаты, очень важно знать ожидаемую вариабельность любого объекта оценки. Если речь идет о редких исходах, то может потребоваться выборка чрезвычайно большого размера, из чего следует, что более подходящими будут показатели промежуточных процессов. Наконец, потребуются значительные навыки (как медицинские, так и связанные с исследованиями в области услуг здравоохранения) для интерпретации данных.

2.5 Стратегии обеспечения качества медико-санитарной помощи в ЕС

Деятельностью, направленной на повышение качества медико-санитарной помощи и безопасности пациентов, занимаются отдельные медицинские работники и группы специалистов во многих странах Европы, хотя в том, в какой степени эта деятельность выходит за рамки небольшой группы энтузиастов и включена в повседневную практику системы здравоохранения, имеются большие различия (18). На эту деятельность, в свою очередь, влияют несколько национальных и международных организаций. К самым влиятельным из них относятся Институт медицины и Объединенная комиссия по аккредитации организаций медико-санитарной помощи в Соединенных Штатах Америки, а также Международное общество качества медико-санитарной помощи, Европейское общество качества медико-санитарной помощи, Совет Европы и Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. Важную роль в синтезе фактических данных, на которых основывается оценка качества медико-санитарной помощи, сыграло Кокрановское сотрудничество. В частности, Кокрановская группа по эффективной практике и организации медико-санитарной помощи опубликовала несколько обзоров, посвященных эффективности стратегий изменения клинической практики и обеспечения качества помощи.

В 1995 г. Совет Европы учредил комитет экспертов для изучения проблемы качества медико-санитарной помощи. В его докладе под названием "Dimensions of Quality Improvement Systems" ["Аспекты систем повышения качества"] (19) была предложена основа для сравнения мероприятий, осуществляемых в различных странах. В 1998 г. министры здравоохранения договорились о сотрудничестве в области качества в секторе здравоохранения. Федеральное министерство по здравоохранению и делам женщин Австрии опубликовало краткое изложение политики в области качества в государствах-членах ЕС, за которым в 2001 г. последовало аналогичное краткое изложение мероприятий и политики в государствах, которые тогда были кандидатами в члены ЕС. В мае 2000 г. ЕС утвердил новую политику здравоохранения, в которой учитывались результаты анализа, проведенного в 1998 г. (18).

В Европейском союзе обязанность по обеспечению медико-санитарной помощи лежит на отдельных государствах-членах. Европейский суд, применяя принцип взаимного признания его решений, подтвердил принцип, в соответствии с которым услуги здравоохранения, которые предоставляются в соответствии с национальным законодательством в любом государстве ЕС, должны быть надлежащего качества. Тем не менее, подход к качеству в разных странах Европы применяется разный; часто это объясняется историческими причинами и отражает разные

факторы: например, являются ли врачи государственными служащими, работа которых подлежит надзору со стороны государства, или же они считают себя представителями свободной профессии, требующей высокой степени профессиональной автономии (18).

Такая ситуация порождает фундаментальное противоречие (18). Тогда как в целом ряде европейских договоров четко указано, что медико-санитарная помощь является сферой ответственности государств-членов, оказание медико-санитарной помощи затрагивает людей, товары и услуги, на которые распространяется юрисдикция Европейского Союза. Таким образом, существует широкий спектр законодательства, касающегося качества медико-санитарной помощи, который охватывает вопросы, решаемые исключительно на уровне ЕС, вопросы, по которым некоторые или все страны приняли общие решения, и, наконец, вопросы, которые решаются исключительно на местном уровне. То же самое можно сказать и об инициативах, разработанных поставщиками медико-санитарной помощи: диапазон подходов в них колеблется от чисто местных до тех, что приняты во многих странах.

Хотя многие элементы, необходимые для оказания высококачественной медико-санитарной помощи, регулируются европейскими стандартами, например, лицензирование фармацевтических средств и определенных технических аспектов медицинских технологий, все еще требуется сделать очень многое для того, чтобы граждане ЕС могли быть уверены в том, что любая помощь, которую они получают в своей стране или в другом государстве-члене ЕС, будет безопасной и качественной.

Подводя итоги своих исследований, Legido-Quigley и его коллеги (18) сделали вывод о том, что различия между государствами-членами ЕС и внутри самих государств с точки зрения принятых подходов и степени реализации законодательных мер по обеспечению качества помощи в определенной степени отражают существующую в каждой стране преобладающую точку зрения о том, разумно ли считать качество медико-санитарной помощи предметом законодательного регулирования или же регулирования с помощью других мер, таких как добровольные соглашения. Эта точка зрения определяется существующими в стране условиями, и отсутствие соответствующего законодательства не обязательно является недостатком.

Кроме того, в зависимости от состояния законодательства и стратегий в области качества медико-санитарной помощи, не считая положений, которые являются едиными для всего ЕС (например, касающихся лицензирования лекарственных средств и профессиональной квалификации), эти авторы также разделили государства-члены на три широкие категории. В первую категорию входят страны, не имеющие

положительно сформулированного законодательства о качестве медико-санитарной помощи или национальной стратегии в области качества (Болгария, Венгрия, Греция, Кипр, Латвия, Люксембург, Мальта, Польша, Португалия, Румыния, Словакия и Эстония). Хотя в этих странах осуществляются определенные инициативы, они не распространяются систематически на уровень страны. Во вторую категорию входят страны, которые лишь недавно либо приняли законодательство, либо начали осуществление политики в области качества медико-санитарной помощи (Ирландия, Литва, Словения и Чешская Республика). Третья категория включает страны с давней традицией законодательного регулирования и/или принятия стратегий в отношении качества медико-санитарной помощи. В последней категории выделяются две подгруппы: страны, где крупные реформы не планировались (Германия, Испания, Италия, Финляндия, Франция и Швеция), и страны, в которых крупные реформы планировались или осуществлялись по причине осознания некоторых недостатков, присущих существующим системам (Австрия, Бельгия, Дания, Нидерланды и Соединенное Королевство/Англия).

Уровень развития систем аудита или мониторинга клинической практики (в которых используются надежные и подходящие данные, взятые из повседневной практики оказания помощи) в разных странах разный; это же можно сказать и о том, каким образом данные используются и передаются в порядке обратной связи тем, к кому они относятся.

2.6 Аудит с обратной связью как инструмент повышения качества и безопасности медико-санитарной помощи

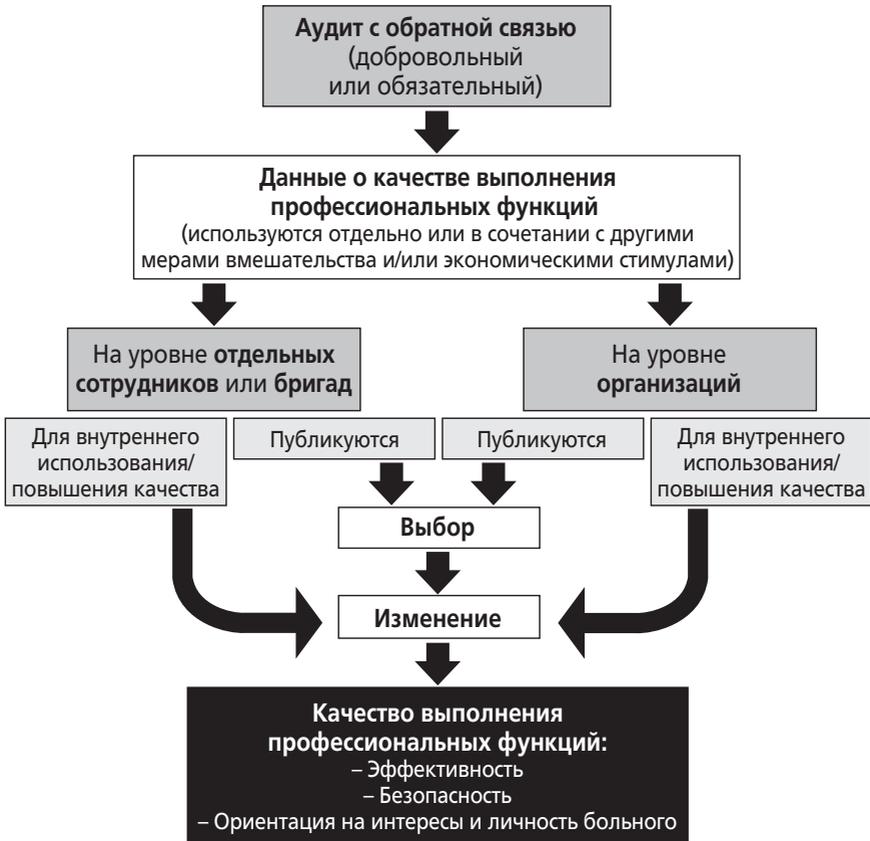
Аудит с обратной связью как система, предназначенная для повышения и качества, и безопасности медико-санитарной помощи, может применяться многими различными способами. Во-первых, в зависимости от интересов тех, кто проводит аудит, и от имеющейся информации могут различаться аспекты профессиональной деятельности, являющиеся объектом аудита. Например, объектом аудита может стать назначение лечения при конкретных заболеваниях или расстройствах здоровья, назначение анализов, профилактические меры, навыки коммуникации или соблюдение клинических руководств по определенным заболеваниям. Во-вторых, аудит может основываться на получаемых в обычном порядке данных из электронных историй болезни или медицинских реестров или на данных, которые медицинские работники собирают специально для этой цели в порядке своеобразного обследования. Другие виды аудита могут основываться на видеонаблюдении, прямом наблюдении или структурированном наблюдении, проводимом коллегами равного статуса или "мнимыми пациентами".

Обратная связь может различаться по типу получателей (отдельные лица или группа), формату (в устной или письменной форме), источнику (руководитель, старший коллега, организация по проверке соблюдения профессиональных норм, представитель нанимателя или покупателя услуг, органы или лица, проводящие расследование), по частоте, продолжительности и содержанию (информация о больных, например, кровяное давление или результаты анализов, соблюдение норм или руководств, сравнения с коллегами равного статуса или информация о затратах, количестве назначений лечения или назначенных анализов). Механизмы аудита с обратной связью могут использоваться изолированно или вместе с другими мерами вмешательства. На практике в большинстве исследований эффектов аудита с обратной связью эта система рассматривалась как составляющая многопланового вмешательства, которая часто сочетается с мероприятиями образовательного характера.

Аудит с обратной связью предназначен для улучшения профессиональной деятельности и, следовательно, для повышения качества оказания медико-санитарной помощи, ухода и безопасности больных. Традиционно этот подход применяется в отделениях, где оказываются услуги, в качестве внутреннего мероприятия. В некоторых случаях система аудита с обратной связью увязывается с финансовыми мерами, например, в рамках системы оплаты за качество выполнения профессиональных функций (см. раздел 3.3). Она также может входить в систему регулирования, где ее используют для аккредитации или оценки организаций. На рис. 1 иллюстрируются различные способы организации аудита с обратной связью, а также описываются возможные способы действия системы.

В системах здравоохранения в Европе существует много способов применения механизмов аудита с обратной связью – от обязательных программ, осуществляемых государственными органами, до добровольных инициатив профессиональных объединений (осуществляемых в порядке саморегулирования). Система аудита может быть построена по принципу "сверху вниз" или "снизу вверх" или представлять собой сочетание того и другого. Система аудита с обратной связью может быть внутренней, то есть применяться местными группами практикующих специалистов, или внешней, то есть осуществляться профессиональными организациями, группами исследователей или государственными структурами. Эти различные подходы иллюстрируются примерами из опыта некоторых стран.

