Внедрение проектов повышения качества медицинского обслуживания на уровне первичного звена здравоохранения

USAID ОТ АМЕРИКАНСКОГО НАРОДА | Проект ЗдравПлюс

Ташкент - 2007

Внедрение проектов повышения качества медицинского обслуживания на уровне первичного звена здравоохранения

Ташкент – 2007

Данная публикация стала возможной благодаря помощи американского народа, оказанной через Агентство США по международному развитию (USAID). Abt Associates Inc. несет ответственность за содержание публикации, которое не всегда отражает позицию USAID или Правительства США.

Данный документ открыт для обсуждения, цитирования, копирования и перевода, частично или полностью, при условии ссылки на оригинал, и если эти действия не предпринимаются в коммерческих целях. Комментарии и предложения со стороны читателей будут приветствоваться.

Авторы:

Н. Рахманова. Магистр Общественного Здравоохранения. Специалист по повышению качества проекта USAID ЗдравПлюс, ассистент кафедры общественного здравоохранения Ташкентской Медицинской Академии.

Н. Нармухамедова. Кандидат наук, доцент. Директор учебного центра по подготовке врачей общей практики Ташкентской Медицинской Академии

Рецензенты:

В.С. Алимова, доцент, заместитель начальника главного управления лечебно-профилактической помощи, МинЗдрав Узбекистана

Ш.З.Касымов, доцент, зав. кафедрой повышения квалификации ВОП, доцент, тренер по качеству ТашИУВ

СОДЕРЖАНИЕ

ОТ АВТОРОВ…….. 6

НАША БЛАГОДАРНОСТЬ……..7

ГЛАВА 1. ВВЕДЕНИЕ……9

I. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 11

II. ПОЧЕМУ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ВАЖНО ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА?..... 14

III. ЧТО МОЖНО ОЖИДАТЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВНЕДРЕНИЯ ПРОЕКТА ПК? 15

ГЛАВА 2. ПОНЯТИЕ КАЧЕСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ 17

I. ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА……. 17

II. ЦЕЛИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА…….. 20

III. ПРИНЦИПЫ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА……24

1) Обслуживание, ориентированное на пациента…… 25

2) Работа в команде…… 29

3) Определение системы и ориентация на процессы…… 31

4) Принимать решения, на основе надежной информации 36

5) Улучшать координацию и коммуникацию…… 40

6) Демонстрация лидерства…….. 42

IV. КОНЦЕПЦИИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА……... 45

V. ЦИКЛ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА…….. 47

ГЛАВА 3. ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ ПЕРЕД ВНЕДРЕНИЕМ ПРОЕКТА ПО ПК?..... 50

ГЛАВА 4. СТРУКТУРА ПРОЕКТА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА…… 53

I. 1 ЭТАП ЦИКЛА ПК. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕЛИ И ИЗУЧЕНИЕ СИСТЕМЫ 57

1) Выбор темы…… 57

2) Формирование команды…….. 61

3) Определение цели и задач проекта…….. 63

4) Описание системы медицинского обслуживания…….. 67

5) Детальное описание изучаемого процесса…… 69

6) Разработка стандартов и индикаторов…….. 75

II. 2 ЭТАП ЦИКЛА ПК. ОЦЕНКА, МОНИТОРИНГ И АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ 81

1) Оценка и мониторинг качества оказания медицинской помощи…… 81
2) Сбор данных……87
3) Расчет индикаторов……93
4) Изображение данных на графике……94
5) Анализ с помощью диаграммы Ишикавы……101
III. 3 ЭТАП ЦИКЛА ПК. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ВНЕДРЕНИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВ…….. 105
1) Вмешательства (изменения), нацеленные на улучшение105
2) Концепции изменений…… 107
3) Внедрение вмешательств с использованием цикла ПВИД 115
4) Оценка эффективности проекта…… 118

ЗАКЛЮЧЕНИЕ……121

Приложение 1…… 124
Приложение 3…… 132
Приложение 5…… 136

ЛИТЕРАТУРА…….. 146

От авторов

Методика повышения качества, при правильном ее применении, поможет выявить корневые причины неудовлетворительного качества и определить мероприятия по его улучшению. Методическое пособие рекомендуется врачам общей практики (ВОП) для осуществления мини-проекта в условиях сельского врачебного пункта или поликлиники по оценке и улучшению качества оказываемой медицинской помощи. Пособие особенно рекомендовано курсантам или будущим врачам общей практики при внедрении и защите проекта по повышению качества, а также тренерам ВОП при курировании их проектов. В методическом пособии описаны основные принципы и инструменты повышения качества, которые могут быть полезными и для более широкой аудитории: студентов выпускных курсов и магистров медицинских вузов, преподавателей кафедр и учебных центров по подготовке врачей общей практики, для практикующих врачей, а также руководителей и организаторов здравоохранения.

Пособие состоит из 2-х частей: теоретической и практической. В теоретической части изложены основные принципы и концепции качества, а также цикл повышения качества, что способствует более глубокому пониманию прикладной области повышения качества. В практической - описаны шаги согласно определенной структуре проекта по повышению качества. Эта часть важна тем, что она является своего рода руководством по внедрению абстрактных принципов и

концепций в реальную практику. Здесь же детально описаны способы использования инструментов повышения качества.

В пособии приведены примеры из опыта внедрения проектов повышения качества в Узбекистане и за рубежом, что делает пособие особенно ценным для практикующих медицинских работников и руководителей практического здравоохранения, так как только при их вовлечении и лидерстве возможно осуществление деятельности по повышению качества.

Наша благодарность

Авторы выражают особую благодарность господину Бруно Буше (Региональный Директор по повышению качества в здравоохранении, проект ЗдравПлюс), который был одним из инициаторов движения за повышение качества медицинских услуг в Узбекистане с применением современных технологий, и специалисту по повышению качества Кураматову Шухрату (проект ЗдравПлюс), труд которого в Ферганской области явился для нас источником многих примеров. Мы также выражаем благодарность Ферганскому областному Управлению Здравоохранения, в частности начальнику управления Хусанбаеву Ш.Ю., первому заместителю управления Зайлобиддинову Г.Б., а также главным специалистам Нигмановой М.С., Махмудову Х.О., Кучкарову Ш.Б., Кобиловой Д.К., и районным координаторам Ахмадалиеву В.А., Рахматову Х.Р., Ашурову С, которые заложили первые «кирпичи» качества в Узбекистане.

Благодарим Питера Кемпбелла (директор по повышению качества, ЗдравПлюс), а также Елену Цой и Ферузу Маманазарову

(сотрудники проекта ЗдравПлюс), которые внесли вклад в улучшение содержания пособия.

Огромную признательность хочется выразить тренерам из центров ВОП, которые также трудились над совершенствованием этой работы:

- Ихтиеру Абдулхакову (тренер ВОП, Бух МИ);
- Лейле Хакимовой (тренер ВОП, СамМИ);
- Дильбар Мавляновой (тренер ВОП, ТашПМИ);
- Шарафу Касымову, (доцент, тренер по качеству и зав. кафедрой повышения квалификации ВОП, доцент, тренер по качеству ТашИУВ),
- а также всем тренерам ВОП, которые не только глубоко освоили методологию повышения качества, но с энтузиазмом восприняли идею осуществления мини-проектов по повышению качества в процессе 10-месячного курса обучения ВОП и оказывали постоянную помощь своим курсантам в их внедрении.

Авторы благодарны организациям, оказавшим финансовую и техническую поддержку в публикации данного руководства: проекту «Здоровье–2» (Всемирный банк) и проекту «Укрепление здоровья женщин и детей» (Азиатский банк развития), а также особую благодарность проекту USAID ЗдравПлюс, который вносит огромный вклад в осуществление улучшения качества медицинских услуг в Узбекистане. И, конечно же, наша глубокая благодарность нашим коллегам и сотрудникам, помогавшим нам в работе над этим документам.

«А вот и медвежонок Эдвард, который спускался на голове по лестнице прыг-скок, прыг-скок, прыг-скок. Насколько он всю жизнь знал, это был единственный способ спускаться по лестнице, однако он иногда чувствовал, что есть наверняка другой способ. Если бы он остановился на мгновение и только подумал об этом…»

А.А. Майн

Глава 1. Введение

Врач общей практики (ВОП), оказывая медицинские услуги, постоянно задает себе вопрос: правильно ли он назначил лечение, квалифицированно ли выполнил процедуру, грамотно ли провел консультацию, т.е. перед каждым врачом возникает проблема оценки качества проводимой работы - эффективности профилактики, диагностики или лечения больных. Когда врач сам оценивает свою работу - это значит, что он больше заинтересован в улучшении медицинского обслуживания.

Программа подготовки врачей общей практики включает цикл «Повышение качества медицинской помощи», благодаря которому курсанты знакомятся с методологией оценки качества, принципам разработки стандартов, индикаторов и их внедрением в практику. Как результат освоения программы, врач общей практики в своем учреждении, совместно с коллегами или командой по повышению качества, внедряют проект по повышению качества. Они собирают необходимую информацию, анализируют ее и выявляют корневые причины неудовлетворительного качества. В последующем разрабатывают рекомендации по улучшению качества, внедряют в

повседневную практику и проводят оценку результатов внедрения. Овладев навыками повышения качества, врач или другой медицинский работник полностью внедряет эти методы в свою повседневную практику, повышение качества становится его работой, неразрывно связанной с ежедневной деятельностью.

Первоначальный процесс внедрения проекта в рамках 10 месячного курса по обучению ВОП занимает 6-8 месяцев и завершается его защитой, в ходе которой оцениваются не только результаты и эффективность внедрения проекта, но и способность врача целенаправленно и конкретно излагать полученную информацию, выступать с докладами по теме проекта на конференциях, уметь вести дискуссию и грамотно отвечать на вопросы. Сдача проекта проводится в виде презентации, с демонстрацией результатов исследования, отображенных в таблицах, диаграммах и графиках. Многие врачи после окончания обучения продолжают внедрение своих проектов или используют подходы повышения качества для новых видов деятельности у себя в учреждении.

Во время внедрения проекта повышения качества врачи овладевают различными навыками:

- *организация эффективной команды по внедрению проекта повышения качества;*
- *выявление и формулировка проблемы;*
- *разработка стандартов, работа с клиническими руководствами и протоколами;*

- *сбор информации и работа с населением – разработка вопросников, анкетирование, интервью, наблюдение, анализ документации;*
- *выявление главных причин низкого качества;*
- *определение изменений/вмешательств и их внедрение;*
- *оценка изменений;*
- *оформление проекта, составление таблиц, графиков и диаграмм;*
- *умение представить работу, дискутировать, отвечать на вопросы.*

Таким образом, внедрение проекта повышения качества врачами общей практики в условиях сельского врачебного пункта (СВП) или поликлиники развивает навыки, необходимые современному врачу. Важно то, что эта работа является не только чисто академическим проектом, но и, при успешном внедрении, вовлекает всю команду во внедрение механизма непрерывного повышения качества.

I. История развития повышения качества здравоохранения

Область повышения качества не новая для системы здравоохранения, которая, как и другие области человеческой деятельности, постоянно развивается. Сегодня достижения медицины позволяют выполнять высокотехничные операции, выхаживать недоношенных детей, лечить когда-то неизлечимые болезни. В то же время, если спросить любого прохожего - удовлетворен ли он медицинской помощью - редко кто ответит положительно.

В 1980-х годах в системе здравоохранения развитых стран назревала ситуация, которая потребовала кардинальных изменений. Такие традиционные подходы к повышению качества, как инспектирование, увеличение ресурсов (строительство учреждений, закупка оборудования, повышение квалификации медицинских работников) оказались недостаточными для гарантии качества медицинского обслуживания. Общество все больше тревожили симптомы «болезни» самой системы здравоохранения, которые и вызывали острую необходимость повышения качества медицинского обслуживания:

- прогрессирующее увеличение расходов на систему здравоохранения, особенно в США (приблизительно 15% валового внутреннего продукта), которое не нашло отражение в улучшении качества медицинской помощи [1];
- различия в методах диагностики и лечения одного и того же заболевания различными больницами, поликлиниками, и врачами;
- преступная небрежность медицинских работников: например, в последние десятилетия, в США каждый третий врач был судим вследствие жалоб пациентов [1].

В это кризисное для системы здравоохранения время развитые страны обратили внимание на промышленность, которая процветала благодаря использованию философии и инструментов повышения качества. Такие известные компании как «Toshiba» (Япония), «Motorola», «Ford Motor Company» (США) за короткий срок добились

увеличения прибыли, улучшения качества продукции и повышения удовлетворенности среди клиентов.

Заимствованные из промышленности и бизнеса принципы и инструменты повышения качества универсальны и могут быть успешно применены в здравоохранении. Тем не менее, они должны быть адаптированы к системе здравоохранения, имеющей свои особенности и отличия, такие как:

- этика и значение клинического опыта врача;
- несогласованность существующих программ образования: медицинские институты обучают по одной системе, а колледжи - по другой, на практике используется третья;
- иерархичность системы здравоохранения в отличие от бизнеса и промышленности;
- ориентированность здравоохранения на клинические результаты в отличие от промышленности, ориентированной на продукцию, клиентов и прибыль [8].

С учетом этих особенностей, в международной практике уже с 90-х годов осуществляются различные мероприятия с использованием современной методологии повышения качества. В Узбекистане с 2002 г при поддержке проекта USAID ЗдравПлюс стали внедряться программы по повышению качества в Ферганской области. Сегодня этот опыт применяется в других областях республики, во многом благодаря тому, что эта методология изучается в рамках 10-месячной учебной программы, и курсанты - врачи общей практики применяют ее в своей деятельности.

Таким образом, опыт внедрения проектов повышения качества показал свою полезность в развитых странах, и может быть с успехом использован и распространен и в нашей системе, судя по эффективному его применению в Ферганской области.

II. Почему для медицинского работника важно повышение качества?

Как медицинский работник, наверное, вы неоднократно были не удовлетворены состоянием медицинского обслуживания в вашем учреждении, тем, как организована помощь, и, естественно, вы думали о том, что наверняка есть способ улучшения этих процессов. Иногда рекомендации очередной комиссии или новый приказ не улучшали, а еще больше запутывали вашу деятельность. Наверное, очень часто вы также хотели изменить ситуацию, хотя бы на уровне своего учреждения, но не знали, как это сделать и с чего начать. Некоторые из вас полагали, что изменить ситуацию, вы как простой врач не сможете. Тем не менее, опыт показывает, что вы и ваши коллеги можете улучшить качество оказываемой помощи у себя в учреждении, а если постоянно работать над улучшением медицинских услуг, предоставляемых пациентам, то можно найти и какие-то новые пути. Никто лучше вас не знает, как можно улучшить качество вашей работы, и если вы сами к этому не приложите усилия, то кто это сделает за вас? Требования к современному врачу значительно возросли: он должен знать, что такое практика, основанная на научных доказательствах, уметь критически оценивать литературу и новую информацию, индивидуально подходить к пациенту и владеть

навыками современного менеджмента. Обучившись новым методам диагностики и лечения, врач возвращается к себе в учреждение, окрыленный новыми замыслами и желанием внедрить новые знания на практике. Однако он часто не знает с чего начать, как получить поддержку коллег и как завоевать доверие пациентов. Поэтому, часто разочаровавшись, вновь возвращается к старым методам медицинской практики. *Методология повышения качества* является одним из эффективных способов *внедрения изменений* в деятельность. Работа по повышению качества требует определенных усилий, а вознаграждением будет удовлетворенность своей работой, поддержка команды в лице коллег, благодарность пациентов, приобретенный опыт и рост профессионализма.

III. Что можно ожидать в результате внедрения проекта ПК?

Успешно внедренный врачом проект по повышению качества является большим достижением в пределах учреждения. В зависимости от первоначально поставленных задач, можно ожидать такие позитивные результаты, как:

- улучшение медицинской помощи (обоснованная диагностика, правильно назначенное лечение) в соответствии с принципами доказательной медицины;
- повышение удовлетворенности пациентов медицинской помощью;
- уменьшение очередей и времени ожидания в приемной;
- оптимизация движения потока (маршрута) пациентов через этапы медицинской помощи;

- улучшение рабочей обстановки на местах;
- повышение удовлетворенности медицинских работников своей работой;
- оптимизация клинических исходов (снижение частоты заболеваемости, смертности, инвалидности).

Исследования, показывают, что медицинские работники испытывают более глубокую личную и профессиональную удовлетворенность от своей работы, когда ощущают, что приносят пользу [5]. К примеру, медицинские работники в педиатрическом отделении Ташлакской центральной районной больницы (ЦРБ) Ферганской области, внедряли стратегию интегрированного ведения болезней детского возраста (ИВБДВ)[1] на госпитальном уровне с применением методологии повышения качества. Они были единодушны в том, что наибольшее удовлетворение от работы им приносят оказываемая людям помощь и то общественное признание, которое они вследствие этого получают.

Наделение медицинских работников полномочиями решать проблемы и улучшать качество услуг через использование методологии повышения качества повышает их ответственность и инициативность. Например, в центрах первичной медицинской помощи в Уганде, где работники здравоохранения были наделены полномочиями решать местные проблемы, сократилось количество прогулов, а в Нигерии - повысилась мотивация медицинских работников [3]. И наоборот, когда врач понимает, что не в силах

[1] ИБВДВ (интегрированное ведение болезней детского возраста) - программа, рекомендованная ВОЗ, по оказанию помощи детям до 5 лет на уровне педиатрического отделения центральной районной больницы.

повлиять на качество работы, вследствие существующих условий, он может утратить интерес к работе и перенести свою деятельность в другие немедицинские сферы.

Таким образом, каждый медицинский работник должен стремиться улучшать качество своей работы, так как это приводит к эффективным результатам и к повышению удовлетворенности своей деятельностью.

Глава 2. Понятие качества в здравоохранении

I. Определение качества

Не существует единого определения качества в здравоохранении. По мере изучения этой области, понятие менялось и отражало точку зрения той стороны, которая давала определение качеству. Например, объединенная организация по аккредитации в здравоохранении (US Joint Commission on the Accreditation of Heath Care Organizations) трактует его так: «Качество в медицине - *это достигнутая при помощи современных медицинских знаний степень возможности добиваться желательных для пациента результатов и избегать нежелательных последствий*» [6]. В 1990 г. Институт медицины определил качество здравоохранения как *степень того, насколько медицинские услуги, предоставляемые отдельным лицам и группам населения, способствуют улучшению состояния здоровья и насколько их уровень соответствует современному уровню знаний в области медицины* [7]. Медицинская помощь высокого качества — *это такая помощь, которая требуется в данной конкретной ситуации и которую оказывают на высоком профессиональном уровне* [2].

По общепринятой классификации одного из основателей теории современного обеспечения качества в медицине Avedis Donabedian (США), в качестве медицинского обслуживания можно выделить три взаимообусловленные стороны [2].

1. Техническое качество означает применение научных знаний и практических навыков, использование новейшей аппаратуры и диагностических методов для обеспечения лучшего состояния здоровья.
2. Благожелательность лиц, участвующих в процессе лечения; особенно важны чуткость, понимание и уважение проблемы пациента.
3. Окружающая обстановка – создание условий для благоприятного общения. Так, в глазах пациента, авторитет даже самого лучшего врача падает, если приходится часами ожидать в его приемной или если кабинет врача расположен на четвертом этаже и из-за отсутствия лифта пожилым людям тяжело добираться до его кабинета.

Еще одно определение качества согласно «Руководству к улучшению» совмещает в себе две идеи: 1- *содержание медицинской помощи должно быть основано на научных доказательствах (доказательная медицина*), 2 – *медицинская помощь должна быть организована таким образом, чтобы пациент действительно получил лучшее качество* [7]. И, наконец, последнее и короткое определение: качество – *это соответствие стандартам* [2].

Такое разнообразие определений обусловлено тем, что разные заинтересованные стороны, дают разное определение качеству [22].

Для *поставщиков* (медицинских работников) важны такие аспекты, как:

- техническая компетентность;
- эффективность услуг;
- более высокая оплата и карьерный рост;
- инфраструктура (учреждение и его административная организация);
- наличие материально-технического обеспечения (лекарств, расходных материалов, персонала).

Для *пациента* важны следующие аспекты:

- оказание помощи профессионалами (профессора, главные врачи или признанные специалисты)
- общение с медицинскими работниками;
- наличие лекарств и расходных материалов;
- время ожидания;
- конфиденциальность;
- доступность.

Для *руководителей* системы здравоохранения важны такие аспекты, как:

- использование затратно-эффективных вмешательств;
- эффективность предоставляемых услуг;
- ведение записей;
- общие результаты (смертность, заболеваемость).

II. Цели улучшения качества

Потребность в применении методологии ПК возникла в результате огромного расхождения между медицинской наукой и практикой, выражающегося в следующем:

- различия в диагностике и лечении между врачами при лечении одного и того же заболевания;

- побочные эффекты лекарств;

- пациенты не могут получить необходимую профессиональную помощь;

- система медицинской помощи характеризуется фрагментированными услугами,

- различными тратами (времени, оборудования, работы) и отсутствием согласованности и координации услуг на различных уровнях оказаниях медицинской помощи.

В ответ на эти проблемы Институт улучшения качества в здравоохранении (IHI, Boston, MA1999) сформулировал 6 целей или критериев качественной медицинской помощи. Каждая система здравоохранения должна стремиться к достижению этих целей [6]:

I. **Безопасность:** предотвращение «производственных травм», которые могут возникнуть при взаимодействии с пациентом или по вине системы оказания медицинской помощи. Согласно оценке Агентства по исследованию здоровья и качества

(Agency for healthcare research and quality), медицинские ошибки как причина смертности стоят на 8-ом месте в США. Около 10 000 людей ежегодно умирают в США только в результате медицинских ошибок [6].

