



RESPOND



Інститут післядипломної освіти НМУ імені О. О. Богомольця МОЗ України
Факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Миронюк І. С., Новічкова О. М.

ЗАСТОСУВАННЯ МОДЕЛІ ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ ПОСЛУГ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків)

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

Публікація стала можливою завдяки щирій підтримці американського народу, наданій через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID). Зміст не обов'язково відображає погляди USAID або Уряду США.

Видано в рамках Проекту USAID RESPOND (Покращення послуг у сфері ВІЛ/СНІД серед представників груп найвищого ризику в Україні). Проект впроваджується міжнародною організацією Пакт, Інк. у партнерстві з FHI 360 за фінансової підтримки Надзвичайного плану Президента США з надання допомоги у боротьбі зі СНІДом (PEPFAR).

Друкарський двір Олега Федорова

Київ – 2017

УДК 614.2:[616.98:578.828ВІЛ](07)
М64

Рекомендовано постійно діючою методичною комісією з інтернатури Національного медичного університету імені О.О. Богомольця МОЗ України (протокол № 1, від 12.09.2017) та Вченою Радою факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (протокол №2, від 21.09.2017) як навчальний посібник для слухачів циклу тематичного удосконалення «Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків)»

Автори: *Миронюк І.С., д.мед.н., Новічкова О. М.*

Над документом також працювали:

Бойко А., Воловод Н., Калягіна Н., Ніколко М., Семененко І., Снідевич У., Циганкова А., Шваб І., Курашина Л., експерти міжнародної організації FHI 360 Буше Б., Рахманова Н.

Рецензенти:

Слабкий Г. О. – д.мед.н., професор, зав. кафедри громадського здоров'я Ужгородського Національного Університету

Шевченко М. В. – д.мед.н., доцент кафедри «Школа охорони здоров'я» Національного університету «Києво-Могилянська Академія»

Застосування моделі поліпшення якості надання послуг у закладах охорони здоров'я

М64 (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків):
навчальний посібник / Миронюк І. С., Новічкова О. М.. — К. : Друкарський двір
Олега Федорова, 2017. — 156 с.

ISBN 978-617-7380-74-9.

Основним інструментом впровадження змін з метою поліпшення якості надання послуг закладами охорони здоров'я всіх рівнів медичної допомоги є застосування моделі поліпшення якості, яка передбачає комплексний, інтегрований та динамічний підхід до покращення результатів роботи системи загалом, постійну модифікацію та вдосконалення цієї системи. Модель поліпшення якості є універсальною та особливо актуальною в період реформування системи охорони здоров'я, підвищення вимог до акредитації та сертифікації закладів охорони здоров'я і формування системи захисту прав пацієнтів.

Навчальний посібник розроблено для навчання на циклі тематичного удосконалення з застосування моделі поліпшення якості керівників закладів охорони здоров'я, їх заступників та фахівців, відповідальних за забезпечення управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я та його структурних підрозділах.

УДК 614.2:[616.98:578.828ВІЛ](07)

Список скорочень	4
Подяка	5
Вступ	6
Огляд навчального циклу	7
Розклад циклу тематичного удосконалення	10
Вступне заняття. Знайомство слухачів навчального циклу тематичного удосконалення та викладачів. Вхідне опитування (письмовий тест)	12
Заняття 1.1. Система управління якістю в охороні здоров'я	14
Заняття 2.1. Введення в теорію змін	20
Заняття 2.2. Модель поліпшення якості як основний інструмент управління якістю в сфері охорони здоров'я	25
Заняття 2.3. Приклади впровадження моделі поліпшення якості ВІЛ-послуг у пілотних регіонах	31
Заняття 2.4. Визначення проблем та оцінка потреби у змінах	44
Заняття 3.1. Основні інструменти використання моделі поліпшення якості для планування впровадження змін у закладі охорони здоров'я	52
Заняття 3.2. Вибір теми з поліпшення якості для підготовки фінального проекту (мозковий штурм)	56
Заняття 3.3. Вибір теми з поліпшення якості для підготовки фінального проекту (продовження): критерії SMART	58
Заняття 3.4. Чого і як ми намагаємося досягти? Розробка основи для успішних заходів з поліпшення. SWOT-аналіз систем	63
Заняття 3.5. Як створювати та аналізувати схему процесу? Аналіз систем (інструменти «Побудова блок-схем», «Риб'ячий скелет»)	67
Заняття 3.6. Дорожня карта як інструмент поліпшення якості	77
Заняття 4.1. Система моніторингу та оцінки ефективності змін	82
Заняття 4.2. Розробка індикаторів процесу і результату, паспорта індикатора	89
Заняття 4.3. Підходи до аналізу та інтерпретації даних.	94
Заняття 4.4. Побудова динамічних графіків для індивідуального проекту	111
Заняття 5.1. Які зміни ми можемо зробити, щоб досягти поліпшення? Тестування змін з використання циклу ПРАД.	118
Заняття 5.2. Розробка плану заходів з поліпшення якості	121
Заняття 6.1. Формування команди з поліпшення якості на рівні закладу охорони здоров'я	127
Заняття 6.2. Зустріч локальної команди з поліпшення якості	133
Заняття 7.1. Забезпечення сталості та поширення поліпшення	140
Заняття 7.2. Як використовувати психологію та будувати ефективну комунікацію для підтримки поліпшень	144
Тест вхідного/вихідного контролю циклу тематичного удосконалення	151
Фінальна оцінка циклу тематичного удосконалення	154