Рис. 1. Модель аудита с обратной связью



Источник: адаптировано из (29).

Амбулаторная помощь: Национальная служба здравоохранения, Соединенное Королевство

В 2004 г. в Соединенном Королевстве центральное правительство инициировало программу повышения качества ведения общей практики, предусматривающую новый подход к оплате труда врачей общей практики. В настоящее время так называемая "Система качества и результатов" включает 138 показателей, охватывающих административные и клинические области работы общей практики. При достижении целевых показателей повышение зарплаты врачей общей практики может достигать до 25%.

Хотя затраты на осуществление этой инициативы оказались выше, чем предполагалось (1,76 миллиарда фунтов стерлингов, или 2,14 миллиарда евро), она считается успешной. Однако была высказана критика по поводу преемственности медико-санитарной помощи и игнорирования клинических областей, для которых не были установлены показатели. Представители сестринской профессии жаловались на то, что новая система не предусматривает вознаграждения медсестер, работающих в общей практике. "Система качества и результатов" является примером того, как увеличение финансирования может быть увязано с инициативами по повышению качества. Дополнительную информацию см. на <http://www.qof.ic.nhs.uk/>.

Специализированная помощь: программа "Visitatie", Нидерланды

В конце 80-х гг. прошлого века научные медицинские организации Нидерландов начали реализацию программы взаимных оценок, предусматривающей проведение один раз в 3–5 лет посещения места работы медицинских работников – "Visitatie", или "визит". Особый упор в ходе оценки делается на условия оказания качественной медико-санитарной помощи больному (ведение практики) и систематическое обеспечение качества и улучшение этой помощи (система управления качеством). В обновленной модели "Visitatie" введенный в компьютерную систему "профиль профессионального качества" позволяет получить подробную картину учреждений специализированной медико-санитарной помощи. Ведущей организацией в этой инициативе выступает Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (Голландский институт качества медико-санитарной помощи, <http://www.cbo.nl>), задача которого заключается в том, чтобы гарантировать правительству, общественности и страховым компаниям качество специализированной медико-санитарной помощи и демонстрировать достоинства профессионального саморегулирования. Поэтому "Visitatie" можно назвать примером того, как медицинские работники могут использовать аудит с обратной связью в качестве инструмента повышения качества. Дополнительную информацию см. на <http://www.cbo.nl/thema/visitatie> (на голландском языке).

Стационарная медико-санитарная помощь: BQS, Германия

После того, как в государственную систему стационарной помощи Германии была введена система классификации больных по клинико-диагностическим группам, вслед за ожидаемым снижением сумм возмещения, перечисляемых больницам, возникла обеспокоенность по поводу качества медико-санитарной помощи. По этой причине в 2001 г. был дан старт национальному проекту обязательной оценки всех немецких больниц по эталонным показателям, который включал 26 областей

оценки, в том числе показатели безопасности больных. В 2007 г. был введен обязательный порядок обнародования данных. Показатели были разработаны некоммерческой организацией на деньги негосударственных заинтересованных сторон (медицинских работников, представителей больных и экспертов больничных фондов). В 2008 г. в проекте приняли участие 1 730 больниц неотложной помощи, и полнота наборов данных (с перекрестной сверкой с требованиями о выплате возмещения) составила в 2009 г. 97,6%. Считается, что система обратной связи создает умеренные стимулы для принятия мер по повышению качества. На данный момент показатели касаются почти исключительно хирургических вмешательств, но в настоящее время система реформируется, что позволит расширить сферу ее применения. Дополнительную информацию см. на <http://www.g-ba.de> или www.bqs-outcome.de (оба источника на немецком языке).

Розничные аптеки: "мнимые пациенты"

В последние несколько десятилетий в исследованиях и аудите (оценке) все чаще применяется метод "мнимых пациентов". Первоначально "псевдопокупатели", "псевдоклиенты", "псевдопациенты", "мнимые пациенты", "стандартизированные пациенты" и "мнимые покупатели" завоевали популярность в сфере бизнеса и маркетинга, но в последнее время эта методика была адаптирована и для оценки качества практики и выполнения профессиональных функций работников сектора здравоохранения, а также для оценки поведения работников аптек.

Метод мнимого пациента все чаще используется в розничных аптеках для аудита и для управления качеством выполнения профессиональных функций. Специально подготовленные фармацевты играют роль пациентов, а потом комментируют действия своего коллеги. Для тех, кто играет роль покупателя-пациента, готовят стандартные ситуации, которые затрагивают такие аспекты практики, как самолечение, взаимодействие препаратов, препараты, назначенные впервые и т.д. Для оценки работы проверяемых используются единые критерии и стандартные руководства. Метод мнимых пациентов регулярно применяется ассоциациями, представляющими интересы фармацевтов, в Германии, Швеции, Дании, Финляндии, Бельгии и Нидерландах, где, как и в Ирландии и Турции, оценка проводится национальными регулирующими органами. Поскольку мнимым пациентам платят деньги и их обучают приемам наблюдательности, считается, что их отзывы будут более достоверными, чем отзывы обычных клиентов (если, конечно, предположить, что мнимые пациенты обладают типичными характеристиками обычных клиентов). И действительно, пока мнимый пациент воспринимается как настоящий, этот метод будет сохранять свою ценность как способ оценки.

В большинстве случаев аптекари получают отзывы сразу же после проведения оценки, хотя в Германии после посещения аптека иногда получает письмо с оценкой. Исследований, позволяющих судить о том, каково влияние посещений мнимых пациентов на качество выполнения отдельными работниками своих профессиональных функций, недостаточно, однако большинство организаций считают такой метод весьма действенным для повышения и поддержания эффективности выполнения фармацевтами своих профессиональных функций, а также для обеспечения высокого уровня аптечного обслуживания.

Бельгийская фармацевтическая ассоциация (Association Pharmaceutique Belge) разработала курс повышения профессиональной квалификации без отрыва от основной работы, который состоит из трех частей – учебного курса, посещения мнимым пациентом с представлением отзыва и образовательной программы без отрыва от работы с упором на те недостатки, которые были выявлены при посещении мнимым пациентом. Стоимость этой услуги оплачивают сами аптеки. В Дании Ассоциация датских аптек (Danmarks Apotekerforening) регулярно проводит посещения всех датских аптек мнимыми пациентами и оценивает их работу. Публикуемые результаты проверок различаются в зависимости от условий в каждой аптеке и от ситуации, которая была использована для оценки. В Нидерландах Голландская королевская фармацевтическая ассоциация (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie) ежегодно проводит конкурс, по итогам которого на основании результатов, полученных при посещениях мнимыми пациентами, присуждается награда "Аптека, лучшая в консультировании".

3 Что нам известно об эффектах различных способов применения аудита с обратной связью?

3.1 Альтернативные способы применения аудита с обратной связью

На основании систематических обзоров аудита с обратной связью и опыта различных способов его применения в клинической практике мы выделили следующие четыре варианта политики и процесса ее реализации:

1. Могут использоваться различные типы механизмов аудита с обратной связью, такие как:
 - аудиты с разными уровнями ответственности и участия (отдельные медицинские работники, бригада/группа/блок/отделение, больница/клиника, региональный, национальный уровень); обязательные механизмы или механизмы добровольного аудита, выполняемого профессиональными ассоциациями (саморегулирование);

- аудиты, инициируемые и/или возглавляемые медицинскими работниками/профессиональными организациями или органами здравоохранения;
 - аудиты с разными способами мониторинга или проверки практики (аудит, основанный на собираемых в обычном порядке данных из электронных историй болезни, на бумажных формах, которые заполняются вручную во время конкретных консультаций за более короткие периоды, на обследованиях больных, на взаимном аудите путем посещения практики коллегами равного статуса и т.д.);
 - аудиты с разными источниками обратной связи (руководитель, старший коллега, организация, проверяющая соблюдение профессиональных норм, представитель нанимателя/покупателя услуг, органы, проводящие расследование);
 - аудиты с разными форматами обратной связи (отчеты с отзывом и оценкой в электронном формате или на бумажных носителях, отчеты в устной форме или письменные, посылаемые по электронной или обычной почте, отчеты, представляемые в индивидуальном порядке или путем научного разъяснения/посещений для проведения индивидуальной работы на местах, взаимных проверок и т.д.);
 - аудиты, проводимые с разной частотой, продолжительностью и содержанием;
 - аудиты с использованием данных, которые могут анализироваться и сообщаться в порядке обратной связи на индивидуальном и/или групповом уровне;
 - сообщение в порядке обратной связи индивидуальных или групповых данных, которые могут дополняться информацией о нынешнем положении дел у конкретных лиц и/или конкретными рекомендациями в отношении изменения практики;
 - аудит с использованием единого "базового клинического журнала", включенного в электронную историю болезни, который может быть использован для облегчения аудита с обратной связью и мониторинга потока больных между первичным и вторичным звеньями медико-санитарной помощи.
2. Аудит с обратной связью может быть увязан с экономическими стимулами или схемами возмещения расходов, такими как финансирование по достигнутым результатам или система оплаты за качество выполнения профессиональных функций.

3. Аудит с обратной связью может быть частью принятой системы управления или регулирования и использоваться при аккредитации или оценках организаций.
4. Данные о качестве выполнения профессиональных функций и исходах помощи могут быть опубликованы (хотя следует тщательно обдумать, какие именно типы данных следует публиковать и с какой целью).

3.2 Приводит ли предоставление медицинским работникам данных о качестве выполнения ими профессиональных функций к улучшению их практики?

Ключевой стратегический вопрос заключается в том, насколько успешно механизмы аудита с обратной связью стимулируют работников здравоохранения к изменению своей практики (в тех случаях, когда предоставленные отзывы показывают, что их клиническая практика не соответствует практике других работников равного с ними статуса или принятым руководствам). В этой связи было проведено несколько систематических обзоров, задача которых заключалась в оценке эффективности аудита с обратной связью (2, 14, 30, 31, 32, 33, 34, 35). Однако, поскольку все они рисуют противоречивую картину, наиболее важные уроки этих обзоров для политики заключаются в том понимании, которое они дают относительно того, какой подход достигает положительного эффекта и при каких обстоятельствах (хотя даже и в этом отношении эти данные противоречивы). Ниже представлены результаты обзоров наиболее высокого качества.

Grimshaw и соавторы (14) провели всесторонний анализ эффектов применения различных стратегий реализации руководств. Выяснилось, что аудит с обратной связью сам по себе или в сочетании с образовательными мероприятиями и материалами может привести к умеренным улучшениям в соблюдении руководств по сравнению с полным отсутствием каких-либо вмешательств.

Stone и соавторы (34) выполнили обзор относительной эффективности применения различных мер в отношении поставщиков медико-санитарной помощи, включая аудит с обратной связью, для улучшения практики иммунизации взрослых и массовых обследований на предмет раковых заболеваний. В тринадцати исследованиях, включенных в обзор, была предусмотрена обратная связь. Результаты показали, что обратная связь не улучшает практики иммунизации или массовых обследований на рак шейки матки или рак толстой и прямой кишки и лишь в умеренной степени улучшает практику маммографических обследований.