II. **Эффективность:** соответствие медицинской помощи научным доказательствам, т.е. не применять, неправильную, неэффективную и бездоказательную медицинскую помощь. Согласно международным исследованиям, почти половина врачей при принятии клинических решений полагается на свой клинический опыт или на опыт признанных специалистов больше, чем на доказательную медицину [21]. Однако, ни один врач за свою практику не видит достаточное количество больных с одним и тем же диагнозом для того, чтобы сделать научные выводы по лечению или диагностике. Например, исследования подтвердили, что ни один ребенок со средним отитом вирусной этиологии не должен получать антибиотики, а пациенту с артериальной гипертензией (при отсутствии противопоказаний) необходимо сначала назначить препараты первого ряда – диуретики или бета-блокаторами. Однако не секрет, что врачи часто предпочитают лечить «проверенными» опытом методами.

III. **Ориентированность на пациента**: уважение предпочтений пациента и предоставление ему права выбора. Но на практике эта, казалось бы, очевидная истина часто нарушается, например, согласно исследованию, проведенному в Европе, врачи слушают пациента в среднем 18 секунд, затем

прерывают, не давая ему возможности высказать свои предпочтения [6]. В исследовании, проведенном в Узбекистане, по внедрению домашней карты беременной, установлено, что медицинский персонал при общении не способствует тому, чтобы пациентка задавала вопросы, не добивается ответной реакции [4]. В то же время доказано, что предоставление пациенту выбора и учет его желаний, делает его более исполнительным в плане выполнения рекомендаций медицинского персонала и более сознательным по отношению к своему здоровью [5].

IV. **Своевременность**: уменьшение времени ожидания помощи и несвоевременной помощи, для пациентов. Согласно принципам педиатрической помощи на уровне стационара (ВОЗ) сортировка и оказание неотложной помощи детям должна проводиться в приемной, однако ввиду отсутствия условий и необходимых навыков у медперсонала в приемной, это часто осуществляется в педиатрическом отделении или реанимации, что ведет к потере драгоценного времени при оказании помощи пациенту. Основываясь на собственном знании местных условий, можно утверждать, что в большинстве стран Центральной Азии пациенты в среднем ждут около получаса приезда скорой помощи.

V. **Ресурсо-эффективность:** снижение ненужных затрат (времени, энергии, деятельности, оборудования и т.д.). Согласно оценкам экспертов, в США, у большинства врачей продуктивно лишь 50% рабочего времени из-за занятости по организации услуг

(оформление документации, административные обязанности и т.д.). За некачественное обслуживание приходится платить уменьшением количества пациентов, пустой тратой ресурсов и сокращением доходов [8]. Необходимо уменьшить «неклиническую» нагрузку и увеличить время взаимодействия с пациентом. Надо сказать, что увеличение затрат на здравоохранение, дорогое оборудование, сами по себе еще не гарантируют высокое качество. В то же время, улучшение качества знаний может способствовать сокращению ненужных расходов. Например, в рамках программы борьбы с инфекционными заболеваниями в Средней Азии работников здравоохранения обучали правильному лечению острых респираторных заболеваний (ОРЗ) и диареи. Когда после обучения они вернулись к своей деятельности, то обнаружилось, что расходы по приобретению лекарств сократились, т.к. назначалось меньше лекарственных средств, сокращалось число ненужных антибиотиков и инъекций. И это несмотря на то, что в это же время цены на лекарства резко возросли [23].

VI. **Равноправие:** оказание помощи, независимо от возраста, социального положения, пола и расы. Согласно исследованиям, проведенным в Балтиморе (штат Мэрилэнд, США), продолжительность жизни чернокожего ребенка на 7 лет короче, чем у ребенка белой расы [6]. В нашей стране не проводились исследования в этом направлении, но существуют

эпизодические доказательства различного отношения медицинских работников к сельскому и городскому населению.

Перечисленные цели или критерии качественной медицинской помощи, достичь которые должны стремиться все системы здравоохранения, являются своего рода элементами основополагающей философии общеврачебной практики, и поэтому они особенно актуальны для медицинских работников первичного звена здравоохранения. Для улучшения качества медицинские работники могут руководствоваться этими целями.

Таким образом, существуют различные определения качества, в зависимости от определяющей ее заинтересованной стороны. Также определено 6 целей улучшения качества системы здравоохранения. Важно стремиться к максимальному совершенствованию медицинской деятельности с учетом целей и определений качества и удовлетворению потребностей всех вовлеченных в процесс оказания медицинской помощи заинтересованных сторон.

III. Принципы, обеспечивающие повышение качества

Прежде чем окунуться в увлекательное путешествие улучшения качества, необходимо ознакомиться с некоторыми принципами, использование которых позволит его обеспечить. Эти принципы, как уже упоминалось выше, в свое время были заимствованы из промышленности, которая наиболее преуспела в области повышение качества, особенно в развитых странах. И хотя в здравоохранении они применяются относительно недавно, уже можно утверждать об их

эффективности в улучшении качества медицинской помощи. Выделяют 6 основных принципов [22].

1) **Обслуживание, ориентированное на пациента.**

Пациент, обратившийся в ваше учреждение – это не просто очередной больной, которого надо поспешно осмотреть и выписать рецепт. Это пациент, который ждет от вас уважения, понимания, справедливого подхода, информации, компетентности, удобства и результата. Такое отношение к пациенту является залогом повышения качества в сфере здравоохранения. Обслуживание, ориентированное на пациента требует изменения отношений. Даже предоставляя высококачественные услуги, большинство медицинских работников считает, что именно они, специалисты, знают, что лучше всего устроит пациентов. Большинство врачей подсознательно считают, что вся система здравоохранения создана для них самих, а не для пациентов и населения в целом: «я знаю лучше, что нужно пациенту и что для него удобнее...». Но это не совсем так: предпочтения пациентов также важны и ценны для достижения успеха [5].

Не секрет, что многие медицинские организации - государственные и частные, традиционно рассматривают своих пациентов как пассивных получателей услуг. Будучи специалистами, руководители полагали, что они находятся на вершине иерархической структуры своей организации, в то время как пациентам отводилась самая нижняя ниша.

Обслуживание, ориентированное на пациентов, отводит им главенствующую роль при планировании, реализации и оценке предоставляемых услуг. Пациенты лучше знают свои личные обстоятельства и потребности. Медицинские работники должны получать информацию от пациентов, на основе которой они планируют и представляют им соответствующие услуги. Главенствующая роль пациентов в здравоохранении означает то, что все медицинские услуги должны предоставляться в удобной для них форме, начиная от часов работы клиник до методов проведения консультаций и принятия решений. В некоторых странах пациенты очень активно участвуют в принятии решений: например, в Дании пациенты являются членами комитета разработки стандартных руководств. В некоторых учреждениях в Израиле, пациентам принято звонить после выписки для определения удовлетворенности, в Англии от удовлетворенности пациентов зависит оплата врачей [11].

Что хотят пациенты?

Люди повсеместно и постоянно оценивают качество получаемых услуг. Если у них есть выбор, они отдают предпочтение тем учреждениям, где им предлагается самое лучшее, с их точки зрения, обслуживание. *Удовлетворенность пациентов* – это один из наиболее важных аспектов высококачественного обслуживания. Поскольку удовлетворенность пациентов существенно влияет на их поведение, имеет смысл сделать ее одной из целей улучшения качества. От удовлетворенности пациента будет зависеть их последующее поведение [5]:

- станет ли он повторно обращаться за услугами;
- куда он обратится за услугами;
- захочет ли он оплатить услуги;
- будет ли следовать рекомендациям медицинских работников;
- вернется ли к медицинскому работнику;
- будет ли рекомендовать данные услуги другим пациентам.

Удовлетворенность пациентов появляется в том случае, если полученные услуги соответствуют их ожиданиям или превосходят их. Подчас пациенты ожидают, что медицинские услуги будут низкого качества, принимают этот факт без жалоб и даже выражают удовлетворенность при опросе. Как выяснилось из интервью и опросов, удовлетворенность пациентов далеко не всегда означает, что им были оказаны высококачественные услуги. *Например, при опросе 15 матерей в педиатрическом отделении Ташлакской ЦРБ все они (100%) были удовлетворены оказываемой помощью, но, тем не менее, лишь 40% из них ответило, что медицинские работники объясняют значение лабораторных анализов, предупреждают о побочных эффектах лекарств, 60% хотели бы улучшения условий пребывания в отделении (газ, вода, тепло)* [23]. Пациенты могут дать положительную оценку качества медицинских услуг только лишь для того чтобы «не разочаровать» проводящего интервью; или потому что опасаются лишиться в будущем и этого обслуживания; или культура не позволяет им жаловаться или же думают, что их мнение не будет взято во внимание. Еще одна причина по нашему мнению, заключается том, что пациентов подчас устраивает оказываемая помощь, так как они могли просто не видеть лучшей медицинской помощи и им не с чем

сравнить. Поэтому медицинские работники не должны считать, что предоставляют надлежащее обслуживание, только на том основании, что отсутствуют жалобы.

Неверное представление о качестве у пациента может оказать влияние на поведение медицинских работников и фактически понизить качество обслуживания. Иногда пациенты хотят пройти ненужные анализы, процедуры или лечение, исходя из ложного представления о том, что именно эти процедуры означают высокое качество обслуживания. В ответ на подобные требования врачи, к примеру, выписывают ненужные лекарства детям при острых респираторных инфекциях, или делают ненужные уколы дибазола и папаверина пациентам с гипертонией [24]. Это происходит от того, что медицинские работники боятся потерять своих пациентов, дескать они уйдут к другим медицинским работникам, если не получат услуг, на которые рассчитывали. Часто под влиянием рекламы пациенты без обращения к врачу покупают лекарства самостоятельно. Все перечисленные выше примеры показывают, насколько важными для обеспечения высококачественного обслуживания являются консультирование пациентов и информирование общественности о надлежащем качестве.

Таким образом, для улучшения качества медицинского обслуживания, мы должны учитывать нужды и ожидания пациентов в принятии решений, так как, в конечном счете, все наши усилия направлены на них. Удовлетворенность пациентов является важным показателем хорошего качества.

2) Работа в команде

Оказание качественных услуг - это задача всего медицинского персонала, а не одного врача-энтузиаста, т.е. в этот процесс важно вовлечь максимально возможное количество медицинских работников и научить работать в команде. В настоящее время формируется новая точка зрения по улучшению качества, которая особенно важна для руководителей. Она формулируется следующим образом: необходимо удовлетворить потребности и пожелания не только пациентов (как внешних клиентов), но и медицинских работников (как внутренних клиентов), чтобы у них появился стимул для последовательного предоставления высококачественных услуг [17]. Один из способов мотивации медицинских работников - *создание условий для работы в команде*. Например, врач, лечащий пациента с артериальной гипертонией, полагается на свою медсестру, которая должна регулярно посещать пациента, измерять давление и аккуратно вести документацию. Врач также полагается на своего лаборанта, который должен правильно выполнить анализы, на аптекаря, который обеспечит бесплатно первой таблеткой и т.д. Когда действия всех медицинских работников, вовлеченных в этот процесс, не согласованы, то очень трудно оказывать высококачественные услуги.

Работник, который ежедневно выполняет определенную задачу, лучше других знает, что не удается выполнить хорошо и почему. Он также может иметь более практичные идеи по усовершенствованию процесса. Для того чтобы повысить качество, руководители учреждений должны признавать и оценивать знания и опыт каждого работника учреждения и, если нужно, вовлекать в командную работу даже санитарок и сторожа. Руководитель должен предоставить медицинскому работнику необходимые полномочия и наделять их ответственностью за повышение качества. Уполномоченный медицинский работник зачастую способен быстро и эффективно разрешить возникающие проблемы и повысить качество работы [12] .

Например, когда в одном из сельских врачебных пунктов в Ферганской области, врачи не успевали оказывать помощь детям до 5 лет по стратегии ИБВДВ (интегрированное ведение болезней детского возраста), медсестры предложили взять на себя ответственность проводить первичный сортировочный осмотр поступающих детей в доврачебном кабинете и, таким образом, облегчили работу врачам. В Навоийской области одна из целей повышения качества звучала следующим образом: «Каждая беременная женщина знает все признаки опасности при беременности». Для достижения этой цели акушерка предложила, чтобы беременные женщины после консультирования по опасным признакам, подписывались в бланках, в которых перечислялись опасные признаки, и эти бланки приклеивались к дородовой карте. Как видно из примеров, информированность и совместное принятие решения

порождает энтузиазм и повышает мотивацию рядовых медработников.

Таким образом, решение существующих проблем, даже на первый взгляд, мелких и простых, дает медицинским работникам ощущение успеха и повышает их уверенность в своих силах, а когда к тому же работа проводиться не одним энтузиастом-врачом, а в команде, где каждый вносит определенный вклад, то изменения будут внедряться намного успешней.

3) Определение системы и ориентация на процессы

Современная философия повышения качества утверждает, что не стоит искать конкретного виновного в проблемах учреждения [9]. Вместо этого следует пересмотреть свою работу, рассматривая деятельность как сочетание взаимосвязанных систем и процессов. Системное мышление может способствовать улучшению предоставления услуг в сфере медицинского обслуживания, поскольку работа организации выходит за пределы отдельных иерархических уровней, отделов и географического расположения, и даже за пределы возможностей отдельно взятых людей [14]. Поэтому многие проблемы можно понять и решить только в контексте всей организации в целом. Система здравоохранения в целом влияет на действия медицинских работников и пациентов. *Например, известно, что выявление случаев туберкулеза в Узбекистане пока недостаточно высокое (42% согласно данным проекта HOPE TB вместо 70%, определенными ВОЗ). Одной из причин этого является то, что посев мокроты в сельской*

местности можно сделать в СВП, однако часто нет транспорта для ее доставки в лабораторию при ЦРБ. Другая причина заключается в том, что часто пациенты не обращаются в СВП или поликлинику при кашле более 2-х недель, так как они или не подозревают у себя туберкулез, или избегают стигм, а также расходов, связанных с долгой госпитализацией.

С точки зрения системного мышления, самая слабая подсистема в организации определяет качество ее работы в целом, так же как самое слабое звено определяет степень прочности цепи [2]. *Предположим, СВП оснащено самым современным оборудованием и медицинские работники подготовлены к оказанию помощи согласно доказательной медицине, но если в сельской местности периодически отключается электричество, то это ставит под угрозу работу лаборатории (например, ФЭК, холодильника, где хранятся реактивы), что непосредственно влияет на качество оказания услуг конкретному пациенту.*

Таким образом, можно ещё раз повторить, что не всегда качество медицинской помощи, оказываемое даже отдельному конкретному больному зависит от медицинского работника, некоторые проблемы могут быть связаны с организацией и структурой учреждения или системой в целом.

Влияние административной системы на деятельность медицинского работника

Административная система организует людей через управление и руководство, зарплату и стимулы, обучение и подготовку персонала [14]. Эта организационная структура характеризуют деятельность

определенного учреждения, например, предоставление услуг в ЦРБ или в СВП. В любой организации могут возникнуть проблемы, связанные с кадрами (например, недостаток кадров или неадекватная зарплата), или с административной системой (например, перебои с обеспечением лекарствами из-за плохой организации или не отапливаемое помещение). Обе системы тесно взаимосвязаны между собой: сбои административной системы сводят на нет стремление медицинских работников хорошо работать, и лишают их мотивации. Заинтересованность медицинских работников в повышении качества своей деятельности может снизить проблемы, связанные с кадрами: межличностные конфликты, неуверенность и страх [12].

Даже самые сознательные медицинские работники не могут хорошо работать, если система, от которой зависит их работа, функционирует неслаженно. Насколько хорошо может выполнять свою работу сотрудник, имея большое желание, если у него нет должной подготовки, соответствующего оборудования, руководства или же четкого представления о своих обязанностях? *Например, в Ферганской области педиатры ЦРБ были обучены современной стратегии ВОЗ по оказанию помощи на стационарном уровне. Одним из требований этой стратегии является осуществление сортировки (или первичной оценки) и оказание неотложной помощи детям в приемном отделении.* [1] *Согласно этой стратегии, например, ребенку с затрудненным дыханием может понадобиться кислород, а ребенку с судорогами следует дать Диазепам (ректально). Однако в существующей системе, непрерывное обеспечение кислородом не налажено, а хранение психотропных средств в приемном покое не*

предусмотрено, поэтому педиатры, хотя и понимают важность незамедлительного оказания помощи ребенку в приемном покое, на практике не могут оказать помощь в соответствии со стандартами ВОЗ, и продолжают практиковать по старому.

Ситуация кардинально меняется, как только руководители начинают задумываться, перестают обвинять подчиненного в возникновении проблем и рассматривать плохую работу не как результат персональной неудачи, а как симптом плохого функционирования системы. В результате такого подхода медицинские работники перестают занимать оборонительную позицию и могут сосредоточить внимание на поиске и устранении реальных причин неудовлетворительной работы [8].

Таким образом, можно сделать следующий вывод, что на качество оказания медицинской помощи большое влияние оказывают такие факторы, как кадровая политика, административная система, а также конструктивные подходы к решению существующих проблем.

Понятие системы в здравоохранении

Американский ученый Аведис Донабедьян (США), один из выдающихся основоположников философии качества в здравоохранении, дал измеримое определение «качества», и подразделил систему на три компонента: *структура, процессы и результаты* [2]. Структура – это ресурсы или вложения, которые делают возможным медицинское обслуживание: персонал организации, физические и материальные ресурсы (медицинские учреждения, оборудование, обучение, зарплата и бюджет на

эксплуатационные расходы). Процессы – это само медицинское обслуживание, включающее профилактику, скрининг, постановку диагноза, назначение лечения, консультирование, последующее наблюдение. Совокупность структур и процессов определяет клинические результаты (смертность, заболеваемость, частота осложнений, незапланированные траты и т.д.).

Наличие адекватной структуры - соответствующий штат, оборудование и финансирование – необходимо для предоставления высококачественных услуг, но этого недостаточно. Бытует распространенное мнение, что приобретение дополнительного оборудования, обучение – это проще, эффективнее и быстрее, чем улучшение процессов [16]. Правильно спланированные и выполненные процессы играют важную роль. Опыт показывает, что при реализации большинства подходов к повышению качества основной упор необходимо делать именно на оптимизацию процессов для более эффективного использования ресурсов. Вместе с тем, необходимо уделять должное внимание и ожидаемым результатам. Например, многие СВП и семейные поликлиники были оснащены современным оборудованием, врачи прошли 10-месячный курс обучения, но эти учреждения не сразу смогли функционировать эффективнее. Потребовалось пересмотреть устаревшие нормативы, обучить средний медперсонал следовать клиническим стандартам, внедрить систему внутреннего мониторинга, а также провести работу по пропаганде здорового образа жизни среди населения. Поэтому медицинские работники должны сосредотачивать свое внимание на улучшении процессов (распределение обязанностей в учреждении, улучшение

назначения лечения или консультирование), поскольку они могут повлиять больше на эти аспекты, чем на ресурсы (закупка нового оборудования, ремонт). Именно в процессе оказания помощи медицинскими работниками пациентам и можно реально «ощутить» качество. Другими словами следует особое внимание обращать не на «что», а на «как» осуществляется деятельность.

4) Принимать решения, на основе надежной информации

Надежная информация - основа любых действий, направленных на повышение качества работы. Медицинские работники нуждаются в точной и оперативной информации для того, чтобы суметь оценить сильные и слабые стороны работы учреждения, выявить проблемы, разработать пути совершенствования и измерить степень достигнутого успеха. Надежная информация о нуждах, представлениях и степени удовлетворенности пациентов особенно необходима для качественного обслуживания.

Однако очень часто медицинские работники, особенно руководители, подчас принимают решения, не имея надежной информации о предоставляемых услугах. Статистика, рутинно собираемая учреждениями и передаваемая в верхние эшелоны управления, нередко носит обобщенный характер и передается методами, не способствующими принятию решений

По нашим наблюдениям в СВП и поликлиниках по правилам существующей системы очень часто собирается определенная информация (общее число посещений, патронажных обходов,

количество пациентов, прошедших профилактический осмотр, заболеваемость, смертность), которая практически не используется при принятии решений непосредственно в самом учреждении. Такие показатели отражают структуры или исходы и поэтому имеют в основном описательную и эпидемиологическую ценность. В то же время, часто отсутствуют данные по процессам в учреждении, которые могли бы помочь медицинским работникам принимать решения по улучшению деятельности. Сосредоточенность на исходных данных способствует атмосфере обвинения и поиска виновного в неудовлетворительных показателях, что в свою очередь может привести к сокрытию реальных данных или проблем. *Например, во время инспекции лаборатории СВП, было случайно обнаружено, что реактивы хранятся не в холодильнике. Лаборантка рассказала о том, что холодильник не работал несколько дней, вследствие перепада напряжения в сети. После этой инспекции руководителю учреждения был сделан выговор, а лаборантку уволили. Как вы думаете, будут ли после таких случаев работники данного учреждения открыто обсуждать реальную ситуацию и проблемы своего учреждения?*

Как было указано выше, при повышении качества рекомендуется собирать данные по процессу, так как медицинский работник способен повлиять и улучшить именно процесс. *Например, в Ферганской области СВП и поликлиники собирают данные по 4-м показателям процесса: скринингу, диагностике, лечению, стратификации риска артериальной гипертонии, что позволило значительно улучшить эти показатели. Когда медицинские работники обратили внимание, что не всем пациентам диагноз ставится на основании двукратного*

измерения АД, вследствие того, что пациент «терялся из виду», было предложено следующее вмешательство – отмечать красным цветом в журнале фамилии тех пациентов, у которых при первом измерении АД было выше 140/90. После этого патронажная медсестра была обязана проведать пациента в течение 2-4-х недель, измерить АД на дому и напомнить о повторном посещении учреждения. Это простое изменение послужило напоминанием для медсестёр и способствовало повышению достоверности диагностики артериальной гипертонии.

