

Саттарова Ч.О.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ВНЕДРЕНИЯ МОДЕЛИ «СИСТЕМЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА» ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО- САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В БАТКЕНСКОЙ ОБЛАСТИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Оценка качества медицинской помощи в рамках внутреннего (внутриучрежденческого) ее мониторинга эффективно укрепилась в системе первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) путем внедрения модели «система повышения качества» (СПК) и «непрерывного повышения квалификации» (НПК). В данной статье представлены результаты реализации этих моделей в Баткенской области Кыргызской Республики.

Стратегия формирования первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в Кыргызской Республике была заложена в первоначальной национальной программе реформирования системы здравоохранения «Манас», а нынешняя стратегия развития данного приоритетного сектора является первостепенной задачей новой национальной программы реформы «Манас таалими». Развитие комплексной системы ПМСП, ориентированной на обслуживание населения в рамках института семейной медицины поставила на первичную уровень семейную практику, а семейный врач стал главным элементом в оказании квалифицированной первичной медицинской помощи. Дальнейшее развитие основы принципов семейной практики провозглашала главную принципиальную особенность в обслуживании населения – ответственность за пациента в рамках семьи, которая должна быть постоянным, юридически и материально высоким, эффективным. Однако, эта деятельность в настоящее время требует придания к повышению качества медицинского обслуживания населения семейными врачами принципа непрерывности. При этом главным компонентом данного процесса является непрерывное повышение уровня клинического знания и общей квалификации каждого семейного врача.

Следует подчеркнуть, что Всемирная федерация медицинского образования в 2003 году опубликовала международные стандарты, освещающие три фазы медицинского образования: базовое образование, последиplomное образование и непрерывное развитие, и два уровня достижений: базовый и улучшения качества. Базовый означает, что стандарт должен быть выполнен и оценен, а уровень улучшения качества не является строго обязательным, но желательным, и соответствует международной практике (1).

В настоящее время указанный выше уровень улучшения качества семейной медицины в Кыргызстане получил новый характер. При этом реальным шагом в этом направлении служил приказ №3 от 8.01.2004 года «О внедрении системы повышения качества (СПК) и системы непрерывного повышения квалификации (НПК) в пилотных группах семейных врачей (ГСВ) Кыргызской Республики». Таким образом, наступил новый период в здравоохранения, особенно в секторе ПМСП, когда возникла необходимость в создании такой системы, которая бы фокусировалась на самооценке и самостоятельном повышении качества своей работы, с использованием внутренних ресурсов самих ГСВ и местного сообщества (2,3) и разработанная программа СПК начала внедряться в пилотных регионах республики (4).

СПК преследует цель улучшения качества медицинской помощи населению путем внедрения постоянно работающей внутренней системы непрерывного усовершенствования и мониторинга деятельности ГСВ.

Новая система НПК разрабатывалась с целью удовлетворения образовательных потребностей, выявленных также в ходе реализации компонента СПК, и охватывает различные образовательные мероприятия и проводились по следующей методике:

- региональные семинары «Актуальные вопросы семейной медицины»;
- выездные краткосрочные циклы на рабочих местах – клинические практикумы;
- индивидуальное самостоятельное изучение врачом учебных материалов по модульной системе.

На стадии разработки находится курс дистанционного обучения (КДО) (5).

Преимуществом данных методов обучения является параллельное оснащение медицинских работников принадлежностями и изделиями медицинской техники, необходимыми в работе врача, а также в отработке практических навыков с помощью выданных приборов и аппаратов.

Для подсчета объема работы по НПК используется система «кредит-часов». За каждый академический час обучения по НПК врачу присваивался кредит час («зачетные

часы»). Затем, в качестве фактора мотивации каждого врача, данная информация использована для присвоения или подтверждения его квалификационной категории и определения уровня его заработной платы, исходя из применяющейся в республике стандартной 3-х уровневой системы квалификационных категорий.

Целью настоящей статьи является оценка реализации вышеуказанных систем повышения качества в Баткенской области, самого отдаленного региона нашей респуб-

лики, который характеризуется отличительными своими экономико-географическими состояниями и находится на стадии развития.

Главные социально-экономические показатели жизнедеятельности населения области за 2004-2008 годы представлены в таблице 1, которая свидетельствует о низком уровне социального благосостояния сельских жителей и о не высокой положительной динамике указанных показателей по годам. Как отражено в таблице, одним из главных социальных проблем остается растущий уровень бедности.

