

энцефалопатии остается актуальной проблемой в практике врача-кардиолога. Существующие схемы и принципы лечения исключают возможность разнонаправленного действия на несколько патологических процессов, особенно они не эффективны при одновременной терапии на всех уровнях организации организма. В данное время проблема эффективного лечения смежных патологических состояний, предопределенных одним заболеванием стоит достаточно остро, ведь среди большого количества разнообразных препаратов, необходимых для лечения вышеупомянутых патологий очень трудно избежать полипрагмазий, тем больше подобрать небольшое количество препаратов, что будут давать позитивный эффект в лечении.

Ключевые слова: ИБС, стабильная стенокардия, дисциркуляторная энцефалопатия, Армадин.

Стаття надійшла 4.03.2016 р.

encephalopathy remains the topical problem in cardiology practice. Existing charts and principles of treatment eliminate possibility of the differently directed operating on a few pathological processes, especially they are not effective at simultaneous therapy on all levels of organization of organism. Nowadays the problem of effective treatment of the contiguous pathosis predefined by the one disease stands sharply enough, in fact, in plenty various among drugs, which are necessary for treatment above-mentioned pathologies it is very difficult to avoid the polypharmacy, even more to pick up the small amount of drugs, which will give a positive effect in treatment.

Key words: coronary heart disease, stable angina, encephalopathy, Armadyн.

Рецензент Катеренчук І.П.

УДК 613.954/96:317.7:367.1/3:57.013.3

А.Р. Расулов

Азербайджанский Медицинский Университет, Республиканская Психиатрическая Больница №1 МЗ Азербайджанской Республики, г. Баку

РАЗРАБОТКА ИНСТРУМЕНТА ПО ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА УСЛУГ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Настоящее исследование направлено на оценку услуг, оказываемых в психиатрическом стационаре. В этих целях были разработаны соответствующие инструменты, позволяющие собрать объективную информацию о качестве помощи стационарным больным. Оценка услуг проводилась в 8 отделениях (6 мужских и 2 женских) в Психиатрической Больнице №1 Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики. Эта работа позволила количественно определить показатели, относящиеся к санитарным условиям, обеспечением кадров, лечебно-диагностической работе, соблюдению прав больных и ведению документации. Разработанный мониторинговый инструмент позволил получить целостную картину о качестве помощи в каждом из отобранных отделений и выявить имеющиеся проблемы. Данный инструмент может быть рекомендован для использования в других психиатрических учреждениях.

Ключевые слова: Услуги психического здоровья, мониторинг, управление качеством.

Одними из приоритетных задач, обозначенных в Национальной Стратегии в области психического здоровья являются мониторинг и обеспечение качества услуг, а так же оценка конечных результатов оказываемой помощи [9]. Процедуры мониторинга и обеспечения качества в области психического здоровья определяют, насколько качество предоставляемых услуг соответствует ожидаемым результатам, и насколько эти услуги согласуются с развитием современных знаний и методов в оказании помощи [10].

Важно отметить, что мониторинг и обеспечение качества подразумевают не только процесс оценки оказываемой помощи, но и планирование действий, направленных на поддержание и улучшение качества услуг. Первые попытки применения механизмов обеспечения качества в системе психического здоровья были предприняты в середине 1980-х годов и относились к оценке эффективности лечения, обеспечения кадрами, управлением рисками и удовлетворением помощью [6]. В конце 1990-х Всемирная Организация Здравоохранения разработала глоссарий и инструменты для процедур мониторинга и оценки качества психиатрической помощи [12]. Важной особенностью этих инструментов явилось рассмотрение вопросов обеспечения качества на 3-х уровнях – на уровне пациента (микро уровень), на уровне учреждения (мезо уровень) и на уровне страны (макро уровень). В дальнейшем понятие обеспечения качества глубоко вошло в перечень целей системы психического здоровья, что нашло отражение в соответствующих международных документах, включая Хельсинскую Декларацию по Охране Психического Здоровья для Европейского Региона ВОЗ, План Действий в Области Психического Здоровья ВОЗ на 2013-2020 гг. [11,13].

На сегодняшний день оценка качества помощи основывается на отдельном рассмотрении имеющейся структуры, процесса и конечных результатов услуг в системе психического здоровья. В таблице 1 представлены параметры, относящиеся к структуре, процессу и конечным результатам на трех уровнях.