При отсутствии необходимых точных данных решения могут приниматься на основе интуиции и фрагментарной информации, которая может быть недостоверной или искаженной. *Например, в той же Ферганской области всегда считалось, что распространенность анемии среди женщин репродуктивного возраста очень высокая. Для постановки диагноза анемии применялся тест на определение гемоглобина с помощью гемометра Сали. Когда однажды гемометры сверили с современным гемоглобинометром, оказалось, что они постоянно показывали заниженные значения гемоглобина, и это способствовало неправильному выводу о высокой распространенности анемии. В результате было принято решение регулярно калибровать гемометры, что, в конечном счете, гарантировало получение более точных показателей*. Это хороший пример принятия решений на основе данных. Итак, руководители и, конечно же, медицинские работники должны не только собирать информацию, но также анализировать ее и принимать обоснованные решения. Тогда будет понятно, зачем нужно собирать объективные данные, и у медицинских работников будет стимул для точности в подготовке информации.

Кроме того, руководители на местах могут проверить достоверность представленных данных немедленно [16].

Нередко руководители и медицинские работники должны сначала научиться анализировать базовые данные, в частности, рассчитывать показатели или составлять графики процесса. Они также должны научиться интерпретировать полученные результаты и руководствоваться ими в практической работе. *В Ферганской области команду по повышению качества и команду по управлению качеством обучили собирать ежемесячные данные, строить графики с помощью базы данных ACCESS и интерпретировать их. Причем основными показателями, по которым проводится мониторинг командами, были данные по процессу (показатели правильности назначений по анемии или правильности диагностики артериальной гипертонии и др.).*

Основная задача практикующего врача заключается в оказании медицинской помощи, основанной на последних научных доказательствах. Поэтому современный врач должен стремиться подкреплять, по возможности, каждое свое клиническое решение фактами, основанными на доказательствах (доказательная медицина) [21]. В настоящее время, медицина как наука развивается стремительно, но ее результаты внедряются в практику значительно медленнее. К сожалению, есть примеры, когда врачи применяют устаревшие методики. *Например, стандарты, указывающие, что женщина обязательно должна рожать на Рахманиновской кровати, ограничение числа посещений родственниками тяжело больных пациентов, назначение литической смеси при гипертермии, эуфиллина при обструктивном синдроме и другие, давно устарели. В то же*

время, доказанные методики, как например, назначение кортикостероидов в антенатальном периоде женщине с угрожающей беременностью или назначение сальбутамола при обструктивном синдроме на первичном уровне применяется недостаточно.

Таким образом, необходимо пользоваться объективными данными по процессу при принятии решений по улучшению качества медицинских услуг и врачу при оказании помощи следует опираться на данные, основанные на доказательной медицине.

5) Улучшать координацию и коммуникацию

Координация является ключевым звеном в работе системы здравоохранения. Это включает в себя взаимодействие внутри любой организации, между смежными организациями (например, между разными СВП или, между поликлиниками), а также между первичным, вторичным и третичным уровнями (СВП с ЦРБ и областными больницами). Отправным пунктом для установления согласованности в работе служит наличие определенной системы со стандартизированными процедурами, клиническими практическими руководствами и описанием должностных обязанностей. *Например, согласно клиническому руководству по артериальной гипертонии, разработанному центром доказательной медицины (ЦДМ, Ташкентский институт усовершенствования врачей, 2004), врачи общей практики четко знают, в каких случаях следует направить пациента к специалисту в ЦРБ. Обучение также помогает медицинским работникам работать в контакте друг с другом,*

предоставляя пациентам единые знания и навыки. Например, после совместного обучения методологии повышения качества заведующего СВП, врача общей практики и медсестры, навыки работы в команде внутри СВП значительно улучшились.

Большое значение имеет коммуникация или другими словами взаимосвязь, регулярное общение и встречи. Медицинские работники, особенно руководители должны как можно шире обмениваться информацией по горизонтали (т.е. между собой) и вертикали (между руководителями органов здравоохранения) [14]. *Например, каждую неделю заведующие СВП в Ферганской области встречаются на районном собрании в ЦРБ и обсуждают проблемы и успехи в области повышения качества услуг. Заместители главных врачей ЦРБ или районные координаторы докладывают эти данные на ежеквартальных встречах областных специалистов и руководителей в областном управлении здравоохранения.*

Эффективное общение помогает медицинским работникам понять, как их конкретные функции и работа учреждения влияют на систему здравоохранения в целом и способствуют достижению общих целей. Напротив, при ограниченности информации медицинские работники и руководители учреждений неспособны представить себе общую картину, и работают независимо друг от друга, подчас вступая в противоречие между собой.

Для обеспечения эффективного обмена информацией, организации должны преодолеть множество препятствий, которые блокируют, фильтруют и искажают распространяемую информацию [9]. Основные из них - иерархическая структура системы, при которой

потоки информации направляются только по вертикали: от министерства, в областные управления здравоохранения, далее в ЦРБ и от них в СВП к рядовым работникам. Между тем обеспечение именно горизонтальных потоков информации между отдельными сторонами и учреждениями является ключевым фактором успешной координации. *Примером обмена информацией по горизонтали являются ежегодные конференции, посвященные повышению качества, на которых врачи и руководители могут обменяться опытом и обсудить наболевшие вопросы или же ежеквартальные встречи, проводимые на уровне Ферганского областного управления здравоохранения, где собираются заместители главных врачей ЦРБ по делам ПМСП (первично медико-санитарная помощь) для того чтобы обсудить и поделиться опытом по распространению проектов в СВП и поликлиниках.*

Таким образом, координация деятельности на всех уровнях и эффективная коммуникация являются важными принципами повышения качества и способствуют успешному внедрению изменений.

6) Демонстрация лидерства

Руководители управлений здравоохранением, если они хотят добиться успеха, должны поощрять и активно участвовать в любой инициативе, направленной на повышение качества. Личный и профессиональный пример руководителя демонстрирует приверженность общей задаче организации, позволяет преодолеть

естественное сопротивление работников переменам и убедить персонал в важности поставленной цели [12].

Однако не только официальный руководитель способен возглавить работу по улучшению качества. При внедрении проектов по повышению качества (впрочем, как и других новаторских идей) обычно обязательно выявляется «чемпион по качеству», [13] т.е. человек, который обладает качествами лидера, увлекается новыми методами и заинтересовывает ими других. *Например, в Ферганской области такими «чемпионами» стали некоторые врачи и медсестры СВП, которые своей приверженностью к мониторингу и улучшению показателей служат примером для своих подчиненных и коллег.*

Наиболее действенный путь изменения повседневной практики состоит в том, чтобы высшие руководители сами выполняли то, что они требуют от подчиненных. *Например, одной из главных причин успешного внедрения проекта в Ферганской области явились огромный энтузиазм и желание улучшить работу руководителей высшего звена – начальника областного управления здравоохранением, областных специалистов: главного терапевта, педиатра и гематолога, которые своим примером вдохновляли всех медицинских работников.*

Конечно, руководители могут опасаться, что инициатива, направленная на повышение качества, таит угрозу изменения привычного уклада деятельности, или они не ощущают потребности в переменах так же остро, как их подчиненные, поскольку руководители находятся «немного дальше» от непосредственного предоставления услуг пациентам.

Необходимо также помнить еще один аспект, характерный для традиционной централизованной системы: подчиненные не всегда делятся информацией о барьерах, а руководители не всегда делают усилия по получению этой информации, - такое отношение объясняется страхом наказания, и поэтому руководителям следует думать о различных методах поощрения подчиненных при обмене информацией о проблемах качества. Кроме того, согласно современной методологии ПК, можно улучшать качество на разных уровнях системы, исходя из имеющихся возможностей, и не всегда необходимо ждать одобрения и вовлечения высокопоставленного уровня чиновничьего аппарата. Поэтому важно создать среду свободного, открытого обмена информацией на работе. Деминг, выдающийся специалист по качеству, одним из лозунгов предложил: «Прочь страх на работе».

Руководители учреждений, работающие непосредственно с пациентами, также играют важную роль в улучшении качества. Даже при отсутствии требований повышения качества сверху, они способны улучшить качество обслуживания, решая такие проблемы, как сокращение времени ожидания приема, или улучшение ведения документации и регистрации пациентов и поощрить персонал быть более чутким к нуждам пациентов. *Один из лучших примеров такой «частной» инициативы является работа заведующего педиатрическим отделением Ташлакской ЦРБ, который внедрил стандарты педиатрической службы на основе рекомендаций ВОЗ, и добился того, что все отделение, включая врачей-дежурантов и медсестер, следовали основным стандартам этой стратегии. Еще*

один пример лидерства был продемонстрирован заведующим СВП «Заркент», Ташлакского района Ферганской области, который равномерно распределил нагрузку между медсестрами по проведению патронажа, нарисовав карту подворных обходов с красочным изображением участков каждой патронажной медсестры и составив скользящий график для удобства визитов пациентами.

Таким образом, в процессе внедрения методологии повышения качества инициативным руководителям и медработникам, обладающим лидерскими качествами, отводится ключевая роль в поддержке проектов.

IV. Концепции повышения качества

Разработанные на основе эмпирического опыта концепции повышения качества, являются аксиомами, которым необходимо следовать для обеспечения эффективного внедрения проекта.

Существуют 3 концепции улучшения качества:

1. Качество всегда можно улучшить до более высокого уровня качества работы. Это означает, что процесс повышения качества непрерывен, и всегда есть пространство для его улучшения. Лучшей иллюстрацией следования этой концепции является компьютерное производство или автомобилестроение, которые постоянно разрабатывают новую более совершенную продукцию. Медицина также постоянно развивается: появляются новые лекарства, разрабатываются новые методы лечения заболеваний. Из года в год совершенствуются старые и больше применяются новые технологии, такие как компьютерная томография, усовершенствованная рентген-

диагностика с компьютерным проецированием и многое другое. Это говорит о том, что ничто не стоит на месте, а улучшается и совершенствуется и медицинские работники всегда должны быть готовы поднять уровень своей работы на следующий уровень качества.

2. Повышение качества медицинских услуг и деятельности медицинских работников не произойдет без изменения в системе оказания медицинской помощи. Один из основоположников качества в здравоохранении Дон Бервик (Институт улучшения качества в здравоохранении, США), утверждает: «Каждая система настроена на тот результат, который она получает». [8] Смысл этого положения заключается в том, что как система организована, такие результаты она и обеспечивает. Так, плохие результаты (например, высокая смертность или высокая заболеваемость) являются лишь следствием работы всей системы, а не случая или вины конкретных медицинских работников. Поэтому, для изменения результатов, т.е. для улучшения исходных показателей, следует вводить изменения в систему: в ее структуру и процессы. В то же время нужно помнить, что система функционирует не сама по себе, а под влиянием вовлеченных в нее людей (руководителей, медицинских работников, пациентов).
3. Для осуществления успешного повышения качества работы необходимо изучить систему оказания медицинской помощи (ресурсы, процессы, результаты), выявить главные проблемы

неудовлетворительной работы и разработать мероприятия по их разрешению. Повышение качества медицинской помощи не произойдет случайно, это длительная и методическая работа. Только те вмешательства, которые направлены на разрешение корневых причин проблем и могут быть эффективными. В ходе внедрения проектов повышения качества накоплен богатый опыт использования различных инструментов повышения качества (карта системы, блок-схема, графики и т.д.), которыми и следует пользоваться для определения причин проблем и в целом изучения системы здравоохранения.

Таким образом, вышеперечисленные принципы и концепции являясь основами философии качества, дают уверенность медицинским работникам в выборе правильного подхода.

V. Цикл повышения качества

Существуют различные подходы улучшения качества медицинской помощи, однако все они, в сущности, сводятся к трем этапам: определению цели, анализу деятельности, внедрению и оценке изменений для повышения качества, которые составляют цикл повышения качества (ПК).

1. На начальном этапе мы задаем себе вопрос: *«Что мы хотим улучшить?»,* т.е надо выяснить, что является качественной медицинской помощью в пределах выбранной темы и определить стандарты, к которым следует стремиться. *Например, команда по повышению качества в поликлинике г.*

Канибадам (Таджикистан) поставила цель - увеличить количество пациентов старше 18 лет, которым правильно измеряется артериальное давление (АД)[2] *при каждом посещении медицинского учреждения.*

2. На следующем этапе, необходимо задать себе такой вопрос: *«Как я буду знать, что качество улучшается или добиваюсь поставленной цели?»*. Для ответа на него необходимо провести мониторинг и оценить, следование стандартам, используя индикаторы. *Индикатором выше обозначенной цели на примере поликлиники, г. Канибадам может быть число пациентов старше 18 лет, которым измеряется АД при каждом посещении поликлиники, независимо от причины визита. Еще один индикатор моет бать количество медработников, которые следуют правилам тонометрии согласно алгоритму измерения АД.*

3. Далее следует найти ответ на очередной вопрос: *«Что нужно изменить, чтобы достичь цели?»* На этом этапе определяют, а затем внедряют изменения, направленные на улучшение по принципу ПВИД (планируй, внедряй, изучай, действуй). *Например, в Канибадамской поликлинике определили и внедрили следующее изменение - организовали дополнительный доврачебный кабинет, обучили врачей и медсестер измерять АД. Для того чтобы обеспечить правильную тонометрию, члены команды приняли экзамен у всех медработников данной поликлиники по типу*

[2] На основе отчетов автора по региональной миссии в Таджикистан (проект ЗдравПлюс. 2006-2007 гг.)

ОСКЭ[3]*. Эти изменения были направлены на улучшение процесса измерения АД пациентам старше 18 лет.*

В процессе улучшения качества медицинской помощи можно пройти несколько таких циклов ПК. Но на каждом из них следует соблюдать принципы и концепции повышения качества.

Цикл ПК - это и есть тот простой и одновременно мощный инструмент, который позволяет внедрить в практику теоретические принципы и концепции ПК.

Таким образом, основное назначение проекта - определить цель по повышению качества, затем совместно с командой оценить качество медицинской помощи в условиях СВП и внедрить вмешательства, направленные на улучшение качества с последующей оценкой их эффективности.

[3] ОСКЭ - объективный структурированный клинический экзамен

Глава 3. Что нужно знать перед внедрением проекта по ПК?

Рекомендации преподавателю по обучению подходам ПК и внедрению проекта

Успех выполнения проекта курсантом ВОП зависит от плодотворности сотрудничества между тренером ВОП и курсантом. Роль тренера ВОП заключается в постоянном наставничестве, методологической поддержке и поощрении курсанта. В течение 10 месяцев курсант и тренер, тесно сотрудничая, следуют методологии ПК. Приведем некоторые рекомендации для тренеров ВОП:

- необходимо объяснить правила написания проекта и его содержание согласно предопределенной схеме (Приложение 1);
- необходимо заранее ознакомить курсантов с оценочными критериями проекта;
- внедрять и координировать работу над проектом следует поэтапно, поэтому необходимо постоянное сотрудничество между педагогом и курсантами, это также даст возможность курсантам исправлять ошибки в процессе внедрения и написания проекта;
- определить совместно с курсантом тему, которая должна быть выполнима по времени и возможностям курсанта;
- совместно с курсантом разработать цели и задачи;
- помочь курсанту определить стандарты и разработать индикаторы;

- разработать или предложить методы анализа качества деятельности;
- оценивать каждый раздел проекта поэтапно, и
- координировать внедрение улучшений в процесс работы. При необходимости тренер может служить посредником между курсантом и руководителем учреждения, где работает сам курсант.

Целесообразность выполнения проекта по ПК

Выполнение проектов помогает преподавателю выявить и оценить разносторонние способности курсантов ВОП:

- при защите проекта - всесторонне оценить знания, навыки и мышление курсанта;
- оценить исследовательские навыки, умение читать научную литературу, находить нужную информацию, использовать достоверные результаты в своих исследованиях;
- проверить способность к внедрению новых методов диагностики и лечения;
- оценить умение систематизировать полученные результаты, анализировать, делать выводы и вырабатывать рекомендации;
- поощрять решение реальных проблем СВП с использованием научных подходов;
- стимулировать публикацию статей.

Но существуют также сложности работы над проектом по повышению качества, которые как курсант, так и тренер должны учитывать.

Возможные сложности выполнения проекта с точки зрения преподавателя:

- На первый взгляд - трудновыполнимая задача;
- Терминология, понятия по повышению качества - абстрактны и трудны для понимания;
- Возможно недобросовестное выполнение проекта (недостоверный сбор данных);
- Выполнение проекта, включающее глубокий анализ и внедрение соответствующих вмешательств, требует много времени и средств, а слишком простые задачи могут привести к поверхностным решениям [8];
- Даже способный и заинтересованный курсант может встретить сопротивление у коллег и руководителя при внедрении проекта в учреждении;
- При одновременном курировании большого количества курсантов, выполняющих проекты по ПК, тренеру трудно обеспечить индивидуальный и глубокий подход к каждому из них;
- Проект не оценивает клинических (практических) навыков.

Таким образом, необходима совместная творческая работа преподавателя и курсанта по планированию и внедрению проекта, в соответствии с имеющимися возможностями и ресурсами. Тем не менее, проект по повышению качества может привести к конкретному улучшению работы, что является хорошей наградой за труд и время, как тренера, так и курсанта.

Глава 4. Структура проекта по повышению качества

В данном разделе детально описаны этапы внедрения проекта по повышению качества, даны разъяснения по использованию соответствующих инструментов для каждого из этапов.

Безусловно, основным требованием к выполнению проекта является улучшение деятельности учреждения, основанной на практическом применении методологии повышения качества, но не менее важно, чтобы проект был правильно оформлен. **Проект по повышению качества** - это разновидность индивидуальной исследовательской работы, выполняемый ВОП для повышения качества в своем медицинском учреждении. Одним из требований выполнения проекта является его логически построенное письменное изложение.

Основные задачи:

- выявить проблему оказания медицинской помощи в условиях СВП;
- определить цель и разработать стандарты качества;
- собрать данные для оценки качества работы учреждения;
- выявить причины низкого качества;
- разработать мероприятия для улучшения качества и внедрить их;
- оценить качество медицинской помощи после внедрения проекта.

Не существует определенного рецепта осуществления проекта по ПК. Важно придерживаться логики цикла повышения качества, не забывая при этом его принципы и концепции. Внедрить на практике эти принципы и концепции помогают инструменты повышения

качества. Курсанту, начинающему внедрять элементы качества в свою деятельность, поможет определенная структура проекта, учитывающая необходимые мероприятия и примерные сроки (Приложение 1). Как уже говорилось выше, шаги или мероприятия должны следовать 3-х этапному циклу ПК, а также учитывать использование инструментов повышения качества (Табл. 1)

1. Первый Этап - Определить цели и задачи улучшений:

- выбрать тему (с использованием инструмента «матрица решений» или других методов);
- изучить систему, которая требует улучшений;
- определить членов команды по ПК;
- определить возможности и задачи для улучшения;
- разработать стандарты и индикаторы (с использованием матрицы разработки стандартов и индикаторов) (**Приложение 2**);
- начать мониторинг системы.

2. Второй этап - Разработать ряд вмешательств (изменений):

- определить корневые причины некачественной работы;
- определить вмешательства, которые устранят корневые причины проблем в здравоохранении.

3. Третий этап - Внедрить вмешательства (изменения) и изучить их воздействие:

- осуществить цикл ПВИД;
- оценить воздействия изменений по данным мониторинга.

Таким образом, работа по ПК будет успешной при использовании 3-х этапного цикла ПК, что обеспечивает систематический подход при улучшении. Каждый из 3-х этапов включает в себя под-этапы и соответствующие инструменты, приведенные в **Таблице** 1. Цикл повышения качества и применяемые инструменты**.**

Таблица 1. Цикл повышения качества и применяемые инструменты

(адаптировано из «Руководства по повышению качества», Б.Буше и соавт., 2006 г.)

Цикл ПК	Шаг внедрения	Инструменты
1 этап: Что мы стремимся улучшить?	**Определить цели и задачи улучшений**: - выбрать тему проекта - изучить и описать систему, которая требует улучшений - определить членов команды по ПК - определить возможности и задачи для улучшения - мониторинг системы	**Постороение блок-схем** **Анализ системы** Вложения Процессы Результаты
2 этап. Какие вмешательства и преобразования приведут к улучшениям?	**Разработать ряд вмешательств:** - определить корневые причины некачественной работы - определить вмешательства, которые устранят корневые причины	**Диаграмма Ишикавы и работа в команде**
3 этап. Какие вмешательства (преобразования) оказались успешными?	**Внедрить вмешательства (изменения) и изучить их воздействие:** - осуществить цикл ПВИД –оценить воздействия изменений - определить, какие уровни должны быть вовлечены	Планируй Действуй Цикл ПВИД Внедряй Изучай **График**

I. 1 этап цикла ПК. Определение цели и изучение системы

1) Выбор темы.

Выбор темы является первым и важным этапом проекта. Тема выбирается в процессе обучения совместно с педагогом и может быть направлена на улучшение клинических, социальных, эпидемиологических, профилактических и других аспектов деятельности ВОП. Рекомендуется определить проблемные ситуации в работе медицинского персонала сельского врачебного пункта или поликлиники и взять их в качестве темы для улучшения. Проблема определяется самим курсантом, исходя из существующих в СВП проблемных аспектов, требующих первоочередного решения. Можно ориентироваться на данные статистики для определения распространенных заболеваний или на то, что интересно самому курсанту. Например, проблемой СВП может быть низкий охват контрацепцией за второй квартал, увеличение уровня госпитализации детей в стационаре, случаев заболеваемости язвенной болезнью, количества сердечно-сосудистых осложнений за год, низкий уровень посещения больных СВП во время диспансеризации.