Van der Veer и соавторы (35) провели систематический обзор с целью определить, оказывает ли информация из медицинских реестров, сообщаемая медицинским работникам, какое-либо влияние на качество помощи, и какие возникают препятствия или способствующие факторы для эффективности обратной связи. Из 50 инициатив применения обратной связи 31 была осуществлена в условиях стационара, а 12 были связаны с помощью при сердечно-сосудистых заболеваниях. Были отмечены большие различия во времени сообщения отзывов в порядке обратной связи – от немедленного отзыва до трех лет и более между наблюдаемым событием и сообщением отзыва о нем. Большинство инициатив с обратной связью представляли собой многоплановые подходы. К общим элементам относилось клиническое обучение, помощь в улучшении процессов и дискуссионно-образовательные встречи для интерпретации отзывов. Из 22 аналитических исследований в 4 было отмечено позитивное влияние на все показатели исхода, в 8 было установлено сочетание позитивного влияния и отсутствия эффекта, а в 10 никаких эффектов выявлено не было. Положительное воздействие обратной связи чаще затрагивало показатели процесса медико-санитарной помощи, нежели показатели ее исхода. Наиболее часто упоминались следующие факторы, влияющие на эффективность обратной связи: качество данных (или уверенность в нем), мотивация получателей отзывов, организационные факторы и ожидания получателей в отношении результатов оценки их работы.

Jamtvedt и соавторы (2) провели оценку влияния аудита с обратной связью на практику медицинских работников и исходы лечения больных. В этот Кокрановский обзор вошли 118 исследований, большинство из которых были выполнены в Северной Америке (67 исследований) и Западной Европе (30 исследований). Применяемые вмешательства существенно различались по содержанию, формату, времени проведения и источнику. В большинстве исследований участвовавшими медицинскими работниками были врачи. В одном исследовании участвовали стоматологи, в трех – медсестры, в двух – фармацевты, а в 14 исследованиях – разные категории медработников. Информация об этом систематическом обзоре представлена в таблице 1.

В 50 исследованиях к одной или нескольким группам применялось многоплановое вмешательство, в которое в качестве единого элемента входил и аудит с обратной связью. Многоплановое вмешательство определялось как вмешательство, имеющее два или более составных элементов. Во многих исследованиях сообщалось о множественных исходах, хотя большинство из них были показателями процесса, такими как назначение лечения или использование лабораторных анализов.

Таблица 1. Основной систематический обзор (положенный в основу данного "Краткого изложения принципов"), посвященный влиянию аудита с обратной связью и направленный на оценку влияния этого метода на исходы лечения больных и практику медицинских работников

	Область исследования	Результаты, полученные авторами обзора
Меры вмешательства	Аудит с обратной связью, определяемый как любой отчет о клиническом эффекте медико-санитарной помощи за определенный период времени, сопровождаемый или не сопровождаемый другими вмешательствами, в сравнении с отсутствием вмешательства или с другими вмешательствами.	В обзор вошли 118 исследований. Применяемые меры вмешательства были весьма разнородны по своему содержанию, формату, времени и источнику. Целевые формы поведения: профилактическая помощь (21 исследование), назначение анализов (14), назначение лечения (20), продолжительность пребывания в больницах (1) и общее ведение различных проблем.
Участники	Медицинские работники, ответственные за оказание помощи больным.	В большинстве исследований участниками были врачи. В одном исследовании участвовали стоматологи, в трех – медсестры, в двух – фармацевты и в 14 – различные категории поставщиков помощи.
Место и условия проведения исследований	Практика медико-санитарной помощи.	Исследования проводились в США (58), Канаде (9), Западной Европе (30), Австралии (9), Таиланде (2) Уганде (1) и Лаосе (1).
Результаты	Объективно оцениваемые качество выполнения поставщиком своих профессиональных функций или исходы помощи.	В показателях результатов наблюдались существенные различия, а во многих исследованиях сообщалось о множественных результатах.

Дата проведения последнего исследования: январь 2004 г. Недостатки: это качественный систематический обзор, в котором имеются лишь мелкие недостатки.

Источник: Jamtvedt et al. (2).

Большинство исследований были классифицированы как исследования умеренного качества. При анализе классифицировались такие параметры, как интенсивность аудита с обратной связью, сложность поведения, взятого в качестве объекта аудита, серьезность результата аудита и исходный уровень соблюдения стандартов, поскольку эти факторы могут объяснять различия в эффекте аудита с обратной связью между разными исследованиями. Было проанализировано восемь сравнений, и основные результаты анализа представлены в таблице 2 (более полную разбивку результатов по каждому сравнению см. в Приложении 1).

В настоящее время проводится обновление Кокрановского обзора по вопросу аудита с обратной связью. Было выявлено несколько исследований, в которых сравниваются различные типы аудита с обратной связью, и теперь результаты этих исследований анализируются.

Качество фактических данных – это суждение о том, в какой степени мы можем быть уверены в правильности оценок последствий. Такие суждения выносятся с помощью системы GRADE (Приложение 2) и сопровождают каждый результат. Суждения основываются на типе исследования (рандомизированные исследования в противоположность обсервационным), риске систематической погрешности, непротиворечивости результатов в различных исследованиях и точности общей оценки во всех исследованиях. Для каждого результата качество фактических данных оценивается как высокое, умеренное, низкое или очень низкое.

Кроме основных результатов, представленных в таблице 2, для понимания воздействия (потенциального) обратной связи на работников здравоохранения важны также следующие элементы: содержание обратной связи, источник обратной связи, получатель обратной связи и сравнение с коллегами равного статуса.

Содержание обратной связи

В рамках исследования, целью которого было улучшение пяти показателей качества медицинской помощи, Kiefe и соавторы (36) сравнили аудит с обратной связью, при которой отзывы касались практики конкретных врачей, с идентичным вмешательством, в которое кроме этого входили отзывы о прогрессе в достижении эталонных показателей. В группе, где проводилось сравнение с эталоном, существенно улучшились показатели вакцинации против гриппа, но значительных различий в результатах в целом отмечено не было. В двух исследованиях сравнивался аудит с оценкой в сравнении с коллегами равного статуса и без такого сравнения (37,38). Ни в одном из них не было выявлено различий в качестве выполнения профессиональных функций. Одно исследование,

Таблица 2. Основные результаты систематического обзора (положенного в основу данного "Краткого изложения принципов") влияния аудита с обратной связью; анализ восьми различных сравнений

Количество исследований	Влияние на результат (соответствие желательной практике)	Основные выводы	Качество фактических данных
<i>Любое вмешательство, одним из элементов которого является аудит с обратной связью, по сравнению с отсутствием вмешательства</i>			
72	<p>Скорректированная разница рисков соответствия желательной практике колебалась от абсолютного снижения соответствия на 16% до абсолютного роста на 70%.</p> <p>Средний показатель улучшения во всех исследованиях составил 5% (межквартильный размах 3–11%)</p> <p>Скорректированное соотношение рисков по всем исследованиям варьировало от 0,71 до 18,3 (срединное 1,08, межквартильный размах 0,99 – 1,30).</p>	<p>Вмешательства, одним из элементов которых является аудит с обратной связью, могут повышать уровень соответствия желательной практике по сравнению с отсутствием вмешательств.</p> <p>Эффекты в целом варьируют от незначительных до умеренных.</p> <p>Факторами, которые могут повысить эффективность аудита с обратной связью, является низкий исходный уровень соответствия и высокая интенсивность аудита с обратной связью.</p>	●●○○ Низкое
<i>Только аудит с обратной связью по сравнению с отсутствием вмешательства</i>			
44	<p>Скорректированная разница рисков колебалась от абсолютного снижения соответствия на 16% до абсолютного роста на 32%.</p> <p>Средний показатель улучшения во всех исследованиях составил 4% (межквартильный размах 8-9%).</p>	<p>Только аудит с обратной связью может улучшить соответствие желательной практике по сравнению с отсутствием вмешательств.</p>	●●○○ Низкое

Аудит с обратной связью плюс образовательные мероприятия по сравнению с отсутствием вмешательств	
13	<p>Скорректированная разница рисков соответствия желательной практике колебалась от абсолютного снижения соответствия на 1% до абсолютного роста на 24%.</p> <p>Средний показатель улучшения во всех исследованиях составил 1,5% (межквартильный размах 1–5,5%).</p>
Многоплановое вмешательство, включающее аудит с обратной связью, по сравнению с отсутствием вмешательств	
40	<p>Скорректированная разница рисков соответствия желательной практике колебалась от абсолютного снижения соответствия на 9% до абсолютного роста на 70%.</p> <p>Средний показатель улучшения во всех исследованиях составил 5,7% (межквартильный размах 8–13,6%).</p>
Краткосрочные эффекты по сравнению с долгосрочными эффектами после прекращения обратной связи (период контрольных наблюдений колебался от 3 недель до 14 месяцев)	
8	<p>Данные не объединялись.</p> <p>Результаты сравнения краткосрочных и долгосрочных эффектов аудита с обратной связью после прекращения обратной связи неоднозначны.</p>

Таблица 2. Основные результаты систематического обзора (положенного в основу данного "Краткого изложения принципов") влияния аудита с обратной связью; анализ восьми различных сравнений (продолжение)

Количество исследований	Влияние на результат (соответствие желательной практике)	Основные выводы	Качество фактических данных
Только аудит с обратной связью по сравнению с аудитом с обратной связью в сочетании с дополнительными мерами (такими как напоминания, экономические стимулы, посещения с целью индивидуальной работы на местах, привлечение неформальных лидеров, просветительские материалы для больших и инструменты повышения качества)			
21	Данные не объединялись.	В некоторых исследованиях выявлен эффект от сочетания аудита с обратной связью с дополнительными мерами, но в большинстве исследований такого эффекта установлено не было.	●●○○ Низкое
Сравнение аудита с обратной связью с другими мерами (такими как напоминания, просвещение больших, привлечение местных неформальных лидеров, экономические стимулы, самообразование и учеба на основе анализа практики)			
7	Данные не объединялись.	Напоминания и привлечение местных неформальных лидеров могут быть более действенными мерами, нежели аудит с обратной связью. Аудит с обратной связью в большей степени сокращает назначение анализов, чем экономические стимулы (одно исследование). В исследованиях, где аудит с обратной связью сравнивался с просвещением больших, самообразованием и учебой на основе анализа практики, различий в эффектах выявлено не было.	

Сравнение различных способов проведения аудита с обратной связью: оценка в сравнении с другими коллегами равного статуса и оценка без такого сравнения, групповая оценка и индивидуальная оценка; оценка, высказываемая коллегами равного статуса, и оценка, высказываемая наблюдателем, не являющимся врачом

7 Данные не объединялись.

Различий в качестве выполнения профессиональных функций при аудите с оценкой в сравнении с другими коллегами равного статуса и без такого сравнения выявлено не было. Также не было выявлено различий в качестве выполнения профессиональных функций при групповой оценке и индивидуальной оценке.

●●○○

Низкое

Улучшения могут быть более заметными после взаимных посещений коллег, чем после посещения наблюдателя, не являющегося врачом.

в котором оценка назначения медикаментозного лечения сравнивалась с оценкой качества выполнения профессиональных функций, показало отсутствие каких-либо различий в регуляции кровяного давления (39).

Источник обратной связи

В одном исследовании система взаимных посещений с отзывами коллег равного статуса сравнивалась с методом, предполагающим посещения с отзывом наблюдателей, не являющихся врачами, и качество выполнения профессиональных функций оценивалось по 208 показателям ведения практики (40). Оба метода ассоциировали с улучшениями по прошествии одного года, но каждый из них воздействовал на разные аспекты. В целом улучшения оказались более существенными после посещений коллегами равного статуса, чем после посещений наблюдателями, не являющимися врачами. Ward и соавторы (41), рассматривая аудит с обратной связью как способ улучшения ведения диабета, сравнивали аудит с обратной связью в сочетании с индивидуальной работой на местах, проводимый врачом, и аудит с обратной связью в сочетании с индивидуальной работой на местах, проводимый медсестрой, и каких-либо различий не обнаружили.