Важным компонентом для проведения мониторинга и оценки качества услуг в области

психического здоровья является наличие стандартов помощи, которые должны отражать научные доказательства, примеры эффективной практики и вопросы защиты прав человека [3]. К каждому стандарту должны быть разработаны индикаторы, позволяющие провести количественные разграничения между хорошим и плохим качеством услуг.

В 2012 Европейская Ассоциация Психиатров предложила рекомендации по разработке инструментов для мониторинга услуг в области психического здоровья. За основу при создании этих рекомендаций был взят систематический обзор множества исследований в области обеспечения качества психиатрической помощи [2]. Другой подход можно наблюдать у экспертов ВОЗ, разработавших свой инструмент на основе Конвенции ООН по правам инвалидов [14].

Таблица 1

Примеры параметров качества помощи

Уровень помощи	Структура	Процесс	Конечный результат
Индивидуальный	Наличие специалиста Наличие лекарств Индивидуальный план помощи	Число визитов Диагностика Фармакотерапия Психотерапия Работа с семьей	Качество жизни Удовлетворение потребностей Удовлетворение помощью
Учреждение	Количество специалистов Количество коек Санитарное состояние	Число поступлений Средняя длительность стационарирования Соответствие протоколам	Число повторных поступлений Длительность ремиссии
Страна	Законодательство Национальная стратегия и программы Число учреждений Финансирование Кадровый потенциал	Число пролечившихся больных Больные на диспансерном наблюдении Обучение специалистов	Заболеваемость Смертность Инвалидизация Число суицидов Бездомность

В Азербайджане вопросы мониторинга и оценки качества услуг приобрели особую актуальность в свете реформ, проводимых в системе психического здоровья. Преимуществами внедрения этих процедур являются:

- Защита прав и интересов пациентов в системе психического здоровья
- Возможность более рационального использования ресурсов
- Обеспечение безопасности в процессе оказания психиатрической помощи
- Ориентация на потребности пользователей
- Повышение эффективности проводимых вмешательств
- Устранение барьеров на различных уровнях помощи

Вместе с тем в стране только начинает складываться система регулярного мониторинга и оценки психиатрической помощи, основанная на внедрении процедур обеспечения качества (рис. 1).

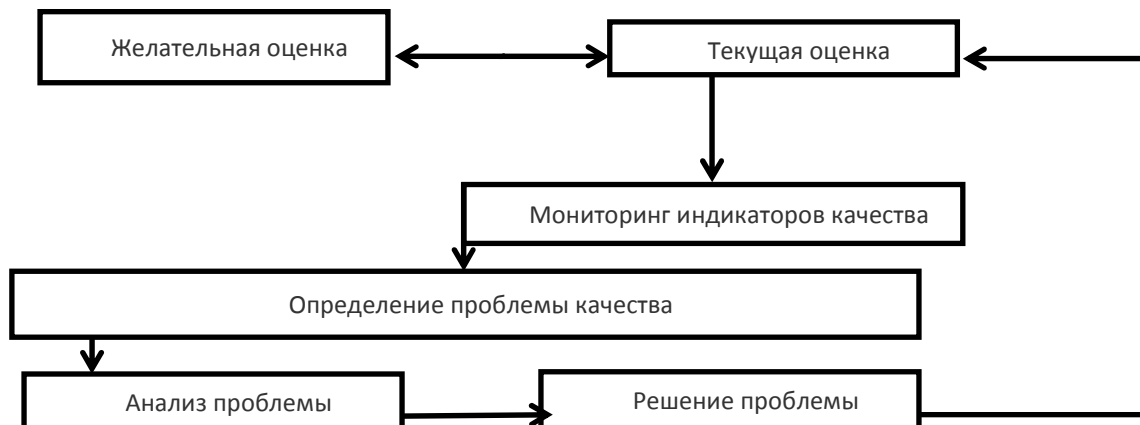


Рис. 1. Процедуры обеспечения качества

Особую актуальность имеет проведение мониторинга стационарной помощи, поскольку в стране только начат процесс деинституционализации и основной объем помощи все еще оказывается психиатрическими больницами. Кроме того, в Азербайджане отсутствует система разделения психиатрических стационаров на учреждения для кратковременной и долговременной госпитализации, а также не учитываются индивидуальные потребности больных связанные с

тяжестью и характером их заболевания.