Еще одним рекомендуемым подходом к определению темы является выбор той темы, по которой есть научно доказанная литература. Например, в Узбекистане, изданы два клинических руководства по железодефицитной анемии и артериальной гипертонии,

разработанные Центром Доказательной Медицины (ЦДМ)[4]. Кроме того, есть клинические руководства, разработанные Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ), такие как интегрированное ведение болезней детского возраста или безопасное ведение беременности и родов, грудное вскармливание или репродуктивное здоровье. Наличие литературы, основанной на ДМ, придает медработникам уверенности в правильности мероприятий по улучшению и облегчает разработку стандартов.

При выборе темы рекомендуется ориентироваться на следующие **критерии**:

- распространенность состояния (например, анемия);
- требование частого оказания медицинской помощи (например, вакцинация);
- предрасположенность к возникновению проблемы (например, дети с гипотрофией);
- высокий риск осложнений (например, артериальная гипертония);
- возможность повышения качества, которое можно оценить и улучшить (например, лечение острой респираторной инфекции);
- улучшение осуществимо силами команды (например, уменьшить время ожидания пациентов по утрам).
- наличие литературы, основанной на доказательной медицине (руководства, протоколы, алгоритмы т.д.)

[4] ЦДМ – Центр доказательной медицины, основан при технической поддержке проекта «ЗдравПлюс» (USAID) в Ташкентском институте усовершенствования врачей.

Например, команда по ПК в Ташлакском районе Ферганской области выбрала артериальную гипертонию темой для ПК. Критериями для такого выбора послужили:

- распространенность артериальной гипертонии (АГ) среди взрослого населения;

- предрасположенность АГ к серьезным осложнениям (инсульт, инфаркт) и смертность;

- контроль АД при проведении необходимых лечебно-профилактических мероприятий, (то есть АД может быть ниже 140/90 мм рт.ст)

- снижение расходов при уменьшении госпитализации и смертности

Часто медицинские работники не могут прийти к согласию при выборе темы. Как один из методов нахождения консенсуса предлагается инструмент выбора идей – матрица приоритетов или голосование, которое при необходимости может быть повторным или многократным.

Составляя матрицу **(Таблица 2)** в заголовках таблицы обычно перечисляют критерии выбора темы, в боковом столбце предлагаемые темы, а в клетках - каждый медицинский работник или вся команда проставляют оценки до 5 баллов. Тема, по которой набрано максимальное количество баллов, и будет выбором группы. Например, в таблице 2, выбор группы по наибольшему количеству баллов пал на артериальную гипертонию.

Таблица 2.

Матрица решений

Тема	**Распространенность**	**Возможность улучшения**	**Частота осложнений**	**Общий балл**
Бронхиальная астма	2	3	4	9
Артериальная гипертония	5	5	5	***15***
Язвенная болезнь желудка	3	4	3	10

2) Формирование команды

Когда определена тема улучшения, следующим шагом рекомендуется сформировать команду. Команда – это группа людей, работающих вместе для достижения определенной цели, за которую они ответственны в равной степени [17]. Для успешного внедрения мероприятий по повышению качества в команду необходимо включить медицинских работников, вовлеченных в процесс оказания медицинской помощи. Не менее важным в работе команды является слаженная работа всех ее членов. Для эффективной работы команды необходимо:

- добросовестно выполнять работу всеми членами команды;
- соблюдать профессиональные отношения между членами команды, проявлять поддержку и чуткость друг к другу, владеть навыками межличностного общения;
- четко определять роль и обязанности каждого члена команды;
- соблюдать трудовую дисциплину, проводить регулярные встречи, вести записи, составлять отчеты.

В команду могут входить медицинские работники СВП или городских поликлиник (врачи, медсестры, лаборанты), руководители ЦРБ, а также узкие специалисты, если они участвуют в процессе оказания помощи по выбранной теме. *Например, когда в Ферганской области медицинские работники решили повысить качество оказания помощи взрослым с артериальной гипертонией, было предложено создать 2 команды:*

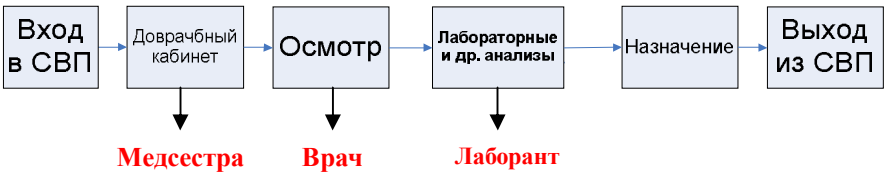
- 1-ая команда по повышению качества на уровне СВП (врач + доврачебная медсестра + патронажная медсестра + лаборант);

- 2-ая команда по управлению качеством на уровне района и области (заместитель главного врача по делам ПМСП + главные терапевты района и области + начальник и заместитель облздрава).

Для оптимального подбора членов команды рекомендуется графически изобразить основные этапы процесса, который медицинские работники намереваются улучшить. Для этого используется инструмент, называемый поверхностной блок-схемой. Она позволяет увидеть все этапы и их взаимосвязи в процессе оказания помощи. При этом следует определить отметки начала и завершения процесса в логической последовательности, все ключевые этапы должны отображаться в хронологическом порядке. Для примера ниже представлена блок-схема процесса оказания помощи пациентам с анемией в условиях СВП (рис. 1).

Рисунок 1

Поверхностная блок-схема процесса оказания помощи женщине с анемией



Таким образом, для оказания помощи пациентам с анемией, в команду рекомендуется включить врача общей практики, медсестру и лаборанта.

3) Определение цели и задач проекта

Прежде чем начать работу по улучшению качества нужно правильно сформулировать цель. Ни одна команда не улучшит качество работы, пока не будет ясной цели и стремления ее достичь. Руководством по постановке цели для команд могут быть также 6 задач, определенные Институтом качества (см. главу 2). Хорошая цель должна соответствовать следующим критериям («***САИД»***):

- быть **специфичной *(С)*** - например, **улучшение назначения лечения;**
- указывать на **целевую аудиторию *(А)*** или систему, на которую она направлена (для **пациентов с сахарным диабетом**);
- **быть измеримой *(И)* (улучшение назначения до 90%);**
- указывать **длительность *(Д)*** периода, в течение которого наступит улучшение (**например, за 3 мес.).**

Таблица 3

Примеры эффективных целей

Цели по обеспечению безопасности пациентов	**Цели по обеспечению доступа к медицинским услугам**	**Цели по оптимизации маршрута пациента в течение 9 месяцев**	**Цели по оказанию неотложной помощи в течение 9 месяцев**
1. Уменьшить частоту побочных действий лекарств среди пациентов отделения неотложной помощи на 75% в течение года: - передозировка бензодиазепинами и наркотиками - количество пациентов с кровотечением в результате приема антикоагулянтов	1. Уменьшить время ожидания пациентами в поликлинике на 50% в течение 9 месяцев 2. Уменьшить время ожидания пациентами специалистов во время ежегодных профилактических осмотров на 25%	1. Перевод пациентов из реанимации в соматическое отделение в течение часа после принятия решения о переводе 2. Выписка пациентов в течение 2 часов после принятия решения о выписке 3. Увеличить удовлетворенность пациентов	1. Снизить на 20% смертность в отделении реанимации в течение 9 месяцев, в результате уменьшения: - количества дней (до 2-4 дней) подключения пациента к искусственной вентиляции легких -случаев повышенной сонливости от применения

2. Увеличить количество назначений профилактической антибиотикотерапии хирургами более чем на 95% в течение года 3. Уменьшить число ре-интубаций среди реанимационных больных на 80% в течение 8 мес.		медицинскими работниками и организацией услуг на 25%	седативных препаратов на 40% - частоты развития тромбоза глубоких вен - случаев желудочно-кишечного кровотечения в результате язвы - числа пролежней 2. Уменьшение средней продолжительности койко-дней среди пациентов в отделенит интенсивной терапии на 50% в течение 9 месяцев

Для достижения цели необходимо наметить ряд **задач**, которые соответствуют этапам цикла повышения качества:

1. Описание существующей системы;
2. Разработка стандартов или целей качества;
3. Разработка индикаторов и оценка существующей практики оказания медицинской помощи;

4. Анализ и выявление причин низкого качества и разработка мероприятий по улучшению качества;
5. Внедрение разработанных мероприятий;
6. Оценка происшедших изменений

Образец определения цели и соответствующих задач

Цель: Повысить качество системы естественного грудного вскармливания детей до года на 30% в условиях городской поликлиники до конца 2006 г.

Задачи:

1) провести базовое изучение системы грудного вскармливания (количество кормящих женщин, детская смертность, заболеваемость и т.д.);

2) разработать стандарты и индикаторы по грудному вскармливанию;

3) на основе плана оценки (аудит, интервью и наблюдение) собрать информацию о состоянии грудного вскармливания у кормящих матерей;

4) проанализировать результаты и разработать меры по улучшению проблемы грудного вскармливания;

5) осуществить мероприятия по улучшению информированности женщин о преимуществах грудного вскармливания;

6) оценить эффективность мероприятий по информированию женщин в достижении намеченной цели.

Таким образом, правильно определенные цель и задачи являются ключевыми факторами в успехе проекта. Очень важно, чтобы разработка цели и задач была результатом коллективного труда команды, что позволит сплотить всех ее членов в их достижении.

4) Описание системы медицинского обслуживания

Качество медицинского обслуживания оценивается согласно схеме системы, по трем параметрам: ресурсам или вложениям, процессу, результату (Аведис Донабедиан, США). Качество ресурсов или вложений включает наличие медицинского оборудования и инструментов, обученных медицинских кадров, правильность ведения документации и др. Качество процесса оказания медицинской помощи зависит от взаимоотношений между врачом и пациентом, процессов диагностики, лечения, профилактики. В повышении качества особое внимание уделяется процессам, так как изменяя их с незначительными затратами можно добиться улучшения качества. Качество результата оценивается состоянием (настоящим и будущим) здоровья пациента, которое обусловлено полученным медицинским обслуживанием и другими факторами, которые находятся вне компетенции системы здравоохранения. Чаще всего, медицинские работники могут улучшить краткосрочные и некоторые среднесрочные результаты и лишь опосредованно повлиять на долгосрочные результаты. Чем отдаленнее результат, тем больше факторов, на которые медицинские работники не способны влиять. *Например, в случае с анемией, медицинские работники могут обеспечить правильность диагностики, лечения,*

направления, однако они не могут гарантировать 100%-ную нормализацию гемоглобина у всех женщин, так как это зависит от доступности препаратов железа, поведения пациента и его покупательской способности [24].

Лучшим инструментом четкого представления системы является так называемая карта системы, которая позволяет разложить все необходимые компоненты на вышеперечисленные 3 составляющие части. Ресурсы - это люди, методы, оборудование, расходные материалы, метод измерения, рабочая среда; процесс – это медицинское обслуживание (диагностика, лечение, направление) и результат, который может быть немедленным (исход), среднесрочным (эффект) и долгосрочным (воздействие).

Обычно составляется идеальная карта системы, где есть все необходимые ресурсы и долженствующие процессы, а также ожидаемые результаты. Карту также рекомендуется составлять при участии всей команды, так как это предоставляет возможность определить отсутствие необходимых ресурсов, недостатки и важность выполняемых и планируемых процессов, предвидеть достижение результатов.

Важно также уяснить, что под понятием «система здравоохранения» по методологии качества понимается не только сама система здравоохранения, но и различные подсистемы, например, оказание помощи женщинам репродуктивного возраста с анемией в условиях первичного звена (**Рисунок.2**).

Рисунок 2

Модель системы здравоохранения

«Анемия у женщин фертильного возраста»

Таким образом, уже на этапе описания системы оказания медицинской помощи населению можно определить, куда можно направить усилия, четко представить цель улучшения и ожидаемый результат.

5) Детальное описание изучаемого процесса

Некоторые методологи качества утверждают, что «дьявол таится в процессе», то есть в основном проблемы и недостатки нужно искать в

процессе, а не в конкретных медицинских работниках, ресурсах или пациентах. Для того чтобы выявить проблемы в процессе оказания медицинской помощи, рекомендуют составлять детальную блок-схему реального, а не идеального процесса. Мы уже упоминали этот инструмент при описании принципа формирования команды. Однако детальная блок-схема еще чаще применяется для изучения того, насколько оптимально связаны между собой этапы процесса. При этом курсант должен как можно детальнее изобразить процесс, определяя и обозначая соответствующим образом каждый из следующих этапов:

- *дублирующие* - например, и врач, и медсестра измеряют АД и температуру (изображается в виде петли между двумя этапами);
- *неясные* – например, неизвестно, что происходит с пациентом после выписки из стационара (изображается в виде облака);
- *симптомы «мячика»* - например, пациента с неясным диагнозом посылают к различным специалистам, хотя многие простые обследования может сделать один врач (изображается также в виде петли);
- *симптомы «узкого горлышка»* - симптом скопления людей, работы, бумаги и т.д. Например, часто у двери рентгенолога или в стоматологической клинике скапливается очередь (изображается в виде подковы);
- *ненужные шаги* – например, пациента просят сдать неспецифические анализы при профилактическом осмотре (изображается также в виде квадрата).

Правила составления детальной блок-схемы [19]

1. К составлению блок-схемы можно привлечь пациента и всех членов команды
2. Составьте блок-схему ***реального*** процесса
3. Четко определите границы процесса (начало и конец)
4. Сначала составьте общую схему, а потом детализируйте ее
5. Обязательно при участии всей команды установите отличия реального процесса от идеального (т.е. ответьте на вопрос: «Что препятствует этому процессу, чтобы он был идеальным?»). Для этого можно параллельно изобразить идеальную блок-схему
6. Пересмотрите этапы с отметкой «решение» (ромб)
7. Обратите внимание на символы «облако», «петля доработки», «дублирующие шаги» и т.д.

Например, изобразим в виде блок-схемы реальный маршрут пациента, страдающего туберкулезом - от момента развития симптомов до возможного излечения (рис.3). Данная блок-схема выполнена на основе обсуждения приоритетных проблем в области туберкулеза (ТБ) с различными заинтересованными сторонами, при поддержке проекта HOPE TB (USAID). Она отражает реальные барьеры, которые препятствуют пациенту с туберкулезом получить качественную медицинскую помощь и полностью излечиться. Возможные барьеры, из-за которых пациент «теряется», т.е. не до конца проходит диагностику или лечение, представлены «ромбиком» и «облаком с вопросом».

Блок-схему следует читать слева направо. Блок-схема представлена в 4-х этапах, которые соответствуют этапам ведения пациента с ТБ согласно требованиям ВОЗ. Блок-схема начинается и заканчивается

овалом, что означает начало и конец процесса. Прямоугольники означают определенные шаги процесса. Ромбом обозначены те шаги, которые могут иметь 2 и более варианта. В данной блок-схеме возле встречаются формы с вопросительными знаками, которые означают, что на данном этапе мы не знаем, что происходит с пациентом, то есть это те моменты на которые следует обратить внимание и изучить глубже.

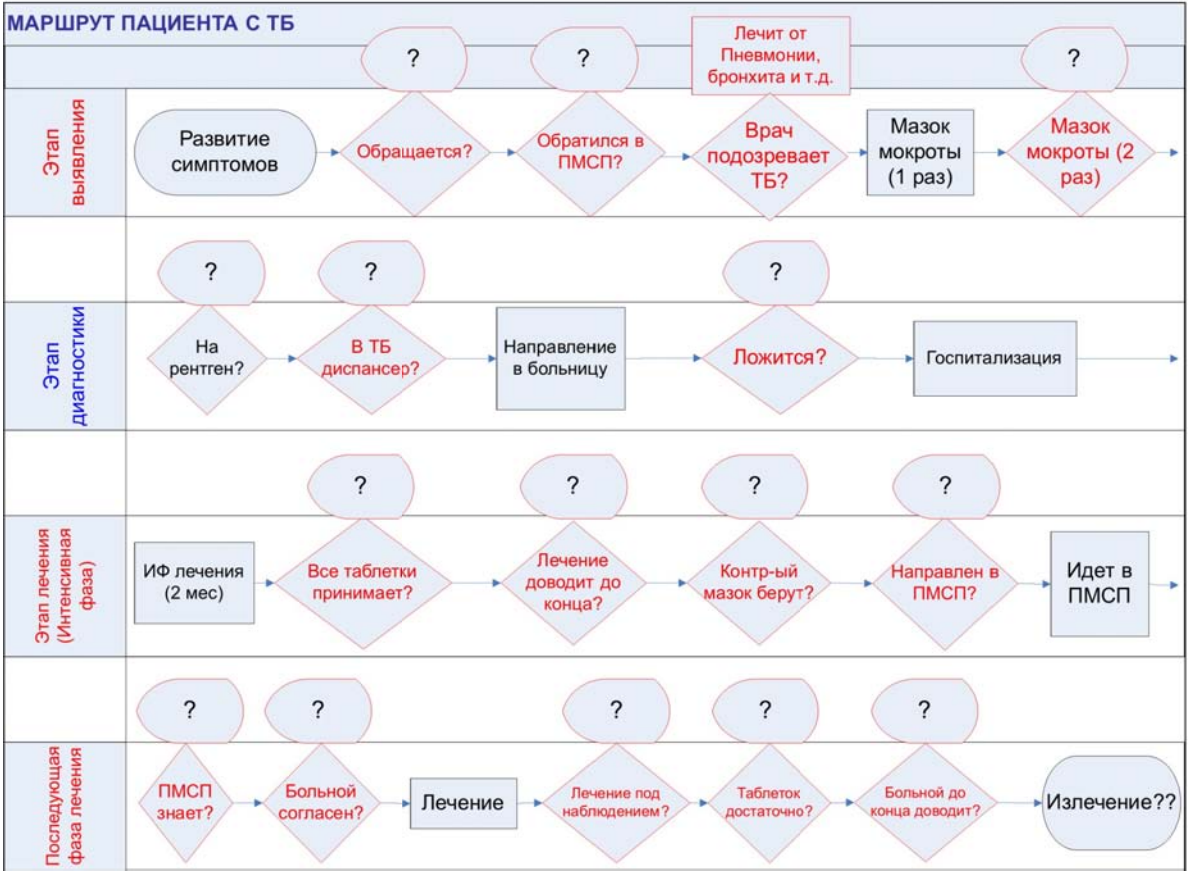
Разберем первый этап **Выявления**, когда у больного только развиваются симптомы, он может обратиться или не обратиться к врачу, так как не подозревает, что у него туберкулез. При обращении пациента в учреждение первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), сами врачи, не сразу подозревают ТБ, и лечат пациента от пневмонии, бронхита или сердечной недостаточности. В результате, отчаявшийся больной может прекратить неэффективное лечение на полпути. Если врач догадался о вероятности ТБ, тогда пациенту следует трижды сделать мазок мокроты, но зачастую он не приходит после первого раза, так как боится стигмы ТБ. Уже на следующем этапе **Диагностики**, пациента направляют на рентген-диагностику, но эта процедура платная, и он может отказаться от нее. Если пациент прошел рентген-диагностику и у него подтвердился диагноз, его направляют в туберкулезный диспансер, а оттуда в туберкулезную больницу для получения **Интенсивного лечения** в течение двух месяцев. Пациент часто теряется на этапе перехода из первичного звена на следующее звено, в виду недостаточно хорошей координации между звеньями. Пациент может отказаться от госпитализации по различным причинам: нужно работать, отсутствие финансов, нет веры

в излечение и т.д. В блок-схеме далее представлены последующие этапы и различные преграды.

Таким образом, блок-схема позволяет визуально представить реальный процесс, увидеть проблемы не отдельными препятствиями, а взаимосвязанными между собой в целом. Осознать, что многие проблемы зависят не от пациента или медицинского работника, а возникают из-за недостаточной взаимосвязи или ее отсутствия между различными структурами, например, между ПМСП и туберкулезным диспансером или между туберкулезной больницей и ПМСП. Еще одним преимуществом блок-схемы является то, что она изображается с точки зрения пациента.

Блок-схема реального маршрута пациента, страдающего туберкулезом

Рис. 3.



6) Разработка стандартов и индикаторов

Для того чтобы повысить качество медицинской помощи, необходимо сначала дать определение этому качеству. Это можно сделать, разработав стандарты, по возможности, основанные на доказательной медицине. Кто знаком с областью доказательной медицины знает, что термин «стандарт» может означать различные форматы рекомендаций, разработанных на основе научных доказательств. Это могут быть клинические практические руководства (КПР)[5], содержащие рекомендации с учетом уровня доказательности (например, КПР по диагностике и лечению железодефицитной анемии), или клинические протоколы (КП), представляющие собой пошаговую инструкцию для выполнения определенной процедуры (например, протокол по переливанию крови).

В то же время, различают так называемые стандарты качества, которые представляют собой условное выражение ожидаемой деятельности и могут быть сформулированы в виде одного или двух предложений [22]. Как мы отмечали ранее, в идеале стандарты качества должны разрабатываться на основе КПР, КП или любой другой доказательной литературы. При отсутствии доказательной информации, стандарты качества приходится разрабатывать на основе имеющихся источников, определенных критериев и с обязательным вовлечением экспертов. Стандарт должен быть: эффективным, надежным, понятным, выполнимым и измеримым. *Эффективный* стандарт основан на научно доказанных данных, подтвержден опытом других и приводит к желаемым результатам. Соблюдение параметра

надежности - приводит к одинаковым результатам при выполнении его разными компетентными лицами, *понятный* - не вызывает разночтений и неправильных толкований, *выполнимый* - может быть выполнен имеющимися ресурсами, *измеримый* - позволяет измерить результаты для оценки достижения стандарта [14, 9].