Получатель обратной связи

Одно исследование, посвященное ведению венозной тромбоэмболии, показало отсутствие различий между системой группового аудита с групповой обратной связью и системой группового аудита с индивидуальной обратной связью (42).

Сравнение с коллегами равного статуса

45 исследований, входящих в данный обзор, включали оценку в сравнении с коллегами равного статуса. Эффекты, которые наблюдались в этих исследованиях, были аналогичны эффектам аудита с обратной связью в целом. В трех исследованиях, в которых оценка в сравнении с коллегами равного статуса сравнивалась с оценкой без такого сравнения, различий выявлено не было (36,37,38). Таким образом, на сегодняшний день нет оснований утверждать, что обратная связь, содержащая оценку в сравнении с коллегами равного статуса, либо более, либо менее эффективна, чем аудит с обратной связью в целом. В отличие от противоречивых выводов предыдущих обзоров аудита с обратной связью (30,31), результаты этого обзора свидетельствуют о том, что аудит с обратной связью может быть полезным вмешательством, хотя эффект от него в целом невелик, независимо от того, содержалось ли в оценке сравнение с другими коллегами или нет.

3.3 Оценка качества выполнения профессиональных функций, разглашение информации и повышение качества

Данное "Краткое изложение принципов" не предполагает подробного обзора других мер по повышению качества, связанных с аудитом с обратной связью. В большинстве систем медико-санитарной помощи наблюдается растущая потребность в оценке качества выполнения поставщиками помощи своих профессиональных функций. Возможностям и трудностям, связанным с оценкой качества выполнения профессиональных функций, посвящен огромный массив литературы. В недавно изданной книге под редакцией Smith и его коллег (43) рассматриваются различные уровни, на которых осуществляется оценка качества деятельности системы здравоохранения, имеющиеся для этого технические инструменты и методики, а также анализируется то, что может означать их применение для тех, кому поручено стратегическое управление системой здравоохранения.

В следующем разделе с точки зрения стратегии дается краткий обзор трех ключевых моментов, связанных с аудитом с обратной связью (здесь также можно говорить и о недостатке фактических данных по этим вопросам): программы оплаты за качество выполнения профессиональных функций; разглашение, или публикация данных о качестве выполнения профессиональных функций и использование аудита с обратной связью при аккредитации или оценке организаций.

Позволяют ли программы оплаты за качество выполнения профессиональных функций повысить качество медико-санитарной помощи?

Программы оплаты за качество выполнения профессиональных функций, или приобретение услуг с оплатой по их реальной ценности, играют большую роль в медико-санитарной помощи в США, а также в первичном звене здравоохранения в Соединенном Королевстве и медико-санитарной помощи в других странах Европы. В пользу принятия программ оплаты за качество выполнения профессиональных функций выдвигаются следующие аргументы: непрерывный рост расходов на здравоохранение опережает общий экономический рост; фактические данные указывают на то, что качество медико-санитарной помощи, которую получают больные, напрямую не зависит от объема получаемых услуг; накапливаются данные, которые могут стать основой для выработки критериев оценки клинического эффекта профессиональных услуг (44). Наниматели, государственные финансирующие органы и руководители высшего звена, определяющие политику здравоохранения, учредили большое количество программ оплаты за качество выполнения профессиональных функций. Но при том, что идея оплаты труда медицинских работников за качество,

а не за объем оказываемых услуг медицинской помощи выглядит привлекательной, возникают вопросы: позволяет ли такой подход повысить качество помощи и существует ли опасность неумышленных последствий?

В 2003 г. Rosenthal и Frank (45) провели обзор эмпирических исследований, посвященных оплате за качество. Они нашли только семь исследований, а данных, подтверждающих эффективность этих мер, было совсем мало. В этих исследованиях не сообщалось о неумышленных последствиях. Также авторы проанализировали публикации, не относящиеся к сфере здравоохранения, и выяснили, что данные в них тоже неоднозначны. Однако эмпирические доказательства наступления неумышленных последствий программ оплаты за качество оказываемых услуг, не связанных с медицинской помощью, были в этих публикациях относительно убедительны.

Peterson и соавторы (46) выполнили еще один систематический обзор влияния специально разработанных финансовых стимулов, поощряющих качественное выполнение профессиональных обязанностей, на показатели качества медико-санитарной помощи. Из 17 включенных в обзор исследований в 13 рассматривались показатели процессов оказания медицинских услуг, главным образом в области профилактики. В большинстве исследований было установлено частичное или положительное влияние на показатели качества, хотя в целом масштаб влияния был незначительным. В двух рандомизированных исследованиях не было выявлено отличий от контрольных групп. Авторы пришли к выводу, что делать какие-либо обобщения на основании существующих исследований сложно, но можно предположить, что стимулы требуют очень тщательного планирования (поскольку они могут повлечь за собой незапланированные последствия, такие как игровое поведение или негативный отбор), и что улучшиться может скорее отчетность, а не действительная практика. Лица и группы с самым низким исходным уровнем качества работы могут достичь наибольшего прогресса, но при этом получать наименьшую оплату за качество, если будут использоваться пороговые целевые показатели. Это говорит о необходимости рассматривать комбинированные стимулы как для обеспечения улучшений в целом, так и для достижения порогового показателя. Руководителям высшего звена следует определиться с конечной целью: улучшить ли качество оказываемых услуг на нижнем уровне спектра, поддерживать ли наивысший уровень качества или добиваться и того и другого.

В Соединенном Королевстве Campbell и соавторы (47) использовали метод анализа прерванных временных рядов для оценки качества помощи по поводу астмы, диабета и сердечных заболеваний в 42 репрезентативных практиках первичной медико-санитарной помощи в Англии. Данные

собирались в двух временных точках (1998 г. и 2003 г.) до внедрения "Системы качества и результатов" (см. врезку 1) и в двух временных точках (2005 г. и 2007 г.) после ее внедрения. До внедрения программ оплаты за качество выполнения профессиональных функций происходило стремительное повышение качества помощи.

Врезка 1. "Система качества и результатов" в Соединенном Королевстве

"Система качества и результатов" была внедрена в Соединенном Королевстве в 2003 г. в рамках общего договора об оказании медицинских услуг между Национальной службой здравоохранения и врачами общей практики. В соответствии с этой системой были установлены стандарты (показатели) в пяти основных областях, характеризующих деятельность врачей общей практики: лечебная деятельность, впечатления и восприятия пациентов, дополнительные услуги, целостность помощи и организационная деятельность. На основе "Системы качества и результатов" каждый год определяется 25% оплаты труда врачей общей практики. В обзоре современных подходов к выработке стандартов и их внедрению в Национальную службу здравоохранения (48) авторы выделили несколько примечательных аспектов стандартов "Системы качества и результатов":

- Стандарты были разработаны группой по проведению переговоров, состоящей из представителей Конфедерации Национальной службы здравоохранения и Комитета врачей общей практики Британской ассоциации врачей. Консультирует группу по проведению переговоров специально образованный научный консорциум.
- "Система качества и результатов" представляет собой фундаментальную перемену в стандартах оценки работы врачей – переход от акцента на подготовку и лицензирование к требованию подтверждения качества выполнения профессиональных функций на практике.
- Примерно две трети стандартов относятся к оказанию клинической помощи, и большинство из них основаны на национальных руководствах.
- "Система качества и результатов" отражает достижение соответствия между финансовыми стимулами и стандартами оказания качественной врачебной помощи.
- "Система качества и результатов" стимулировала внедрение в работу врачей общей практики электронных медицинских учетных документов, так как из таких учетных документов можно в любой момент извлечь информацию, необходимую для оценки качества выполнения профессиональных функций по установленным стандартам.
- Для того, чтобы практика соответствовала этим стандартам, требуется ориентация на упреждение проблем в ведении пациентов и участие всего коллектива данной практики.
- В "Систему качества и результатов" вносились дополнения и изменения, чтобы изменить пороговые показатели и добавить новые условия и показатели.

При этой системе в период с 2003 по 2005 гг. возросли темпы повышения качества помощи при астме и диабете (но не при сердечных заболеваниях). К 2007 г. темпы улучшений по всем трем заболеваниям замедлились, а качество тех аспектов помощи, которые не были связаны с какими-либо стимулами, в случае больных астмой и сердечными заболеваниями снизилось. В сообщениях пациентов о доступе к помощи или о межличностных аспектах помощи значительных изменений отмечено не было. Показатель преемственности медико-санитарной помощи, который ранее был постоянным, снизился сразу же после введения системы оплаты за качество и зафиксировался на этом сниженном уровне. По словам авторов, из данных следует, что "Система качества и результатов" в Англии достигла поставленных целей в отношении повышения качества, но после достижения этих целей темпы улучшений сохранить не удалось. Вопреки предостережениям критиков, применение этой системы в Англии явно привело к снижению социально-демографических неравенств в отношении предоставления первичной клинической помощи (49). Недавнее исследование показывает более двусмысленную картину, из которой следует, что неравенства в отношении ведения хронических заболеваний сохранились и после внедрения "Системы качества и результатов" (50).

Повышает ли публичное разглашение данных о качестве выполнения профессиональных функций качество медико-санитарной помощи?

Никто не отрицает, что публичное разглашение данных о качестве выполнения профессиональных функций как средство, помогающее пациентам разобраться и решить, к каким поставщикам помощи им лучше обратиться, – это дело весьма деликатное, и все же этот вопрос активно обсуждается в кругу лиц, формирующих политику.

Berwick, James и Coxe (29) предлагают два пути, которыми публичное разглашение такой информации может привести к повышению качества выполнения профессиональных функций: путь выбора или путь изменения (рис.1, стр. 11). Эти пути взаимосвязаны благодаря мотивации поставщика к сохранению или расширению своей доли рынка. В случае "пути выбора" потребитель (пациент, покупатель услуг, регулирующий орган, подрядчик или клиницист, направляющий больного) получает, сравнивает и сопоставляет опубликованные данные о качестве выполнения профессиональных функций и стремится получить наилучшее качество за наилучшую цену (приобретение услуг исходя из их реальной ценности). После этого потребитель выбирает (или вознаграждает, признает, наказывает или оплачивает услуги) одного из членов группы (например,

семейного врача, хирурга или больницу). В случае "пути изменений" результаты оценки выполнения профессиональных функций помогают организациям понять и улучшить свои процессы оказания медико-санитарной помощи, чтобы повысить качество работы в целом. Изменения могут происходить в силу стремления избежать репутации некачественного поставщика или, в некоторых случаях, под угрозой прекращения практики поставщиков с низким качеством работы. Путь изменений тоже предусматривает внешние стимулы, такие как вмешательства со стороны государства, когда поставщики, качественно выполняющие свою работу, вознаграждаются, а к тем поставщикам, которые работают некачественно, применяются санкции.

В систематических обзорах, посвященных обнародованию данных о качестве выполнения профессиональных функций и качестве помощи, приводятся противоречивые результаты (51,52). Fung и соавторы (51) включили в свой обзор 45 статей, но им было трудно провести сравнения между исследованиями в силу их разнородности.

