

## Модуль 5

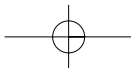
# ЗОСЕРЕДЖЕННЯ ЛІКУВАННЯ НА ПОТРЕБАХ КЛІЄНТА

(1 день — 7 академічних годин)

Управлінці, які працюють у сфері охорони здоров'я часто забувають, що клієнт (або пацієнт), а не лікар вирішує, що йому робити зі своїм здоров'ям. Лікар може виписати ліки, але пацієнт може їх не приймати. Лікар може лікувати того пацієнта, який приходить до нього за лікуванням, беручи до уваги той факт, що багато пацієнтів займаються самолікуванням або обирають альтернативні методи лікування які, в свою чергу, дешевші або однаково ефективні. Коли перспективи клієнта відомі і до них лікарі та управлінці ставляться з повагою, тільки тоді медичні фахівці зможуть вплинути на поведінку і здоров'я клієнта. Це дуже важливо для планування сім'ї, де загальноприйняті для чоловіків і жінок методи контролює сам пацієнт, а не лікар.

### Завдання модуля

1. Учасники повинні розуміти, що медицина, і особливо репродуктивне здоров'я, повинні бути спрямовані на потреби пацієнта, а не лікаря. Такий підхід повинен включати зручність, повагу, хорошу комунікацію і пристосування лікування до потреб клієнта.
2. Учасники мають усвідомити важливість надання клієнтові точної і зрозумілої інформації для прийняття правильного рішення щодо його лікування.
3. Учасники повинні покращити свої комунікативні навички в роботі з клієнтами/пацієнтами.
4. Учасникам треба покращити свої навички для впровадження інноваційних методик лікування в лікарнях для зручності клієнтів/пацієнтів.



## **ЗМІСТ МОДУЛЯ**

### ***Лекція 1. (2 академ. год).***

*Лікування, що зосереджене на пацієнті:  
неодмінний елемент якості.  
(Р. Крісвел)*

### ***Практичний випадок 1 (2 академічних години).***

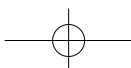
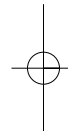
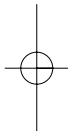
*Визнання проблеми домашнього насильства.  
(Ю. Онишко)*

### ***Лекція 2 (1 академічна година).***

*Управління якістю в системі охорони здоров'я.  
(В. Краснов)*

### ***Практичний випадок 2 (2 академічних години).***

*Якісна охорона здоров'я матерів і дітей.  
(В. Краснов)*



## Лекція 1

### ЛІКУВАННЯ, ЩО ЗОСЕРЕДЖЕНЕ НА ПАЦІЄНТОВІ: НЕОДМІННИЙ ЕЛЕМЕНТ ЯКОСТІ

Рейчел Крісвел

**1** ЛІКУВАННЯ, ЩО ЗОСЕРЕДЖЕНЕ НА ПАЦІЄНТОВІ: НЕОДМІННИЙ ЕЛЕМЕНТ ЯКОСТІ

**2** ЩО ТАКЕ ЯКІСНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА?

**3** З ПОГЛЯДУ ПРОФЕСІОНАЛА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я...  
...якісна медична допомога – це забезпечення того, щоб хворі люди видужували, а здорові – залишалися здоровими.

**4** АЛЕ ЩО ВВАЖАЮТЬ ЯКІСНОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ КЛІЄНТИ?

**3 ЧИМ НЕ ПОГОДЖУЮТЬСЯ ЛІКАРІ І ПАЦІЄНТИ\***

Категорія	Рейтинг пацієнта	Рейтинг лікаря
Навність картик	~65	~95
Інформація надається в зрозумілій формі	~25	~90
Лікар не бережевіть пацієнтів	~45	~90
Вичиний персонал	~30	~85

\*Цей слайд узято з презентації Тома Дельбанко, сконцентрованість на пацієнті (та працівникові), 2006, Гарвардська медична школа, 2006.

**5** З ЧИМ ПОГОДЖУЮТЬСЯ ЛІКАРІ І ПАЦІЄНТИ\*

Категорія	Рейтинг пацієнта	Рейтинг лікаря
Кваліфікований лікар	100	95
Уважний лікар	99	90
Лікар, який каже правду	98	93

\*Цей слайд узято з презентації Тома Дельбанко, сконцентрованість на пацієнті (і працівникові), 2006.

**3 ЧИМ НЕ ПОГОДЖУЮТЬСЯ ЛІКАРІ І ПАЦІЄНТИ\***

Категорія	Рейтинг пацієнта	Рейтинг лікаря
Лікар пояснює пробою ліка	~90	~25
Діагноз лікаря зрозумівши	~85	~45
Лікар дає факти щодо ризику та переваг	~95	~45
Лікар відоміає на пацієнта	~95	~65

\*Цей слайд узято з презентації Тома Дельбанко, сконцентрованість на пацієнті (та працівникові), 2006, Гарвардська медична школа, 2006

**6** З ЧИМ ПОГОДЖУЮТЬСЯ ЛІКАРІ І ПАЦІЄНТИ\*

Категорія	Рейтинг пацієнта	Рейтинг лікаря
Лікар, який створює атмосферу довіри	97	99
Лікар, який створює пацієнта серйозно	97	96

\*Цей слайд узято з презентації Тома Дельбанко, сконцентрованість на пацієнті (і працівникові), 2006.

**КІНЦЕВОЮ МЕТОЮ Є ДОБРИЙ СТАН ЗДОРОВ'Я**

- Для цього потрібен внесок як фахівців охорони здоров'я, так і пацієнтів.
- Пацієнти часто "ідуть на повідку" в лікарів та інших медичних працівників.
- Проте, поведінка щодо здоров'я і прихильність до здоров'я залежать від пацієнта, а не від лікаря (лікар може призначити ліки, але пацієнт може зробити вибір не приймати їх).

Модуль 5

**ПАЦІЄНТ → КЛІЄНТ**

10

- Лікар надає послугу.
- Ця послуга повинна мати привабливість для особи, яка її отримує.
- Пацієнт/клієнт може робити вибір, чи користуватися послугою, чи ні.
- Пацієнт/клієнт буде більш схильним до користування послугою, якщо він відіграє роль у визначенні послуги.

**ФОКУСУВАННЯ НА КЛІЄНТОВІ  
ДОЗВОЛЯЄ ЛІКАРЯМ ДОСЯГТИ МЕТИ  
ДОБРОГО СТАНУ ЗДОРОВ'Я**

12

- Клієнт братиме участь у догляді за своїм здоров'ям тільки тоді, коли він відіграватиме *роль у прийнятті рішень щодо медичних послуг* і якщо ці послуги будуть *привабливими для нього*.
- Жінка, яка приходить до клініки планування сім'ї, думаючи про метод контрацепції, який вона потім отримує, є більш схильною застосовувати контрацепцію, ніж жінка, якій призначають метод, у виборі якого вона ролі не відіграла.

**ПРАВА ПАЦІЄНТА В ПЛАНУВАННІ СІМ'Ї\*  
(МІЖНАРОДНА ФЕДЕРАЦІЯ З  
ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї)**

11

- *Інформація.* Дізнатися більше про переваги і наявність послуг з планування сім'ї.
- *Доступ.* Отримувати послуги незважаючи на стать, віросповідання, колір шкіри, подружній стан і місце проживання.
- *Вибір.* Вільно вирішувати щодо використання послуг з ПС і того, який метод використовувати.
- *Безпечність.* Уміти практикувати безпечні і ефективні послуги з ПС.
- *Приватність.* Мати приватність протягом консультування або надання послуг.
- *Конфіденційність.* Бути впевненим у тому, що будь-яка персональна інформація залишиться конфіденційною.
- *Гідність.* Потрібно ставитися до людей увічливо, з належною увагою.
- *Комфорт.* Протягом отримання послуг пацієнт повинен себе комфортно почувати.
- *Послідовність.* Пацієнт повинен отримувати послуги і методи контрацепції стільки, скільки це потрібно.
- *Думка.* Пацієнт має право виражати свої погляди щодо наданих йому послуг.

\*Написано Марком Мітчеллом і Арлет Кембелл Уайт. Керівництво для прийняття змін. Інститут Всесвітнього банку, вересень 1999, 14.

**ЯКИМ ЧИНОМ ЛІКАРІ ТА ІНШІ МЕДИЧНІ  
ПРАЦІВНИКИ МОЖУТЬ ЗАБЕЗПЕЧИТИ  
ЗАДОВОЛЕННЯ ПОТРЕБ КЛІЄНТА?**

13

- *СЛУХАТИ.*
- *НАВЧАТИ.*
- *Викликати ДОВІРУ.*
- *Забезпечувати ЗРУЧНІСТЬ.*

**СЛУХАТИ**

14

- **ПРИСЛУХАЙТЕСЯ** до того, що турбує клієнта; ці питання можуть відрізнитися від тих, що турбують лікаря.
- “Пакт” між клієнтом і лікарем:
  - Що клієнтові потрібно робити, аби залишатися здоровим?
  - Які варіанти може запропонувати лікар для задоволення цих потреб?
  - Які з цих варіантів підходять до способу життя, характеристик, цінностей і цілей клієнта?
- Якщо клієнт обіцяє дотримуватися варіантів вибору, пов'язаних із здоровим способом життя, і за потреби приймати ліки, лікар надає клієнтові точну інформацію і якісну допомогу фахівця, який користується довірою.

**НАВЧАТИ**

15

- Клієнти є найбільш сприйнятливими, коли вони знають, що відбувається, і можуть приймати *інформовані* рішення щодо допомоги їм.
- Клієнти повинні знати про всі варіанти *вибору*, що існують для них.
- Інформація повинна надаватися *тоді, коли клієнти психологічно готові її почути* – а не в стресогенних умовах, таких як лікарня.
- В освіті населення можуть допомогти націлені на загал інформаційні кампанії.

**АЛЕ ЩО РОБИТИ СТОСОВНО ЧАСУ?**

16

- *Проблема:* лікарі й без того мають у розпорядженні небагато часу на кожного клієнта – часу на *вислуховування* і навчання не вистачає!
- *Рішення:* професіонали охорони здоров'я середнього рівня (сімейні лікарі, акушерки, медичні сестри) можуть отримати підготовку з консультування і можуть стати ще однією групою, яка намагається *слухати* і *навчати*.
- Це не означає, що лікарям не потрібно долучатися до надання зосередженої на клієнтові допомоги, але це дійсно частково полегшує їх тягар.

**ВИКЛИКАТИ ДОВІРУ**

17

- Клієнти повинні мати змогу розраховувати на те, що їхні лікарі будуть *чесними* та надаватимуть усю *потрібну інформацію* щодо захворювань і лікування.
- Клієнти повинні мати змогу повернутися до свого постачальника медичних послуг у випадку, якщо щось пішло не так, для *доповнюючого лікування*.
- Клієнти повинні мати змогу розраховувати на те, що їхній лікар зберігатиме *конфіденційність*.

**ЗАБЕЗПЕЧУВАТИ ЗРУЧНІСТЬ**

18

- Доступність до якнайбільшого обсягу інформації, профілактики і лікування в одному місці від однієї команди (лікарів).
- Ефективна система призначень.
- Забезпечення того, щоб при лікуванні чи профілактиці враховувалися спосіб життя, характеристики, цінності та цілі клієнта (пацієнта).

**Ситуаційне дослідження. Планування сім'ї і допомога, зосереджена на клієнтові (1)**

19

- **СЛУХАТИ.** Зрозумійте потреби клієнта щодо контрацепції.
  - Чи має вже він дітей, чи хоче їх мати?
  - Чи комфортно він почувається стосовно гормонів?
  - Чи має він контроль над варіантами вибору методу контрацепції, або це щось таке, що контролюється його партнером?
  - Чи є питання ІПСШ і ВІЛ такими, які слід урахувати?
- **НАВЧАТИ.** Надайте повну, об'єктивну і підтверджену доказовими даними інформацію (переваги і ризики) про всі методи контрацепції.

**Ситуаційне дослідження. Планування сім'ї і допомога, зосереджена на клієнтові(2)**

20

- Викликати **ДОВІРУ:**
  - створіть середовище, вільне від суб'єктивних суджень;
  - забезпечте, щоб клієнт почувався комфортно щодо ідеї повернення по додаткову інформацію, якщо даний метод не є оптимальним;
  - підтримуйте клієнта в його рішенні щодо контрацепції.
- Забезпечувати **ЗРУЧНІСТЬ:**
  - майте доступною інформацію щодо планування сім'ї, засоби контрацепції і відповідні рецепти в тому ж самому закладі;
  - підтримуйте робочі стосунки (і географічну близькість) між жіночими консультаціями, центрами планування сім'ї, лікарями-дерматовенерологами і стаціонарними гінекологічними відділеннями.