Выделяют следующие *источники стандартов*:

- рекомендации ВОЗ;
- клинические руководства, протоколы, разработанные профессиональными ассоциациями и ЦДМ на основе доказательной медицины;
- статьи и монографии специалистов;
- данные медицинских профессиональных организаций;
- приказы Министерства здравоохранения;
- методические руководства сотрудников учебных заведений;
- данные Интернета (веб-сайты организаций, занимающихся разработкой протоколов и стандартов)

Например, инструкции в виде приказов, контрольные списки для самооценки (СанПиН), форма записи по стратегии ИВБДВ могут быть использованы в качестве источников для разработки стандартов. Примером хорошего приказа, основанного на доказательной информации, является приказ № 425 от 2005 года по оказанию антенатальной помощи.

Нередко имеющиеся стандарты необходимо адаптировать к местным условиям. Это осуществляется в процессе совещаний с участием заинтересованных лиц (клинические эксперты, медицинские работники, которые будут их применять, руководители системы здравоохранения, представители махалли, хокимията, пациенты). Разработанные стандарты должны не только основываться на

---

[5] КПР – клиническое практическое руководство, обычно разрабатывается методологами, владеющими навыками анализа доказательной медицины

доказательствах, но и учитывать возможности учреждения и, кроме того, пересматриваться на основании полученных результатов и опыта работы. Необходимо предварительно обсудить стандарты с командой, чтобы обеспечить их правильное применение, а также, при необходимости, обучить команду следованию стандартам.

С точки зрения модели системы здравоохранения, различают стандарты ресурсов, процессов и результатов. С*тандарты ресурсов* – это их наличие и качество, необходимых для медицинского обслуживания, *стандарты процесса* - описание мероприятий, необходимых для оказания квалифицированной медицинской помощи, *стандарты результатов* – ожидание наилучших результатов, полученных в процессе оказания медицинской помощи на основании имеющихся ресурсов **(Приложение 2).**

Ниже приведены примеры стандартов, разработанных по различным состояниям на уровне первичного звена.

Образцы стандартов ресурсов

1. В каждом сельском врачебном пункте или поликлинике должен быть врач общей практики, обученный стратегии ИВБДВ.
2. В каждом сельском врачебном пункте или поликлинике должен быть функционирующий электрокардиограф.
3. В каждом медицинском учреждении должны быть все лекарства для предоставления первой помощи пациентам (согласно перечню лекарств).

Образцы стандартов процессов

1. В каждом сельском врачебном пункте или поликлинике, детей до 5 лет необходимо оценивать по стратегии ИВБДВ и заполнять специальную форму
2. Каждой женщине фертильного возраста с железодефицитной анемией должны быть назначены препараты железа на основании клинического руководства по анемии.
3. Врач общей практики должен измерять частоту дыхания в течение 60 сек. у каждого ребенка до 5 лет с кашлем или затруднением дыхания

Образцы стандартов результатов

1. Охват вакцинацией детей младше 5 лет должен быть не менее 97%.
2. Каждая беременная женщина должна знать угрожающие признаки, при которых следует немедленно обращаться к врачу.
3. Каждая мать должна знать 4 общих признака опасности у детей до 5 лет, при которых следует немедленно обращаться к врачу

В процессе повышения качества работы медицинское учреждение может использовать разработанные стандарты в качестве цели для достижения улучшения. Курсантам не рекомендуется разрабатывать слишком много стандартов качества, так как сочетание учебы, выполнения проекта и практики в течение 10 месяцев может быть слишком утомительным. Рекомендуется выбрать по одному

стандарту вложения, 1-2 стандарта процесса и 1 стандарт результата. Например, если цель курсанта заключается в улучшении качества оказания помощи пациентам, страдающим артериальной гипертонией, то они могут взять аспект диагностики гипертонии и разработать стандарты только по этому аспекту. Если курсант планирует улучшить качество оказания помощи детям до 5 лет, используя стратегию ИВБДВ, он может сфокусироваться на определенных аспектах стратегии, например, информированность матерей об общих признаках опасности, осуществление и регистрация общих признаков опасности, и правильность назначения лечения согласно ИВБДВ.. В то же время, если курсант по своему готов взять на себя полное улучшение процесса, то есть, например, улучшение скрининга, диагностики, назначения лечения, не следует подавлять его энтузиазм. Однако наш опыт внедрения проектов говорит о том, что слишком сложный подход к повышению качества «замораживает» курсанта, и поэтому предлагается начать с небольшого, реально выполнимого аспекта оказания медицинских услуг. Мы приводим примеры (**Таблица 4**) стандартов, разработанных командами семейных поликлиник в Канибадаме и Душанбе, Таджикистан.

Таблица 4

Примеры стандартов

Стандарт ресурса	Стандарт процесса	Стандарт результата
Каждый врач и медицинская сестра доврачебного кабинета должны уметь измерять АД согласно алгоритму, приведенному в КПР	Всем пациентам старше 18 лет измеряется АД, независимо от причин обращения при каждом визите. Результаты измерения регистрируются в амбулаторной карте или в журнале тонометрии	Увеличивается количество пациентов, у которых гипертония распознается на ранней стадии
Все тонометры в поликлинике должны быть анероидного типа и откалиброваны	Всех пациентов, страдающих АГ, медицинские работники обучают навыкам самоконтроля АД (отказ от курения, алкоголя, контроль веса, ежедневный прием таблеток)	Все пациенты, страдающие АГ, должны знать навыки самоконтроля и стараться им следовать

II. 2 этап цикла ПК. Оценка, мониторинг и анализ проблем

1) Оценка и мониторинг качества оказания медицинской помощи

Непрерывное повышение качества оказания медицинской помощи подразумевает рутинный **мониторинг** и **оценку** следования стандартам, достижения целей и задач по улучшению качества. **Мониторинг,** который часто осуществляется самими медицинскими работниками, подразумевает регулярный и частый сбор индикаторов в течение определенного времени (еженедельный или ежемесячный). Цель мониторинга - контроль процесса соблюдения определенных стандартов и выявление проблем в динамике. Мониторинг помогает определить расхождение или пробел в следовании стандартам качества оказания медицинской помощи. **Оценка** подразумевает одномоментный сбор индикаторов (полугодовой или годовой), целью которой является гарантия качества оказания помощи согласно тех же стандартов. Процесс **оценки**, который чаще всего бывает внешним, может осуществляться специалистами (главные специалисты или руководители на районном, областном или республиканском уровнях). Кроме гарантии качества, правильная оценка должна определить те проблемные аспекты, которые могут быть разрешены лишь на уровне Министерства Здравоохранения (МЗ) (например, внедрение новых рекомендуемых лекарств в формуляр больницы или пересмотр

приказов, которые противоречат современной стратегии ИБВДВ и т.д.).

Мониторинг проводится непосредственно в медицинском учреждении силами самих медицинских работников (само-мониторинг). Процесс этот должен быть добровольным. Медицинские работники должны уметь изучать, собирать и анализировать данные. А также они должны внедрять улучшения в пределах своего отделения или учреждения, что в последующем должно отражаться в результатах мониторинга. Так как в проектах, осуществляемых курсантами, предусмотрен мониторинг, мы бы хотели подробнее на нем остановиться.

Мониторинг в деятельности по повышению качества осуществляется в следующих целях:

- проверка соответствия стандарту;
- базовая оценка деятельности;
- контроль эффективности вмешательств;
- улучшение деятельности [16].

О том, что мониторинг способствует улучшению деятельности было подтверждено Гарвардским профессором Г. Готорном [6], который, улучшая производительность труда на двух фабриках, доказал, что мониторинг сам по себе, даже при отсутствии конкретных вмешательств, улучшает деятельность организации. С тех пор эффект улучшения, который вызывается только мониторингом, называется эффектом Готорна - «что мы отслеживаем, то мы улучшаем».

---

[6] Hawthorn effect – это эффект улучшения вследствие наблюдения или мониторинга

Итак, цель повышения качества разработана, стандарты определены, команда создана, теперь необходимо оценить качество медицинской помощи, для того чтобы выяснить:

- *соответствует* ли оно принятым ими стандартам?
- если не соответствует то, какие *проблемы* препятствуют этому?
- что является *причиной* выявленных проблем?

Для того чтобы оценить качество услуг, нужно перевести свои цели или стандарты в измеряемые показатели выполнения задач, то есть индикаторы, которые будут отражать степень выполнения стандартов. Индикатор - это мера оценки соответствия работы стандарту. Для регулярной оценки качества медицинского обслуживания следует исходить из понятия схемы системы, поэтому аналогично стандартам различают индикаторы вложения, процесса, результатов (немедленного, среднесрочного и долгосрочного), которые определяют соответствие деятельности медицинского учреждения установленным стандартам. Когда разработаны четкие и ясные стандарты, отвечающие выше обозначенным критериям, разработать индикаторы очень легко. Примеры индикаторов, разработанных на основе стандартов, приведены в табл. 5.

Международный опыт показывает, что для индикаторов, равно как и для стандартов, рекомендуется придерживаться следующих критериев:

- **эффективный** (основанный на научных доказательствах);
- **измеримый** (можно вычислить);
- **понятный** (не вызывает разночтений или неправильного толкования);
- **реалистичный** (можно достигнуть, используя существующие ресурсы);
- **надежный** (приводит к одному результату при измерении разными лицами);

- **принятый или согласованный** (принимается одинаково положительно как оценивающими, так и оцениваемыми медицинскими работниками).

Однако нельзя ограничиваться только индикаторами, разработанными на основе клинических стандартов. Выделяют так называемее индикаторы административного порядка. Примерами таких индикаторов могут служить время, затраченное пациентами в ожидании приема, число пациентов, удовлетворенных общим сервисом в учреждении. Главное то, что индикаторы должны отвечать поставленным целям.

Стандарты вложения, процесса и результатов и соответствующие им индикаторы разрабатывают согласно выбранной теме. Например, для оценки медицинского обслуживания женщин с анемией можно использовать индикаторы, представленные в табл.5. В **Приложении 2** приведены стандарты и индикаторы, составленные на основе схемы или матрицы системы. Эта схема больше рекомендована для использования в тех случаях, когда медицинские работники имеют достаточно хорошее понимание подходов к ПК, а также имеют опыт внедрения проектов. В рамках же 10 месячного курса подготовки ВОП курсантам, как уже говорилось выше, предлагается разработать небольшое количество стандартов и индикаторов с фокусом на определенный аспект.

Таблица 5

Стандарты и индикаторы по оказанию помощи женщинам с анемией в условиях ПМСП

Тип	Стандарт	Индикатор
Ресурсы	В каждом СВП должно быть клиническое руководство по анемии	Процент СВП, где есть клиническое руководство по анемии
	В каждом СВП должен быть регулярно калибруемый гемометр Сали или ФЭК[7]	Процент СВП, где есть регулярно калибруемый гемометр Сали или ФЭК, %
Процессы: **1) выявление анемии**	Медицинский работник определяет уровень гемоглобина у ЖФВ[8], если это: Первое посещение медучреждения Первый визит при беременности Ежегодный профилактический визит Имеются симптомы анемии	Процент женщин, которым определяли уровень гемоглобина в соответствии с вышеперечисленными условиями, %
2) правильность назначения лечения	Врач в целях лечения назначает 120 мг в день элементарного железа и 400 мкг фолиевой кислоты в течение, по крайней мере, 3-х месяцев или до нормализации уровня	Процент пациентов с уровнем гемоглобина ниже 120 мг/л (или 110 мг/л- для беременных), которым было назначено правильное

[7] ФЭК – фотоэлектрокалориметр, диагностическое оборудование, позволяющее провести широкий ранг анализов

[8] ЖФВ – Женщины фертильного возраста 15-49 лет

	гемоглобина, и 60 мг элементарного железа в неделю в течение следующих 7 месяцев	лечение
Результат эффективность лечения	У пациентов, у которых нет других причин возникновения анемии, кроме дефицита железа, уровень гемоглобина нормализуется спустя 3 месяца с момента начала лечения	Процент больных анемией, у которых уровень гемоглобина нормализовался спустя 3 месяца

Таким образом, во время внедрения проекта повышения качества необходимо выбрать индикаторы, которые можно объективно собрать, измерить и оценить. Индикаторы должны иметь смысл и соответствовать цели, задачам и стандартам. Желательно выбрать меньшее число индикаторов, но измерять их регулярно, наблюдать их в динамике. Помните, мониторинг не является целью, ваша цель - прежде всего, улучшение. Мониторинг – это лишь инструмент, который поможет вам отслеживать и динамически наблюдать за происходящим, чтобы принимать правильное решение.

2) Сбор данных

Осуществление мониторинга требует времени и усилий команды. Методология сбора данных зависит от их типа. Учитывая наш опыт внедрения системы мониторинга в пилотных районах Ферганской области, данные по ресурсам и результатам рекомендуется собирать относительно редко – раз в год или полгода. Данные же по процессу рекомендуется собирать чаще (раз в неделю, месяц или квартал). Следует обучить медсестер сбору данных, так как международный опыт и опыт внедрения проектов в Ферганской области, показывают, что это наиболее оптимальный способ, с целью более рационального использования времени врачей. Медсестры охотно проводят аудит документации после детального инструктажа и их привлечение в процесс сбора данных способствует командной работе.

Желательно использовать имеющиеся источники данных, и не создавать лишней работы, так как в любом случае процесс мониторинга требует дополнительного времени.

Существуют следующие **методы** сбора информации, которые можно применять при оценке следования стандартам [19]:

Наблюдение (обычно так проверяются ресурсы или процессы):

- непосредственное наблюдение за процессом оказания медицинской помощи (за консультированием, гинекологическим осмотром, измерением АД и т.д);

- проверка среды, в которой оказывается медицинская помощь (тепло, свет, чистота);
- проверка ресурсов по контрольному перечню, в этом случае ответы записывают в форме да/нет, выполнено/не выполнено и др. (например, наличие лекарств, лабораторного оборудования).

Просмотр или аудит (обычно так проверяются процессы и результаты):

- историй болезни (например, проверка правильности классификации пневмонии);
- амбулаторных карт (например, правильность назначения лечения пациентам с артериальной гипертонией);
- ежемесячных, ежеквартальных и ежегодных отчетов (например, смертность или заболеваемость);
- журналов регистрации и учета больных, диспансеризации и др.

Беседа или использование вопросника:

- опрос пациента и членов его семьи (определение удовлетворенности, поведения и знаний, необходимых для пациентов)
- опрос врачей, медсестер (определение удовлетворенности, отношений и знаний).

Частота сбора данных, их объем, и учет зависят от характера оцениваемой работы. Поэтому необходимо предварительно составить план и разработать систему сбора данных.

Перед началом работы желательно определить следующее:

- сроки проведения сбора и анализа данных согласно плану или отчету команды;
- инструменты, методы и источники данных;
- кто будет собирать данные;
- как часто будут собираться данные (**Приложение 3**)

Команда может использовать имеющиеся стандартные анкеты и вопросники или разработать другие, более соответствующие местным условиям и культуре обслуживающего населения. Важно составлять простые, понятные вопросы без применения медицинских терминов.

В нашей системе не принято собирать данные у населения по знаниям, отношению и поведению, и мы бы хотели особо остановиться на этом аспекте. Информацию о качестве у населения можно получить во время интервью (беседы), консультации, при выписке из стационара, во время оказания диагностической или лечебной помощи. Возможно получение информации о качестве медицинской помощи от родственников пациентов, представителей махали или целевых (фокус-групп)[9] групп. Причем такого рода способы получения информации нужно использовать не только для опроса пациентов, но и для их информирования.

Примеры образовательных вопросов:

1. Знаете ли Вы, что должны кормить ребенка не менее 8 раз в сутки, днем и ночью?

[9] Исследование в фокусных группах – это разновидность социологического исследования, где собирается однородная по определенному признаку группа для обсуждения общей темы. Например, группа женин репродуктивного возраста для обсуждения вопросов анемии и рационального питания

2. Знаете ли Вы, что обязательно нужно обратиться к врачу, если у ребенка повысилась температура, состояние ухудшилось или ребенок не может пить?

3. Знаете ли Вы, что при анемии должны регулярно принимать препараты железа не менее 3 месяцев?

4. Знаете ли вы 4 опасных признака у детей до 5 лет, при которых следует немедленно обратиться к врачу?

Удовлетворенность пациентов является важным показателем качества обслуживания. Однако степень этой удовлетворенности оценить трудно, поэтому вопросники должны быть тщательно продуманы и соответствовать цели изучения. Для примера предлагаем вопросник, цель которого - оценить знания, отношения и удовлетворенность медицинской помощью матерей, у которых есть дети до 5 лет, находившихся на лечении в педиатрическом отделении ЦРБ (**Приложение 5).**

Методы сбора данных, системы измерений и человеческие факторы (доверие и расположение к интервьюеру, его независимость, анонимность и т.д.) зачастую оказывают воздействие на ответы пациентов. Как уже говорилось выше, в большинстве случаев пациенты говорят, что удовлетворены предоставленной помощью независимо от реального качества. Иногда, доступ к услугам (например, дальность расстояния), или результат (например, возникновение побочных эффектов) могут повлиять на удовлетворенность пациента, и процесс предоставления услуг (например, консультирование) может быть им недооценен.

Чтобы избежать воздействия подобных факторов, исследователи применяют различные способы измерения и анализа удовлетворенности пациентов. Например, пациентов после окончания приема могут спросить о том, что происходило на консультации, а не попросить оценить ее. При проведении углубленных интервью и дискуссий в фокус-группах можно попытаться получить более подробную информацию, а не ставить общие вопросы об удовлетворенности. «Симулирующие» пациенты (т. е. люди, прошедшие специальную подготовку по изображению болезни, и делающие вид, что пришли за медицинской помощью) могут дать оценку удовлетворенности услугами на том основании, что у них та же самая система восприятия, что и у реальных пациентов. Однако это не самый популярный метод в виду его относительной неэтичности.[5]

Как уже упоминалось, сбор данных требует дополнительного времени и усилий, поэтому рекомендуется использовать **выборку**. Это простой и эффективный способ сбора данных: если изучаемое вами число пациентов есть целое число, то выборка - это пропорция от целого [16]. Особенно полезно делать выборку тех услуг, объем которых очень велик. *Например, мониторинг пациентов старше 18 лет, которые проходят тонометрию при каждом посещении учреждения, требует регистрации и подсчета всех пациентов старше 18 лет, обратившихся в медицинское учреждение, и тех, кому действительно измерили АД. Если мониторинг проводится ежемесячно, то количество больных может быть довольно большим, например, 200 человек в месяц. Для того, чтобы не искать амбулаторные карты всех 200 пациентов, рекомендуется выборка –*

*10-30 пациентов в месяц. Для измерения процесса, например, на основе, аудита амбулаторных карт рекомендуется делать выборку не менее, чем 30 человек, так как, согласно законам непараметрической статистики, это количество достаточно для того, чтобы показать нормальное распределение [*18]. Можно также использовать другой принцип выборки: например, 10% от общего числа, если известно это число. Еще один способ заключается в том, что общее число пациентов или услуг (например, при скрининге гипертонии, это число лиц старше 18 лет, обратившихся в СВП за последний месяц) вы делите на 30. Например, 120/30 = 4. Значит, вы выбираете амбулаторную карту каждого 4-го обратившегося пациента по записи в приемном журнале. Самое главное при выборке быть всегда последовательным, то есть, если выбран один конкретный способ выборки, нужно придерживаться его постоянно.

В **Приложении 4** приведен пример формы оценки деятельности в педиатрическом отделении ЦРБ согласно стратегии ВОЗ (ИВБДВ). Эта форма основана на стандартах стационарного ИВБДВ и разработана сотрудниками ЗдравПлюс, она также протестирована при оценке педиатрических отделений ЦРБ Ферганской области. Данная форма включает описание следующих граф:

-стандарты

- индикаторы

- их вычисление (числитель и знаменатель)

-метод сбора информации

- результаты

- комментарии

-приложение, которое служит ясным описанием и напоминанием ожидаемой помощи для оценивающих.

Таким образом, перед сбором данных необходимо составить план сбора, включающий описание индикатора, метода (опрос, наблюдение, аудит), и инструмента сбора данных (вопросники, чек-листы, анкеты), используя матрицу, приведенную в **Приложении 3**. Кроме того, следует определить число выборки, время и периодичность сбора данных, и очень важно распределить ответственность по сбору данных между членами команды.

3) Расчет индикаторов

После сбора данных необходимо их проанализировать. Первый шаг в анализе – представление результатов. Для этого необходимо рассчитать индикаторы, что сделать относительно легко, если медицинский работник знаком с вычислением процентов. Разберем пример расчета индикатора. Согласно стандарту ИВБДВ, у всех детей до 5 лет следует исключить 4 общих признака опасности. Индикатор показывает процент детей, которых оценили на наличие этих 4-х признаков. Если индикатор рассчитывается ежемесячно, следует посчитать общее количество детей до 5 лет, обратившихся в медицинское учреждение за последний месяц (**знаменатель**). Затем из них найти и вычислить количество детей, у которых во время посещения проведена оценка 4-х общих признаков опасности по регистрации в самой амбулаторной карте или в форме записи ИВБДВ

(числитель). Затем числитель следует разделить на знаменатель и умножить на 100%.

4) Изображение данных на графике

Результаты сбора данных и расчета индикаторов следует представить в понятном и ясным для восприятия виде. Есть различные способы изображения данных: гистограммы, столбчатые и круговые диаграммы и др. Так как при улучшении качества большое внимание уделяется процессу, то предоставление данных в виде графика является простым и эффективным способом определения изменений в течение определенного промежутка времени [16]. Графики дают ответы на следующие важные вопросы:

- есть ли изменения в процессе?
- если есть изменение (вариация), то это улучшение или ухудшение качества?
- предположить причину улучшения или ухудшения качества

Изменения (вариации) – это колебания процесса за определенный отрезок времени. Различают беспричинные (случайные или спонтанные) и вариации, вызванные определенной причиной [19]. Случайные вариации являются частью нашей жизни, они всегда присутствуют в той или иной степени, а второй тип вариаций возникают как результат воздействия конкретной причины. *Например, наш нормальный вес около 60 кг; если мы будем измерять его еженедельно в течение года, то обнаружим, что он колеблется в пределах 58,5-61,5 кг. Однако если мы решили заняться спортом, то*

обнаружим, что с течением времени постепенно наш вес снизился до 53 кг. Этот результат возник по особой причине.