Таблица 1

Социальные показатели сельского населения Баткенской области за 2004-2008 гг.

№ п/п	ПОКАЗАТЕЛИ	2004	2005	2006	2007	2008
1.	Уровень бедности (в % к населению)	28,8	25,7	29,1	33,6	34,7
2.	Официально зарегистрированная безработица (в % к экономически активному населению)	3,1	3,7	3,9	4,2	5,5
3.	Занятость населения по балансу трудовых ресурсов (тыс. чел.)	867,8	923,9	896,9	856,4	847,8
4.	Среднемесячная заработная плата (в сомах)	7 295	7 896	6794	7643	7645
5.	Доступность полноценного жилья (в %)	76,8	87,8	84,9	84,6	84,7

Необходимо отметить, что на период 1.01. 2006 год в области прошли переподготовки по семейной медицине 154 врача, что составляет 86,5% от всех бывших участковых врачей. Распределение врачей по специальности до их переподготовки по программе семейной медицины представлено в рисунке 1.

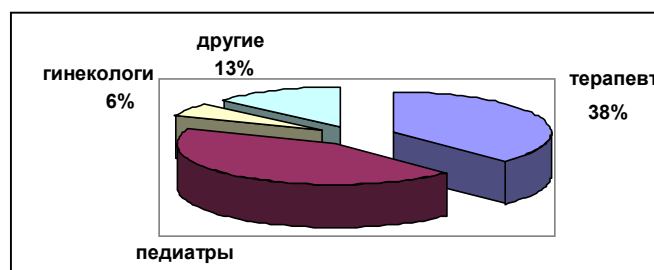


Рисунок 1. Распределение врачей по специальности до перехода на семейный принцип медицинского обслуживания населения

В течение последних пять лет (2001-2006гг.), за период проведения НПК в области реализовано много проектов, направленных на усиление первичной медико-санитарной помощи. Так, семейные врачи области проходили семинары по международным вертикальным образовательным программам: интегрированное введение болезней детского возраста (ИВБДВ); программа по легочному здоровью (PAL); туберкулез (DOTS); синдромный подход к инфекциям, передающимся половым путем; здоровый образ жизни и укрепление здоровья (ЗОЖ); планирование семьи и репродуктивное здоровье (ПСРЗ); межличностное общение (МЛО); иммунизация и программа «грудное вскармливание».

Для оптимизации процесса проведения НПК все врачи введены в базу данных, которая отражали основные сведения об их профессиональной деятельности и каждый врач имел свой код. Темы региональных и выездных циклов имели свои коды в соответствии с годом проведения и охватывали наиболее распространенные и актуальные проблемы семейной медицины с учетом потребностей врачей.

При проведении региональных семинаров и выездных циклов в рамках программы непрерывного повышения квалификации процесс обучения контролировался также путем регулярного предварительного и заключительного тестирования. Как правило, использовались от 30 до 62 тестовых вопросов, которые позволяли

проверить исходный уровень знаний семейных врачей, выяснить их компетентность в предложенных к изучению темам, чтобы на последующих занятиях восполнить пробелы в их знаниях и нацелить на более глубокое изучение материала.

По результатам послекурсового тестирования можно было судить о степени усвоения изучаемого материала и доступности формы его изложения.

Таким образом, как представлено из таблицы 2, по данным региональных семинаров в Баткенской области удельный вес правильных ответов при тестировании увеличился с (предкурсовое) 71,8% до (послекурсовое) 78,9% и прирост составил 7,0%.

Таблица 2

Результаты тестирования семейных врачей Баткенской области по НПК за 2001-2006гг.

	Региональные семинары (% правильных ответов тестирования)	Выездные циклы (% правильных ответов тестирования)
Предкурсовое	71,8 ± 3,3	76,0 ± 3,2
Послекурсовое	78,9 ± 3,0	94,4 ± 1,7
Прирост	7,0	18,3
Критерий достоверности	t<2	t>2

А по результатам выездных циклов установлены значительно высокие показатели правильных ответов предкурсового и послекурсового тестирования от 76,0% до 94,4%, при котором прирост знаний и навыков составил 18,3%. При этом глубокий анализ данных выявил хорошую выживаемость теоретических знаний врачей (t>2) и они были статистически достоверны (p>0,001).