**Яким чином управлінці охорони здоров'я можуть мотивувати медичних працівників до забезпечення пріоритетності зосередження допомоги на клієнтові?**

21

- Підтримка “командної моделі” допомоги – лікарі працюють спільно з професіоналами охорони здоров'я середнього рівня та іншими фахівцями задля забезпечення отримання клієнтом найкращої можливої допомоги.
- Навчання всіх професіоналів охорони здоров'я навичкам консультування і програмам охорони громадського здоров'я.
- Моніторинг і оцінювання за індикаторами якості допомоги і ступенем зосередженості допомоги на клієнтові.

**Моніторинг зосередженості на клієнтові**

22

- Опитування після закінчення обслуговування.
- Спостереження надавачем послуг і подальший підтримуючий нагляд.
- Індикатори якості допомоги.
- Самооцінка закладу.

**Практичне дослідження. Поліпшення якості лікування в Киргизії: опитування і роль точки зору пацієнта**

23

- У декількох клініках з ПС Киргизії, пацієнти відзначили дуже низький рівень якості лікування під час опитування після закінчення обслуговування. Чому?
  - У клініці було недостатньо освітлення.
  - У клініці було недостатньо приватності.
  - У клініці не було гардероба.
  - У лікарів було погане ставлення до пацієнтів.
  - У клініці було дуже холодно.
  - У клініці не було де сісти, коли чекаєш на лікаря.
- Як медичний заклад може покращити ці аспекти в сфері надання медичних послуг?

**Практичне дослідження. Поліпшення якості лікування в Киргизії: опитування і роль сприйняття пацієнта**

24

- Медичний персонал цих клінік вирішив ці проблеми так:
  - створили окремі оглядові;
  - покращили освітлення;
  - принесли квіти і вазони з рослинами;
  - пофарбували оглядові кімнати;
  - повісили штори;
  - надали мило і рушники для пацієнтів;
  - позичили стільці в інших клініках, щоб пацієнтам було де сісти;
  - утеплити вікна.
- Після цих змін, задоволення пацієнтів щодо якості послуг зросло на 119%!

**Спостереження надавачем послуг і подальший підтримуючий нагляд**

25

- Проведення “після-навчання”.
- Підтримка навчених надавачів послуг у впровадженні в життя нових навичок, відповідях на питання і боротьбі з сумнівами.
- Оцінювання якості тренінгів (і потреби в подальшому розвитку) на базі того, яку частину інформації було засвоєно і використано надавачем допомоги.
- Характеристика в цифрах тих аспектів допомоги, які не здатні визначити індикатори (якість і повнота консультування, анамнез та ін.).

**Ситуаційне дослідження.**  
**Спостереження надавачів допомоги і**  
**проект «Разом до здоров'я»**

26

- Клінічне навчання охоплювало питання збирання анамнезу, консультування щодо контрацепції, оцінювання ризиків ІПСШ і рецептурне призначення чи надання обраного методу.
- Спостереження надавачів послуг були проведені через кілька місяців після тренінгів як для підготованих, так і для непідготованих надавачів медичних послуг.
- Було з'ясовано, що надавачі послуг, які навчалися за підтримки проекту, приймали зосереджений на клієнтові підхід, що був більше орієнтований на громадське здоров'я – «включно з інформацією щодо можливих ускладнень абортів і посланнями щодо безпечності і фінансової доступності сучасних методів планування сім'ї задля заохочення клієнтів до здорових рішень»\*.

\*Тимошевська Вікторія і співавт. Вплив клінічного навчання на практики планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я надавачами медичних послуг. – Київ: Разом за здоров'я, 2008.

**ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ ДОПОМОГИ**

27

- Традиційні індикатори, хоча вони й є важливими показниками здоров'я населення, не завжди характеризують *якість допомоги*, що отримують пацієнти, або наскільки задоволеними вони є.
- Розроблення нетрадиційних індикаторів, що характеризують задоволення і вибір клієнта, і які можна легко вимірювати.

**Ситуаційне дослідження.**  
**Охорона материнства в Центральній Азії**

28

- Проект «Здрав Плюс II» націлений на покращення якості зосередженої на клієнтові допомоги в пологових будинках у Центральній Азії.
- Оскільки традиційні індикатори материнського здоров'я потребують тривалого відслідковування і не обов'язково характеризують якість, проект розробив для кожного закладу нові індикатори, що легко визначаються.
- Приклад:
  - відсоток вагітних, які відвідали щонайменше одне заняття з підготовки до пологів;
  - відсоток вагітних, які народжували в присутності члена родини чи подруги;
  - відсоток жінок, які отримали певний метод контрацепції після пологів.

**ПРИНЦИПИ ЗОСЕРЕДЖЕНОЇ НА**  
**КЛІЄНТОВІ ДОПОМОГИ**

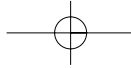
29

- Слухайте.
- Навчайте.
- Викликайте довіру.
- Забезпечуйте зручність.

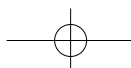
**Коментарі до слайдів**

- Слайд 5.** Використання доповідей пацієнтів з метою покращення надання медичних послуг: оперативна доповідь з 10 лікарень (Пол Д. Клієрі, Сюзан Едгман-Левітан, Яніс Д. Уокер, Маргарет Гертайс і Томас Л.Дельбанко); Пікерівська Програма/Програма співдружності лікування, зосередженого на потребах клієнта ➤ доповіді пацієнтів показали, що у клієнтів і лікарів виявлялися різні пріоритети щодо надання медичних послуг, як тільки були задоволені самі основні потреби щодо надання медичних послуг (рейтинг було здійснено з використанням шкали, де 1 був найвищим балом). Як пацієнти, так і лікарі бажали, щоб медична допомога надавалася обізнаними, дбайливими і чесними фахівцями.
- Слайд 6.** Проте лікарі є значно більш стурбованими формальною стороною надання медичної допомоги.
- Слайд 7.** У той час як пацієнти насправді звертають увагу на те, як з ними поводяться. «Пацієнт витрачає 10 років на те, щоб розібратися, яке медичне лікування йому надається, проте у нього витрачається лише 10 секунд, щоб зрозуміти як з ним поводяться на особистому рівні».
- Слайд 8.** Добре здоров'я потребує відданості з обох сторін. Професійним медикам платять за те, щоб вони надавали ефективні медичні послуги, то навіщо про це турбуватися пацієнтові? Здоров'я залежить від клієнта: лише клієнт може практикувати ту поведінку, яку рекомендує йому лікар.
- Слайд 10.** Пацієнт ➤ клієнт: лікар надає послугу, що має бути належною для особи, яка її отримує.
- Слайд 11.** МФЗБ установила ПКПС, що забезпечують надання допомоги клієнтові в обранні методу планування сім'ї і одержання відповідних послуг. Інноваційний аспект цього документа полягає в тому, що він визначає якісні медичні послуги не стільки як привілей, скільки як право людини. Ці права охоплюють будь-яку сферу медичного догляду. Як тільки задовольняються основні права клієнта, він може повністю віддатися справі покращення власного здоров'я.
- Слайд 14.** СЛУХАТИ: ця частина здається простою, проте, вона є найважливішою частиною надання медичних послуг, у той час як нею часто нехтують! Уміння вислухати клієнта про те, що його турбує, допомагає клієнтові відчувати, що про нього турбуються, а це становить значну частину надання медичних послуг вже само собою.





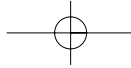
- Слайд 15.** НАВЧАТИ: клієнтам потрібно мати достатньо інформації для того, щоб робити вибір щодо їхнього лікування. Проте, лікарям варто пам'ятати, що найкращий час для одержання клієнтами даної інформації — це не період перебування клієнта в лікарні.
- Слайд 16.** Питання часу: лікарі часто стикаються з часовими бар'єрами — відповідальність навчати клієнтів, вислуховувати їх повинна бути розподілена серед усіх професійних медиків. Медичні сестри, акушери, сімейні лікарі, лікарі загальної практики — усі ці категорії медичних працівників можуть надавати консультативні послуги, вислуховувати і навчати.
- Слайд 17.** Викликати ДОВІРУ: чесність — клієнти заслуговують на те, щоб знати деталі їхнього стану здоров'я і лікування. Клієнтам потрібно знати, що вони можуть повернутися до «своїх» медиків, коли потребуватимуть подальших послуг або роз'яснень. Конфіденційність є важливою.
- Слайд 18.** Забезпечувати ЗРУЧНІСТЬ: існує велика ймовірність того, що клієнти виконуватимуть свою частину «пакту» про турботу за своє здоров'я, якщо їм буде легко це робити. Отже, треба, щоб вони могли виконувати те, що приписує їм лікар, отримували необхідну інформацію, а також мали можливість бути направленими до інших медичних фахівців або закладів у межах одного медичного закладу.
- Слайд 20.** Медичні управлінці і медичні послуги зосереджені на потребах клієнта. Модель надання медичних послуг командою медичних працівників — долає часовий бар'єр, забезпечує наявність багатьох професіоналів-медиків, які дбають про потреби клієнта; проте потребує конфіденційності навіть за умови залучення багатьох професіоналів. Навчання і перекваліфікація у галузі надання медичних послуг, зосереджених на потребах клієнта, таких як уміння надавати консультативні послуги, а також підхід з позицій громадського здоров'я для професійних медиків.
- Слайд 21.** На інших слайдах докладно представлені інші технології, проте, у даному випадку варто розглянути питання самооцінки медичного закладу у ракурсі заходів щодо можливого покращення його діяльності. Цей крок — особливо важливий на пізніших стадіях покращення якості надання медичних послуг, коли штатні працівники разом з управлінцями вже усвідомлюють сфери можливого покращення медичного обслуговування. Залучення штатних працівників передбачає підхід зосередження на кожному штатному працівникові, що само по собі сприятиме загальному покращенню якості надання медичних послуг.



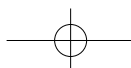
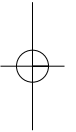
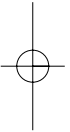
**Слайд 22, 23.** Вихідні інтерв'ю з клієнтами забезпечують сприйняття якості з боку клієнта, часто розкривають немедичні аспекти, що значною мірою залежать від сприйняття якості медичного обслуговування. У Киргистані, Проект «ЗдравПлюс» здійснював ініціативу з оцінювання якості медичного догляду у галузі репродуктивного здоров'я. Вихідні інтерв'ю з клієнтами довели, що поява оглядових кабінетів і кімнат для очікування разом з належним ставленням до пацієнтів з боку медперсоналу виявилися дуже важливими чинниками, які впливали на сприйняття якості медичного обслуговування з боку пацієнтів. Спочатку багато медичних закладів набирали дуже низьку кількість балів оцінювання клієнтам за сприйняття клієнтами якості медичного обслуговування, проте після того як у закладах здійснювалися деякі основні зміни немедичного характеру, такі як розвішування штор у оглядових кімнатах для забезпечення приватної атмосфери, розставлення стільців, що дозволяли клієнтам сидіти під час очікування прийому, закриті двері у приміщення з метою збереження тепла, оздоблення закладу декоративними вазонами — все це призвело до того, що сприйняття клієнтами якості медичного обслуговування підвищилося на 119%.

**Слайд 25.** Спостереження медичного працівника і підтримувальне спостереження (повинно носити саме підтримувальний, а не каральний характер).

**Слайд 26.** Вивчення практичного випадку: «Разом до здоров'я» і спостереження медичного працівника. Проект «Разом до здоров'я», що фінансувався Агентством з міжнародного розвитку США (USAID), проводив клінічні тренінги для медичних працівників з метою покращення їхньої обізнаності і ставлення до сучасних методів планування сім'ї, паралельно наголошуючи при цьому на лікуванні, зосередженому на потребах клієнта, виборі і консультуванні. З метою здійснення оцінювання ефективності проведених тренінгів «РдЗ» здійснювало подальше спостереження медичних працівників, а також підтримувальний нагляд. У ході даних візитів з'ясувалося, що клінічні тренінги позитивно вплинули на покращення консультативних навичок професійних медиків, на частоту, з якою вони повністю записували історії медичного стану своїх пацієнтів і їхню здатність забезпечувати своїх клієнтів комбінованими методами контрацепції. Такі візити надавали медичним працівникам можливість ставити питання тренерам проекту «РдЗ», після того як ті вже мали можливість застосовувати принципи якості надання медичних послуг на практиці.