Очень часто люди не имеют понятия о вариациях и реагируют на неё неправильно. Например, мы часто слышим от руководителей следующее: «В прошлом году младенческая смертность в районе была 22, а в этом году этот показатель увеличился до 24. Чем вызвано такое повышение? Что происходит в районе? Почему медицинские работники не уделяют этому вопросу достаточно внимания?». На самом же деле, это может быть спонтанной вариацией, т.е. ничего особенного в этом районе не произошло. Чтобы установить это, нужно изучить предыдущие данные о смертности, как минимум, за последние 5 лет, чтобы определить в динамике есть ли тенденция к повышению или понижению младенческой смертности. Нельзя делать скоропалительные выводы на основании двух измерений. Вариации вызываются 5 причинами (**люди, материалы, методы, измерения, среда**) [19], поэтому неудовлетворительные показатели можно рассматривать не только как результат деятельности конкретных медицинских работников, но и может быть обусловлена 4 другими причинами. *Например, в Канибадаме (Таджикистан) при оценке следования руководству по АГ было обнаружено, что уровень выполнения 4-х рутинных тестов (ЭКГ, осмотр глазного дна, выявление белка в моче и сахара в крови) был до 40%. По словам медработников, такой низкий уровень проведения необходимых анализов, был связан не с дефицитом знаний медработников, так как они назначали эти тесты, а с тем фактом, что эти услуги были платные, и пациенты часто отказывались от обследования.*

Как же строятся графики? Горизонтальная **ось X** обозначает время или период в течение которого ведется наблюдение (независимая переменная, например, дни недели или месяцы), а вертикальная **ось У** обозначает категорию индикатора (зависимая переменная, например, количество больных которым измерили АД). Вариации можно распознать на графике. Они выглядят в виде линий или «**тенденций»** (5-7 точек неуклонно верх или вниз) (**Рисунки. 4 a, b**), в виде **отклонений или «сдвигов»** (5-7 точек над или под средней линией) (**Рисунки 5 a, b**) и в виде «**пиков»** (резкое однократное повышение или снижение) (**Рисунок 6**). Если вмешательство было внедрено самими медицинскими работниками, то его эффект можно увидеть на графике в виде «**изменения в средней арифметической до и после вмешательства»** (**Рисунок 7**) [16].

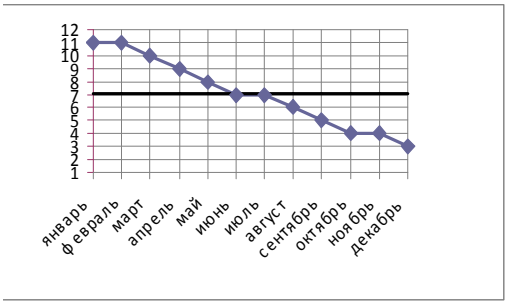


Рис 4a. % пациентов, которым выписывают устаревшее лечении при АГ(тенденция вниз)

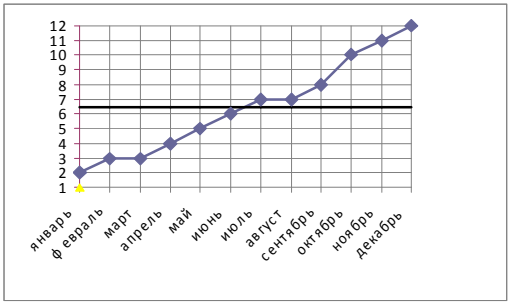


Рис 4b. % пацие меряют АД (тенденция вверх)

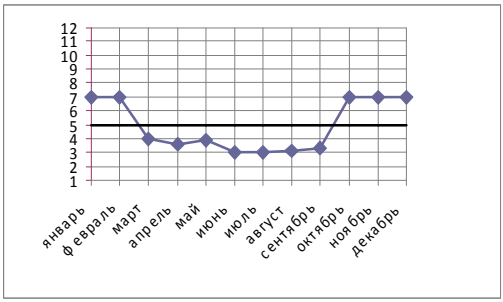


Рис 5 a. % женщин, которые проходят скрининг на рак шейки матки (сдвиг вниз)

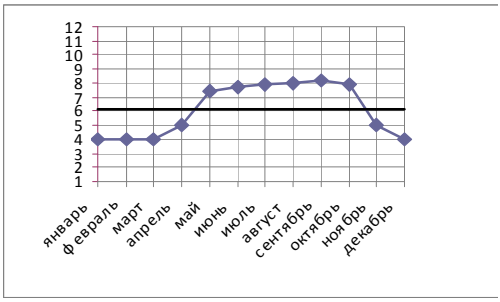


Рис 5 b. % пациентов, которые проходят профилактический осмотр (сдвиг вверх)

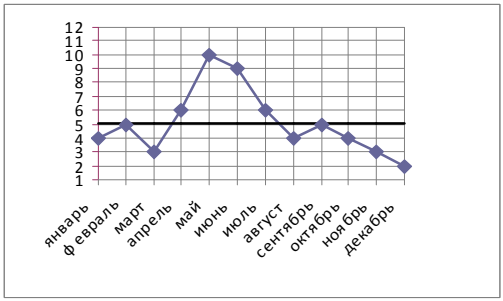


Рис 6. % внутрибольничной инфекции (пик вверх)

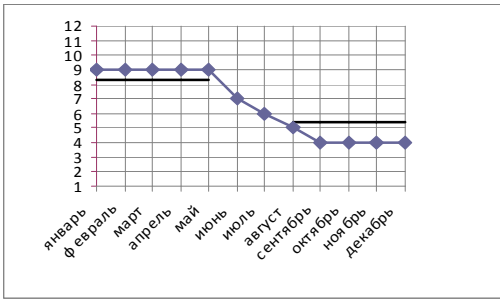


Рис 7. Время ожидания пациентов в приемной (средняя, до и после вмешательства)

Определение вариации влияет на принятие решения. Спонтанная вариация определяется как естественное изменение, которое всегда свойственно любому процессу. Если она неудовлетворительная, изменить такую вариацию можно только, улучшив процесс. *Например, в одной из семейных поликлиник (Бишкек, Киргизстан) при аудите было обнаружено, что не всем беременным вычисляется индекс массы тела (ИМТ), определяется белок в моче и измеряется АД, так как*

этому не придавалось значение. Уровень проведения этих тестов колебался в пределах 25-30%, несмотря на обучение следования протоколу по ведению беременных с гипертоний, что является признаком неудовлетворительной спонтанной вариации. Тогда было предложено, чтобы уже в доврачебном кабинете всем беременным медсестры измеряли АД, вычисляли ИМТ и отправляли женщин в лабораторию на определение белка в моче еще до осмотра врача. Такое изменение в процессе повысило уровень проведения этих тестов тем самым, изменив вариацию в лучшую сторону.

Особо причинная вариация вызывается определенной причиной, которую можно либо устранить, либо оставить, если она положительная. Поэтому если наблюдается особо причинная вариация, в первую очередь, следует определить вызвавшую ее причину и повлиять на нее.

Для того чтобы не упустить вариацию, выявляемую во время мониторинга индикаторов, следует систематически регистрировать причины и обстоятельства этих изменений.

Согласно справочнику Майкла Брассара [10] перед интерпретацией графиков обязательно задайте себе и команде вопросы, приведенные ниже.

- Есть ли различия в методах, используемых разными медицинскими работниками (например, мониторингом/сбором данных всегда занималась старшая медсестра, но она ушла в декретный отпуск, и вместо нее этим начала заниматься патронажная медсестра).

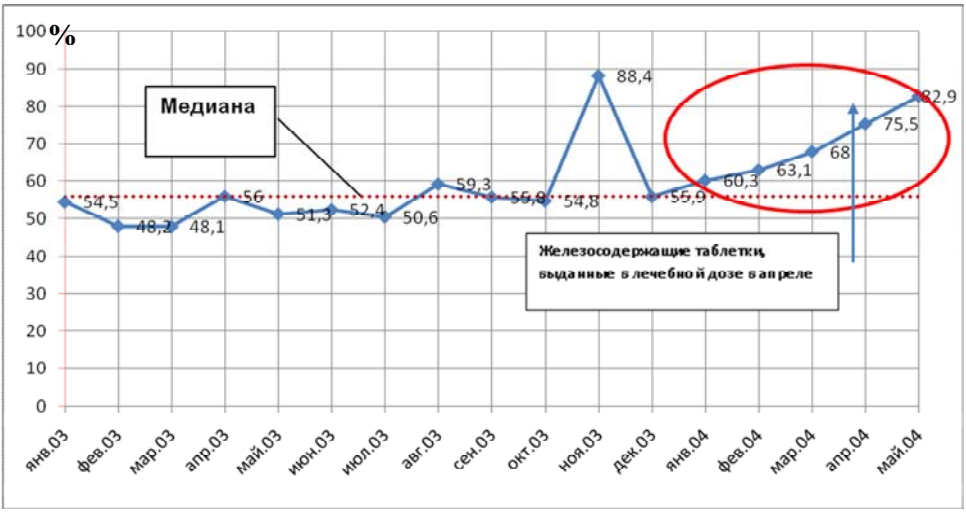
- Правильно ли была сделана выборка (например, вместо каждой 6-й карты, просто были отобраны последние 30 карт).
- Повлиял ли на процесс износ оборудования (например, на точность измерения тонометром АД, влияет его откалиброванность).
- Работали ли в это время необученные медицинские работники (например, некоторые сотрудники уволились и вместо них приняты другие).
- Опасаются ли работники сообщать «плохие новости» или результаты (возможно сокрытие данных в целях избежания наказания).

Далее приводится пример интерпретации графиков анемии (**Рисунок 8**).

Выдача железосодержащих таблеток в лечебных дозах повышает эффективность лечения Анемии

Эффективность лечения железодефицитной анемии определяется нормализацией уровня гемоглобина (Hb) в крови в течение 3-х месяцев лечения. Таблетки сульфат железа выдавались всем женщинам репродуктивного возраста в профилактической дозе 1 раз в неделю. Медработники СВП не были удовлетворены результатами такого распространения железосодержащих таблеток, так как эффективность лечения была низкой. Причиной было, то что многие женщины либо принимали только выдаваемую профилактической дозе, и не покупали таблетки сульфата железа для достижения лечебной дозы, либо не пили полных 3 месяца. Тогда областная команда по повышению

качества приняла решение выдавать женщинам, страдающим анемией, таблетки в количестве, необходимом для полного курса лечения, из запасов, получаемых в рамках гуманитарной помощи. На графике (**Рисунок 8**) наглядно показано, как это решение отразилось на эффективности лечения анемии. На нем овалом отмечено увеличение пропорции женщин с нормализовавшимся уровнем Hb в результате выдачи таблеток в лечебной дозе (пример особо причинной вариации, вызванной самими медицинскими работниками). Патронажным сестрам, дополнительно потребовалось вести мониторинг и поощрять прием железосодержащих таблеток пациентками во время визитов на дом.



5) Анализ с помощью диаграммы Ишикавы

Итак, команда собрала все необходимые данные, теперь их надо проанализировать и интерпретировать. Один из способов анализа является анализ корневых причин проблемы и низкого качества медицинского обслуживания населения, представленный на диаграмме.

Диаграмма причинно-следственных связей (известная также как диаграмма Ишикавы) является удобным графическим инструментом для изображения возможных причин определенного следствия и их изучения. Она помогает командам понять, что существует множество причин, ведущих к одному определенному следствию, выявить корневые из этих причин и определить их категорию. [19]

Диаграмма составляется следующим образом: в левой части большого листа бумаги записывается проблема низкого качества (голова рыбы) или ***следствие***, от этой записи проводится горизонтальная линия по всему листу, от которой в разные стороны (вверх и вниз) отходят линии (рыбный скелет), изображающие факторы, вызывающие проблему - ***категории***. Наиболее часто используемыми категориями являются **медицинские работники** (врач, медсестра), **учреждение** (СВП, поликлиника, ЦРБ), **пациенты** (включая население, сообщество), а также **система** (политика, приказы и все то, что не зависит от медицинских работников). Еще один вариант категорий - **организация услуг** (политика, администрация), **финансирование и оказание услуг** (медицинская помощь). При анализе проблем, записанных под каждой категорией, рекомендуется изучить до 5 причин, отвечая на вопрос: «почему?».

Например, рассмотрим причины *низкой эффективности лечения пациентов с туберкулезом в стране*. Это происходит, потому что *высока распространенность резистентных форм туберкулеза.* 1. **Почему?** Потому что *лечение нерегулярное и непоследовательное.* 2. **Почему?** Потому что *не все медицинские работники следуют принципам ННЛ* (непосредственное наблюдение за лечением). 3. **Почему?** Потому что у *медицинских работников нет мотивации в результатах терапии* и т.д. Эти «почему» можно продолжать задавать до тех пор, пока мы знаем примерные ответы и есть смысл. Необходимо также помнить, что к одному следствию могут приводить несколько факторов, которые, в свою очередь, имеют свои корневые причины. Причины могут повторяться и быть взаимосвязанными, или могут быть одними и теми же для большинства проблем.

Положительная сторона этого инструмента заключается в том, что она показывает, что причина проблем не только в конкретных медработниках или пациентах, но и во многих других факторах [23]. Также на основании полученных результатов оценки можно составить диаграмму с анализом наиболее вероятных, корневых причин и разработать мероприятия по их устранению. Общеизвестно, что мероприятия, направленные на устранение корневых причин наиболее эффективны по сравнению с бесцельными, хаотичными или интуитивными действиями. Следует также иметь в виду, что диаграмму следует составлять сообща, всей командой. Иногда требуется дополнительное изучение и доказательства для выявленных командой причин.

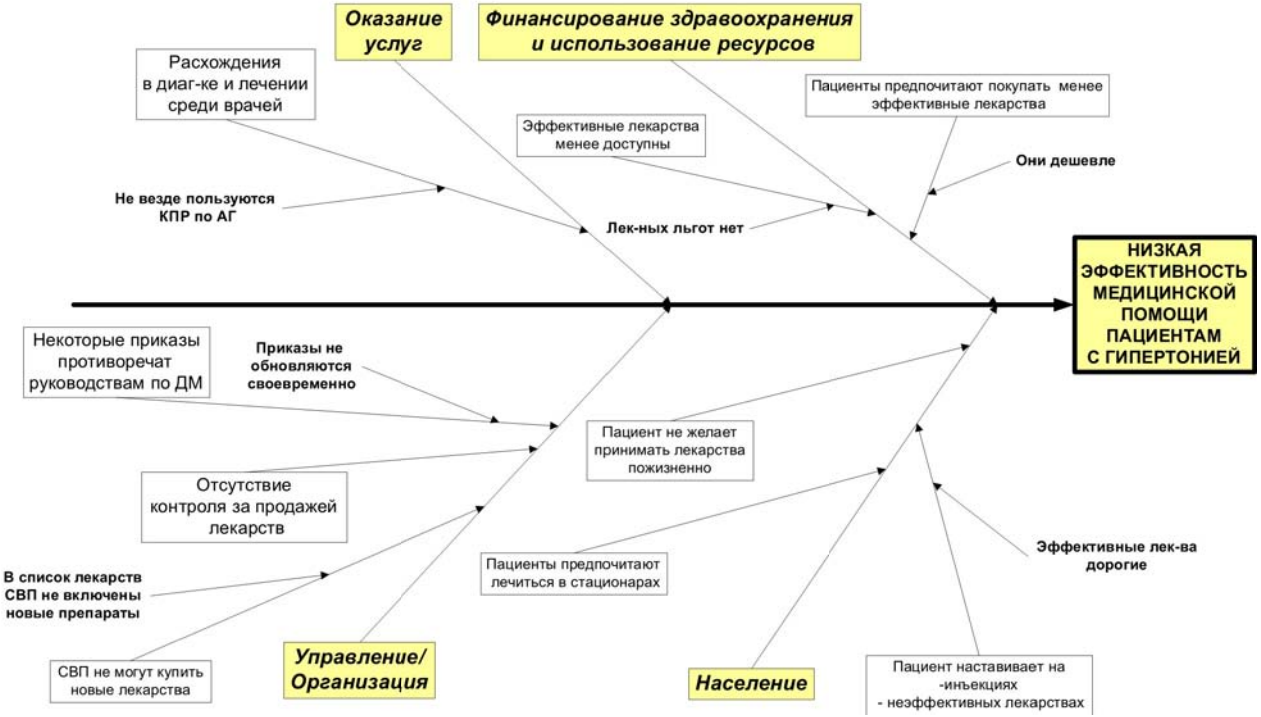
Например, составляя возможные причины неудовлетворительного улучшения медицинской помощи, предоставляемой пациентам с гипертонией в Ташлакском районе (рис.9), мы пытались отразить причины, используя 4 категории: **организация, финансирование здравоохранения**, **оказание услуг** и **население**.

Организация обозначает законодательную, правовую и политическую базу, **финансирование здравоохранения** обозначает использование ресурсов здравоохранения. Под **оказанием услуг** подразумевается использование медицинской помощи, работа медицинских работников медицинской помощи и учреждений. **Население** обозначает поведение, права и обязанности населения/пациентов.

Голова «рыбы» на диаграмме отражает главную проблему или следствие. Она возникла по ряду причин, которые попадают под 4 категории, указанные выше. Например, в категории **оказание услуг**, одной из причин некачественного предоставления медицинской помощи является расхождение в деятельности медицинских работников (каждый врач ведёт больного по-своему). В свою очередь этот фактор объясняется отсутствием клинического руководства по АГ на первичном и вторичном уровнях. Или другой пример, по категории **финансирование здравоохранения** и использование ресурсов определено, что пациент предпочитает покупать менее эффективные лекарства (адельфан, раунатин) по той причине, что они дешевле, чем более эффективные, современные лекарства (например, эналаприл или метапролол).

Анализ корневых причин проблем медицинской помощи пациентам с гипертонией (Ташлакский район Ферганской области)

Рисунок 9



III. 3 этап цикла ПК. Определение и внедрение вмешательств

На 3-ем этапе цикла команда разрабатывает мероприятия по улучшению, тестирует их, измеряет эффективность этих вмешательств, используя разработанные индикаторы.

1) Вмешательства (изменения), нацеленные на улучшение

Не все мероприятия ведут к улучшениям, так как улучшение требует вмешательства в систему. Способность развивать, тестировать и внедрять вмешательства (изменения) необходимы каждому индивидууму, группе и организации, которые хотят улучшать деятельность на непрерывной основе [7]. Существуют различные вмешательства, которые могут привести к улучшениям. Чаще всего вмешательства направлены на разрешение корневых причин проблем, выявленных, на втором этапе цикла.

Например, в проекте по повышению качества по артериальной гипертонии в Ферганской области было выявлено, что артериальная гипертония диагностируется очень часто на основании одного измерения АД. Однако согласно стандарту гипертонию устанавливают на основании двух двукратных измерений с показателями АД > 140/90 мм рт. ст., проведенных в течение 1-2-х месяцев. Так происходило, потому что пациент после первого измерения часто выпадал из поля зрения врача, или врач ставил диагноз на основании единичной регистрации повышенного АД. В целях улучшения было предложено красным обводить фамилии тех больных, у которых при первом

измерении АД превышало 140/90, для того, чтобы в течение 2-х месяцев обязательно измерить их АД еще раз. Это простое вмешательство увеличило число правильно поставленных диагнозов на 20%. Этот пример повторяется уже в третий раз.

Чаще всего корневые причины проблем связаны с тремя заинтересованными сторонами (медицинские работники, пациенты, система) и, соответственно, мероприятия следует направить на одну из этих сторон.

Мероприятия, которые способствуют улучшению деятельности ***медицинских работников***.

- Поощрение за высокое качество.
- Использование КПР, памяток, алгоритмов.
- Обучение врачей диагностике и лечению пациентов с гипертонией на основе стандартов

Мероприятия, которые способствуют улучшению функционирования системы или ***организации услуг***

- Предоставление необходимых ресурсов (обеспечение электрокардиографом, реактивами для определения глюкозы в крови и белка в моче).
- Сокращение дублирования услуг, расточительства
- Расширение сбора информации – сочетанное применение разных методов сбора информации (вопросники, анкеты).
- Наблюдение за процессом работы.
- Установление стандартов и контроль за их выполнением.

Мероприятия, которые способствуют улучшению удовлетворенности ***пациентов*** *оказанием медицинской помощи*

- Улучшение доступности медицинской помощи (устранить чрезмерно высокую оплату услуг, сократить расстояние от дома до медицинского учреждения, рациональное планирование часов приема врача, повысить информированность и ответственность населения за свое здоровье).
- Расширение знания пациентов о контроле своего состояния и оказание доврачебной неотложной медицинской помощи.
- Поощрение доверительных, дружеских отношений между врачом и пациентом

Однако не всегда команда сама может прийти к идее вмешательств, поэтому в международной практике рекомендуется разрабатывать вмешательства или изменения на основе концепций изменений.

Концепции изменений - это подходы, которые были признаны полезными в разработке конкретных вмешательств, направленных на улучшение качества [7]. Многие из этих концепций заимствованы из производства и бизнеса, однако они универсальны и поэтому могут быть применены в здравоохранении. Творческое комбинирование этих концепций изменений со знанием предмета может способствовать плодотворной генерации идей.