В дальнейшем для оценки клинической компетенции семейных врачей по ведению больных проводился структурированный Клинический экзамен (OSCE) по мониторируемым заболеваниям: острая кишечная инфекция (ОКИ), железодефицитная анемия (ЖДА), гипертоническая болезнь (ГБ), острая респираторная инфекция (ОРИ), пневмония (ПН), хроническое обструктивно заболевание легких (ХОЗЛ), бронхиальная астма (БА), язвенная болезнь (ЯБ). Основой разработки ситуационных задач являлись клинические протоколы для первичного уровня здравоохранения, утвержденные МЗ КР.

Необходимо отметить, что OSCE (objective structural clinical examination) – это объективный структурированный клинический экзамен, в ходе проведения которого в течение короткого времени можно выяснить клиническое мышление врача, его коммуникативные способности и практические навыки.

Итак, OSCE прошли 112 врачей, что составило 92% всех семейных врачей области. По широте охвата данные вполне репрезентативны.

Оценка практических навыков семейных врачей по ведению больных путем структурированного клинического экзамена была проведена однократно через 6-8 недель после обучения.

В таблице 3 представлены сводные данные по результатам OSCE, которые показывают, что семейные врачи лучше всего знают принципы физикального осмотра (75,3%) практически по всем изучаемым нозологиям, затем у них идут хорошие коммуникативные данные (74,6%) и хуже всего обстоят дела с опросом анамнеза (66,2%).

Таблица 3

Оценка практических навыков семейных врачей вопросов мониторируемых заболеваний (результаты OSCE) (в %)

Клинические ситуации	Анамнез	Осмотр	Навыки	В целом
ОКИ	69,7	82,3	87,4	79,8
ЖДА	76,9	87,7	84,9	83,2
ГБ	74,6	92,7	94,7	87,3
ОРИ	73,8	89,6	84,7	82,7
Пневмония	68,7	74,8	64,9	69,4
ХОЗЛ	56,5	57,9	59,4	57,9
БА	48,6	57,7	56,3	54,2
ЯБ	61,2	69,8	64,7	65,2
В целом	66,2%	76,5%	64,6%	69,1

В целом при разбивке по нозологиям заметно, что навыки у врачей оказались выше по обслуживанию больных с ГБ, ЖДА, ОРИ и ОКИ. Невысокий показатель получилась по больным с БА, ХОЗЛ и ЯБ.

Средний показатель на экзамене, хоть и невысок, но вполне удовлетворителен (по условиям клинического экзамена, прошедшим его считается набравший 70 и более баллов). Большинство врачей области справились с предлагаемыми задачами.

Таким образом, анализ результатов показал, что уровень теоретических знаний, клинических и практических навыков семейных врачей по ведению больных мониторируемыми заболеваниями после обучения повышается.

Для выявления качества медицинского обслуживания мы провели проверку на соответствие обследования и лечения клиническим протоколам по амбулаторным картам (Ф112). Всего было обследовано 496 карточек, которые распределились следующим образом: в 102 из них записи сделаны до прохождения обучения, в 279 – через 1 год после прохождения курса семейной медицины и 115 через 2 года после обучения.

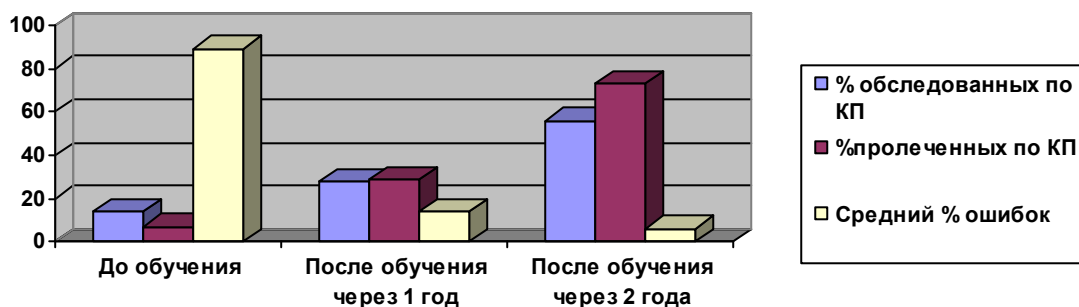


Рисунок 2. Процент соответствия диагностики и лечения клиническим протоколам среди врачей Баткенской области до и после обучения семейной медицине

Как показано в рисунке 2, до обучения процедура обследования больных соответствовала клиническим протоколам в 14% случаев, а лечение – только в 7%. При этом общий процент ошибок при записи в карточках достигал 89%.

После обучения картина кардинально меняется – через год соответствие клиническим протоколам достигало в 29% случаев, а процедура обследования - в 28% случаев.