В качестве образцов для создания мониторингового инструмента были использованы аналогичные инструменты, применяющиеся в других странах. В результате этой работы нами был разработан инструмент для оценки качества услуг в психиатрическом стационаре.

Целью работы было пилотирование разработанного инструмента для оценки качества услуг в психиатрическом стационаре в реальной практике.

Материал и методы исследования. Пилотирование инструмента проводилось в крупнейшей больнице страны – Психиатрической Больнице №1, рассчитанной на одновременное лечение 1885 пациентов. Больница была открыта в середине 30-х годов прошлого века и к настоящему времени имеет в своем составе 30 отделений. С 2007 по 2015 гг в больнице были построены 14 новых корпусов, а в остальных отделениях произведен капитальный ремонт.

Для пилотирования инструмента был использован дизайн кросс-секционного обсервационного исследования. Из 30 отделений больницы с помощью метода случайной выборки (рандомизации) были отобраны 8 отделений (6 мужских и 2 женских). Мониторинг осуществлялся с помощью непосредственного наблюдения за работой отделения, изучения документации и интервью с пациентами, персоналом, врачами и руководителями отделений. Проведением мониторинга занимались независимые специалисты (врачи-психиатры и клинические психологи) не работающие в данной больнице.

Разработанный мониторинговый инструмент состоит из 7 разделов:

1. Общие сведения о стационарном учреждении – количество коек, число поступивших и выбывших больных в течение изучаемого периода, средняя продолжительность стационарирования
2. Информация, относящаяся к санитарным условиям в стационаре, коммунальным услугам и питанию
3. Кадровое обеспечение – количество врачей-психиатров, клинических психологов, среднего и младшего медицинского персонала, уровень подготовки специалистов, прохождение специальных тренингов
4. Соблюдение прав больных в стационаре – количество недобровольных госпитализаций, наличие информированного согласия на лечение, использование ограничительных средств и изоляторов, обращение с больными, возможность обращения с жалобами
5. Диагностика и лечение – адекватность диагностики, включая лабораторные и инструментальные исследования, соответствие медикаментозного лечения действующим клиническим протоколам, рациональное использование лекарств, меры по устранению побочного действия препаратов, доступ к психотерапии
6. Проведение реабилитационных мероприятий – физическая активность, занятость пациентов в различных реабилитационных программах, работа с семьями, организация досуга
7. Ведение документации.

Вся собранная информация заносилась в специальную базу данных, созданную на основе программы CSPRO 6.0 откуда она экспортировалась для статистической обработки в SPSS 17.0. Обработка информации проводилась на основе методов дескриптивной статистики.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе мониторинга в 8 отделениях больницы было установлено, что условия пребывания больных в целом соответствуют санитарно-гигиеническим нормативам, однако количество больных в двух женских отделениях, превышало число коек на которые эти отделения были рассчитаны (в Таблице 2 приведены данные по отделениям). Средняя длительность лечения больного в стационаре составляет $34 \pm 10,4$ дня.

Анализ кадрового обеспечения отделения выявил, что в 5 из 8 отделений штатные единицы врачей были укомплектованы на 75%, а штатные единицы среднего медицинского персонала и клинических психологов – на 50%. Социальные работники имелись только в двух отделениях. При этом 70% врачей и 100% среднего персонала прошли специализированные тренинги в течение последнего года.

Интервьюирование пациентов не выявило фактов жестокого обращения с пациентами со стороны персонала. Во всех отделениях имелись протоколы по применению ограничительных средств, однако случаев применения этих средств не отмечалось. В то же время до 15% больных в каждом отделении поступили на лечение в порядке недобровольной госпитализации (в соответствии со статьей 11 Закона о Психиатрической Помощи AP). Остальные пациенты при поступлении подписывали форму информированного согласия, однако делали это без детального ознакомления со своими правами, которые не были им разъяснены в процессе стационарирования. Во всех отделениях имелись специальные ящики для приема жалоб пациентов, которые регулярно

рассматриваются на медицинском совете с участием представителей общественной организации пациентов и их родственников.