2) Концепции изменений

1. Избавление от ненужных трат. «Все, что не приносит пользы клиенту, является тратой», - этот вывод сделали в концерне Toyota

(Япония). К тратам относится все, что не имеет добавочной стоимости, включая ненужную документацию, не используемое оборудование, невостребованные должности, ненужные этапы в процессе и т.д. Одним из примеров трат в системе оказания медицинских услуг являются настоящие патронажные обходы, регулярно совершаемые патронажной сестрой, содержание которых часто не обладает ни информативностью, ни качеством. Специалисты Toyota определили 6 видов ненужных трат:

- Траты, связанные с перепроизводством (например, слишком большой объем вакцин в поликлинике или учреждении);
- Траты, связанные с ожиданием (например, длительное время ожидания приема пациентами или время ожидания врача результатов лабораторных анализов);
- Траты, связанные с транспортировкой (например, транспорт отправляют несколько раз в день для того, чтобы доставить кал детей с диареей на анализ);
- Траты, связанные с процессом оказания услуг (например, пациент несколько раз проходит одно и то же обследование в нескольких учреждениях);
- Траты, связанные с изготовлением дефектных материалов (например, пациенту во время гистерэктомии, перерезали мочеточник и потому операцию пришлось делать повторно);

- Траты, связанные с хранением неиспользуемых материалов (хранение на уровне СВП мешков Амбу или функциональной кровати, которая не используется).

Таким образом, необходимо искать способы избавиться от ресурсов, деятельности или оборудования, которые не приносят никакой пользы организации. Примером избавления от трат является программа реформирования прежней многоэтапной (5-ти ступенчатой) системы предоставления первичной медико-санитарной помощи в 2-этапную (СВП-ЦРБ).

2. Улучшение процесса работы. Улучшение процесса возможно через определение дублирующих, ненужных этапов, препятствий и т.д. Полезным инструментом улучшения процесса является использование детальной блок-схемы. Примером улучшения процесса является то, что пациентам, страдающим артериальной гипертонией 1 и 2 степеней, необязательно обращаться к кардиологу для интерпретации ЭКГ или невропатологу для обследования глазного дна, так как все это может сделать сам врач общей практики на базе первичного звена.

3. Оптимизация инвентаря. Приобретение оборудования может быть источником ненужных трат в учреждении. Любое оборудование требует больших затрат на его покупку и поддержания функционирования, пространства, людей, которые будут ответственны за его работу и обучены правильно пользоваться им. Излишний инвентарь является больше тратой, чем полезной вещью, поэтому если инвентарь не используется должным образом, то от него лучше избавиться. Используемый же инвентарь следует держать в

функциональном состоянии. *Например, покупка СВП электродвигателя для обеспечения электроэнергии в сельских условиях является необходимым мероприятием для бесперебойного использования такого оборудовании как фотоэлектрокалориметр (ФЭК), автоклав и т.д.*

4. Улучшение атмосферы или условий труда. Улучшение атмосферы работы само по себе может привести к улучшению. Это понятие может включать различные мероприятия: создание условий для непрерывного обучения медицинских работников, проведение перекрестных тренингов или обучения на рабочем месте. Поощрение и поддержка командной работы также улучшает трудовую атмосферу в организации. *Например, в поликлинике № 8 г. Ташкента, ЛОР-врач и акушер-гинеколог обучают врачей общей практики специальным дополнительным навыкам, если это необходимо. Создание таких условий на работе способствует улучшению диагностики и лечения лор- и гинекологических заболеваний.*

5. Фокус на пациенте. Мы часто забываем, что система здравоохранения создана, чтобы обслуживать пациентов. Нужно стараться активно вовлекать пациента в деятельность по повышению качества. Необходимо повышать навыки межличностного общения среди медицинских работников, а также прививать навыки ведения консультации, ориентированной на пациента. *Примером активного вовлечения пациентов является создание инициативных групп пациентов, которые совместно с медицинскими работниками обучают других больных, создание школ по артериальной гипертонии или школ по подготовке к родам.*

6. Управление временем. «Время – деньги» - это старое как мир утверждение сегодня особенно актуально для системы здравоохранения. Как уже говорилось выше, одной из задач улучшения качества может быть уменьшение времени ожидания пациентов путем внедрения процесса сортировки больных. Еще один способ эффективного использования времени – рациональное использование времени специалиста. В каждом учреждении есть медицинские работники, обладающие специальными навыками, но не использующие их в полном объеме в силу загруженности другими обязанностями. Для этих работников необходимо найти пути для оптимального использования способностей и освободить их, по мере возможности, от тех обязанностей, которые не требуют специальных навыков. *Например, на вашем участке высокая распространенность сахарного диабета. Одна из медицинских сестер прошла специальный курс по обучению больных сахарным диабетом навыкам самоконтроля за своим состоянием. Но большая загруженность этой медсестры (она должна выполнять и другие обязанности, наряду с новыми) не позволяет ей использовать свои новые навыки в полной мере. Вашей задачей в данном случае будет обсудить в команде перераспределение некоторых её обязанностей между другими*. Еще один из способов правильного использования времени - сокращение «внешнего» времени, затрачиваемого на работу, так как любой процесс состоит из «внутреннего» и «внешнего» времени. Например, в процессе вакцинации **внешнее** время деятельности включает подготовку вакцины, стерильного материала (столика, шприца, спирта), журнала для записи больного; **внутреннее** - непосредственное введение

вакцины. Внутреннее время невозможно сократить, но внешнее время можно оптимизировать, если приготовить заранее все необходимое для проведения вакцинации.

7. Уменьшение ненужной вариации. Знаменитый специалист в области качества Эдвард Деминг (специалист по качеству, США) утверждал, что «если бы менеджеры попросили меня дать самый

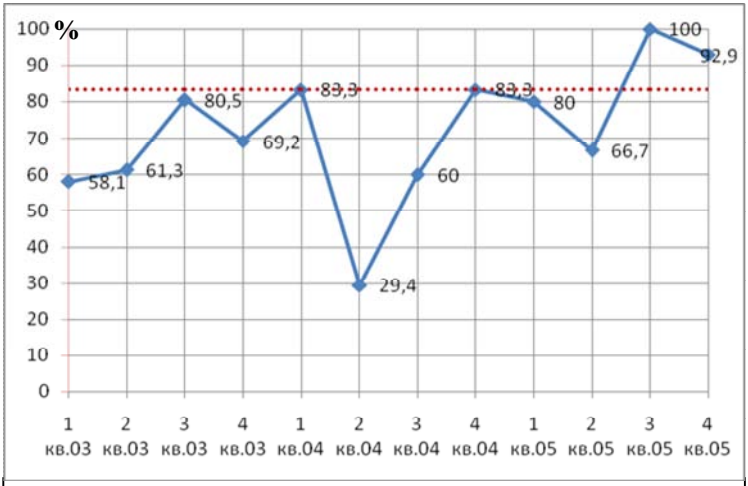


Рис.10 Правильность диагностики АГ в СВП Варзак, Ташлак

короткий совет по улучшению деятельности, я бы им посоветовал уменьшить вариацию» [18]. Данные мониторинга в Ферганской области нас часто поражали вариациями результатов. Например, в приведенном графике (рис.10) отражены результаты мониторинга процесса диагностики АГ (то есть пациентам ставят диагноз АГ на основании двух измерений в течение 2-х месяцев в случае регистрации АД 140/90 мм. рт.ст и выше). Из графика видно, что в этом СВП результаты варьируются от 20% до 80% и наоборот. Почему? Одно из

объяснений – это то, что не все врачи придерживались стандартов диагностики, и сам процесс диагностики в СВП не является слаженным. Одним из лучших подходов к уменьшению вариации является стандартизация, через внедрение протоколов, алгоритмов и клинических руководств.

4. Предотвращение ошибок

Совершение ошибок является частью деятельности (сущности) человека, можно сказать, что никто не застрахован от ошибок. Они могут возникнуть, когда мы торопимся, пытаемся делать несколько дел одновременно или просто не вооружены необходимыми знаниями. Ошибки возникают при взаимодействии человека с системой, считается, что некоторые системы более подвержены ошибкам, поэтому их ремоделирование способствует предотвращению ошибок. Далее приведены 4 способа снижения ошибок:

- *Памятки.* Примером памятки является перечень вопросов или чек-лист, который служит как напоминание патронажным медсестрам об основной информации, которую они должны донести до пациента во время обхода или форма записи ИВБДВ для врачей, предназначенная для осмотра ребенка до 5 лет.

- *Дифференциация.* Например, по стратегии ИВБДВ красным цветом подчеркнуты состояния, требующие немедленной госпитализации, желтым и зеленым состояния, которые можно вести в условиях СВП или поликлиники. Другой пример: известно, что после Бристольской трагедии, когда по вине

анестезиолога, перепутавшего шланги для кислорода и закиси азота, погибли дети, было предложено выпускать дифференцированные шланги разного цвета и с разными переходниками.

- *Использование барьеров.* Этот способ основан на ограничении доступа к чему-либо опасному или требующего осторожности. Например, когда в Америке было замечено, что маленькие дети по неосторожности взрослых глотают лекарства, то были предложены специальные крышки, которые могут открываться лишь при специальном закручивании, что под силу только взрослым.

- *Использование «разрешающих» инструкций.* В отличие от барьеров, «разрешающие» инструкции призывают к правильному действию, например, стрелки на дверях или инструкция на ингаляторе. Использование *“барьеров“ и “разрешающих“ инструкций можно сравнить со знаками на дороге и светофором, которые определяют наше поведение на дороге.*

Таким образом, вы ознакомились с различными категориями идей по улучшению медицинской помощи. Идеи улучшения или изменений, прежде всего, зависят от природы проблемы и могут быть основаны на концепциях изменений.

3) Внедрение вмешательств с использованием цикла ПВИД

После того как команда определила вмешательство, улучшение или изменение, рекомендуется использовать инструмент Планируй-Внедряй-Изучай-Действуй (ПВИД) для тестирования этого вмешательств в небольшом масштабе. Не секрет, что в реальности многие вмешательства вводятся в систему без всякого тестирования и часто вызывают нежелательные последствия. *Например, в одно время было решено не держать их в поликлиниках и раздать амбулаторные карты больным. Так как это вмешательство не было протестировано, а сразу внедрено в большом масштабе, во многих учреждениях амбулаторные карты были утеряны.*

Если вмешательство во время тестирования подтвердило свою эффективность, то его можно распространить на другие учреждения, области, страну, если же эффект не достигнут, то вмешательство нужно либо модифицировать, либо отказаться от него.

Инструмент ПВИД включает 4 шага (Планируй-Внедряй-Изучай-Действуй) [7]

Шаг 1. Планируй

Вмешательство надо запланировать. Мы должны ответить на следующие вопросы: «*Кто?*» (определить вовлеченные лица), «*Что?*» (детально описать вмешательства), «*Где?*» (место внедрения вмешательства), «*Когда?*» (сроки начала и окончания вмешательства). Важно также определить хотя бы один индикатор, который будет указывать на эффективность вмешательства.

Шаг 2. Внедряй

Осуществляем внедрение, намеченного вмешательства в малом масштабе. При этом особенно важно регистрировать проблемы и неожиданные препятствия. Необходимо провести сбор данных по внедрению вмешательства на основе определенного в начале индикатора.

Шаг 3. Изучение

Анализируем и обсуждаем в команде результаты проведенного эксперимента по внедрению вмешательства. Для этого необходимо:

- выделить время на анализ результатов тестирования;
- сравнить данные мониторинга до и после вмешательства;
- уяснить улучшились ли индикаторы;
- определить соответствие процесса запланированному;
- проверить, все ли зарегистрировано;
- подвести итоги и сделать выводы;

Шаг 4. Действуй

На основании выводов, сделанных на предыдущем этапе, принимаем решение:

- внести коррективы во вмешательство на основании извлеченных уроков;
- определить, какие изменения должны быть сделаны;
- при отсутствии улучшения оценить полученный результат;
- при наличии улучшения определить возможности его распространения и закрепления в собственной практике.

Например, одной из проблем, возникшей в отделении хирургии в больнице (пример адаптирован из IHI[10]), было увеличение числа послеоперационных инфекций. В качестве вмешательства было предложено назначение инъекции первой дозы антибиотика анестезиологом с целью профилактики инфекции до начала операции

Планирование. Цель – протестировать процесс инъекции первой дозы антибиотика в течение часа перед операционным разрезом. Анестезиолог был назначен ответственным за проведение этого эксперимента. Он должен был ввести первую дозу антибиотика и зарегистрировать время инъекции первого антибиотика и время начала разреза в операционном журнале.

Внедрение. При проведении эксперимента анестезиолог ввел первую дозу трем из четырех операционных больных. В то же время зарегистрировать в журнале успел только двоих.

Изучение. На следующий день, заведующий отделением хирургии собрал команду и обсудил результаты. При этом выяснилось, что в операционной было недостаточно ампул антибиотика, так как аптекарь не знал об этом эксперименте и о количестве планируемых больных. Кроме того, анестезиолог объяснил, что не успел записать время инъекции антибиотика и начало разреза, так как у одного из пациентов начались непредвиденные осложнения.

Действие. Команда решила улучшить эксперимент. Во-первых, аптекарь обязан будет обеспечить точным количеством антибиотиков все планируемые операции. Во-вторых, одна из операционных медсестер должна будет регистрировать время инъекции и начала

[10] IHI – Institute for health care improvement www.ihi.org

разреза. В-третьих, было принято решение повторить эксперимент в течение последующей недели, затем изучить частоту послеоперационных инфекций. Если этот эксперимент будет эффективным (т.е. снизится число инфицированных), этот процесс можно будет полностью внедрить в отделении, и распространить опыт на другие учреждения.

Применение этого инструмента в нашей системе должно быть рекомендовано при разработке и внедрении новых приказов или клинических руководств. Это поможет предотвратить ненужные траты, ошибки и показать их практическую значимость.

Таким образом, ПВИД - это прекрасный инструмент тестирования вмешательств, который при правильном применении позволяет определить успех или неудачу любого вмешательства.

4) Оценка эффективности проекта

По ходу и после внедрения вмешательства важно продолжать мониторинг и сбор данных. Не обязательно разрабатывать новые индикаторы, можно наблюдать за уже имеющимися. Однако на этом этапе, важно ответить на вопрос, привело ли вмешательство или серия вмешательств к ожидаемому положительному результату. Согласно предыдущему примеру, уменьшение послеоперационных инфекций показало бы эффективность внедряемого вмешательства. Этот этап очень важен, так как мы выводим итоговую оценку эффективности внедренного проекта. То есть мы должны ответить на вопрос: улучшилось ли качество медицинской помощи в результате

внедренных вмешательств, работы в команде, внедрения стандартов, мониторинга процесса и т.д. *Например, в пилотных учреждениях Ферганской области в целях улучшения качества оказания помощи пациентам с АГ (***Таблица 6***), командами были внедрены ряд вмешательств, которые, после того как доказали свою эффективность, были распространены практически по всей области и в ряде учреждений других областей.*

Таблица 6.

Вмешательства, внедренные командами в целях улучшения качества медицинской помощи пациентам с АГ [20]

Принятый стандарт оказания помощи пациентам с АГ	**Причины невысокого соответствия стандарту**	**Внедренные вмешательства**
Медсестра или врач проверяет АД у всех пациентов (старше 18) при каждом обращении в СВП и записывает результаты в амбулаторной карте и\или в журнале тонометрии или регистрации	Недостаточное количество тонометров или персонал недостаточно компетентен в тонометрии. Некоторые пациенты сразу идут к специалисту (стоматологу, гинекологу), минуя медсестру доврачебный кабинет и ВОП	Все медицинские работники оснащены тонометрами и обучены их использованию; Установлена система регистрации и скрининга АД на уровне доврачебного кабинета. Добавлен новый журнал по тонометрии.
Диагноз АГ ставится на основании 2-х двойных измерений, сделанных во время	Пациенты часто не возвращаются для последующих измерений;	Медсестры доврачебного кабинета подчеркивают

двух отдельных визитов в течение 4-х недель при уровне АД 140\90 и выше	Нет системы контроля уровня АД и последующего наблюдения после первой регистрации высокого АД	высокие результаты АД красными чернилами и информируют врача; патронажные медсестры продолжают контроль уровня АД пациентов на дому.
Все вновь диагностированные пациенты с АГ проходят 4 вида обследования для оценки осложнений	Нефункционирующее оборудование или его отсутствие в СВП для проведения анализов; у пациентов отсутствует время и деньги идти в ЦРБ за анализами.	Приобретение нового оборудования СВП и само-мониторинг деятельности поставщиков СВП.
Врач начинает лечение с назначения тиазидных диуретиков или бета-блокаторов или ингибиторов АПФ в определенных случаях, если нет противопоказаний	Врачи привыкли лечить АГ эпизодически при повышении АД и назначать инъекции однократно. С другой стороны пациенты сами до сих пор требуют инъекции для лечения	Само-мониторинг собственной деятельности
Пациенты АГ достигают желаемого уровня АД (менее чем 135/85 для диабетиков и 140\90 для всех других) в течение 3-х месяцев после начала лечения.	Пациенты принимают медикаменты только до тех пор, пока им не станет лучше или их АД понизится; пациенты не могут позволить себе купить более новые лекарства или принимать их регулярно	Были организованы «беседы с сообществом» и подчеркнута важность консультирования пациентов.

Заключение

Мы подошли к заключительной части нашего руководства, в котором постарались объяснить читателю логику цикла повышения качества, разобрать шаги и промежуточные этапы цикла, а также вооружить соответствующими инструментами, и, где это, возможно, привели реальные примеры внедрения.

Улучшение качества оказания медицинской помощи с использованием современной методологии – это, прежде всего, новый подход к решению многих проблем в системе здравоохранения. Принципы, концепции и инструменты, представленные в этом руководстве, надеемся, придадут вам уверенность в желании работать по-другому, ради улучшения качества оказания медицинской помощи пациентам и создания лучших условий работы для медицинских работников. Строгое следование принципам и концепциям и полное использование всех представленных инструментов вовсе не обязательно, все-таки врач или команда должны руководствоваться здравым смыслом, учитывать имеющиеся возможности и использовать эту методологию не ради методологии, а, прежде всего, ради улучшения.

Если медицинские работники действительно преуспели в улучшении качества и овладели навыками этой методологии, то эту работу следует продолжать у себя в учреждении, или использовать методологию для выбора новых тем для улучшения. Также медицинские работники должны способствовать распространению

своего опыта среди коллег в других учреждениях. Проект USAID ЗдравПлюс использовал метод кураторства [13], когда успешно внедрившая процесс качества команда СВП становится куратором и ментором для обучения коллег из других учреждений. Согласно теории диффузного распространения практик, такой способ обучения способствует быстрому распространению лучшей практики от коллеги к коллеге. Еще один способ распространения подходов ПК, который был организован проектом USAID ЗдравПлюс совместно с проектом Здоровье 2, финансируемым Всемирным Банком, - это организация учебных туров в Ферганскую область с целью изучения. Распространяя положительный опыт проектов в различных учреждениях, мы институционализируем этот процесс на уровне района, области, республики.

Современная методология повышения качества является своего рода новаторским подходом в системе здравоохранения, но в Узбекистане, она уже дает крепкие ростки. Накоплен определенный опыт для распространения этой деятельности по всем медицинским учреждениям республики. Проекты ПК в Ферганской области являются хорошим примером внедрения этих подходов не только в других областях республики, но и других Центрально-Азиатских странах. В настоящее время, аналогичные проекты по повышению качества функционируют в Таджикистане, Казахстане и Киргизстане.

Деятельность по повышению качества не ограничивается внедрением одного вмешательства или одного проекта. Создав команду, внедрив систему мониторинга в учреждении, вы таким образом внедряете у себя механизм непрерывного повышения качества, который будет

лучше соответствовать требованиям времени по сравнению с теми учреждениями, где этот механизм отсутствует. Следует понимать, что улучшение качества услуг – это не сиюминутная кампания, а непрерывный процесс.

Мы надеемся, что данное руководство послужит вам компасом в нелегком деле улучшения качества медицинской помощи. Хотелось бы закончить это пособие словами одного из руководителей медицинского учреждения Ферганской области: «Система здравоохранения такая сложная, что она порой напоминает дебри. Однако методология качества служит своего рода фонариком, который позволяет освещать и постепенно улучшать работу…».

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.