- Слайд 27.** Розроблення нових показників для виміру якості медичного обслуговування у короткостроковій перспективі.
- Слайд 28.** Вивчення практичного випадку: «ЗдравПлюс II» і якість показників надання медичних послуг, що використовувалися з метою прогресивних заходів у охороні здоров'я матерів. Проект «ЗдравПлюс II», що здійснювався за підтримки Агентства з міжнародного розвитку США (USAD), запровадив ініціативу з покращення якості медичного догляду у пологових будинках Середньої Азії. З метою моніторингу якості, учасники проекту проводили один раз у два роки моніторинг основних досягнутих результатів щодо особливої якості показників процесу медичного догляду, зокрема відсоток вагітних, які відвідали принаймні одне заняття з підготовки до пологів; відсоток вагітних, які народжували дитину у присутності члена сім'ї або друга; відсоток вагітних, які отримали метод контрацепції після пологів.



## Практичний випадок 1

### ВИЗНАННЯ ПРОБЛЕМИ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА

Юрій Онишко

У районній поліклініці біля кабінету травматолога сиділа молода жінка і плакала. Тетяну побив чоловік. Побив не вперше, в цей раз застосував палицю, як робив це час від часу. Тетяна захищалась, як могла, втекла до сусідки, яка й відвезла її до поліклініки, коли біль у травмованій руці став нестерпним.

Двері кабінету відчинилися, з них вийшла літня жінка, пролунав голос лікаря: «Наступний!».

Приєм проводив молодий лікар, майже одноліток Тетяни, який назвався Петром Миколайовичем.

— Що з Вами трапилось? – спитав лікар.

— Мене побив чоловік, – крізь сльози відповіла Тетяна і розповіла свою історію.

Лікар мовчки вислухав, оглянув її, супроводив до рентгенологічного відділення, де їй зробили знімок руки. Разом з рентгенологом Василем Антоновичем він установив діагноз перелому ліктьової кістки лівої руки. Рентгенолог, немолодий чоловік, сказав своєму колезі:

— Мені чомусь знайоме прізвище цієї жінки, здається, я її колись оглядав.

Переглянувши архів, він знайшов ще кілька знімків різної давнини цієї ж пацієнтки.

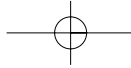
— Такий «травматичний анамнез» характерний для людей екстремальних професій або жертв домашнього насильства, – сказав він Петрові Миколайовичу.

— Розберемося, – коротко відповів той.

Петро Миколайович з Тетяною повернулися в його кабінет. Лікар мовчки готувався до накладання гіпсової лонгети, потім тихо спитав:

— Ви хочете, щоб Ваш чоловік потрапив до в'язниці?

— Ні, ні в якому разі, – відповіла жінка, – хочу лише, щоб він мене не бив. Я боюся повертатися додому... він був такий серди-



тий, і я боюся, що він сердитиметься ще більше, якщо побачить мою поламану руку...

- Ось і добре, – посміхнувся Петро Миколайович, – тоді я напишу у Вашій картці, що травму Ви отримали при падінні зі сходів, послизнулися...
- Але це ж неправда!
- А кому потрібна Ваша правда? Це справи сімейні, нічого страшного, побилися — помиритися, а сміття з хати не слід виносити...
- Страшно! Ви, чоловіки, – всі однакові, – знову заплакала Тетяна, але вже не від болю, а від відчаю...

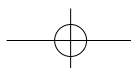
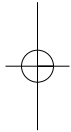
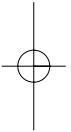
Петро Миколайович був зворушений сльозами Тетяни. Він знав, що не може дозволити їй піти так просто, але не мав бажання заглиблюватись у цю халепу. Проте, він був не лише лікарем, але також і людиною. «Добре, я подумаю, що можна зробити у цьому випадку», — сказав він ридаючій Тетяні не дуже привітно. Після цього лікар, попрямувавши до кабінету Василя Антоновича.

- Так, саме про домашнє насильство вона мені й розповіла, — відповів він і додав, — але я не знаю, що мені робити в таких випадках.
- На жаль, я теж не обізнаний у цій проблемі. Проте, мені здається, що потрібно цей випадок описати в медичній документації як наслідок насильства, можливо, це знадобиться у суді, якщо до нього дійде, а поки що звернутися до міліції.
- А мені здається, що треба повідомити про цей випадок головного лікаря, Юрія Павловича. Нехай він прийме відповідне рішення, — сказав Петро Миколайович.
- Так і зробимо, — погодився Василь Антонович.

«Який суд? Яка міліція?» — здригнувся Петро Миколайович, маючи непочатий край роботи, він просто не міг собі уявити яким чином зможе знайти час ще й на міліцію і суд.

Лікарі зупинилися, щоб знов поговорити з Тетяною. Вони попросили її зачекати, поки зможуть поговорити з головним лікарем. Жінка мала переляканий вигляд, проте, хитнула головою на знак згоди, після того як лікарі сказали їй, що швидко повернуться назад.

Вислухавши колег, головний лікар задумався, потім промовив: «Я погоджуюся з Вами, що це жахливий випадок, але навіщо нам зайвий клопіт? Так, система документування травм кримінального походження існує. Її діяльність регламентує спільний наказ Міністерства внутрішніх справ і Міністерства охорони здоров'я Ук-



раїни № 307/105 від 10.05.1993 р. «Про порядок обліку випадків звернення до медичних установ і міськрайорганів внутрішніх справ громадян з тілесними ушкодженнями кримінального характеру»<sup>1</sup>. Відповідно до цього наказу я повинен заповнити величезну кількість документації, що відображатиме дані стосовно тілесних ушкоджень, візиту пацієнтки і її звернення до міліції.

Крім того, звернення до медичного закладу має фіксуватися у амбулаторній картці хворого або в історії хвороби, що також є документами, які підтверджують факт звернення і наявність тілесних ушкоджень. Потім до нас будуть приходити з міліції, з прокуратури, викликати нас в суд як свідків. Уявляєте це собі? І, взагалі, чи можна вважати цей випадок травмою кримінального походження? У нас немає доказів, може вона наговорює на чоловіка? Це можна навіть вважати побутовою травмою. Чи не краще домовитися з пацієнткою, щоб вона всім казала, що впала зі сходів, послизнулася. Ми, як лікувально-профілактичний заклад, уже виконали свою функцію — надали жінці відповідну медичну допомогу. Далі — не наша справа».

Лікарі стояли, опутивши голови, їм було соромно за шефа. Якими словами попрощатися з пацієнткою, яка з надією чекала на їх повернення, вони теж не знали. Але потім Василь Антонович заговорив:

«Юрію Павловичу, моя дружина працює у Соціальной службі. Нещодавно вона відвідала засідання з запобігання насильству в сім'ї і допомоги жертвам такого насильства, яке проводило Обласне медичне управління. Дружина розказала мені, що на засіданні учасники розбирали аспекти міжвідомчої взаємодії, спрямовані на ефективне виконання закону України «Про попередження насильства в сім'ї». Безумовно, ми повинні надати цій жінці медичну допомогу стосовно її травми, але не тільки. У даному випадку нам пощастило, тому що пацієнтка розповіла нам про те, що її тілесні ушкодження були наслідком домашнього насильства. Часто цього не відбувається, а отже, у випадку, коли жертва намагається приховати сліди домашнього насильства, лікар повинен пильнувати, щоб їх розпізнати. Ми повинні знайти засіб, щоб допомогти цій жінці, або принаймні скерувати її до відповідних владних структур».

<sup>1</sup> Витяг з наказу "Про порядок обліку випадків звернення до медичних установ і міськрайорганів внутрішніх справ громадян з тілесними ушкодженнями кримінального характеру" див. у Додатку 1.

Вислухавши свого колегу, Петро Миколайович просто-таки стогнав у своєму серці. Звичайно ж, ідея допомогти цій жінці була сама по собі доброю, проте — швець має шити чоботи, а лікар лікувати. Він уже виконав свою роботу і зараз має витратити свій дорогий час, який міг би витратити на лікування інших пацієнтів. Петро Миколайович зробив спробу обмінятися поглядами з головним лікарем, намагаючись заручитися його підтримкою, проте Юрій Миколайович лише важко зітхнув, сказавши: «Ви, панове, робіть собі, що хочете, а я не хочу у це втручатися і не маю бажання, щоб лікарня мала відношення до якогось розслідування».

Повернувшись до свого кабінету, Василь Антонович висунув шухлядку столу, дістав з нього брошуру і книжку та простягнув їх Петрові Миколайовичу. «Ось — сказав він. — Моя дружина дала мені їх після відвідування одного тренінгу. Це — примірник «Ресурсного довідника допомоги жертві насильства в сім'ї» і брошура, розроблена НУО, що допомагає жінкам справитися з негараздами домашнього насильства. Неурядова організація зветься «Надія», а в брошурі є номер її телефону». Потім Василь Антонович подивився на Петра Миколайовича і сказав: «Я знаю, що Ви зробите правильно».

Петро Миколайович узяв книжку, брошуру і пішов до свого кабінету. Він не хотів бути причетним до цієї справи, проте, зараз уже відчував, що несе за Тетяну відповідальність. Повернувшись, він побачив, що Тетяна все ще плакала.

«Що Ви робитимете з моїм чоловіком? — запитала жінка. — Він не повинен потрапити до в'язниці, бо розсердиться ще більше і поб'є мене знов. Але ж мені нема куди піти від нього! До того ж, я — безробітна, а мені ще потрібно підтримувати не лише себе, але й свого сина! Як же я зможу це зробити, якщо мій чоловік потрапить до в'язниці? Мені просто потрібна деяка допомога... Якби я могла поговорити з ким-небудь або піти до якогось місця на нетривалий термін...»

Петро подивився на видання, що тримав у своїй руці, потім на жінку, яка ридала у нього в кабінеті. Кожна з сторінок мала у цій справі свою правду, а отже, яка роль належала тут саме йому? До кого він міг би звернутися за допомогою? Перед ким він несе відповідальність?

**ПИТАННЯ ДО СЛУХАЧІВ**

1. Оцініть дії всіх персонажів випадку. Які їх дії Вам здаються правильними, які — ні? Чому?
2. Якими були пріоритети кожного з «гравців» у цьому випадку? Визначте мотиваційний чинник і кінцеву мету, що є для них найбільш важливими.
3. Поставте себе на місце Тетяни і ще раз оцініть дії всіх персонажів. Які дії були найбільш прийнятними з точки зору постраждалої особи? Яких дій бракувало?
4. Який метод, на Вашу думку, найбільш відповідає принципам підходу «в центрі уваги — потреби пацієнта»? Які принципи даного підходу були відсутні у кожному з методів?
5. Що б Ви зробили на місці Петра Миколайовича?
6. Як Ви вважаєте, наскільки враховуються потреби пацієнта у сучасній системі охорони здоров'я України, наскільки поширений підхід «в центрі уваги — потреби пацієнта» у закладах охорони здоров'я? Наведіть позитивні і негативні приклади зі своєї практики.
7. Які пункти «Кодексу ставлення до пацієнта» Ви запропонували б, якщо були б його автором?

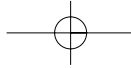
**Матеріали для читання і додатки**

Клієрлі Пол та ін. Використання повідомлень пацієнтів для покращення медичного догляду: оперативна доповідь з 10 лікарень/Управління якістю в системі охорони здоров'я. — 1993. — 2(1). — 31–38.

Дельбанко Том, Вислуховуючи інших та руйнуючи стіни/Література та медицина 21. — №2 (осінь 2002). — 191–200.

Дельбанко Том та ін. Охорона здоров'я в країні Влада Людей: ніщо заради мене без моєї участі/Очікування щодо здоров'я. — 4 (2001). — 144–150.



**Додаток 1****Інформація, що міститься у «РЕСУРСНОМУ ДОВІДНИКУ ДОПОМОГИ  
ЖЕРТВІ НАСИЛЬСТВА В СІМ'Ї»**

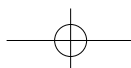
Медичному працівникові слід знати, що випадки домашнього насильства знаходяться у такій правовій площині:

- коли виявляються медичні наслідки дій, що підпадають під ознаки кримінального злочину (тяжкість отриманих травм, їх характер (ножові, вогнепальні, результати побиття тощо);
- коли ознак кримінального злочину немає.