Таблица 2

Динамика поступлений в отделения

Отделение №	Количество больных (число коек)	Число поступлений	Число выписок	Средняя продолжительность лечения (в днях)	Число умерших
2 ж/о	82 (70)	120	120	32,1	1
3 ж/о	89 (80)	164	153	30,3	2
7 м/о	40 (50)	74	76	34,1	-
8 м/о	39 (50)	94	80	23,6	-
13 м/о	65 (70)	141	125	21,2	-
15 м/о	53 (50)	215	201	20,2	-
16 м/о	46 (50)	100	92	30,5	1
18 м/о	33 (50)	10	8	40,8	-

Примечание: ж/о – женское отделение; м/о – мужское отделение.

В процессе мониторинга диагностики было установлено, что все диагнозы пациентам устанавливаются в соответствии с принятой в стране Международной Классификации Психических и Поведенческих Расстройств 10 пересмотра (МКБ-10). Вместе с тем, в 18% случаях состояние пациентов не отвечало установленному диагнозу, что требовало его пересмотра.

Говоря о медикаментозных вмешательствах, следует отметить, что 50% пациентам назначались современные лекарственные препараты, однако лишь в четырех из восьми отделений лекарственная терапия в большинстве случаев соответствовала одобренным Министерством Здравоохранения клиническим протоколам по лечению психических расстройств (см. Таблицу 3). Во многих случаях имели место неправильный режим дозирования препаратов, отсутствие регулярных лабораторных тестов, недостаточный контроль за проявлением побочных эффектов. Несмотря на наличие в семи из восьми отделений клинического психолога, обученного проведению психологических вмешательств, количество пациентов участвующих в психотерапевтических сессиях ни в одном отделении не превышало 50%. То же самое можно сказать и об участии пациентов в программах психосоциальной реабилитации.

Таблица 3

Лечение в стационаре

Показатели	2 ж/о	3 ж/о	7 м/о	8 м/о	13 м/о	15 м/о	16 м/о	18 м/о
Использование современных препаратов	50%	50%	50%	75%	>80%	50%	80%	50%
Соответствие с клиническими протоколами	50%	25%	25%	75%	20%	50%	60%	10%
Контроль побочных эффектов	25%	25%	50%	80%	25%	50%	50%	20%
Проведение психологических вмешательств	20%	20%	30%	50%	20%	20%	40%	0%
Участие в психосоциальной реабилитации	30%	25%	40%	50%	20%	20%	75%	10%

В беседах с пациентами удалось установить, что лишь в одном отделении частные встречи врачей с пациентами проводятся по заранее запланированному графику. В ходе мониторинга также выявлено в целом удовлетворительные показатели, относящиеся к материально-техническому обеспечению, условиям пребывания больных, делопроизводству, коммуникации, ведению электронной базы данных и другим процедурам работы отделений.

На основании подсчета баллов по всем показателям мониторинга был определен рейтинг каждого отделения (рис. 2). Анализ показателей качества услуг позволил выявить проблемы, имеющиеся в отделениях, в которых проводился мониторинг. Следует согласиться с мнением ряда авторов, что эти проблемы во многом отражают отсутствие четких стандартов качества и недостаточную подготовку кадров в системе стационарной психиатрической помощи [8]. Важно отметить, что знакомство администрации больницы и врачей с результатами мониторинга позволяет выработать новые стратегии по совершенствованию услуг. Более того, как показывает опыт других стран активное участие самих врачей и персонала в обсуждении и оценке качества услуг является мощным фактором мотивации для улучшения своей деятельности и управлением качеством [1].

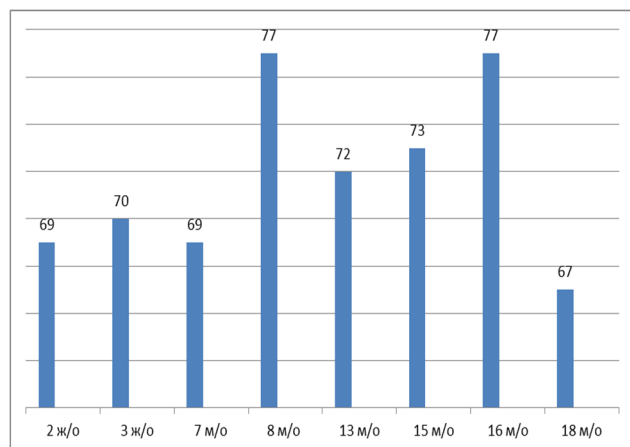


Рис. 2. Общие баллы по каждому отделению.