Действительно, о публичном разглашении данных о качестве выполнения профессиональных функций имеется мало фактической информации, особенно в отношении индивидуальных поставщиков и практик. Многие основные системы обнародования данных не подвергались строго научной оценке (51). Факты указывают на то, что публикация данных о качестве выполнения профессиональных функций стимулирует повышение качества на уровне больниц, но влияние, которое такое публичное разглашение оказывает на эффективность и безопасность помощи и на ориентацию помощи на интересы и личность больного, остается неопределенным.

Позволяет ли аудит с обратной связью как часть принятой системы управления или законодательного регулирования, используемый при аккредитации или оценке организаций, повысить качество медико-санитарной помощи?

Начиная с 70-х гг. прошлого века во всем мире стали возникать и развиваться программы аккредитации и организации, занимающиеся аккредитацией. В настоящее время существует большое количество национальных организаций по аккредитации, а также международная структура – Международное общество качества медико-санитарной помощи, членами которого являются организации из более 70 стран. Степень участия в процессах аккредитации может быть разной, но во многих странах и регионах мира аккредитация стала важной и признанной частью мер по повышению качества.

Greenfield и Braithwaite (53) провели обзор и анализ исследований, посвященных аккредитации и процессов аккредитации. Они включили в обзор эмпирические труды, в которых систематически рассматривалась аккредитация или процесс аккредитации, и выявили 66 документов, соответствующих принятым ими критериям. Влияние аккредитации рассматривалось с различных сторон и с различной степенью детализации. Была получена достаточно сложная картина, где в одних областях сообщалось об улучшениях, а в других улучшений обнаружено не было. В обзоре не сообщалось о структуре или качестве включенных в него исследований и не приводилось количественных оценок воздействия аккредитации.

Мы не нашли высококачественных систематических обзоров, в которых оценивалось бы влияние аккредитации или оценки организаций на качество работы, поэтому сделать однозначных выводов, основанных на достоверных фактических данных, не представляется возможным.

4 Как решить, следует ли – и каким образом – проводить аудит с обратной связью

4.1 Факторы, которыми можно объяснить различия в эффективности аудита с обратной связью

На основании фактических данных, полученных из систематических обзоров рандомизированных контролируемых исследований, известно, что аудит с обратной связью может повышать качество выполнения профессиональных функций в незначительной или умеренной степени, а в некоторых исследованиях был показан и более масштабный эффект. Учитывая все это, в принципе было бы полезно знать, как применять аудит с обратной связью с наибольшей отдачей, но что нам известно о факторах, которыми можно было бы объяснить различия в эффективности этого метода?

Из результатов систематического обзора, который лег в основу данного "Краткого изложения принципов", нам известно, что эффективность аудита с обратной связью выше, когда существующая практика наименее всего соответствует желаемому (2). Большой эффект также дает и более высокая интенсивность аудита с обратной связью (2). Интенсивность можно классифицировать в зависимости от характеристик, важных для объяснения различий в степени эффективности аудита с обратной связью, и ранжировать по шкале от "большой" к "меньшей". Этими характеристиками являются:

- получатель (отдельное лицо или группа);
- формат (письменный, устный или тот и другой);
- источник (руководитель или старший коллега, организация по контролю за соблюдением профессиональных стандартов, представитель нанимателя или покупателя услуг или органы, ведущие расследования);
- частота обратной связи: часто (вплоть до еженедельной), умеренная частота (до ежемесячной) и нечасто (меньше одного раза в месяц);
- продолжительность обратной связи: длительная (один год или больше), умеренная (от одного месяца до одного года) и непродолжительная (менее одного месяца);
- содержание обратной связи (информация о больных, например, кровяное давление или результаты анализов, соответствие стандарту или руководству, сравнение с коллегами равного статуса или информация о расходах или количестве назначенных анализов или назначений лечения).

Таким образом, более интенсивная обратная связь должна включать и письменные, и устные отзывы, которые даются часто и на протяжении длительного времени, причем получателем отзывов должен быть индивидуальный медицинский работник, а источником отзывов – руководитель или старший коллега. Обратная связь должна включать информацию, напрямую касающуюся больных.

Такие факторы, как тип вмешательства (только аудит с обратной связью или аудит с обратной связью в сочетании с образовательными мероприятиями или многоплановые вмешательства), сложность поведения, взятого в качестве объекта вмешательства, качество исследования или серьезность результатов, не позволяют объяснить различия в относительной эффективности данного вмешательства между разными исследованиями (2).

Эмпирических данных о сравнении эффективности обязательного и добровольного аудита с обратной связью обнаружено не было. Отсутствуют также надежные фактические данные, позволяющие установить, существуют ли различия в эффективности аудита с обратной связью, организованного собственными силами (самими медицинскими работниками) и силами сторонних аудиторов (профессиональными организациями или органами здравоохранения). Аналогичным образом, систематические обзоры показывают, что нет никакой информации о затратах, связанных с проведением аудита с обратной связью, или о соотношении затрат и результатов аудита.

Fou и соавторы (54) исследовали вопрос о том, помогают ли руководства и фактические данные, полученные из систематических обзоров, посвященных аудиту с обратной связью, в принятии практических решений о его применении на практике. В качестве темы исследования авторы выбрали сахарный диабет и воспользовались фактическими данными из предыдущей версии обзора Jamtvedt et al. (2), а также из документа "Principles for Best Practice in Clinical Audit", опубликованного National Institute for Clinical Excellence [Национальным институтом совершенствования клинической практики] (1). Они пришли к выводу, что эти фактические данные имеют ограниченную пользу для принятия решения о внедрении в практику аудита с обратной связью на доказательной основе. Это обусловлено главным образом разнородностью исследований, проблемами интерпретации подгрупп исследований и отсутствием прямых сравнений, что не позволяет дать ответы на важные вопросы. Авторы предположили, что выход может заключаться в разработке концепции аудита с обратной связью в определенных теоретических рамках.

4.2 Теории повышения эффективности аудита с обратной связью

Следующий вопрос, который необходимо рассмотреть – могут ли, и в какой степени, типы поведения помочь объяснить наблюдаемые различия в воздействии механизмов аудита с обратной связью. В этой связи мы выделили два систематических обзора, в которых для оценки различий в воздействии были применены различные теории изменения поведения.

Hysong (55) рассмотрел теорию вмешательства с обратной связью (56) с точки зрения возможности ее использования для объяснения этих различий. Данная теория была выведена из промышленной/организационной психологии, чтобы объяснить наблюдаемую вариабельность в аудите с обратной связью. В соответствии с этой теорией, аудит с обратной связью будет более эффективен, когда основной акцент в обратной связи делается на особенностях поставленной клинической задачи (например, задается целевой показатель выполнения задачи, представляется информация о способах достижения целевых показателей выполнения задачи и даются комментарии о степени изменения качества выполнения профессиональных функций, наблюдаемых после предыдущего отзыва). Также теория предсказывает, что аудит с обратной связью будет менее эффективен, когда в центре внимания находится получатель обратной связи (например, критика или одобрение действий по выполнению профессиональных функций). В обзор вошли только те исследования, в которых сравнивались только

аудит с обратной связью и отсутствие каких-либо вмешательств, и таких исследований было выявлено 19. Аудит с обратной связью оказывал в этих исследованиях ограниченное, хотя и статистически значимое воздействие на качество выполнения профессиональных функций. Значительное влияние на эффективность аудита с обратной связью оказывали четыре фактора: 1) правильная информация о решении проблемы (предоставление конкретных предложений по улучшению практики) и 2) предоставление отзывов в письменном виде повышали эффективность обратной связи, тогда как 3) предоставление отзывов в устной форме и 4) предоставление отзывов в графической форме снижали ее эффективность. Было также установлено, что эффективность обратной связи значительно повышается при увеличении ее частоты. Предоставление нормативной информации и обнародование отзывов не оказывали какого-либо воздействия на результаты.

В то же время в другом обзоре (57), в рамках которого был проведен более широкий поиск литературы по теориям изменения поведения, было установлено, что лежащие в основе аудита с обратной связью методы изменения, основанные на саморегулировании, наиболее всего соответствуют теории управления. Согласно теории управления (58), вероятность того, что люди изменят свое поведение, наиболее высока, когда отзывы о выполнении ими профессиональных функций сопровождаются сравнением с каким-либо целевым поведением и планами действий. В обзоре были рассмотрены 85 сравнений, взятых из 61 исследования. Несмотря на такое изобилие информации из рандомизированных исследований, поведенческие цели или планы действий были положительно предусмотрены лишь в нескольких вмешательствах. Из-за скудости фактических данных о выведенных из теории элементах авторы не смогли проверить теоретические гипотезы.

4.3 Качественные исследования, подсказывающие, как можно повысить эффективность использования аудита с обратной связью

Мы не нашли систематических обзоров качественных исследований, посвященных тому, каким образом способ получения отзывов и оценок в порядке обратной связи может объяснить различия в ее воздействии, однако мы смогли найти несколько качественных исследований, в которых предлагаются способы повышения эффективности использования аудита с обратной связью.

Hysong и соавторы (59) применили качественный метод изучения различий в том, как медицинские организации с высоким и низким уровнем качества работы работают с данными клинического аудита как с источником информации, предоставляемой в порядке обратной связи.

Качественно работающие организации предоставляли отзывы своевременно (ежемесячно или чаще) и с индивидуальным подходом, а в тоне отзывов не было никаких угроз наказания. Среди учреждений с низким качеством работы наблюдалось больше различий в своевременности предоставления информации, а в качестве источника информации, сообщаемой в порядке обратной связи, они использовали более стандартную форму отчетов на уровне всего учреждения (в одном из учреждений была отмечена карательная атмосфера, в которой сообщалась информация). На основании изучения 102 собеседований с сотрудниками шести обследованных учреждений в качестве основной категории данных была выведена концепция обратной связи, позволяющей предпринимать практические действия. В модель обратной связи, позволяющей предпринимать практические действия, входят следующие элементы (они перечислены в иерархическом порядке): своевременность, индивидуализация, некарательный характер и возможность приспособления к конкретным потребностям. Авторы утверждают, что данная модель согласуется с существующими теориями и исследованиями в области индивидуальной обратной связи, суть которых изложена в теории вмешательств с обратной связью (56).

Профессиональная деятельность медицинских работников охватывает несколько областей профессиональной компетентности. Для оценки этих областей, особенно видов компетентности, связанных с гуманностью и умением поддерживать отношения с людьми, используется метод обратной связи из нескольких источников, или круговой обратной связи. Этот метод применялся в Соединенных Штатах Америки, Соединенном Королевстве, Канаде и Нидерландах. Качественные исследования, посвященные изучению наличия или отсутствия стимулов у медицинских работников к реализации предложений о повышении качества работы, высказанных при круговой обратной связи, могут также иметь значение и при других типах обратной связи.

Sargeant и соавторы (60) провели неформальные дискуссии с целевой группой семейных врачей, участвовавших в экспериментальном исследовании в Канаде. Изучение реакции врачей на круговую обратную связь показало, что субъективное восприятие достоверности, точности и полезности обратной связи влияет на то, как врачи используют получаемые оценки и отзывы для улучшения своей практики и непрерывного образования, и используют ли они их вообще. В 2007 г. в Нидерландах методом круговой обратной связи и учения с использованием дневников личных достижений была проведена оценка 109 консультантов. Overeem и соавторы (61) провели полуструктурированные собеседования с 23 консультантами из этой

группы и выявили 4 категории факторов, которые могут влиять на улучшения после круговой обратной связи: 1) контекстуальные факторы, связанные с рабочей нагрузкой, недостаточной открытостью и социальной поддержкой, недостаточным содействием со стороны руководства больницы, принципами свободного рынка и недоверием со стороны общественности; 2) факторы, связанные с обратной связью (медицинским работникам было обычно трудно соглашаться с негативными отзывами, особенно если эти отзывы не соответствовали их собственным представлениям о качестве выполнения профессиональных функций); 3) характеристики системы оценки, такие как способствующие факторы и дневник личных достижений, провоцирующий размышления, постановка конкретных целей улучшения и ежегодные контрольные собеседования; 4) индивидуальные факторы, такие как самоэффективность и мотивация.