Існує спеціальна процедура документування травм кримінального характеру, що регулюється спільним наказом Міністерства внутрішніх справ і Міністерства охорони здоров'я України № 307/105 від 10.05.1993 р. «Про порядок обліку випадків звернення до медичних установ і міськрайлінорганів внутрішніх справ громадян з тілесними ушкодженнями кримінального характеру». Цим наказом керівників лікарень, госпіталів, профілакторіїв, клінік, травм пунктів та інших медичних закладів зобов'язано негайно інформувати органи внутрішніх справ про всі випадки звернення за медичною допомогою осіб з вогнепальними, ножовими пораненнями та з іншими тілесними ушкодженнями, якщо є підстави вважати, що вони отримані внаслідок правопорушень, а всі відомості про звернення таких осіб записуються до спеціального журналу медичного закладу, що є документом суворої звітності. В журналі фіксуються такі відомості:

- дата, час звернення потерпілого;
- прізвище, ім'я по батькові, місце роботи, посада потерпілого, номер службового телефону;
- адреса потерпілого, номер домашнього телефону;
- обставини події (дата, час, місце, інші відомості);
- прізвище, адреса особи, яка на думку потерпілого, завдала йому тілесні пошкодження, яким шляхом;
- дата, час і хто із медичних працівників повідомив до міліції;
- прізвище чергового, який отримав повідомлення;
- характер і локалізація ушкоджень;
- примітка (куди був направлений потерпілий).

Однак, потрібно зазначити, що більшість звернень з приводу насильства в сім'ї не фіксується як випадки травм кримінального походження, також самими потерпілими або їх супроводжувачами часто вигадуються інші причини отриманих пошкоджень, тому даний алгоритм не працює як сталий механізм фіксування тілесних ушкоджень, особливо, коли звертаються діти (самостійних звернень украй мало, у супроводі батьків — неправдиві повідомлення про причини).



Беручи до уваги вищезазначену інформацію, кожному медичному працівникові потрібно знати:

- **дані фізичного обстеження.** Жертви домашнього насильства іноді намагаються сховати сліди побиття під довгими рукавами або високими комірами одягу. Вони можуть приховувати синці за темними окулярами або під товстим шаром косметики. Завжди, коли це можливо, потрібно оглянути пацієнта без одягу.

Огляньте все тіло, виявіть болісні точки, а також видимі травми. Травми від насильства найчастіше мають центральне розміщення, тобто приблизно по середній лінії тіла людини (наприклад, є травма в ділянці обличчя, шиї, грудей, живота і геніталій). Характерними також є множинні травми різних ділянок тіла, травми, отримані в «захисній позиції» — ліктьові поверхні передпліччя рук, голова і спина.

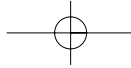
Ураховуйте, що певні види травм аж ніяк не можуть бути отримані в результаті нещасного випадку. Якщо синець має обриси певного предмета (пряжки паска, підошви, палиці та ін.) майже з певністю можна стверджувати щодо навмисного характеру травм. Гулі на голові від нещасного випадку зазвичай бувають на лобі або у верхній потиличній ділянці, але не збоку або на маківці. Ненавмисні синці на ногах, як правило, бувають на зовнішній поверхні ноги, синці на внутрішній стороні рук і ніг дуже підозрілі щодо навмисне заподіяної травми. Паралельні вузькі довгі синці і садна на задній поверхні спини, стегон і сідниць найперше виникають унаслідок побиття.

Множинні травми в різній стадії загоєння вказують на можливе фізичне насильство, що відбувалося протягом тривалого періоду часу, найчастіше при жорсткому поводженні;

- **додаткові джерела інформації.** Цінним джерелом інформації про жертву домашнього насильства є її повна історія хвороби, амбулаторна картка (уся медична документація). Документовані багаторазові звертання до відділень швидкої допомоги, травмпунктів, виявлення так званої схильності до нещасних випадків повинні навести лікаря на думку про можливість насильства у даній сім'ї.

Додаткові лабораторні дослідження зазвичай не допомагають. Єдиний виняток становить рентген, що може показати застарілі переломи, про які лікар і не підозрював;

- **потреба в ретельному документуванні.** У випадках домашнього насильства дуже велике значення має чітка документація всіх виявлених фактів в історії хвороби або в амбулаторній картці. Це особливо важливо, якщо далі відбудеться процедура розслідування даного випадку органами правопорядку, соціальними службами, органами опіки і піклування.



Якщо подальші дії увійдуть у правове русло, ваша медична документація може бути запитана слідством, судом або спеціально уповноваженими органами. Ретельні, докладні медичні документи мають першорядне значення в профілактиці повторного акту насильства. Більше того, вони є конкретним доказом насильства і можуть зіграти вирішальну роль у процесі судового розгляду. Якщо медична документація і покази свідків на суді не збігаються, медичну документацію можуть вважати більш вірогідною. Нижче наведено найбільш суттєві елементи, які потрібно заносити в історію хвороби або амбулаторну картку.

**Анамнез:** зареєструйте історію насильства в сім'ї в тому вигляді, в якому викладає її сама жертва (можна використовувати пряму мову). Якщо жертва домашнього насильства розповідає, що їй погрожували, словесно ображали, занотуйте це дослівно. Якщо вам відомо, чим саме побили жертву — запишіть, використовуючи вирази «хвора говорить, що була побита чоловіком кулаками по голові». Якщо жертва називає ім'я нападника, занесіть його в документацію — «вона говорить, що вітчим, Іван Іванович Іваненко, кілька разів (3–4) ударив її палицею по спині».

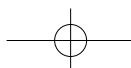
Опишіть усі суттєві **фізичні знахідки**. Використовуйте схему тіла для ілюстрації записів. Це важливо у відношенні будь-яких травм, особливо тих, що виявляються болючими, без видимих синців.

Коли діагностується тяжка травма або статеве насильство, зберігайте всі речові докази. У присутності свідків порваний або закривавлений одяг можна запечатати в конверт або мішок.

Якщо пацієнт не підтверджує факт насильства, але ви все одно його підозрюєте, неодмінно запишіть це в історії хвороби. Наприклад, «хвора говорить, що впала зі сходи, але її травми більше схожі на прямий удар в ділянку ока».

Після надання пацієнтові, який зазнав насильства в сім'ї, потрібної допомоги, необхідно скерувати його до спеціалізованих державних закладів, що опікуються жертвами:

- якщо у нього не виявляються психічні стресопохідні розлади — до кризового центру територіальної служби у справах сім'ї і молоді або до громадської організації, що має відповідну службу, де жертві нададуть потрібну психологічну, соціальну, юридичну допомогу і проведуть реабілітаційні заходи;
- якщо у нього наявні психічні стресопохідні розлади — до центру медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї, де жертві проведуть реабілітаційний цикл з приводу невротичних розладів, а також організують потрібну психологічну, соціальну і юридичну допомогу;
- жертві домашнього насильства лікар може рекомендувати звернутися й до правоохоронних органів (дорослій особі — до дільничного міліціонера, дитині (у супроводі одного з батьків, опікунів, піклувальників, педагогів) — до кримінальної міліції у справах неповнолітніх).



## НАВЧАЛЬНІ НОТАТКИ

### НАВЧАЛЬНА МЕТА

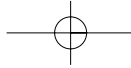
Показати учасникам відмінність між сприйняттям пацієнта як носія певної історії хвороби і лікуванням, сфокусованим на його потребах (цінності і життєві обставини пацієнта).

Лікарі можуть забезпечити широкий спектр допомоги жертвам домашнього насильства, що сягає від простого надання медичної допомоги до виступу у суді як свідки, скерування жертви до інших служб або навіть самостійного складання доповіді про злочин, що відбувся. Проте, ключ до вирішення цього випадку буде полягати в тому, щоб зуміти побачити різні цілі, що переслідує кожна з дійових осіб, а також добитися, щоб учасники дійшли висновку, за яким найактуальніша мета — та, що переслідує Тетяна. У той час, як лікарі проводять зібрання, де вони обговорюють заходи, яких можна вжити у даній ситуації, голос Тетяни явно не враховується. Викладач повинен представити практичний випадок таким чином, щоб учасники розділилися за поглядами, висловленими трьома лікарями. Після цього викладач зможе включити до порядку денного питання, що стосуються принципів лікування, спрямованого на клієнта, виходячи з того, що ніхто з професійних медиків не торкнувся конкретних потреб Тетяни і того, що саме її турбувало.

Така ситуація є особливо яскравою, щоб продемонструвати, як саме лікування, спрямоване на клієнта, має здійснюватися на практиці. Це зумовлено тим, що у даному напрямі для лікаря існує багато можливостей проявити себе. Що ж стосується жертви насильства, то у неї, скоріш за все, виникнуть досить складні і суперечливі емоції. Лікування, спрямоване на клієнта, — справа делікатна, в якій кожний з учасників повинен мати свою думку про те, який саме курс дій буде найдоцільнішим. Для учасників (також як і для лікаря) важко буде розпрощатися із своїми моральними поглядами і віруваннями стосовно того, чого хоче клієнт, зосередившись на конкретних потребах Тетяни. Як тільки учасники усвідомлять необхідність застосування у даному випадку принципів лікування, зосередженого на потребах клієнта, вони повинні скласти список з потреб, яких торкнулася Тетяна:

- вона не хоче, щоб її чоловік потрапив до в'язниці, тому що боїться, що це розсердить його ще більше;
- вона боїться, що чоловік знову її поб'є;
- у неї є дитина, про яку вона повинна піклуватися;
- у неї немає фінансів, щоб забезпечити себе;
- у неї немає місця, в якому вона могла б укритися від свого чоловіка.

Учасники повинні спромогтися вчитатися у вищезазначені коментарі, щоб побачити, яким чином вони зможуть найкраще задовольнити потреби Тетяни. Здається, що у цьому випадку Тетяна не хоче прямо звертатися до міліції. Вона

**Додаток 1.** 247

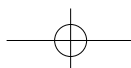
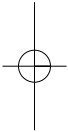
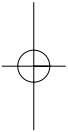
лише потребує безкоштовного притулку, в якому вона могла б анонімно сховатися із своїм сином від чоловіка на певний час. Унаслідок того, що Тетяна стурбована тим, що її чоловік, якщо перебуватиме у в'язниці нетривалий проміжок часу, може розсердитися та лютуватиме ще більше. Можливо, в неї виникне бажання розглянути питання застосування юридичних засобів, якщо існує можливість, що її чоловік перебуватиме у в'язниці більш тривалий період часу. Можливо, також, що замість того, щоб скерувати Тетяну до міліції, лікар зможе направити Тетяну до тієї людини, яка надасть їй юридичну консультацію.

Може статися так, що учасників потрібно буде також заохотити до того, щоб вони зробили спробу знайти засобом мозкового штурму відповіді на ті питання, які б вони, можливо, забажали поставити Тетяні для того, щоб краще з'ясувати її потреби, тому що її історія є майже не представленою у цьому випадку. Як тільки у Петра Миколайовича сформується концепція з приводу тих послуг, які він у змозі надати, йому потрібно розпитати Тетяну і з'ясувати, які саме послуги мають надаватися.

**ОЧІКУВАНІ РЕЗУЛЬТАТИ**

По закінченні кейсу учасники будуть мати навички:

- впровадження в життя «клієнт-центрованої» позиції, тобто підходу, що враховує потреби пацієнта, навіть, якщо вони виходять за межі медичних заходів;
- небайдужої соціальної позиції медика, участі у розв'язанні соціальних проблем суспільства;
- вдумливого застосування нормативно-правових документів;
- алгоритму дій медичного менеджера і лікаря-практика у випадку виявлення наслідків домашнього насильства.



## Лекція 2

### УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Володимир Краснов

#### ЛІКАРСЬКИ ПОМИЛКИ

- 1 У США за даними досліджень в 2002 р. зареєстровано 100 тис. смертей, пов'язаних з лікарськими помилками, що більш ніж від СНІДУ, раку грудної залози і смерті в автомобільних катастрофах разом узятих. Збиток становить \$17–29 млрд.
- У Великобританії щорічно реєструється близько 850 тис. випадків серйозних небажаних проявів лікарських втручань, половину з яких можна було запобігти. Збиток становить близько \$3 млрд.
- У Канаді лікарські помилки реєструють у 1 пацієнта з 13 госпіталізованих; 1,1 млн. днів госпіталізації відбувається із-за ускладнень унаслідок неправильного лікування.

#### ПРИЧИНИ НИЗЬКОЇ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

- 2
  - Дорожчання і ускладнення лікування старіючого населення.
  - збільшення частки хронічних захворювань.
  - неефективні методи управління процесами ведення хворих.
  - недостатня кваліфікація кадрів.
  - збільшення об'єму медичної інформації.
  - низькі темпи впровадження інформатизації і комп'ютеризації лікарень.