Последнее условия подразумевает систему индикаторов, которая может быть представлена в количественных показателях [4]. Касаясь выбора индикаторов следует акцентировать внимание на их значении для клинической практике, обоснованности и практичности. На Рисунке 3 показаны критерии для выбора индикаторов при оценке качества услуг в области психического здоровья [5].

Качества индикаторов		
Значимость	Обоснованность	Практичность
Проблемная область	Четко обозначены	Понятны
Клиническое значение	Доступность	Контролируемы
Отвечает потребностям	Точность	Поддаются интерпретации
Научное обоснование	Надежность	Измеримы
Валидность	Подходят к разным ситуациям	Включают норму
Уровень качества	Отвечают конфиденциальности	Соответствуют стандартам
Направленность индикаторов		
<u>Процессы</u>		
Профилактика, выявление, доступ, обследование, лечение, непрерывность, координация, безопасность		
<u>Популяция больных</u>		
Диагностические группы, коморбидные состояния, распространенность, заболеваемость, излечимость		
<u>Особые группы</u>		
Дети, пожилые, меньшинства, сельское население		
<u>Модальность</u>		
Лекарственная терапия, психотерапия, психосоциальная реабилитация		
<u>Учреждения</u>		
Стационарные, амбулаторные, смешанные, внебольничные, первичной помощи, пенитенциарные		
<u>Уровень</u>		
Популяционный, региональный, учреждение, специалист, пациент		
<u>Цель измерения</u>		
Внутренний мониторинг, внешний мониторинг, выбор пользователей, финансовый аудит, исследование		
← Широкий охват системы психического здоровья →		

Рис. 3. Критерии выбора индикаторов качества в системе психического здоровья.

На сегодняшний день Европейской Ассоциацией Психиатров были предложены 17 рекомендаций по обеспечению качества в области психического здоровья, относящиеся к оказанию услуг на макро-, мезо- и микро уровнях и рассматривающих фазы ресурсов, процесса и конечного результата [2]. Вместе с тем, недостаточное развитие услуг в области психического здоровья определяет сложности при внедрении этих рекомендаций в развивающихся странах. Поэтому адаптация критериев оценки качества, создание и внедрение мониторинговых инструментов позволяет получить достоверную информацию о потребностях в сфере психиатрической помощи в Азербайджанской Республике. Разработанный мониторинговый инструмент позволил получить целостную картину о качестве помощи в каждом из отобранных отделений и выявить имеющиеся проблемы.

Заключение

Данный инструмент может быть рекомендован для использования в других психиатрических учреждениях.

Список литературы

1. Coia D. Mental health quality and outcome measurement and improvement in Scotland. / D.Coia, R.Glassboro //Curr Opin Psychiatry 2009;22(6):643–7.

2. Gaebel W. EPA guidance on the quality of mental health services. / W.Gaebel, T.Becker, B.Janssen, P.Munk-Jorgensen, M.Musalek, W.Rossler, et al.//Eur Psychiatry 2012;27(2):87–113.
3. Gostin, L. O. Human rights of persons with mental disabilities. The European Convention on Human Rights. / L. O. Gostin //International Journal of Law and Psychiatry, 2000,23, 125 -129.
4. Hermann R.C. Statistical benchmarks for process measures of quality of care for mental and substance use disorders./ R.C.Hermann, J.A.Chan, S.E.Provost, W.T. Chiu // Psychiatr Serv 2006;57(10):1461–7.
5. Hermann R.C. Common ground: a framework for selecting core quality measures for mental health and substance abuse care./ R.C. Hermann, R.H. Palmer // Psychiatr Serv. 2002 Mar;53(3):281-7.
6. Jessee W.F. Systems for quality assurance in mental health services: a strategy for improvement. / W.F.Jessee , Morgan-G.Williams //Adm Ment Health 1987;15(1): 3–10.
7. Lin E. Adapting the Balanced Scorecard for Mental Health and Addictions: An Inpatient Example. / E.Lin, J.Durbin //Healthcare Policy. 2008;3(4):e160-e174.
8. McMillen C. Quality assurance and improvement practice in mental health agencies: roles, activities, targets and contributions. / C.McMillen, L.E.Zayas, S.Books, M.Lee //Adm Policy Ment Health 2008;35(6):458–67.
9. Ministry of Health of the Republic of Azerbaijan. National Mental Health Strategy, Baku 2011
10. World Health Organisation (WHO). Quality improvement for mental health. In: Mental Health Policy and Service Guidance Package. Geneva: WHO; 2003.
11. World Health Organization (WHO). European Ministerial Conference on Mental Health: Facing The Challenges, Building Solutions, Helsinki, Finland, 14 January 2005.
12. World Health Organization (WHO). Quality Assurance in Mental Health Care – Checklists and Glossaries. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, 1 and 2. 1997.
13. World Health Organization (WHO). Mental Health Action Plan 2013-2020, Geneva 2012.
14. World Health Organization (WHO). WHO QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva, 2012.