Схема проекта

Перечень мероприятий	**Примерный срок выполнения**
Определение темы • Матрица приоритетности тем • Актуальность темы • Характеристика темы • Цель **(САИД)** и задачи проекта повышения качества • Характеристика медицинского учреждения	Октябрь
Выбор **команды**. Описание ролей и обязанностей	Ноябрь
Описание **системы** оказания медицинской помощи • Разложение системы на составляющие части и составление **карты**: ресурсы – процессы – результаты (катко-, средне-, долгосрочные) • Детальная **блок-схема** изучаемого процесса (детальная блок-схема)	Ноябрь
• Разработка **стандартов и индикаторов** (не более 2-3 согласно схеме системы)	Декабрь
Планирование сбора данных – определить частоту сбора, источники данных и метод сбора информации: - *наблюдение* - *просмотр записей (амбулаторные карты,*	Январь

отчеты, журналы регистрации и учета больных *- опрос* Разработка инструментов сбор данных (вопросники, контрольный перечень оборудования или инструментов). Распределение функции в команде и определение ответственных лиц за сбор индикаторов	
Продолжение сбора информации в течение 2-3-х месяцев. Некоторые индикаторы мониторировать до конца проекта	Январь - март
Представление и Анализ полученных результатов: • представление данных на графике или диаграммах • анализ корневых причин – диаграмма Ишикавы • определение вмешательств в зависимости от корневых причин проблем	Январь- март
Разработка р**екомендаций** по улучшению оказания медицинской помощи и их внедрение • **Планируй** – планирование вмешательства, направленного на улучшение качества (Кто, Где, Что, Когда?) • **Внедряй** – описание как вмешательство было реализовано с конкретными числами и ФИО, фото или другие подтверждающие внедрение вмешательство доказательство. • **Измеряй** - провести анализ результатов мониторинга до и после вмешательства.	Март - Май

Результаты представить на графиках или диаграммах. Обязательно интерпретировать данные. Остановиться на проблемах, которые присутствовали при внедрении • **Действуй –** выводы по результатам проекта и рекомендации. Если вмешательство успешное, то рекомендовать полное внедрение в учреждении, если не дало ожидаемый эффект, то его модификация или отказ от вмешательства	
Завершение **написания** проекта, подготовка к презентации	Май - июнь
Защита проекта	Июнь

Приложение 2

Пример разработки стандартов и индикаторов с использованием схемы системы[11]

Этапы медицинской помощи	**Стандарт (ожидание, %)/Индикатор (**обязательно указать достоверность и страницы КПР) **Метод сбора данных и инструмент** **Частота и выборка** **Источник числителя и знаменателя**		
	Вложения	**Процесс**	**Результат /Ожидания**
Скрининг	**1.**	**<u>Стандарт</u>** Медицинские работники должны владеть правильной техникой проведения и интерпретации ПФЛ (Приложение 1) **<u>Индикатор</u>** Число медицинских работников, владеющих техникой и умеющие интерпретировать ПФЛ, % (Приложение 1) **Ч:** Количество медицинских работников, владеющих правильной техникой и интерпретацией ПФЛ **З:** Общее количество медицинских работников в учреждении **Метод** – наблюдение за медицинскими работниками **Выборка** – 5 при внешнем и до 30 - при внутреннем мониторинге	

[11] Данная структура содержит стандарты и индикаторы, разработанные на основе КПР по бронхиальной астме, (Киргизия)

Диагностика	**Стандарт** 1. Наличие пикфлоуметра 2. Навыки правильного применения МР (согласно Приложению 1) **Метод** – наблюдение	**Стандарт** Для подтверждения диагноза БА детям старше 5 лет следует исследовать функцию внешнего дыхания с помощью пикфлоуметра (ПСВ) **Индикатор** Число пациентов, которым поставлен первичный диагноз бронхиальной астмы на основании данных пикфлоуметрии, % **Ч:** Количество пациентов, которым поставлен первичный диагноз бронхиальной астмы на основании данных пикфлоуметрии, % **З:** Общее количество пациентов с первичным диагнозом БА, % **Метод** – аудит амбулаторных карт **Выборка** – 5 при внешнем и до 30 - при внутреннем мониторинге **Источники** – амбулаторная карта, диспансерный журнал	
Направление		**Стандарт** Дети, должны быть направлены в стационар, если, получив до 10 вдохов β 2- агониста короткого действия на уровне первичного звена, не имеют положительной динамики **или** у них жизнеугрожающая астма (астматический статус) **Индикатор** Число детей, направленных в стационар, у которых не было	Долгосрочный стандарт **Стандарт** Число детей, направленных на стационарное лечение должно сокращаться со временем, % **Индикатор**

		положительной динамики после β2-агониста короткого действия, % **или** у них жизнеугрожающая астма (астматический статус) **Ч:** Количество детей, направленных в стационар, так как у них документировано, что они получили до 10 вдохов β2 агониста короткого действия на уровне первичного звена и это не имело положительной динамики **или** у них жизнеугрожающая астма (астматический статус) **З:** Общее количество детей, направленных на госпитализацию с диагнозом БА **Метод** – аудит амбулаторных карт **Выборка** – 5 при внешнем и до 30 - при внутреннем мониторинге **Источники** – амбулаторная карта, диспансерный журнал	Число детей, направленных на стационарное лечение по поводу обострения бронхиальной астмы, % **Метод** – аудит статистический документации
Лечение	**<u>Стандарт</u>** Наличие лекарственных препаратов (согласно Приложению 6)	**<u>Стандарт</u>** Пациентам с обострением астмы назначаются препараты первой линии ингаляционные β2 - агонисты короткого действия **<u>Индикатор</u>** Число детей с обострением БА, которым назначались препараты первой линии ингаляционные β2 - агонисты	**<u>Стандарт</u>** После правильного купирования приступа БА, у пациента показатель легочной функции достигает (ОФВ1 и/или

	Метод – опрос или просмотр	короткого действия **Ч:** Количество пациентов с обострением БА, которым назначались препараты первой линии ингаляционные β2 - агонисты короткого действия **З:** Общее количество пациентов с обострением БА **Метод** – аудит амбулаторных карт **Выборка** – 5 при внешнем и до 30 - при внутреннем мониторинге **Источники** – амбулаторная карта, диспансерный журнал	ПСВ>80% от должного или лучшего индивидуального показателя). **Индикатор** Число пациентов, которых выписали с нормализацией ПСВ или ОФВ, % **Метод** – аудит амбулаторной карты
Консультирование	**Буклет для пациента «Если ваш ребенок болен астмой»** **Метод – осмотр**	**8. Стандарт** Каждый пациент с приступом БА должен быть проинформирован о факторах риска (Приложение) **Индикатор** Число детей с обострением БА, которые проинформированы о факторах риска (Приложению) **Ч:** Количество детей с обострением БА, информированных о факторах риска **З:** Общее количество детей больных БА	

		Метод – опрос пациентов с БА или их родителей **Выборка** – 5 при внешнем и до 30 - при внутреннем мониторинге **Источники** – пациент	
Небезопасные или неэффективные вмешательства		**<u>Стандарт</u>** Аминофиллин не рекомендуется детям с легким и средне-тяжелым обострением астмы **<u>Индикатор</u>** Число детей с обострением БА легкой и средне-тяжелой степени, которым был назначен аминофиллин **Ч:** Количество детей с обострением БА легкой и средне-тяжелой степени, которым был назначен аминофиллин **З:** Общее количество детей с обострением БА легкой и средне-тяжелой степени **Метод** – аудит амбулаторных карт **Выборка** – 5 при внешнем и до 30 - при внутреннем мониторинге **Источники** – амбулаторная карта, диспансерный журнал	

Приложение 3

План оценки

Стандарт	*Индикатор*	*Источник и метод*
Ресурс: **В … должны быть перечни:** - лекарств – оборудования - стандартов	**Да\Нет**	**Источник:** Наблюдение **Метод:** Чек-лист
Процесс: 1. Врачи ставят диагноз … на основании….. 2. Врач назначает прием … в течение 1 недели	**1. Число пациентов с …которым диагноз поставлен на основании…..., %** **2. Число пациентов с …которым назначено лечение….в течение 1 недели, %**	**Источник:** - истории болезни и приемный журнал **Метод: Аудит** **Выборка:** 20 историй болезни **Период:** за последние 3 месяца
Процесс: 1.Пациенты удовлетворены оказываемой помощью и отношением медперсонала **2.**Пациенты владеют информацией о болезни	**Приготовить вопросник**	**Источник:** - пациенты и члены их семьи - **Метод:** Опрос **Выборка: 5-10**

Приложение 4

Форма оценки медицинской помощи, согласно стратегии ИВБДВ (ВОЗ) на уровне ЦРБ

Название стационара _____--------

Дата оценки_____

ФИО аудитора_____

№	Стандарт	Индикатор	Метод оценки	Числитель (Ч)/ Знаменатель (З)	Результат оценки	Комментарии
А.	ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПНЕВМОНИЕЙ					
1.	Наличие основных препаратов: В каждом ЦРБ в детском отделении имеются в наличии основные лекарства для детей на момент наблюдения:	Из всех ЦРБ, в скольких имеются в наличие на момент наблюдения основные лекарственные препараты для оказания соответствующей помощи детям.	Прямое наблюдение - осмотр шкафа с медикаментами в детском отделении *(Стандарт ресурса фиксируется ответом да/нет по каждому пункту)	Парацетамол в таблетках Аэрозольный сальбутамол или эпинефрин (адреналин для подкожной инъекции) Антибиотики и антибактериальные препараты (*не менее 2-х видов разных групп): хлорамфеникол (инъекции и таблетки), бензилпенициллин, гентамицин, амоксициллин, ампициллин клоксациллин (оксациллин), цефтриаксон, цефотаксим котримоксазол (триметоприм/сульфаметоксазол) Преднизолон, дексаметазон	Да / Нет Да / Нет Да / Нет Да / Нет	

№	Стандарт	Индикатор	Метод оценки	Числитель (Ч)/ Знаменатель (З)	Результат оценки	Комментарии
				Фуросемид Дигоксин в таблетках	Да / Нет Да / Нет	
2.	Классификация Пневмонии Все пациенты с кашлем или затрудненным дыханием классифицируются согласно Таблице 9 (Приложение 1), и это регистрируется в их историях болезни. *Примечание: В случае если критерии не были записаны, то это считается необоснованная постановка диагноза	Из общего числа пациентов, выписавшихся из ЦРБ с диагнозом Пневмония, скольким была проведена оценка и классификация тяжести Пневмонии согласно Таблице 9	Метод – попросите принести 7 историй болезни детей с пневмонией выписавшихся за последний месяц (желательно истории болезни, которые велись разными врачами).	Ч = Число пациентов с кашлем или затрудненным дыханием с соответствующими записями в истории болезни, которые были правильно классифицированы согласно Таблице 9 З = Общее число пациентов, пролеченных в ЦРБ с диагнозом Пневмония Общее число пациентов с диагнозом пневмония, истории болезни которых были оценены	Ч= З=7 Ч/З*100%=	
3.	Обоснованность госпитализации детей с пневмонией	Из всех детей, поступивших в ЦРБ с диагнозом	Оценка тех же 7 историй болезни с	Ч = Число пациентов, которые госпитализированы согласно стандарту/ З = Общее число пациентов с	Ч= З=7	

№	Стандарт	Индикатор	Метод оценки	Числитель (Ч)/ Знаменатель (З)	Результат оценки	Комментарии
	Все дети с диагнозом Острая Пневмония должны приниматься в ЦРБ в случае тяжелой или очень тяжелой пневмонией *Примечание: Если в истории болезни стоит диагноз пневмония легкой степени без другого сопутствующего диагноза, или если не указаны критерии постановки диагноза тяжёлой или очень тяжёлой пневмонии, то госпитализация считается необоснованной	Острая Пневмония, сколько из них были госпитализированы в ЦРБ обоснованно	диагнозом Пневмония	предварительным диагнозом пневмония	Ч/З*100%=	

Приложение 5.

Вопросник для населения

Вопросник был разработан на основе международных требований EUROPEP, при технической поддержке специалистов проекта ЗдравПлюс Е. Цой и Ф.Маманазаровой

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ КЛИЕНТОВ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ДЕТСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ЦРБ

Здравствуйте, меня зовут .... Я работаю в больнице..... Сотрудники нашей больницы стремятся улучшить качество оказываемых медицинских услуг, поэтому мы проводим изучение мнения матерей тех детей, которые находились на лечении в нашей больнице. Ваше мнение, которым вы поделитесь с нами во время этой встречи, и Ваши имена будут храниться в тайне, и никому не будут предоставляться. Информацию, которую Вы нам предоставите, будет использоваться только в целях улучшения качества. Если Вы согласны поддержать нас, то я задам Вам вопросы из этого листа и заполню его Вашими ответами.

В листе не будут указываться Ваши фамилия и имя. Пожалуйста, старайтесь отвечать честно, так как для нас очень важно узнать Ваши пожелания и предложения.

А. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

А.1. Сколько Вам лет?

ЗАПИШИТЕ	

А.2. Сколько лет Вашему ребенку, с которым вы проходили лечение в больнице?

АПИШИТЕ	

А.3. Чем болел (какое заболевание) Ваш ребенок во время пребывания в больнице?(Какое заболевание?)

ЗАПИШИТЕ	

А.4. Сколько дней Вы находились в больнице?

ЗАПИШИТЕ	

Б. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДО ПОСТУПЛЕНИЯ В СТАЦИОНАР

Б.1. Когда ребенок болен, то по каким признакам болезни вы определяете, что его нужно немедленно отвезти в медицинское учреждение или к медицинскому работнику?	СПИСОК НЕ ЧИТАЙТЕ. МОЖНО ОТМЕТИТЬ НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ. Ребенок не может (не в состоянии) пить/есть 01 Рвота после любой пищи 02

.	Ребенок летаргичен и без сознания 03 Судороги 04 Сильная жажда 05 Сыпь 06 Частый жидкий, водянистый стул 07 Кровь и слизь в стуле 08 Бледное лицо 09 Слабость/усталость 10 Боли в животе 11 Кашель 12 Лихорадка 13

	Высокая температура 14 Другое (ЗАПИШИТЕ): 88 НЕ ЗНАЮ 99
Б.2. Через сколько дней после начала заболевания ребёнка Вы обратились за помощью в **любое** медицинское учреждение ***<u>Примечание:</u> *необходимо отметить, что обращение считается не только в этот стационар, а вообще к врачу или медсестре СВП, больницы, поликлиники и т.п.*	СПИСОК ЗАЧИТАЙТЕ. МОЖНО ОТМЕТИТЬ ТОЛЬКО <u>ОДИН ОТВЕТ</u>. Сразу же – в течение 12 часов (ПЕРЕХОД К ВОПРОСУ Б.4) 01 В течение 1-2 дней от начала заболевания 02 После 3 и более суток (ПЕРЕХОД К ВОПРОСУ Б.3) 03 Не знаю/не помню (ПЕРЕХОД К ВОПРОСУ Б.4) 99
Б.3. Вы ответили на предыдущий вопрос - 3 и более дней, пожалуйста, ответьте, какова была причина столь позднего обращения в медицинское учреждение?	СПИСОК ЗАЧИТАЙТЕ. МОЖНО ОТМЕТИТЬ ТОЛЬКО <u>ОДИН ОТВЕТ</u>. Далеко живу от медицинского учреждения/ нет транспорта 01 Финансовые затруднения – лечение дорого для моей семьи 02

	Не знала или не посчитала состояние ребёнка очень серьёзным 03 Семейные обстоятельства (родственники не пускали, не с кем оставить детей и т.п.) 04 Не доверяю медицинским работникам, но позже всё же пришлось обратиться 05 Другое (УТОЧНИТЕ) 88 Затрудняюсь ответить 99
Б.4. Когда ваш ребёнок заболел, укажите, к кому Вы обратились за помощью в первую очередь:	СПИСОК ЗАЧИТАЙТЕ. МОЖНО ОТМЕТИТЬ ТОЛЬКО ОДИН ОТВЕТ. В службу скорой помощи 01 К врачу СВП/поликлиники 02 Сразу в больницу 03 Другое (УТОЧНИТЕ): 88

В. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРЕ

В.1. Когда вы пришли в больницу, в какое отделение Вы обратились сразу:	СПИСОК ЗАЧИТАЙТЕ. МОЖНО ОТМЕТИТЬ ТОЛЬКО ОДИН ОТВЕТ. Приемное отделение больницы 01 Центр экстренной помощи 02 Приёмный покой детского отделения 03 Сразу в реанимационное отделение Другое (УТОЧНИТЕ): 88 Не знаю 99

Г. КОНСУЛЬТАЦИЯ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА И ДР. МЕДПЕРСОНАЛА

***Примечание: объясните, что каждый из следующих вопросов он/она должны оценить по 3-х бальной шкале: 1-плохо/неудовлетворительно, 2 - удовлетворительно, 3-отлично.

***Отметьте ТОЛЬКО ОДИН ОТВЕТ (БАЛЛ) по каждому вопросу

	Вопросы, касающиеся аспектов консультирования врачами во время пребывания в стационаре	**1**	**2**	**3**	**Совсем нет**
Г.1	Насколько легко Вам было обсуждать свои проблемы с врачом во время пребывания в больнице?	01	02	03	04
Г.2	Насколько хорошо врач рассказал Вам о результатах анализов Вашего ребенка?	01	02	03	04
Г.3	В полной мере ли Вы получили ответы на все Ваши вопросы о симптомах и заболевании Вашего ребенка?	01	02	03	04
Г.4	Как объяснил Вам врач негативные последствия или осложнения заболевания Вашего ребенка?	01	02	03	04
Г.5	Насколько врач учитывал Ваше мнение о получаемых процедурах и лекарствах при лечении вашего ребенка?	01	02	03	04
Г.6	Во время обходов насколько внимательно врач выслушивал Ваши жалобы по поводу болезни Вашего ребенка?	01	02	03	04
Г.7	Насколько врач соблюдал и уважал Ваше право на конфиденциальность (неразглашение тайны) относительно заболевания Вашего ребёнка?	01	02	03	04

Г.8	По вашему мнению, насколько тщательно врач обследовал Вашего ребенка во время ежедневных осмотров (уделял достаточно времени, пощупал животик, послушал сердце и легкие, осмотрел горло, уши и т.д.)?	01	02	03	04
Г.9	Насколько хорошо объяснял Вам врач все действия, которые были им (ею) предприняты во время обследования Вашего ребенка?	01	02	03	04
Г.10	Насколько подробно врач информировал (объяснял) Вас о результатах лечения и о побочных действиях лекарств?	01	02	03	04
Г.11	Насколько хорошо объяснил Вам преимущества таблеток по сравнению с инъекциями?	01	02	03	04
Г.12	Перед выпиской из больницы объяснили ли Вам врач или медсестра, как ухаживать за ребенком после больницы в домашних условиях?	01	02	03	04
Г.13	Предоставляли ли Вам сотрудники больницы информацию о грудном вскармливании *(отвечайте на этот вопрос, если у Вас есть в семье дети до 1 года)?*	01	02	03	04
Г.14	Предоставляли ли Вам сотрудники больницы информацию о правильном питании Вашего ребёнка *(Сколько раз в день, когда, чем и как кормить ребёнка, из каких продуктов лучше готовить блюда*)?	01	02	03	04
Г.15	Как бы Вы оценили отношение и вежливость медсестер к Вам и вашему ребенку?	01	02	03	04
Г.16	Какую оценку Вы бы поставили другим работникам (кроме лечащего врача и медсестры) детского отделения за уход и внимание к вашему ребенку?	01	02	03	04

Д. Вопросы лечения и кормления

Д.1. Какое количество лекарств назначили Вашему ребенку в больнице?

ЗАПИШИТЕ	

Д.2. Какое количество из всех назначенных лекарств Вы купили в аптеке?

ЗАПИШИТЕ	

Ваши предложения

1. Ваши рекомендации для улучшения деятельности/работы отделения или больницы *(Например, рекомендации по расположению отделений, указателям, режиму посещений врачей, родственниками, доступность врачей и другого медицинского персонала и т.д.)*

_____

_____

_____

_____

_____

2. Ваши рекомендации для улучшения условий отделения или больницы

_____

_____

_____

3. Помимо оказанной медицинской помощи, что еще Вы ожидали от врача или медсестёр?

_____

_____

_____

БОЛЬШОЕ СПАСИБО, ЧТО ОТВЕТИЛИ НА ВОПРОСЫ.
БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ!

Литература

1. Marylane Wade Koch, Terrye Maclin Fairly. Integrated Quality Management Crossing the quality chasm – a new health system for the 21st century. Mosby-Year Book, Inc. 1993.
2. Donabedian, A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford University Press. 2003.
3. Михаэль М.Кохен. Общепрактическая и семейная медицина. «Беларусь, стр 594-606. 1997.
4. Презентация Одиловой Барно, заместитель главного врача СП № 8 Учтепинского РТМО, Ташкент. Материалы конференции по распространению проектов повышения качества, 27 июня, 2006 года.
5. Anne-Marie Nelson, Steven D.Wood, Stephen W.Brown, Sheryl Bronkesh, Zachary Gerbarg. Improving Patient Satisfaction Now. An Aspen Publication. 1997.
6. Crossing the quality chasm. National Academy press Committee on Quality of Health care in America. Institute of Medicine. 2001.
7. Langley GJ, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. The Improvement Guide . San Francisco, California, USA: Jossey-Bass Publishers, Inc.; 1996.
8. Berwick, A. Blanton Godfrey, Jane Roessner. Curing Health care. New strategies for quality improvement. Donald. 1990.
9. Материалы сайта Института улучшения качества, США <http://www.ihi.org/ihi> , а также материалы Агентства по модернизации национального Института здоровья, Великобритания < http://www.wise.nhs.uk/cmswise/default.htm >

10. Майкл Брассар. Методы непрерывного повышения качества, MA, GOAL/QPC/ 1993/
11. International Society for Quality in Health Care. Conference program and abstracts. Patient central. Amsterdam. 2004.
12. Peter R.Scholes. The leader's handbook. McGraw-Hill Quebecor Printing. 1998.
13. Everett M.Rogers. Diffusion of innovations. Free Press. 2003.
14. Geary A.Rummler, Alan P. Brache. Improving Performance. 2003.
15. Paul Plsek. Creativity, innovation, and quality. ASQ Quality Press. Milwaukee, Wisconsin1. 1997.
16. Raymond Carey, Robert Lloyd. Measuring Quality Improvement. By American Society for Quality, 2001.
17. Peter R. Scholtes, Brian L, Joiner, Barbara J. Streibel. Team Handbook. A SAM Group Company, Oriel Incorporated. 2003.
18. Davis Balestracci, Jr., Jeanine L.Barlow. Quality Improvement. Practical Applications for Medical Group Practice., center for Research in Ambulatory health care organization and Medical Group Management Association. 1998
19. Рашад Масуд, Карен Масков, Джоли Рейнке и другие. Современная парадигма улучшения качества .Проект по обеспечению качества. 2003.
20. Блэйк МкЖи, Н. Рахманова, Питер Кемпбелл. Случай из практики – описание проекта по повышению качества в Ферганской области. (пока не опубликовано). 2006.
21. Под редакцией Гордона Гайата. Принципы клинической практики, основанной на доказанном. Издательство Медиа Сфера. 2003

22. Материалы тренинга для тренеров по повышению качества. Джоли Рейнке, Бруно Буше. 2004
23. Отчеты проекта USAID ЗдравПлюс о деятельности по повышению качества, 2003-2006.
24. Исследование при поддержке проекта ЗдравПлюс и Эксперт Фикри. Результаты качественно исследования по доступности лекарственных препаратов в 3-х районах Ферганской области. 2004 год.