#### ВИХІД ІЗ СИТУАЦІЇ

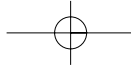
- 3
  - Побудувати сучасну систему управління якістю медичної допомоги, на основі методологій планування ведення хворих і вимірювання якості.

#### ДЕФІНІЦІЇ

- 4
  - Якість послуги представляє її здатність задовольнити потреби і очікування конкретного споживача.  
«Загальне управління якістю» (TQM)
  - Якість – ступінь, до якої невід'ємні властивості (атрибути) послуги, бажані для споживача, виявлені і включені в процес обслуговування, і ступінь, в якому бажані рівні атрибутів сприймаються споживачем як досягнуті.  
Мурдік (Murdick, 1990)

Під якістю в узагальненому сенсі розуміється сукупність властивостей предмету задовольняти певні потреби

«Енциклопедичний словник»



### РІВНІ ЯКОСТІ

- I рівень – відповідність стандарту.  
 II рівень – відповідність використанню: продукт повинен не тільки задовольняти обов'язкові вимоги стандартів, але і експлуатаційні вимоги існуючого ринку.  
 III рівень – відповідність фактичним вимогам ринку: виконання вимог покупців про високу якість і низьку ціну.  
 IV рівень – відповідність латентним (неявним, мало усвідомлюваним) потребам: доповнення до звичних споживчих властивостей.

TQM

5

Люди винні у виникненні лише 20% проблем, пов'язаних із якістю, решта 80% – наслідок недосконалого управління, недоліків у самій системі

Є. Демінг

6

### ДЕФІНІЦІЇ

Якість медичної допомоги (quality of medical care) – сукупність характеристик, що підтверджують відповідність наданої медичної допомоги наявним потребам пацієнта (населення), його очікуванням, сучасному рівню медичної науки і технології.

*Глосарій – Якість Медичної Допомоги, Росія – США, 1999*

7

### ISO 9001

ВИМОГИ ДО СИСТЕМ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ

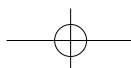
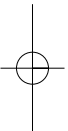
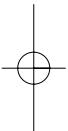
8

### ПРИНЦИПИ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЕЙ У СФЕРІ ЯКОСТІ

- Орієнтація на споживача:
  - розуміння існуючих потреб споживача;
  - розуміння майбутніх потреб споживача;
  - задоволення вимог споживача;
  - прагнення перевищити очікування споживача.
- Лідерство:
  - єдність мети і напрямку організації;
  - встановлення відповідного внутрішнього середовища в організації.
- Залучення персоналу:
  - повний розвиток здібностей;
  - використання здібностей з максимальною користю.
- Процесний підхід:
  - управління ресурсами як процесом;
  - ефективніше досягнення бажаних результатів.
- Системний підхід до управління:
  - визначення;
  - розуміння;
  - управління взаємозв'язаними процесами системи для результативного і ефективного досягнення мети.
- Постійне поліпшення:
  - поліпшення як постійна мета.
- Ухвалення рішень на підставі фактів:
  - аналіз даних і інформації з погляду логіки.
- Взаємовигідні відносини з постачальником:
  - створення цінностей через взаємовигідні і взаємозалежні відносини.

9

Модуль 5



### КАТЕГОРІЇ СПОЖИВАЧІВ

ISO 9001:2000 визначає вимоги до систем управління якістю, якщо організації треба продемонструвати здатність задовольнити вимоги споживачів і органів влади.

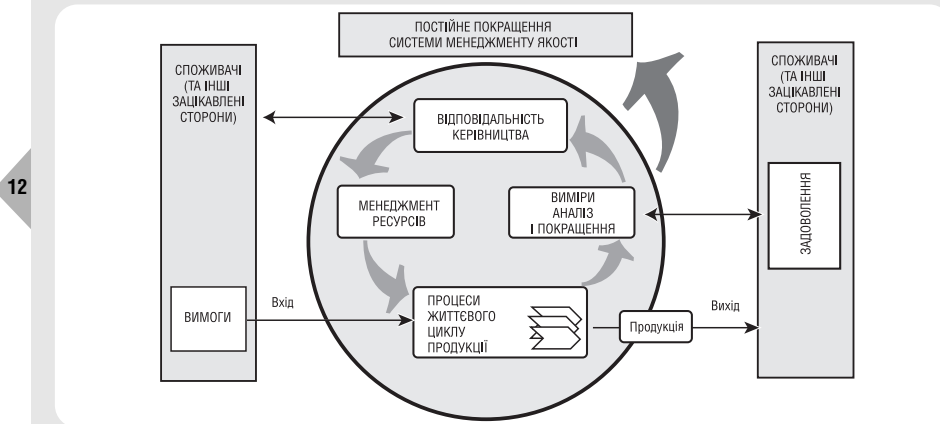
- 10
- ЛІКАР
  - ПАЦІЄНТ
  - КОРПОРАТИВНИЙ КЛІЄНТ
    - ОСОБИСТІТЬ
    - СОЦІУМ
    - ДЕРЖАВА

11

Коли хочеш заробити гроші — думай про гроші.  
 Коли хочеш заробити багато грошей — думай про себе.  
 Коли хочеш заробити дуже багато грошей — думай про людей

*Генрі Форд*

### МОДЕЛЬ СИСТЕМИ МЕНЕДЖМЕНТА ЯКОСТІ, ОСНОВАНА НА ПРОЦЕСНОМУ ПІДХОДІ

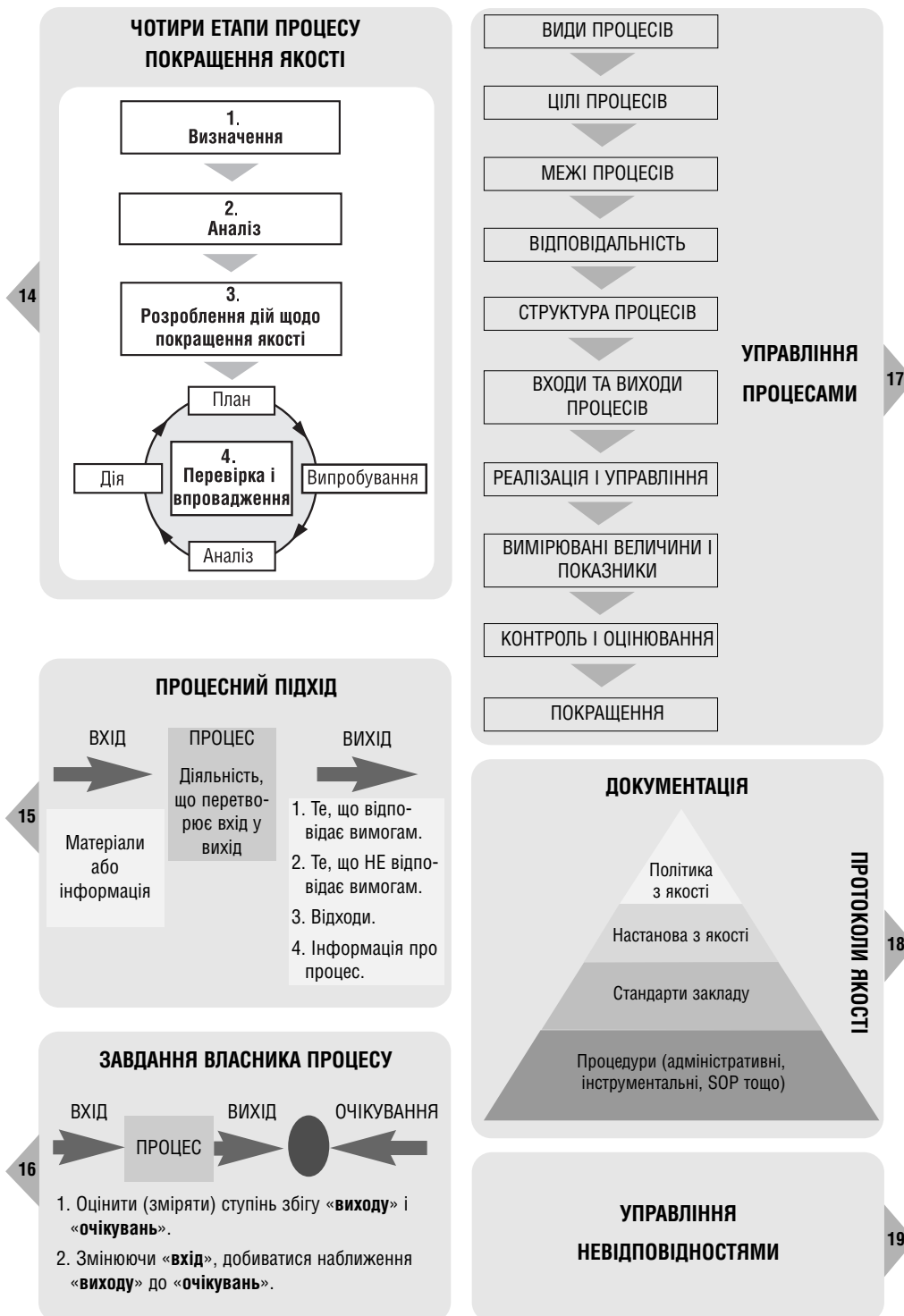


### ЧОТИРИ ЕТАПИ ПРОЦЕСУ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ

13

Визначення	Визначити покращення
Аналіз	Зрозуміти проблему
Розроблення дій з управління якістю	Висунути гіпотези щодо того, які зміни приведуть до покращення
Перевірка і впровадження	Перевірити гіпотетичне рішення для того, щоб переконатися, що воно принесе покращення; на основі результатів ухвалити рішення щодо відмови від цього рішення, його модифікації або впровадження





20 Саме із усвідомлення всіх недоліків і народжується стан, вільний від них  
*Йегуда Ашлаг*



**КОРЕГУВАЛЬНІ ДІЇ**  
п. 8.5.2: Корегувальні дії.

**ISO 9001**

1. Проаналізувати невідповідність.
2. Проаналізувати скаргу.
3. Визначити причини невідповідності.
4. Визначити дії, які виключать повторення невідповідності.
5. Упровадити ці дії.
6. Зареєструвати виконані дії.
7. Проаналізувати виконані дії.

**23**

**ПРОФІЛАКТИЧНІ ДІЇ**  
п. 8.5.2: Профілактичні дії

**ISO 9001**

1. Визначити потенційну невідповідність.
2. Визначити причини невідповідності.
3. Оцінити вірогідність виникнення невідповідності в майбутньому.
4. Визначити дії щодо запобігання виникненню невідповідностей.
5. Упровадити ці дії.
6. Зареєструвати виконані дії і їх результати.
7. Проаналізувати виконані дії.

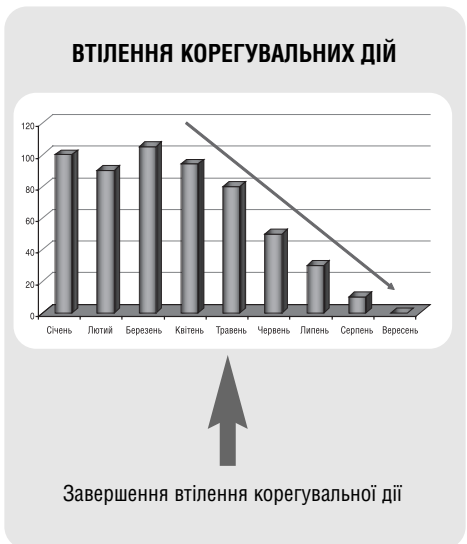
**24**

**НЕВІДПОВІДНОСТІ**  
п. 8.3: Управління невідповідною послугою.

**ISO 9001**

1. Ідентифікувати невідповідний продукт.
2. Забезпечити контроль за невідповідним продуктом, управління ним і відповідальних за ці процедури осіб. Розробити документальну процедуру.
3. По відношенню до продукту:
  - а) запобігти стандартному використанню продукту;
  - б) усунути невідповідність;
  - в) забезпечити подальший "рух" продукту під наглядом відповідальної особи.
4. Документально оформити невідповідності і усі подальші дії з продуктом.
5. Після усунення невідповідностей перевірити ще раз продукт.
6. Якщо невідповідність виявилася після постачання продукту – виконати дії, відповідні до проблеми, що виникла.

**22**



**МОНІТОРУВАННЯ**

26

- Систематичне оцінювання ступеня додержання встановлених у стандарті вимог, виявлення причин відхилень, внесення у разі потреби змін (уточнень) у зміст стандарту, оцінювання ефективності і наслідків упровадження стандарту, а також планування і проведення заходів щодо безперервного управління якістю медичної допомоги на основі стандарту.

**ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ**

27

*Індикатори якості* – це числові показники, що використовуються для оцінювання медичної допомоги, що побічно відображають якість її основних складових: структури, процесів і результатів.