5 Заключительные замечания

Сегодняшние стандарты клинической помощи все чаще строятся на прочном фундаменте надежных фактических данных, полученных в результате высококачественных исследований. Современные методы коммуникации делают эти стандарты доступными для клинического сообщества быстрее, чем когда-либо ранее. Однако во всех государствах-членах Европейского региона ВОЗ наблюдаются широкие различия в качестве медико-санитарной помощи. Это обусловлено многими факторами. Для того, чтобы обеспечить надлежащее применение знаний, а значит и рациональное использование ресурсов, во многих государствах-членах в той или иной степени существуют системы обеспечения качества. На этом фоне большое значение приобрела система аудита с обратной связью, поскольку ей свойственна прагматичность, позволяющая увязывать данные о качестве выполнения профессиональных функций и исходах помощи больным либо с организациями (например, больницами), либо с индивидуальными поставщиками медико-санитарной помощи. Считается, что предоставление поставщикам медико-санитарной помощи информации о качестве выполнения ими профессиональных функций в сравнении с агрегированными данными по другим учреждениям повышает качество помощи.

В настоящем "Кратком изложении принципов" показано, что система аудита с обратной связью способна оказывать положительное влияние на поведение поставщиков медицинской помощи. Система включает широкий комплекс мер, но, как показал проведенный анализ, "золотого стандарта", который бы предписывал наилучшие способы осуществления этих мер, не существует. Различия в эффективности мер, отраженные в разных исследованиях, невозможно объяснить действием какого-либо из следующих факторов: тип вмешательства (только аудит с обратной

связью или аудит в сочетании с образовательными мероприятиями или многоплановыми вмешательствами); сложность поведения, взятого в качестве объекта вмешательства, качество исследования или серьезность результатов (2). На основании обширного обзора литературы по данной тематике можно сделать вывод о том, что общее влияние аудита с обратной связью на изменение поведения поставщиков невелико. Более того, следует отметить низкое качество фактических данных (как это часто бывает в области принятия мер по повышению качества). Это касается и сравнения с коллегами равного статуса, которое применяется для усиления эффекта аудита с обратной связью. В настоящее время нет оснований утверждать, что аудит с оценкой в сравнении с другими коллегами равного статуса более эффективен или менее эффективен, чем аудит с обратной связью в целом. Важно отметить, что наибольшие возможности для улучшений имеются в тех областях, где существующая практика менее всего соответствует желаемому. Аудит с обратной связью следует рассматривать как одну из составляющих многоплановой стратегии повышения качества медико-санитарной помощи.

Исследования, представленные в "Кратком изложении принципов", показывают, что аудит с обратной связью может применяться практически при всех формах организации медико-санитарной помощи. Для его осуществления необходимо поставить ясные цели и провести тщательный анализ конкретной среды, в которой предоставляется медико-санитарная помощь, особенно в тех случаях, когда данный метод вмешательства сочетается со стимулами и санкциями или его проведение является обязательным. Здесь также не было выявлено убедительных фактических данных, которые указывали бы на то, что подобное сочетание существенно улучшает результаты аудита с обратной связью и, как следствие, исходы оказания медико-санитарной помощи. Тем не менее, опыт осуществления в некоторых европейских странах крупных инициатив обещает появление необходимых фактических данных.

Хотя фактических данных об эффективности аудита с обратной связью немного, в будущем его применение, вероятно, не будет ограничиваться традиционной ориентацией преимущественно на качество медицинской помощи, связанное с качеством выполнения медицинскими работниками своих профессиональных функций (например, процент обследования глаз у больных диабетом). Данные о безопасности больных и показатели, характеризующие кадровые ресурсы здравоохранения (например, невыходы на работу без уважительных причин), в принципе могут повышать качество выполнения поставщиками медицинской помощи своих профессиональных функций. Однако на сегодняшний день информации

о применении аудита с обратной связью в этих областях очень мало. Принимая во внимание важность обеих этих тем, для механизмов аудита с обратной связью найдутся, вероятно, и другие применения.

К сожалению, несмотря на наличие фактических данных, полученных из систематических обзоров более 100 исследований, посвященных аудиту с обратной связью, у нас по-прежнему очень мало информации для того, чтобы обосновать решения о том, как лучше всего использовать аудит с обратной связью в повседневной медико-санитарной помощи. И все же предоставление достаточной поддержки программам аудита с обратной связью, вероятно, будет важнейшей предпосылкой достижения эффективности при расширении масштабов этих программ.

Как бы то ни было, при принятии решений о том, следует ли применять аудит с обратной связью для улучшения профессиональной практики и как это делать, нужно руководствоваться прагматизмом и учитывать местные обстоятельства, в том числе знать ответы на следующие вопросы:

- является ли известный или предполагаемый уровень соответствия руководствам или желательной практике изначально низким;
- возможно ли проведение аудита, и насколько приемлемы расходы по сбору данных;
- достоверны ли собираемые в обычном порядке данные и могут ли они использоваться для аудита, и
- будут ли иметь смысл улучшения в пределах от незначительных до умеренных.

Необходимо вести постоянный мониторинг воздействия аудита с обратной связью как с дополнительными мерами вмешательства, так и без них путем проверки практики после осуществления вмешательства.

Библиография

1. National Institute for Clinical Excellence. *Principles for best practice in clinical audit*. Abingdon, Radcliffe Medical Press, 2002.
2. Jamtvedt G et al. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, no. 2, CD000259.
3. Asch SM et al. Who is at greatest risk for receiving poor-quality health care? *New England Journal of Medicine*, 2006, 354(11):1147–1156.

4. Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *JAMA*, 1998, 280(11):1000–1005.
5. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 2003, 362(9391): 1225–1230.
6. McGlynn EA et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 2003, 348(26):2635–2645.
7. Andersen TF, Mooney G. *The challenges of medical practice variations*. London, Macmillan, 1990.
8. McPherson K et al. Small-area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England, and Norway. *New England Journal of Medicine*, 1982, 307(21):1310–1314.
9. Wennberg J, Gittelsohn A. Small area variations in health care delivery. *Science*, 1973, 182(117):1102–1108.
10. Garrido MV. *Health technology assessment and health policy-making in Europe. Current status, challenges and potential*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
11. Guyatt GH et al. Going from evidence to recommendations. *BMJ*, 2008, 336(7652):1049–1051.
12. Bero LA et al. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. *BMJ*, 1998, 317(7156):465–468.
13. Grimshaw JM et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care*, 2001, 39(8 Suppl 2):2–45.
14. Grimshaw JM et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, 2004, 8(6):iii–iv, 1–72.
15. Grol R, Wensing M, Eccles M. *Improving patient care: the implementation of change in clinical practice*. Elsevier, Edinburgh, 2004.
16. Colthart I et al. The effectiveness of self-assessment on the identification of learner needs, learner activity, and impact on clinical practice: BEME guide no. 10. *Medical Teacher*, 2008, 30(2):124–145.

17. Davis DA et al. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *JAMA*, 2006, 296(9):1094–1102.
18. Legido-Quigley H et al. *Assuring the quality of health care in the European Union*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
19. Council of Europe. *The development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care – recommendation no. R (97) 17 and explanatory memorandum*. Strasbourg, Council of Europe, 1998.
20. Institute of Medicine. *Medicare: a strategy for quality assurance*. Washington, DC, National Academy Press, 1990.
21. Braithwaite J, Healy J, Dwan K. *The governance of health safety and quality*. Canberra, Commonwealth of Australia, 2005.
22. Donabedian, A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 1988, 260(12):1743–1748.
23. Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Quality of health care. Part 2: measuring quality of care. *New England Journal of Medicine*, 1996, 335(13):966–970.
24. Lilford RJ, Brown CA, Nicholl J. Use of process measures to monitor the quality of clinical practice. *BMJ*, 2007, 335(7621):648–650.
25. Groene O, Skau JK, Frølich, A. An international review of projects on hospital performance assessment. *International Journal for Quality in Health Care*, 2008, 20(3):162–171.
26. Drife J. Fifty years of the confidential enquiry into maternal deaths. *British Journal of Hospital Medicine*, 2006, 67(3):121–125.
27. McGlynn EA. Measuring clinical quality and appropriateness. In: Smith PC et al., eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press, 2009:87–113.
28. Akl EA et al. NorthStar, a support tool for the design and evaluation of quality improvement interventions in healthcare. *Implementation Science*, 2007, 2:19.
29. Berwick DM, James B, Coye MJ. Connections between quality measurement and improvement. *Medical Care*, 2003, 41(1 Suppl):I-30–I-38.
30. Axt-Adam P, van der Wouden JC, van der Does DE. Influencing behavior of physicians ordering laboratory tests: a literature study. *Medical Care*, 1993, 31(9):784–794.

31. Balas EA et al. Effect of physician profiling on utilization. Meta-analysis of randomized clinical trials. *Journal of General Internal Medicine*, 1996, 11(10):584–590.
32. Buntinx F et al. Influencing diagnostic and preventive performance in ambulatory care by feedback and reminders. A review. *Family Practice*, 1993, 10(2):219–228.
33. Mugford M, Banfield P, O'Hanlon M. Effects of feedback of information on clinical practice: a review. *BMJ*, 1991, 303(6799):398–402.
34. Stone EG et al. Interventions that increase use of adult immunization and cancer screening services: a meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 2002, 136(9):641–651.
35. van der Veer SN et al. Improving quality of care. A systematic review on how medical registries provide information feedback to health care providers. *International Journal of Medical Informatics*, 2010, 79(5):305–323.
36. Kiefe CI et al. Improving quality improvement using achievable benchmarks for physician feedback: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2001, 285(22): 2871–2879.
37. Søndergaard J et al. Mailed prescriber feedback in addition to a clinical guideline has no impact: a randomised, controlled trial. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2003, 21(1):47–51.
38. Wones RG. Failure of low-cost audits with feedback to reduce laboratory test utilization. *Medical Care*, 1987, 25(1):78–82.
39. Gullion DS et al. Management of hypertension in private practice: a randomized controlled trial in continuing medical education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 1988, 8(4):239–255.
40. van den Hombergh P et al. Practice visits as a tool in quality improvement: mutual visits and feedback by peers compared with visits and feedback by non-physician observers. *Quality in Health Care*, 1999, 8(3):161–166.
41. Ward A et al. Educational feedback in management of diabetes in general practice. *Education for General Practice*, 1996, 7:142–150.
42. Anderson FA et al. Changing clinical practice. Prospective study of the impact of continuing medical education and quality assurance programs on use of prophylaxis for venous thromboembolism. *Archives of Internal Medicine*, 1994, 154(6):669–677.
43. Smith PC et al, eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press, 2010.