Реферати

РОЗРОБКА ІНСТРУМЕНТУ ПО ОЦІНКИ ЯКОСТІ ПОСЛУГ У ПСИХІАТРИЧНОМУ СТАЦІОНАРІ

Расулов А.Р.

Дослідження спрямоване на оцінку послуг, що надаються в психіатричному стаціонарі. З цією метою були розроблені відповідні інструменти, що дозволяють зібрати об'єктивну інформацію про якість допомоги стаціонарним хворим. Враження проводилася в 8 відділеннях (6 чоловічих і 2 жіночих) в психіатричній Лікарні № 1 Міністерства Охорони здоров'я Азербайджанської Республіки. Ця робота дозволила кількісно визначити показники, які стосуються санітарних умов, забезпеченням кадрів, лікувально-діагностичній роботі, дотримання прав хворих та ведення документації. Розроблений моніторинговий інструмент дозволив отримати цілісну картину про якість допомоги в кожному з відібраних відділень і виявити наявні проблеми. Даний інструмент може бути рекомендований для використання в інших психіатричних закладах.

Ключові слова: послуги психічного здоров'я, моніторинг, управління якістю.

Стаття надійшла 15.03.2016 р.

THE DEVELOPMENT OF INSTRUMENT FOR ASSESSING THE QUALITY OF SERVICES IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL

Rasulov A.R.

The study focuses on evaluation of mental health services in psychiatric hospitals. The new monitoring instrument has been developed to collect reliable information about quality of care provided for in-patients. The assessment was made in eight wards (six male and two female) at the Psychiatric Hospital #1 of the Ministry of Health. The monitoring allowed us to collect important information about hospital conditions, available staff, diagnostics and treatment, patients' rights protection as well as records management. The instrument made possible to obtain a comprehensive picture about quality of care and existing problems in each of selected wards. The instrument may be recommended for implementation in the other in-patient psychiatric facilities.

Key words: Mental health service, monitoring, tools, quality management.

Рецензент Скрипніков А.М.

УДК 616-003.92-08

Г. П. Рузін

Харківський національний медичний університет, м. Харків

ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДУ ЛАЗЕРНОЇ КОРЕКЦІЇ АТРОФІЧНИХ РУБЦІВ

Проведення будь-яких оперативних втручань може призвести до утворення патологічних рубців. Особливої уваги потребують гіпотрофічні рубці, при лікуванні яких використання традиційних засобів не завжди ефективне. Нами запропоноване використання вдосконаленого методу лазерної корекції гіпотрофічних рубців. Проведені нами клінічні дослідження довели, що вже через 3 тижні після одноетапної лазерної корекції гіпотрофічних рубців, з'являється стійкий клінічний результат, що полягає у зменшенні глибини рубця (в середньому на 2 мм), пом'якшенні консистенції і зміні кольору, характерного для інтактної шкіри. Метод є безболісним і безпечним, а також не впливає на прилеглі тканини, що підтверджується стійким клінічним результатом, який спостерігається у пацієнтів через 1 рік після лікування.

Ключові слова: атрофічні рубці, лазерна корекція, лікування рубців.

Робота є фрагментом НДР «Діагностика та лікування захворювань органів та тканин щелепно-лицевої ділянки», номер державної реєстрації 0113U002274.

Проведення будь-яких оперативних втручань може призвести до утворення патологічних рубців, що може стати причиною деформації шкіри і порушення функції органу. Навіть невеликі