*Порогові (цільові) значення індикатора якості* – це інтервал значень, установлений як цільовий або допустимий (при оцінюванні частоти таких негативних явищ, як ускладнення, повторні госпіталізації, летальність тощо).

*Контрольні точки* – це ті добре відомі ділянки процесу, де найчастіше зустрічаються проблеми і де оцінювання стану процесу найефективніше.

**ПОРЯДОК РОЗРОБЛЕННЯ ІНДИКАТОРІВ ЯКОСТІ**

28

*Питання:*

1. Про що саме ми хочемо одержати інформацію?
2. Які індикатори найточніше характеризують вибрану для вимірювання сферу діяльності?
3. Як правильно дати визначення індикатору?
4. Як розраховувати значення індикатора?
5. З яких джерел інформації будуть одержані необхідні дані?
6. Який об'єм інформації потрібно проаналізувати для отримання вірогідних даних?
7. Як проводити аналіз отриманих даних?
8. Як проводити покращення технології на основі отриманих результатів вимірювання?

**ПРАКТИЧНЕ ВПРОВАДЖЕННЯ ІНДИКАТОРІВ ЯКОСТІ В КЛІНІЧНУ ПРАКТИКУ**

*Види і профілі індикаторів якості:*

- індикатори структури;
- індикатори медичних процесів;
- індикатори результатів.

*Індикатори структури:*

- умови надання медичної допомоги;
- адекватність фінансування і використання фінансових коштів;
- технічна оснащеність і ефективність використання устаткування;
- чисельність і кваліфікація кадрів;
- інші ресурсні компоненти.

*Види і профілі індикаторів якості:*

- індикатори структури;
- індикатори медичних процесів;
- індикатори результатів.

**ПРАКТИЧНЕ ВТІЛЕННЯ ІНДИКАТОРІВ ЯКОСТІ В КЛІНІЧНУ ПРАКТИКУ**

- Індикатори медичних процесів.
- Оцінювання якості лікування хворих на інфаркт міокарда в США (Medicare, 2000 р.)

Індикатор якості	Цільовий рівень, %	Фактичний рівень, %
Раннє призначення аспірину	100	86
Призначення аспірину при виписуванні	100	78
Призначення (3-блокаторів при виписуванні)	100	50
Призначення інгібіторів ангіотензінперетворюючого фактору за низької фракції вигнання лівого шлуночка	100	59
Рекомендації про потребу припинення куріння доведені до пацієнта під час госпіталізації	100	42

30

### ПРАКТИЧНЕ ВТІЛЕННЯ ІНДИКАТОРІВ ЯКОСТІ В КЛІНІЧНУ ПРАКТИКУ

• Індикатори результатів медичної допомоги (у галузі онкології, США на період до 2010 р.).

1. Понизити смертність населення від злоякісних новоутворень.
2. Понизити смертність від раку легенів.
3. Понизити смертність від раку грудної залози.
4. Понизити смертність від раку шийки матки.
5. Понизити смертність від колоректального раку.
6. Понизити смертність від злоякісних новоутворень ротоглотки.
7. Понизити смертність від раку передміхурової залози.
8. Понизити смертність від меланому.
9. Понизити вплив ультрафіолетового опромінювання і частоту раку шкіри.
10. Здійснити заходи щодо профілактики злоякісних новоутворень.
11. Збільшити частоту проведення Рар-тесту.
12. Збільшити частоту скринінгу колоректального раку.
13. Збільшити число жінок, які пройшли мамографію.
14. Розширити ракові реєстри.
15. Збільшити 5-річну виживаність хворих із злоякісними новоутвореннями всіх локалізацій.

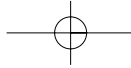
31

Жодної проблеми не можна розв'язати на тому самому рівні, на якому вона виникла.

*Альберт Ейнштейн*



32



## Коментарі до слайдів

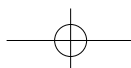
**Слайд 1.** Технічний прогрес кінця ХХ ст. призвів до принципової зміни можливостей медицини, зробивши доступним лікування раніше фатальних хвороб і доклінічну діагностику багатьох захворювань. Проте результати медичної допомоги навіть у розвинених країнах значно відрізняються від очікуваних з урахуванням рівня розвитку медичних знань.

Число незадоволених медичною допомогою в Канаді сягає 38%, у США — 44%, в Англії — 31%, в Австралії — 36%, у Новій Зеландії — 48% (Sh. Leatherman, США, 2005 р.). Використання нових ефективних і, як правило, агресивних технологій спричинило збільшення ризику розвитку серйозних ускладнень і знизило безпеку пацієнта. У США 98 000 осіб щорічно помирає внаслідок помилок у лікуванні, яких можна було б запобігти. За даними досліджень, проведених у Канаді в 2000 р., частота побічних ефектів при лікуванні в стаціонарах становила 7,5% (у середньому в 1 пацієнта з 13 госпіталізованих), що зумовило потребу збільшення тривалості лікування в лікарнях у цілому на 1,1 млн. ліжко-днів. Таким чином, навіть у країнах із високими витратами на охорону здоров'я (у США — 14% ВВП, у Канаді — 8,7% ВВП), проблеми якості медичної допомоги, як і раніше, актуальні.

**Слайд 2.** Проблеми якості медичної допомоги мають об'єктивні причини, серед яких основними є подорожчання і ускладнення лікування, старіння населення і збільшення частки хронічних захворювань, неефективні методи управління процесами ведення хворих, недостатня кваліфікація кадрів, збільшення обсягу медичної інформації, низькі темпи впровадження інформатизації і комп'ютеризації лікарень.

У США, Канаді і країнах ЄС поліпшення якості медичної допомоги визнане національним завданням, для вирішення якого в даний час проводиться комплекс заходів, що фінансуються урядами цих країн.

**Слайд 3.** Отже, для розв'язання проблеми потрібні скоординовані зусилля керівництва країни, служб охорони здоров'я і соціального забезпечення, а також усього суспільства. При цьому необхідно забезпечити адекватне фінансування охорони здоров'я, створити ефективну систему управління галуззю, поліпшити систему мотивації і підготовки кадрів, забезпечити лікувальні заклади устаткуванням



відповідно до міжнародних стандартів, інформатизувати галузь, сприяти розвитку вітчизняної медичної науки і промисловості.

Отже, побудувати сучасну систему управління якістю медичної допомоги, на основі методологій планування ведення хворих і вимірювання якості.

#### Слайд 4. ДЕФІНІЦІЇ

Якість послуги представляє її здатність задовольнити потреби і очікування конкретного споживача.

*«Загальне управління якістю» (TQM)*

Якість — ступінь, для якого невід'ємні властивості (атрибути) послуги, бажані для споживача, виявлені і включені в процес обслуговування, і ступінь, в якому бажані рівні атрибутів сприймаються споживачем як досягнуті.

*Мурдік (Murdick, 1990)*

Під якістю в загальному сенсі розуміється сукупність властивостей предмету задовольняти певні потреби.

*«Енциклопедичний словник»*

#### Слайд 5. РІВНІ ЯКОСТІ

*I рівень* — відповідність стандарту.

*II рівень* — відповідність використанню: продукт повинен не тільки задовольняти обов'язкові вимоги стандартів, але і експлуатаційні вимоги існуючого ринку.

*III рівень* — відповідність фактичним вимогам ринку: виконання вимог покупців про високу якість і низьку ціну.

*IV рівень* — відповідність латентним (неявним, мало усвідомлюваним) потребам: доповнення до звичних споживчих властивостей.

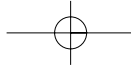
TQM

**Слайд 6.** Едвардс Демінг сказав, що «люди винні у виникненні лише 20% проблем, пов'язаних з якістю, решта 80% — наслідок недосконалого управління, недоліків у самій системі».

#### Слайд 7. ДЕФІНІЦІЇ

Якість медичної допомоги (*quality of medical care*) — сукупність характеристик, що підтверджують відповідність наданої медичної допомоги наявним потребам пацієнта (населення), його очікуванням, сучасному рівню медичної науки і технології.

*Глосарій — Якість Медичної Допомоги, Росія — США, 1999*



**Слайд 8.** ISO 9001. ВИМОГИ ДО СИСТЕМ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ

**Слайд 9.** ПРИНЦИПИ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЕЙ У СФЕРІ ЯКОСТІ

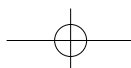
1. Орієнтація на споживача:
  - розуміння існуючих потреб споживача;
  - розуміння майбутніх потреб споживача;
  - задоволення вимог споживача;
  - прагнення перевищити очікування споживача.
2. Лідерство:
  - єдність мети і напрямку організації;
  - установлення відповідного внутрішнього середовища в організації.
3. Залучення персоналу:
  - повний розвиток здібностей;
  - використання здібностей з максимальною користю.
4. Процесний підхід:
  - управління ресурсами як процесом;
  - ефективніше досягнення бажаних результатів.
5. Системний підхід до управління:
  - визначення;
  - розуміння;
  - управління взаємозв'язаними процесами системи для результативного і ефективного досягнення мети.
6. Постійне поліпшення:
  - покращення як постійна мета.
7. Ухвалення рішень на підставі фактів:
  - аналіз даних та інформації з погляду логіки.
8. Взаємовигідні відносини з постачальником:
  - створення цінностей через взаємовигідні і взаємозалежні відносини.

**Слайд 10.** ISO 9001:2000 визначає вимоги до систем управління якістю, якщо організації потрібно продемонструвати здатність задовольнити вимоги споживачів і органів влади.

Можна виділити такі категорії споживачів:

- лікар;
- пацієнт;
- корпоративний клієнт;
- особистість;
- соціум;
- держава.

**Слайд 11.** Генрі Форд сказав: «Коли хочеш заробити гроші — думай про гроші. Коли хочеш заробити багато грошей — думай про себе. Коли хочеш заробити дуже багато грошей — думай про людей».



- Слайд 12.** Модель системи менеджменту якості, заснована на процесному підході, ґрунтується на принципах:
- постійного покращення;
  - відповідальності керівництва;
  - моніторингу.

- Слайд 13.** Виділяють такі чотири етапи процесу покращення якості:
- 1) визначити покращення;
  - 2) зрозуміти проблему;
  - 3) висунути гіпотези щодо того, які зміни призведуть до поліпшення;
  - 4) перевірити гіпотетичне рішення для того, щоб переконатися, що воно принесе покращення; на основі результатів ухвалити рішення щодо відмови від цього рішення, його модифікації або впровадження.

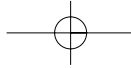
- Слайд 14.** Етапи покращення якості. Хоча всі чотири підходи до УЯ розрізняються за ступенем комплексності, кожний з них складається з чотирьох послідовних етапів. Але УЯ не обмежується їх виконанням, навпаки, ведеться постійний пошук способів подальшого покращення якості. Коли покращення якості вже досягнуто, команди можуть продовжувати свою роботу з метою подальшого поліпшення тієї ж сфери і/або розглянути інші можливості для покращення, що вже визначені. Цю концепцію часто називають безперервним покращенням якості, вона стимулює команди працювати для досягнення безпрецедентного рівня якості медичної допомоги, що надається.

*I етап.* Визначення проблеми. Метою I етапу є визначення об'єкта покращання. Це може бути проблема, що вимагає вирішення, або можливість для поліпшення, яку потрібно визначити, або процес або система, що потребують покращення.

*II етап.* Аналіз проблеми. Після того, як проблема або можливість для поліпшення була визначена, можна переходити до II етапу — аналізу того, що потрібно знати або зрозуміти до розроблення змін.

*III етап.* Розроблення рішень щодо покращення якості. Перші два етапи допомагають нам а) визначити, що ж ми хочемо покращити, і б) проаналізувати інформацію, якою ми повинні володіти для внесення покращень. На наступному, III етапі, розроблення рішень використовується вся інформація, одержана в ході двох попередніх етапів для того, щоб відповісти на питання, які зміни принесуть покращення. Відповіддю буде гіпотеза відносно того, яка зміна призведе до розв'язання проблеми і, відповідно, поліпшенню якості медичної допомоги. Гіпотеза — це наукове припущення; на III етапі гіпотеза є науковим припущенням щодо втру-





чання, яке може призвести до розв'язання проблеми. Варто пам'ятати, що у цей момент гіпотеза все ще залишається теорією, оскільки вона ще не перевірена.