44. Rowe JW. Pay-for-performance and accountability: related themes in improving health care. *Annals of Internal Medicine*, 2006, 145(9):695–699.
45. Rosenthal MB, Frank RG. What is the empirical basis for paying for quality in health care? *Medical Care Research and Review*, 2006, 63(2):135–157.
46. Petersen LA et al. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Annals of Internal Medicine*, 2006, 145(4):265–272.
47. Campbell SM et al. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *New England Journal of Medicine*, 2009, 361(4):368–378.
48. McGlynn EA, Shekelle P, Hussey P. *Developing, disseminating and assessing standards in the National Health Service*. Cambridge, RAND Health, 2008.
49. Doran T et al. Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. *Lancet*, 2008, 372(9640):728–736.
50. Alshamsan R et al. Impact of pay for performance on inequalities in health care: systematic review. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2010, 15(3):178–184.
51. Fung CH et al. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Annals of Internal Medicine*, 2008, 148(2):111–123.
52. Marshall MN et al. The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence. *JAMA*, 2000, 283(14):1866–1874.
53. Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 2008, 20(3):172–183.
54. Foy R et al. What do we know about how to do audit and feedback? Pitfalls in applying evidence from a systematic review. *BMC Health Services Research*, 2005, 5:50.
55. Hysong SJ. Meta-analysis: audit and feedback features impact effectiveness on care quality. *Medical Care*, 2009, 47(3):356–363.
56. Kluger AN, DeNisi A. The effects of feedback interventions on performance: a historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory. *Psychological Bulletin*, 1996, 119:254–284.
57. Gardner B et al. Using theory to synthesise evidence from behaviour change interventions: the example of audit and feedback. *Social Science and Medicine*, 2010, 70(10):1618–1625.

58. Carver CS, Scheier MF. Control theory: a useful conceptual framework for personality-social, clinical and health psychology. *Psychological Bulletin*, 1982, 92:111–135.

59. Hysong SJ, Best RG, Pugh JA. Audit and feedback and clinical practice guideline adherence: making feedback actionable. *Implementation Science*, 2006, 1:9.

60. Sargeant J, Mann K, Ferrier S. Exploring family physicians' reactions to multisource feedback: perceptions of credibility and usefulness. *Medical Education*, 2005, 39(5):497–504.

61. Overeem K et al. Doctors' perceptions of why 360-degree feedback does (not) work: a qualitative study. *Medical Education*, 2009, 43(9):874–882.

Приложение 1. Резюме основных результатов восьми сравнений применения аудита с обратной связью

Любое вмешательство, одним из элементов которого является аудит с обратной связью, по сравнению с отсутствием вмешательства

Главная цель обзора состояла в том, чтобы сравнить любые вмешательства, в которые входил аудит с обратной связью, с отсутствием вмешательства. Авторы обзора нашли 88 сравнений в 72 исследованиях, которыми было охвачено более 13 500 медицинских работников: 64 сравнения с использованием дихотомических результатов 49 исследований и 24 сравнения непрерывных результатов 23 исследований. Дихотомические результаты в основном представляли собой соблюдение/несоблюдение руководств или желательной практики в отношении, например, назначения лечения, пользования анализами или выполнения других клинических задач, тогда как непрерывные результаты касались различных степеней улучшения, например, снижения количества назначаемых анализов. Между исследованиями отмечались существенные различия в результатах: в нескольких исследованиях демонстрировались значительные улучшения после аудита с обратной связью, а несколько исследований выявили негативные результаты. В большинстве исследований были показаны улучшения, варьировавшие от незначительных до умеренных, и были сделаны следующие основные выводы:

- Вмешательства, в которые в качестве одного из элементов входит аудит с обратной связью, могут приводить к улучшению соответствия желательной практике по сравнению с отсутствием вмешательств.
- Эффективность аудита с обратной связью обычно колеблется от незначительной до умеренной.

- Эффективность аудита с обратной связью могут повышать такие факторы, как низкий исходный уровень соответствия и высокая интенсивность аудита с обратной связью.

Из приведенной ниже таблицы видно, что аудит с обратной связью оказывает большее относительное воздействие на тех медицинских работников, у которых исходно низкий уровень соответствия желательной практике, по сравнению с теми, у кого уровень соответствия исходно высок.

Воздействие аудита с обратной связью на медицинских работников с исходно низким и исходно высоким уровнем соответствия

Участники: медицинские работники

Условия проведения исследований: различные формы организации медико-санитарной помощи

Вмешательство: крайне разнородные вмешательства, в которые входил аудит с обратной связью

Сравнение: отсутствие вмешательства, направленного на улучшение практики

Результат	Воздействие на медицинских работников			Количество исследований	Качество фактических данных (GRADE)
	Без аудита с обратной связью	С аудитом с обратной связью	Относительные изменения		
Соответствие желательной практике					
Низкий исходный уровень	40 на 100	54 на 100	Относительный рост 35%	49	●●○○ Низкое
Высокий исходный уровень	70 на 100	83 на 100	Относительный рост 19%		

Только аудит с обратной связью по сравнению с отсутствием вмешательства

Второе сравнение, включенное в обзор, касается применения только аудита с обратной связью и отсутствия вмешательства. Было выявлено 44 исследования, в которых было 51 сравнение и в которых сообщалось о 52 различных результатах. Сравнение показало, что применение только аудита с обратной связью может повышать уровень соответствия желательной практике по сравнению с отсутствием вмешательства.

Применение только аудита с обратной связью по сравнению с отсутствием вмешательства

Участники: медицинские работники

Условия проведения исследований: различные формы организации медико-санитарной помощи

Вмешательство: только аудит с обратной связью

Сравнение: отсутствие вмешательства, направленного на улучшение практики

Результаты	Абсолютный эффект Средний скорректированный рост уровня соответствия желательной практике (межквартильный размах)	Относительный эффект Среднее скорректированное соотношение рисков (межквартильный размах)	Количество участников (исследований)	Качество фактических данных (GRADE)*
Соответствие желательной практике	4% † (-0,8 – 9,0%)	1,07 (0,98 – 1,18)	Более 8000 (44) ‡	●●○○ Низкое

*GRADE: степени качества фактических данных, предложенные Рабочей группой GRADE

† Средняя величина (и межквартильный размах) различий в рисках из 35 сравнений с дихотомическими результатами, скорректированная с учетом различий в исходных уровнях соответствия.

‡ В 35 сравнениях в 45 исследованиях получены дихотомические результаты.

Аудит с обратной связью плюс образовательные мероприятия по сравнению с отсутствием вмешательства

Аудит с обратной связью часто применяется в сочетании с образовательными мероприятиями. В систематическом обзоре в 13 исследованиях было выявлено 24 сравнения аудита с обратной связью в сочетании с образовательными мероприятиями и отсутствия вмешательства. На основании фактических данных этих исследований авторы сделали вывод о том, что аудит с обратной связью, совмещенный с образовательными мероприятиями, может повысить уровень соответствия желательной практике по сравнению с отсутствием вмешательства.

Аудит с обратной связью плюс образовательные мероприятия по сравнению с отсутствием вмешательства

Участники: медицинские работники

Условия проведения исследований: различные формы организации медико-санитарной помощи

Вмешательство: аудит с обратной связью в сочетании с образовательными мероприятиями

Сравнение: отсутствие вмешательства, направленного на улучшение практики

Результаты	Абсолютный эффект Средний скорректированный рост уровня соответствия желательной практике (межквартильный размах)	Относительный эффект Среднее скорректированное соотношение рисков (межквартильный размах)	Количество участников (исследований)	Качество фактических данных (GRADE)*
Соответствия желательной практике	1,5% † (1,0 – 5,5%)	1,06 (1,03 – 1,09)	(13)‡	●●○○ Низкое

*GRADE: степени качества фактических данных, предложенные Рабочей группой GRADE

† Средняя величина (и межквартильный размах) различий в рисках из 35 сравнений с дихотомическими результатами, скорректированная с учетом различий в исходных уровнях соответствия.

‡ В 5 сравнениях в 13 исследованиях получены дихотомические результаты.

Аудит с обратной связью как один из элементов многопланового вмешательства по сравнению с отсутствием вмешательства

Часто аудит с обратной связью является одним из элементов целой комбинации мер вмешательства. Авторы обзора нашли 50 сравнений в 40 исследованиях, где аудит с обратной связью как один из элементов многопланового вмешательства сравнивался с отсутствием вмешательств, и сделали следующий вывод: аудит с обратной связью как один из элементов многопланового вмешательства может повысить уровень соответствия желательной практике по сравнению с отсутствием вмешательства.

Аудит с обратной связью как один из элементов многопланового вмешательства по сравнению с отсутствием вмешательства

Участники: медицинские работники

Условия проведения исследований: различные формы организации медико-санитарной помощи

Вмешательство: аудит с обратной связью как один из элементов многопланового вмешательства

Сравнение: отсутствие вмешательства, направленного на улучшение практики

Результаты	Абсолютный эффект Средний скорректированный рост уровня соответствия желательной практике (межквартильный размах)	Относительный эффект Среднее скорректированное соотношение рисков (межквартильный размах)	Количество участников (исследований)	Качество фактических данных (GRADE)*
Соответствие желательной практике	24% † (5 – 49%)	1,10 (1,03 – 1,36)	(40) ‡	●●○○ Низкое

*GRADE: степени качества фактических данных, предложенные Рабочей группой GRADE

† Средняя величина (и межквартильный размах) различий в рисках из 35 сравнений с дихотомическими результатами, скорректированная с учетом различий в исходных уровнях соответствия.

‡ В 41 сравнении в 40 исследованиях получены дихотомические результаты.

Кратко- и долгосрочные эффекты аудита с обратной связью

Было обнаружено 8 исследований, в которых проведено 11 сравнений краткосрочных эффектов аудита с обратной связью и эффектов, наблюдаемых в долгосрочной перспективе (после прекращения обратной связи). Продолжительность контрольных наблюдений в этих исследованиях колебалась от 3 недель до 14 месяцев. Результаты были разные: одни исследования указывали на устойчивость эффектов, другие этого не показали.

Аудит с обратной связью в сочетании с дополнительными вмешательствами по сравнению с применением только аудита с обратной связью

В обзор было включено 21 исследование, в которых было проведено 25 сравнений. Во всех этих исследованиях сравнивались многоплановые вмешательства с аудитом с обратной связью и применение только аудита с обратной связью. Дополнительные вмешательства включали напоминания, экономические стимулы, индивидуальные посещения для работы на местах, привлечение неформальных лидеров, материалы для просвещения больных и инструменты повышения качества. В некоторых исследованиях отмечался определенный эффект от добавления к аудиту с обратной связью других вмешательств, но в большинстве исследований такой эффект не наблюдался.

В четырех исследованиях сравнивались аудит с обратной связью и аудит с обратной связью в сочетании с напоминаниями (1,2,3,4). Добавление к аудиту с обратной связью напоминаний привело к снижению количества направлений на рентген на 47% по сравнению с применением только аудита с обратной связью (3). Tierney и соавторы (4) также установили, что метод, при котором аудит с обратной связью совмещается с напоминаниями, на 36% эффективнее аудита с обратной связью без других вмешательств. В двух других исследованиях эффекта от добавления напоминаний к аудиту с обратной связью выявлено не было.

В двух исследованиях проводилось сравнение аудита с обратной связью и аудита с обратной связью в сочетании со стимулами (5,6). Fairbrother и соавторы (5) сравнили применение только аудита с обратной связью и аудита с обратной связью в сочетании с единовременной денежной премией, выплачиваемой на основании показателей охвата четырьмя прививками на данный момент, а также с аудитом с обратной связью в сочетании с "повышенным гонораром за услугу" (5 долларов США за каждую прививку, введенную в течение 30 дней после наступления срока прививки). Спустя восемь месяцев показатели охвата прививками

в группе, которая получала единовременную премию, существенно возросли – с 29% до 54%. Однако в этой же группе возросли и показатели прививок, получаемых на стороне, за пределами данной практики. В группах, которые получали повышенный гонорар за услугу и в которых применялся только аудит с обратной связью, изменений отмечено не было. Однако в каждую из групп, участвовавших в сравнении, входило только 15 врачей, и между ними существовали определенные различия на момент начала исследования (хотя в анализе на это была сделана поправка). В одном высококачественном исследовании (6) было отмечено, что добавление к аудиту с обратной связью стимулов не оказало значительного воздействия при внедрении руководства по проведению массовых обследований на предмет раковых заболеваний.