Через два года, когда по программе непрерывного профессионального развития были проведены обучающие семинары по ПАЛ и ИВБДВ, процент соответствия клиническим протоколам процесса лечения достигла 73%, а обследование 56%, а удельный вес ошибок при заполнении карточек снизился до 11%.

Для того, чтобы дать практические рекомендации врачам, мы посчитали нужным выяснить причины, по которым диагностика и лечение не соответствовали клиническим протоколам, как до, так и после процесса обучения.

В рисунке 3 наглядно представлена динамика изменения причин неэффективного обследования и лечения после обучения. Так, анализ показал, что после завершения обучения возрастает доля не зависящих от работы медработника причин, и, соответственно, уменьшается число ошибок в процессе диагностики и лечения.

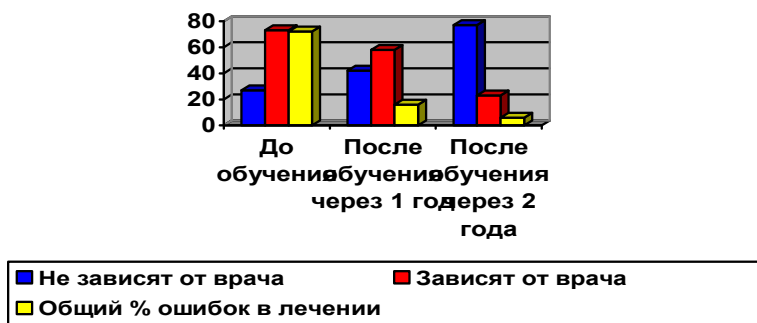


Рисунок 3. Причины несоответствия обследования и лечения клиническим протоколам в ЦСМ Баткенской области до и после обучения врачей

Если рассмотреть динамику показателей соответствий обследования и лечения клиническим протоколам по различным нозологиям, то их результаты представленные ниже (рисунок 4), наглядно показывают, что после обучения практически по всем мониторируемым заболеваниям заметно улучшилось качество оказываемой пациентам медицинской помощи.

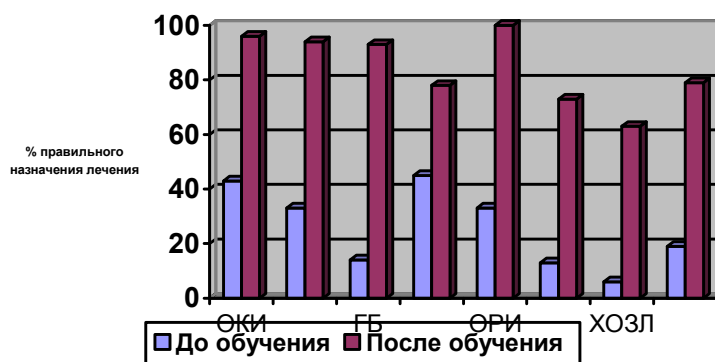


Рисунок 4. Назначение лечения, соответствующего клиническим протоколам среди врачей Баткенской области до и после обучения семейной медицине (с 2001 по 2006 гг.)

Таким образом, процесс внедрения и реализация моделей НПК и СПК в Баткенской области также доказали свою эффективность. Это позволит нам сделать заключение о том, что в области налажена система внутреннего (внутриучрежденческого) менеджмента качества на основе повышения децентрализации и автономности деятельности медицинского персонала на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Перечень использованной литературы

1. Денисов А.С., Головской Б.В., Артамонова О.А., Ховаева Я.Б. Некоторые проблемы общеврачебной практики с позиций преподавателя //Последипломное Медицинское образование и Наука. 2003, Т.1, №1, С.18-19.
2. Артыкбаева А.К., Акматова Б.А. Опыт внедрения системы повышения качества в Кыргызской Республике //Проблемы управления здравоохранением. 2006, №4, С.30.
3. Marshall M., Campbell C., Hacker J. and Roland M. Quality Indicators for General Practice. – London: Royal Society of Medicine, 2002/
4. Improving the Quality of Reproductive Health Services in Issyk-Kul Oblast, Kyrgyzstan: Report on a Pilot Project. ZdravPlus Document by N. Seitkaziya, F. Kamakhunova, T. van der Velden, A. Kenney & A. Shaikh-March, 2002.
5. Чубаков Т.Ч., Артыкбаева А.К. Процесс интеграции непрерывной подготовки специалистов и непрерывного повышения качества медицинской помощи на уровне ПМСП//Медицина Кыргызстана. 2007, №4, С. 39-44.