*IV етап. Перевірка і впровадження.* Цей етап покращення якості ґрунтується на трьох попередніх етапах, на яких була визначена і проаналізована сфера для покращення, потім були вироблені гіпотетичні втручання або рішення. На IV завершальному етапі процесу покращення якості проводиться перевірка гіпотези з метою з'ясування, чи дійсно запропоноване втручання призведе до бажаного поліпшення. Потрібно пам'ятати, що за великих змін варто провести повну перевірку і модифікацію цих змін з тим, щоб мінімізувати ризик того, що втручання виявиться нерезультативним, і бути готовим до того, що ці зміни не принесуть негайних поліпшень результатів, навіть якщо вони ефективні.

**Слайд 15.** Процесний підхід — це процес, що перетворює вхід у вихід. На вхід подаються матеріали або інформація, на вихід:

- 1) те, що відповідає вимогам;
- 2) те, що НЕ відповідає вимогам;
- 3) відходи;
- 4) інформація про процес.

**Слайд 16.** Завдання власника процесу:

- 1) оцінити (виміряти) ступінь збігу «виходу» і «очікувань»;
- 2) змінюючи «вхід», добиватися приближення «виходу» до «очікувань».

**Слайд 17.** УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСАМИ

**Слайд 18.** Документація повинна складатися з таких документів:

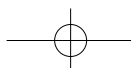
- 1) політика з якості;
- 2) настанова з якості;
- 3) стандарти закладу;
- 4) процедури (адміністративні, інструментальні, SOP тощо);
- 5) протоколи якості.

**Слайд 19.** УПРАВЛІННЯ НЕВІДПОВІДНОСТЯМИ

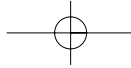
**Слайд 20.** Йегуда Ашлаг сказав, що «саме із усвідомлення всіх недоліків і народжується стан, вільний саме від них».

**Слайд 21.** Робота з невідповідностями складається з корекції, корегувальної дії і профілактичної дії. Корегувальна дія — дія, що проводять для усунення причини вже виявленої невідповідності або іншої небажаної ситуації для недопущення повторення проблеми.

Корекція — дія, що проводять для усунення власне вже виявленої невідповідності (це може бути перероблення продукта або зниження до нього вимог).



- Слайд 22.** Управління невідповідною послугою вимагає послідовності таких дій:
- 1) ідентифікувати невідповідний продукт;
  - 2) забезпечити контроль за невідповідним продуктом, управлінням ним і відповідальних за ці процедури осіб.  
Розробити документальну процедуру;
  - 3) по відношенню до продукту:
    - а) запобігти стандартному використанню продукту
    - б) усунути невідповідність
    - в) забезпечити подальший «рух» продукту під наглядом відповідальної особи;
  - 4) документально оформити невідповідності і всі подальші дії з продуктом;
  - 5) після усунення невідповідностей перевірити ще раз продукт;
  - 6) якщо невідповідність виявилася після постачання продукту, виконати дії, відповідні виниклій проблемі.
- Слайд 23.** Корегувальні дії повинні реалізовуватися за такої послідовності:
- 1) проаналізувати невідповідність;
  - 2) проаналізувати скаргу;
  - 3) визначити причини невідповідності;
  - 4) визначити дії, що виключають повторення невідповідності;
  - 5) упровадити ці дії;
  - 6) зареєструвати виконані дії;
  - 7) проаналізувати виконані дії.
- Слайд 24.** Профілактичні дії повинні реалізовуватися за такої послідовності:
- 1) визначити потенційну невідповідність;
  - 2) визначити причини невідповідності;
  - 3) оцінити вірогідність виникнення невідповідності в майбутньому;
  - 4) визначити дії щодо запобігання виникненню невідповідностей;
  - 5) упровадити ці дії;
  - 6) зареєструвати виконані дії і їх результати;
  - 7) проаналізувати виконані дії.
- Слайд 25.** На малюнку показано зменшення питомої ваги невідповідностей після втілення корегувальної дії.
- Слайд 26.** Моніторування — це систематичне оцінювання ступеня додержання встановлених у стандарті вимог, виявлення причин відхилень, унесення у разі потреби змін (уточнень) у зміст стандарту, оцінювання ефективності і наслідків упровадження стандарту, а також планування і проведення заходів щодо безперервного управління якістю медичної допомоги на основі стандарту.
- Слайд 27.** Яким чином у медичній практиці можна виміряти, наскільки повно і правильно надана медична допомога? Це питання актуальне як для оцінювання роботи галузі в цілому, так і для аналізу діяльності окремих лікувальних закладів і лікарів. Йдеться саме про вимірю-



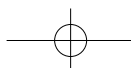
вання, тобто про одержання об'єктивних кількісних даних про виконання технології. Така інформація потрібна для подальшого розвитку виробництва, яким нині є клінічна медицина, а також для впровадження диференційованої оплати праці залежно від якості роботи. Протягом останніх 15 років з цією метою використовуються числові показники, які називаються індикатори якості. Індикатори якості — це числові показники, що використовуються для оцінювання медичної допомоги і побічно відображають якість її основних складових: структури, процесів і результатів. Числове значення індикатора якості, як правило, виражається у відсотках.

Порогові (цільові) значення індикатора якості — це інтервал значень, установлений як цільовий або допустимий (при оцінюванні частоти таких негативних явищ, як ускладнення, повторні госпіталізації, летальність тощо). Джерелами для встановлення порогових (цільових) значень індикаторів якості служать клінічні рекомендації, систематичні огляди, результати кращих практик, думки експертів.

У промисловому виробництві процес вимірюється в контрольних точках, що обов'язково вказуються при плануванні процесу в технологічній карті або схемі. Контрольні точки — це ті добре відомі ділянки процесу, де найчастіше трапляються проблеми і де оцінювання стану процесу найефективніше.

Аналогом контрольних точок, що використовують у промисловому виробництві, в системі охорони здоров'я є індикатори якості. Проте із-за варіабельності перебігу захворювань, поки ми не можемо вірогідно визначити контрольні точки в лікувально-діагностичному процесі, тому вимірювання правильності надання медичної допомоги за допомогою індикаторів якості лише побічно відображають якість (оскільки уявлення про ефективність вибраних індикаторів у більшості випадків засновані на гіпотезі, а не на результатах наукових досліджень). Отже, на підставі даних про коливання значення індикаторів не можна робити однозначні висновки про якість медичної допомоги, однак цінність індикаторів якості полягає в їх здатності виявити потенційно небезпечну ділянку, де є найчастішими порушення технології ведення хворого.

- Слайд 28.** При розробленні індикаторів потрібно визначити:
- 1) про що саме ми хочемо одержати інформацію;
  - 2) які індикатори найточніше характеризують вибрану для вимірювання сферу діяльності;
  - 3) як правильно дати визначення індикатору;
  - 4) як розраховувати значення індикатора;



- 5) з яких джерел інформації будуть одержані потрібні дані;
- 6) який об'єм інформації треба проаналізувати для одержання вірогідних даних;
- 7) як проводити аналіз одержаних даних;
- 8) як проводити покращення технології на основі одержаних результатів вимірювання.

**Слайд 29.** Практичне впровадження індикаторів якості в клінічну практику.

Для оцінювання технології надання медичної допомоги традиційно використовують такі індикатори якості:

- індикатори структури;
- індикатори медичних процесів;
- індикатори результатів.

Комбінація декількох індикаторів якості, сформована для оцінювання певної сфери медичної технології, називається профілем індикаторів.

Відповідні профілі індикаторів можна використовувати для оцінювання якості медичної допомоги за такими критеріями, як ефективність, безпека, своєчасність та ін., а також для характеристики правильності ведення хворих з певним захворюванням (інфаркт міокарда, цукровий діабет, злоякісні пухлини і т.д.).

**Індикатори структури:**

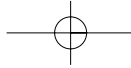
- умови надання медичної допомоги;
- адекватність фінансування і використання фінансових коштів;
- технічна оснащеність і ефективність використання устаткування;
- чисельність і кваліфікація кадрів;
- інші ресурсні компоненти.

Індикатори даного типу можуть бути використані на будь-якому рівні системи охорони здоров'я: галузі, території, окремого ЛПЗ.

Індикатор якості має цільове і фактично досягнуте значення. Відношення фактичного значення індикатора якості до цільового значення, виражене у відсотках, називається *індексом досягнення мети*. Це робить можливим обчислити для певного профілю індикаторів якості один інтегральний показник (середнє арифметичне — сума всіх значень індексів досягнення мети, що ділиться на число індексів).

Наприклад, для оцінювання якості структурних складових медичної допомоги можна використовувати такі інтегральні індикатори:

- інтегральний індекс фінансування;
- інтегральний індекс оснащеності медичних організацій.



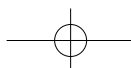
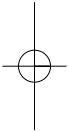
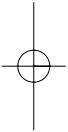
**Слайд 30.** Таблиця. Оцінювання якості лікування хворих на інфаркт міокарда в США (Medicare. 2000 р.)

**Слайд 31.** Індикатори результатів медичної допомоги. Як уже наголошувалося раніше, при розробленні плану ведення хворих очікувані результати повинні бути кількісно визначені. Індикатори результату оцінюють ступінь виконання поставлених завдань і досягнення цільових рівнів індикаторів.

Програма реформ у охороні здоров'я США на період до 2010 р. передбачає вирішення 467 кількісно визначених задач у 28 клінічних сферах. Наприклад, у сфері онкології сформульовані 15 задач (див. слайд).

**Слайд 32.** Жодної проблеми не можна розв'язати на тому самому рівні, на якому вона виникла.

*Альберт Ейнштейн*



## Практичний випадок 2

### ЯКІСНА ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я МАТЕРІВ І ДІТЕЙ

*Володимир Краснов*

Пан Тарас народився і виріс у Чернігівській області. Закінчив Вінницький медичний інститут. Десять років потому одружився і переїхав до дружини у м. Косів, де дружина мала власний будинок. За десять років зробив успішну кар'єру, працював акушером-гінекологом у Косівській лікарні і три роки потому став її головним лікарем.

Пан Тарас сидів увечері у себе вдома зажурений. Він обмірковував невтішні здобутки двох років боротьби за втілення нових ідей. Зранку на нараді в обласному управлінні охорони здоров'я йому закинули щодо малої кількості пологів у районній лікарні, якою він керує. За новим положенням МОЗ України, якщо кількість пологів буде нижчою за встановлену, можливе закриття акушерського відділення в лікарні.

Але таке відділення потрібне району! І як все добре складалося спочатку! Скільки було вкладено душі, ентузіазму, нових ідей!

Пан Тарас згадував. Два роки тому, керуючись новими наказами ведення пологів згідно з сучасними перинатальними технологіями і прагнучи отримати звання «Лікарня, дружня до дитини», він під час чергового планового закриття пологового відділення лікарні перепланував акушерську службу, створивши сімейні пологові зали для партнерських пологів і умови для сумісного перебування породіллі з новонародженим, можливість відвідувань і перебування родичів у палаті з матір'ю. Сам пан Тарас раніше був за кордоном і розумів перспективність такої системи. Нечисленний персонал відділення після роз'яснювальної роботи і відповідного навчання сприйняв нові технології, за якими працювати виявилось легше. Загальна народжуваність у районі була невисокою, перепланування роботи відділення хоч і зменшило незначну загальну кількість ліжко-місць, але цілком задовольняла потреби району в акушерській допомозі.

А ось і аналіз умов перебування вагітних і породіль у Косівській і сусідній ЦРЛ — принципової відмінності немає! Телевізорів у палатах немає в обох лікарнях, кожна жінка має зручне ліжко та індивідуальну тумбочку для особистих речей (централізовані закупівлі обласного відділу охорони здоров'я). В обох лікарнях є теплий душ (встанов-

лено нагрівачі), санітарні кімнати загального користування, умивальники в палатах, харчування ідентичне в обох лікарнях, є доступ до холодильника для збереження особистих продуктів.

Несхожість полягає лише в перебуванні новонароджених: у сусідній ЦРЛ матері перебувають по двоє в палатах, новонароджених для годування їм носять кожні 3,5 години, догляд за новонародженими здійснюють медсестра або акушерка. Відвідування заборонено, родичі лише передають передачі. У Косівській лікарні матері разом з дітьми перебувають в окремих палатах, новонароджені вигодовуються за вимогою, догляд за дітьми здійснюють самі матері, дозволяється допомога в догляді членів родини: вільне відвідування родичів в чистому домашньому одязі.

Крім того, педіатри району звітують про те, що діти, народжені в Косівській ЦРЛ, вигодовуються грудним молоком до 1 і більше років, на відміну від народжених у сусідній лікарні, де при вигодовуванні грудьми трапляється значно більше проблем. Загальна захворюваність малюків до року на дільницях, підпорядкованих лікарні, також суттєво різниться між народжених у районній лікарні та в інших акушерських стаціонарах: діти, народжені в Косівській ЦРЛ, на першому році життя рідше хворіють на запальні захворювання, ГРВІ і кишкові розлади.