В трех исследованиях (7,8,9) сравнивались аудит с обратной связью и аудит с обратной связью в сочетании с индивидуальными посещениями для работы на местах. В одном исследовании было показано улучшение двух результатов из семи, однако в суммарном показателе, охватывающем все результаты, улучшения не было (8). Ward и соавторы (9) провели трехстороннее сравнение в исследовании улучшения помощи при диабете. Они сравнивали обратную связь с обратной связью в сочетании с индивидуальной работой на местах, проводимой медсестрой, или с обратной связью в сочетании с индивидуальной работой на местах, проводимой коллегой равного статуса. Обе группы, с которыми проводилась индивидуальная работа на местах, продемонстрировали более значительные улучшения, нежели та группа, которая только получала обратную связь. Borgiel и соавторы (7) не обнаружили дополнительных эффектов от индивидуальной работы на местах.

Три исследования были посвящены изучению эффективности привлечения неформальных лидеров в дополнение к аудиту с обратной связью. Guadagnoli и соавторы (10) в обеих группах обнаружили улучшения в обсуждении вариантов хирургического лечения с больными, страдающими раком молочной железы, но никаких различий между ними не выявили. Sauer и соавторы (11) сравнили обратную связь, высказываемую в устной форме неформальным лидером (экспертом-кардиологом) прямо на месте аудита, с обратной связью в форме писем, отправляемых по почте, и установили, что комментарии кардиолога в основном не приводили к каким-либо улучшениям в помощи, оказываемой при инфарктах. В высококачественном исследовании Soumerai и соавторы (12) установили, что привлечение неформального лидера не оказало какого-либо дополнительного воздействия на изменение процента больных, которые получают при инфаркте определенные нужные лекарственные препараты.

В одном исследовании проводилось сравнение аудита с обратной связью в сочетании с материалами по просвещению больных и только аудита с обратной связью (13). Было установлено, что добавление к аудиту с обратной связью мероприятий по просвещению больных не влияет на назначение антибиотиков для лечения респираторных инфекций.

Haues и соавторы (14) сравнили обратную связь в письменной форме с обратной связью, усиленной участием в ней специально подготовленного врача и применением инструментов повышения качества медико-санитарной помощи пациентам, поступающим в больницы с венозной тромбоземболией. Это многоплановое вмешательство не привело к повышению качества медико-санитарной помощи.

В одном исследовании применение только аудита с обратной связью сравнивалось с аудитом с обратной связью в сочетании с самообразованием (15), а в еще одном исследовании – в сочетании с семинаром на базе практики (16). Различий между группами с точки зрения процента больных, у которых после вмешательства стали контролировать кровяное давление (15), или с точки зрения соблюдения требований руководства по ограничению назначения магнитно-резонансной томографии больным с симптомами нарушений в поясничном отделе позвоночника или в колене (16), обнаружено не было.

В одном высококачественном исследовании проводилось сравнение аудита с обратной связью вместе с содействием в создании офисной системы, предназначенной для повышения показателей массового обследования с целью выявления рака молочной железы, и применением только аудита с обратной связью (17). Данное вмешательство привело к увеличению процента женщин, которым было рекомендовано пройти маммографический скрининг и клиническое обследование молочной железы (скорректированное соотношение рисков 1,28), но практически не повлияло на число женщин, которые эти рекомендации выполняли.

Moher и соавторы (18) провели трехстороннее исследование, в котором обратная связь по почте сравнивалась с обратной связью в сочетании с системой вызова больных к врачу общей практики на повторное обследование и с обратной связью в сочетании с системой вызова больных к медсестре. Как системы вызова больных к врачу общей практики, так и системы вызова больных к медсестре позволили повысить процент больных с коронарной болезнью сердца, у которых была проведена адекватная оценка факторов риска и которые получили медикаментозное лечение, по сравнению с применением только обратной связи: когда систему вызова больных применяли врачи общей практики, рост составил 37%, а когда систему применяли медсестры,

рост составил 67%. Однако различия в процессах оказания помощи не отразились на клинических исходах, таких как кровяное давление или уровень холестерина.

В одном исследовании к аудиту с обратной связью в целях увеличения охвата вакцинацией противопневмококковой вакциной был добавлен последующий контроль по телефону (19). Эта мера позволила увеличить процент врачей, которые добились увеличения охвата вакцинацией минимум на 5%.

Аудит с обратной связью по сравнению с другими мерами

В обзор были включены 8 сравнений из 7 исследований. Система аудита с обратной связью сравнивалась с напоминаниями, просвещением больных, привлечением местных неформальных лидеров, применением экономических стимулов, самообразованием и учебой на основе анализа практики. Были сделаны следующие выводы:

- Напоминания и привлечение местных неформальных лидеров могут быть более эффективными, чем аудит с обратной связью.
- Аудит с обратной связью позволил уменьшить назначение анализов в большей степени, нежели экономические стимулы (одно исследование).
- В исследованиях, в которых аудит с обратной связью сравнивался с просвещением больных, самообразованием и учебой на основе анализа практики, различий в эффектах обнаружено не было.

Все сравнения различных способов применения систем аудита с обратной связью

Прямые рандомизированные сравнения различных способов осуществления аудита с обратной связью проводились в семи исследованиях. Аудит с обратной связью осуществлялся в разных форматах, включая вариации в содержании (со сравнением с коллегами равного статуса и без такого сравнения, с применением достижимых эталонных показателей или без них), в источниках (обратная связь или индивидуальная работа с врачами на местах, осуществляемая такими же врачами и осуществляемая не врачами) и в получателях обратной связи (только групповая обратная связь и групповая плюс индивидуальная обратная связь). На основании фактических данных этих семи исследований, которые позволяют напрямую сравнивать различные способы проведения аудита с обратной связью, каких-либо однозначных выводов в отношении того, как лучше всего проводить аудит с обратной связью, сделать невозможно.

Библиография

1. Baker R et al. Randomised controlled trial of reminders to enhance the impact of audit in general practice on management of patients who use benzodiazepines. *Quality in Health Care*, 1997, 6(1):14–18.
2. Buffington J, Bell KM, LaForce FM. A target-based model for increasing influenza immunizations in private practice. Genesee Hospital Medical Staff. *Journal of General Internal Medicine*, 1991, 6(3):204–209.
3. Eccles M et al. Effect of audit and feedback, and reminder messages on primary-care radiology referrals: a randomised trial. *Lancet*, 2001, 357(9266):1406–1409.
4. Tierney WM, Hui SL, McDonald CJ. Delayed feedback of physician performance versus immediate reminders to perform preventive care. Effects on physician compliance. *Medical Care*, 1986, 24(8):659–666.
5. Fairbrother G et al. The impact of physician bonuses, enhanced fees, and feedback on childhood immunization coverage rates. *American Journal of Public Health*, 1999, 89(2):171–175.
6. Hillman AL et al. The use of physician financial incentives and feedback to improve pediatric preventive care in Medicaid managed care. *Pediatrics*, 1999, 104(4 Pt 1):931–935.
7. Borgiel AE et al. Evaluating the effectiveness of 2 educational interventions in family practice. *Canadian Medical Association Journal*, 1999, 161(8):965–970.
8. Siriwardena AN et al. Cluster randomised controlled trial of an educational outreach visit to improve influenza and pneumococcal immunisation rates in primary care. *British Journal of General Practice*, 2002, 52(482):735–740.
9. Ward A et al. Educational feedback in management of diabetes in general practice. *Education for General Practice*, 1996, 7:142–150.
10. Guadagnoli E et al. Improving discussion of surgical treatment options for patients with breast cancer: local medical opinion leaders versus audit and performance feedback. *Breast Cancer Research and Treatment*, 2000, 61(2):171–175.
11. Sauaia A et al. Influencing care in acute myocardial infarction: a randomized trial comparing 2 types of intervention. *American Journal of Medical Quality*, 2000, 15(5):197–206.
12. Soumerai SB et al. Effect of local medical opinion leaders on quality of care for acute myocardial infarction: a randomized controlled trial. *JAMA*, 1998, 279(17):1358–1363.

13. Mainous AG III et al. An evaluation of statewide strategies to reduce antibiotic overuse. *Family Medicine*, 2000, 32(1):22–29.
14. Hayes R et al. Comparison of an enhanced versus a written feedback model on the management of Medicare inpatients with venous thrombosis. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2001, 27(3):155–168.
15. Dickinson JC et al. Improving hypertension control: impact of computer feedback and physician education. *Medical Care*, 1981, 19(8):843–854.
16. Robling MR et al. General practitioners' use of magnetic resonance imaging: an open randomized trial comparing telephone and written requests and an open randomized controlled trial of different methods of local guideline dissemination. *Clinical Radiology*, 2002, 57(5):402–407.
17. Kinsinger LS et al. Using an office system intervention to increase breast cancer screening. *Journal of General Internal Medicine*, 1998, 13(8):507–514.
18. Moher M et al. Cluster randomised controlled trial to compare three methods of promoting secondary prevention of coronary heart disease in primary care. *BMJ*, 2001, 322(7298):1338.
19. Quinley JC, Shih A. Improving physician coverage of pneumococcal vaccine: a randomized trial of a telephone intervention. *Journal of Community Health*, 2004, 29(2):103–115.

Приложение 2. Качество фактических данных по шкале GRADE

●●●●	Высокое	Проведение дальнейших исследований вряд ли сможет изменить нашу уверенность в оценках эффекта.
●●●○	Умеренное	Дальнейшие исследования, скорее всего, смогут оказать существенное влияние на нашу уверенность в оценках эффекта и могут изменить эти оценки.
●●○○	Низкое	Дальнейшие исследования с очень большой вероятностью смогут оказать существенное влияние на нашу уверенность в оценках эффекта и могут изменить эти оценки.
●○○○	Очень низкое	Мы совершенно не уверены в наших оценках.

Сеть фактических данных по вопросам здоровья

(СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ является авторитетным источником фактических данных для руководителей высшего звена во всех 53 государствах-членах Европейского региона ВОЗ. СФДЗ предоставляет оперативные ответы на вопросы стратегического значения, относящиеся к общественному здравоохранению, медицинской помощи и системам здравоохранения. Эти ответы могут быть изложены в виде основанных на фактических данных докладов, аналитических обзоров, резюме или информационных записок. Кроме того, через свой сайт <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network-hen> СФДЗ позволяет пользователям иметь легкий доступ к фактическим данным и информации из ряда сайтов, баз данных и документов.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

– это партнерство, которое обеспечивает поддержку и содействие процессу формирования политики на основе фактических данных с помощью всестороннего и строго научного анализа деятельности и структуры систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Обсерватория привлекает широкий круг руководителей высшего звена, ученых и практических работников к анализу тенденций в реформировании здравоохранения с учетом опыта, приобретенного в рамках всего Региона, ставя перед ними задачу всестороннего освещения стратегических вопросов. С публикациями Обсерватории можно ознакомиться на сайте <http://www.healthobservatory.eu>.