Здавалося б, усе добре. Але офіційні показники свідчать про інше. Німим докором лежать перед паном Тарасом папери із статистикою. Де, в чому він прорахувався?

З початку ХХІ ст. загальна народжуваність у країні стала поступово зростати, збільшилась і кількість новонароджених на дільницях, підпорядкованих лікарні. Але більшість з цих дітей народжувалися не в Косівській районній лікарні, а в районній лікарні сусіднього району і в обласному пологовому будинку. Усі жінки з високим перинатальним ризиком при перших ознаках пологів, що починаються (передчасні, багатоплідні, екстрагенітальна патологія тощо), одразу ж транспортуються до обласного перинатального центру (ІІІ рівень допомоги) для надання спеціалізованої допомоги відповідного рівня. Решта жінок, вагітність яких перебігала без ускладнень під наглядом сімейного лікаря і (кілька разів) акушера-гінеколога, пологи в яких починаються вчасно, мають можливість народжувати там, де їм здається краще. Частина, яка має родичів в обласному центрі або власний транспорт, їдуть до обласної лікарні, частина народжує в ЦРЛ сусіднього району, куди неважко дістатись завдяки транспортному забезпеченню маршрутками (раніше зв'язок між районами був незадовільний). Навіть із селищ, розташованих на іншому кінці району, деякі вагітні потрапляють на

пологи в сусідній район, хоча Косівська ЦРЛ знаходиться набагато ближче. «І чого їм не вистачає? — пан Тарас почав сумно ходити по кімнаті. — Начебто все враховано? Навіть про роз'яснювальну роботу не забув». Одразу після реорганізації акушерської допомоги пан Тарас сам написав статтю до районної газети, виступав на зборах медичних працівників району (сімейні лікарі, дільничні педіатри, фельдшери, медсестри) з офіційною статистикою щодо якості надання акушерської допомоги в лікарні. Він доводив, що загальні показники роботи за рік акушерського відділення Косівської лікарні не гірші, ніж показники ЦРЛ сусіднього району, і навіть кращі за показники обласного перинатального центру, де народжують жінки з різноманітною патологією з усієї області.

Але факт лишається фактом: кількість пологів не збільшується, а це може призвести до втрати фахівцями навичок, потрібних для надання кваліфікованої акушерської допомоги. Крім того, подальше зменшення кількості пологів може стати приводом для закриття акушерського відділення в Косівській ЦРЛ.

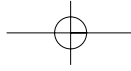
### ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Які можливі причини існують для зменшення кількості пологів у лікарні пана Тараса?
2. Якими можливими причинами можна пояснити, чому жінки з району пана Тараса їдуть народжувати до сусіднього району?
3. Чи вірите Ви в те, що пан Тарас вдався до всіх можливих кроків, намагаючись запровадити інновації в своєму медичному закладі? Якщо так, то чому? Якщо ні, що ще він міг би зробити?
4. Які критерії використовує пан Тарас для виміру успіху чи неуспіху своєї лікарні? Які критерії використовує для виміру успіху чи неуспіху лікарні Обласна медична адміністрація? Чи існують інші засоби оцінювання, які ще не були задіяні у цьому випадку?
5. Чиї голоси представлені у цій історії? До яких інших джерел інформації міг би звернутися пан Тарас, щоб вони допомогли йому пояснити дилему, що стала на його шляху?
6. Якого роду змін потребує медичний заклад пана Тараса?

### ЧИТАННЯ І ДОДАТКИ

Сейтказієва, Нооргуль та ін. *Технічний документ: покращення якості послуг з репродуктивного здоров'я в Ісиккульській області, Киргизтан: доповідь про пілотний проект. Ісиккульська область: ЗдравПлюс, березень 2002 року.*





## НАВЧАЛЬНІ НОТАТКИ

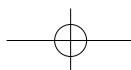
### НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

Навчитися розуміти і відповідати на сподівання пацієнтів, пропагувати нове якісне лікування, розрізняти дані статистики і задоволення пацієнта. Тобто донести до менеджерів, що традиційний підхід «медицина для медиків» втрачає актуальність. За нових умов потрібно переорієнтуватися на тезис «медицина для споживача», де споживачем є безпосередньо населення, так як побудова системи надання медичної допомоги без урахування потреб населення може бути неефективною.

Очевидно, що цьому випадку явно не вистачає одного з голосів: ним є голос пацієнта. У той час, як пан Тарас здійснив ряд нововведень, які мають міжнародну репутацію тих, що покращують якість медичних послуг, він не спромігся поспілкуватися на цю тему з населенням, яке обслуговує дана лікарня — а отже, не усвідомлює їхню можливу негативну реакцію на ці зміни. У даному випадку нововведення, запроваджені паном Тарасом, відповідають чинним міжнародним стандартам і визнані такими, що покращують здоров'я та добробут матері і дитини. Разом з тим, у даному випадку в багатьох областях України населення критично ставиться до нововведень, за якими закріпилася репутація низько технологічних (див. «Додаткову інформацію»).

Для того, щоб вдатися до вирішення питань, пов'язаних з забезпеченням високої якості медичних послуг і лікуванням, сфокусованим на потребах клієнта, панові Тарасу потрібно проводити відповідні роз'яснювальні і освітні програми. Зокрема, потрібно було б зібрати позитивні відгуки від жінок, які народжували дітей у його закладі, проводити розмови з сім'ями вагітних, а також розповсюджувати інформацію щодо фізіологічних переваг нових вищезазначених пологових технологій серед сімейних лікарів, педіатрів і у школах майбутніх батьків. З плином часу подібні освітні кампанії могли б допомогти населенню сприйняти концепцію «низько технологічних пологів». Також можна було б сподіватися на те, що подібна стратегія могла б допомогти панові Тарасу збільшити кількість жінок, які забажали б народжувати дітей у лікарні, що очолював пан Тарас. Крім цього він стикнувся з актуальною для багатьох медичних менеджерів і лікарів проблемою — зробив те, що вважав правильним для пацієнтки, не повідомивши її про те, який вибір є для неї найкращим.

З точки зору Обласної адміністрації пан Тарас має відрізнити статистичні дані від задоволення пацієнта. Якщо пацієнти, які потрапляють до його лікарні, є насправді задоволеними новими технологіями материнського догляду, тоді йому потрібно знайти засіб, що дозволив би йому зібрати їхні свідчення і через них довести успішність своїх кроків, спрямованих на реструктуризацію. До того ж, панові Тарасу варто було б замислитися над застосуванням на практиці тих показників якості медичних послуг, які відображають більш важковло-



вимі аспекти надання медичної допомоги у його медичному закладі. У той час, як існує ймовірність, що кількість пологів у його закладі зменшилася, можливо, що пропорційно до цього менша кількість жінок потребувала загальної анестезії протягом пологів або було зроблено менше непотрібних операцій кесаревого розтину. Учасникам варто було б обговорити список показників оцінювання якості тих медичних послуг, що були надані в лікарні пана Тараса, використовуючи при цьому метод мозкового штурму і виходячи за межі простої кількості пологів, що приймаються в його лікарні. Така постановка питання певною мірою торкається вищезазначеного практичного випадку — зокрема, з точки зору смертності новонароджених.

Як тільки учасники усвідомлять важливість участі пацієнта в процесі лікування, тренер може ознайомити їх з додатковою інформацією.

### **ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ**

Відвідуючи свою подругу в одному з сіл району, пан Тарас ішов по вулиці, де він зустрів одну з її колег. Подруга пана Тараса спитала колегу, де збирається народжувати її дочка, яка, як вона знала, була вагітна. На це жінка з великою радістю відповіла, що її донька вже народила сина у Центральній лікарні сусіднього району. Коли пан Тарас спитав, чому її донька віддала перевагу саме медичному закладу сусіднього району, вона відповіла: «У Центральній лікарні сусіднього району все робиться традиційними добрими засобами. Після народження дитини жінці надається можливість відпочити і відновити свої сили — так, щоб у неї було молоко. Доки мати не буде готова до того, щоб почати годувати дитину грудьми, немовля годують із пляшечки гарною сумішшю для вигодування дітей. У нашому ж районі жінка повинна почати доглядати за дитиною, як тільки вона народилася. І, що набагато гірше, чоловік породіллі має приходити і дивитися на пологи. На мою думку, чоловікам ні в якому разі не можна дозволяти дивитися на подібні речі!» Після цього жінка додала ще одне зауваження: «Я народжувала своїх дітей так само, як і моя мати, і все було добре. Того ж самого я хочу і для своєї доньки, ось чому я послала її народжувати дитину до Центральної лікарні сусіднього району».

## ГЛОСАРІЙ

**Аудит** (*audit*) — систематичний, незалежний і задокументований процес одержання доказів аудиту і об'єктивного їх оцінювання з метою визначення ступеня виконання критеріїв аудиту.

**Аудитор** (*auditor*) — особа, яка має компетентність для проведення аудиту.

**Вимірювання** (*measurement process*) — сукупність операцій, що дають змогу визначити значення величини.

**Висновок аудиту** (*audit conclusion*) — підсумок аудиту, що формулює група з аудиту в результаті розгляду всіх даних аудиту з урахуванням мети аудиту.

**Відповідність** (*conformity*) — виконання вимоги.

**Ефективність** (*efficiency*) — співвідношення між досягненим результатом і використаними ресурсами.

**Забезпечення якості** (*quality assurance*) — складова частина управління якістю, зосереджена на створенні впевненості в тому, що вимоги до якості буде виконано.

**Задоволеність замовника** (*customer satisfaction*) — сприйняття замовником ступеня виконання його вимог.

**Запобіжна дія** (*preventive action*) — дія, що виконують для усунення причини потенційної невідповідності або іншої потенційно небажаної ситуації.

**Контроль якості** (*quality control*) — складова частина управління якістю, зосереджена на виконанні вимог до якості.

**Коригувальна дія** (*corrective action*) — дія, що виконують для усунення причини виявленої невідповідності або іншої небажаної ситуації.

**Коригування** (*correction*) — дія, що виконують для усунення виявленої невідповідності.

**Критерії аудиту** (*audit criteria*) — сукупність політики, методик чи вимог, що використовують як еталон.

**Надійність** (*dependability*) — збірний термін, який вживають для описання характеристики готовності і чинників, що її зумовлюють, характеристик безвідмовності, ремонтпридатності і забезпеченості технічного обслуговування.

**Невідповідність** (*nonconformity*) — невиконання вимоги.

**Поліпшення якості** (*quality improvement*) — складова частина управління якістю, зосереджена на збільшенні здатності виконати вимоги до якості.

**Постійне поліпшення** (*continual improvement*) — повторювана діяльність щодо збільшення можливості виконати вимоги.

**Програма аудиту** (*audit programme*) — один чи декілька аудитів, запланованих на конкретний період часу і спрямованих на досягнення конкретної мети.

**Продукція** (*product*) — результат процесу.

**Простежуваність** (*traceability*) — змога простежити передісторію, застосування або місцезнаходження того, що розглядають.

**Процес** (*process*) — сукупність взаємопов'язаних або взаємодійних видів діяльності, що перетворює входи на виходи.

**Результативність** (*effectiveness*) — ступінь реалізації запланованої діяльності і досягнення запланованих результатів.

**Система** (*system*) — сукупність взаємопов'язаних або взаємодійних елементів.

**Система контролю вимірювання** (*measurement control system*) — сукупність взаємопов'язаних або взаємодійних елементів, потрібних для метрологічного підтвердження і постійного контролю вимірювання.

**Система управління** (*management system*) — система, що дає змогу встановлювати політику і цілі і досягати їх.

**Система управління якістю** (*quality management system*) — система управління, яка спрямовує і контролює діяльність організації щодо якості.

**Спроможність** (*capability*) — здатність організації, системи або процесу створювати продукцію, що відповідатиме вимогам до цієї продукції.

**Управління** (*management*) — скоординована діяльність, що полягає у спрямуванні і контролюванні організації.

**Управління якістю** (*quality management*) — скоординована діяльність, що полягає у спрямуванні і контролюванні організації щодо якості.

**Характеристика якості** (*quality characteristic*) — власна характеристика продукції, процесу або системи, пов'язана з вимогою.

**Цілі в сфері якості** (*quality objectives*) — те, чого прагнуть, або до чого прямують у сфері якості.

**Якість** (*quality*) — ступінь, до якого сукупність власних характеристик задовольняє вимоги.