Список скорочень

АРТ	Антиретровірусна терапія
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ГІМ	Гострий інфаркт міокарда
ГКС	Гострий коронарний синдром
ДО	Диспансерний облік
елевація ST	Підйом інтервалу ST над ізоліній на електрокардіограмі
ЕМД	Екстрена медична допомога
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ІФА	Імунофлюоресцентний аналіз
ЛЖВ	Люди які живуть з ВІЛ
МОЗ	Міністерство з охорони здоров'я (України)
МІО	Моніторинг та оцінка
СІН	Споживачі ін'єкційних наркотиків
СЛЗ	Старший лікар зміни
ССЗ	Серцево-судинні захворювання
НУО	Неурядова організація
ПМД	Первинна медична допомога
ПРАД (PDSA)	Цикл тестування змін «Плануй–роби–аналізуй–дій» (Plan–Do–Study–Act)
ШТ	Швидкий тест
ШМД	Швидка медична допомога
FHI360	Family Health International 360 – Міжнародна організація сімейного здоров'я 360
ІНІ	Institute for Healthcare Improvement – Інститут поліпшення охорони здоров'я (США)
SMART	Інструмент для аналізу мети запланованих змін: S pecific (конкретна), M easurable (вимірювана), A chievable (досяжна), R elevant (актуальна), T ime-bond (визначена в часі)
SWOT-аналіз	Інструмент для аналізу сильних сторін (Strengths), слабких сторін (Weaknesses), можливостей (Opportunities), загроз (Threats)
USAID	United States Agency for International Development – Агентство США з міжнародного розвитку

Створення цього навчального посібника стало результатом спільної роботи фахівців з управління охороною здоров'я і команди вітчизняних та міжнародних експертів з поліпшення якості **Проекту USAID RESPOND** («Покращення послуг у сфері ВІЛ/СНІДу серед представників груп найвищого ризику в Україні»).

Автори висловлюють щирю подяку:

співробітникам Проекту USAID RESPOND («Покращення послуг у сфері ВІЛ/СНІДу серед представників груп найвищого ризику в Україні») Аллі Бойко, Микиті Воловоду, Наталії Калягіній, Марині Ніколко, Ігореві Семененку, Улянці Снідевич, Аллі Циганковій, Інні Шваб, Ларисі Курашиній – за натхнення і надання великої кількості прикладів, використаних у навчальних модулях;

міжнародним експертам з поліпшення якості міжнародної організації FHI360 Бруно Буше та Нілуфар Рахмановій – за обговорення та підтримку ідеї, наданий досвід, а також ретельне опрацювання першого і другого проектів посібника;

рецензентам доктору медичних наук, професору Геннадію Слабкому та доктору медичних наук, доценту Марині Шевченко – за високу оцінку роботи та конструктивні поради;

співробітникам кафедри менеджменту охорони здоров'я інституту післядипломної освіти НМУ імені О.О. Богомольця доктору медичних наук, професору Валентину Парію, кандидату медичних наук, доценту Тетяні Вежновець, Антоніні Свавільній, Любові Лазаренко – за ентузіазм і готовність до впровадження нового циклу тематичного удосконалення, а також допомогу в організації навчального циклу тематичного удосконалення.

Особлива подяка Глушик Світлані найкращому **літературному редактору** за терпіння та якісне редагування.

Основним інструментом впровадження змін, спрямованих на поліпшення якості надання послуг закладами охорони здоров'я всіх рівнів медичної допомоги, є застосування моделі поліпшення якості.

Ця модель передбачає комплексний, інтегрований та динамічний підхід до покращення результатів роботи системи охорони здоров'я, її постійної модифікації та вдосконалення.

Моделі поліпшення якості є універсальною та особливо актуальною в період реформування охорони здоров'я, підвищення вимог до акредитації та сертифікації закладів охорони здоров'я і формування системи захисту прав пацієнтів.

Основними перевагами використання моделі поліпшення якості в закладах охорони здоров'я є:

- формування команди фахівців, здатних очолити процеси безперервного поліпшення якості у всіх підрозділах закладу;
- формування середовища, доброзичливого до пацієнтів, орієнтованого на постійний моніторинг задоволеності пацієнтів якістю медичного обслуговування;
- створення умов для своєчасного впровадження нових медико-технологічних документів на засадах доказової медицини;
- забезпечення впровадження системи моніторингу індикаторів якості медичної допомоги, визначених у медико-технологічних документах;
- відповідність ЗОЗ критеріям акредитації та сертифікації, які затверджено МОЗ України;
- формування організаційної культури, відкритої до безперервного впровадження змін у напрямі поліпшення якості надання медичної допомоги.

Навчальний посібник розроблено для циклу тематичного удосконалення з застосування моделі поліпшення якості, в рамках якого планується навчання керівників закладів охорони здоров'я, їх заступників та фахівців, відповідальних за забезпечення управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я та його структурних підрозділах.

Матеріал навчального посібника ґрунтується на сучасних знаннях та ефективних практичних інструментах застосування моделі поліпшення якості у закладі охорони здоров'я.

Мета циклу – навчити спеціалістів вільно орієнтуватися в теоретичних і практичних аспектах управління якістю в закладі охорони здоров'я та застосовувати модель поліпшення на практиці з використанням основних інструментів.

Цільова група: керівники закладів охорони здоров'я, їх заступники та фахівці, відповідальні за управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я та його структурних підрозділах.

Очікувані результати циклу

Загальні знання та вміння, які повинні засвоїти керівники закладів охорони здоров'я, їхні заступники та лікарі на циклі тематичного удосконалення «Застосування моделі поліпшення якості надання послуг у закладі охорони здоров'я (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб)»:

Слухачі циклу повинні знати:

- основи системи управління якістю в охороні здоров'я;
- поняття та суть моделі безперервного поліпшення якості;
- як генерувати ідеї для змін, які можуть привести до поліпшення;
- як створювати та аналізувати схему процесу;
- як обирати індикатори якості та оцінювати ефективність змін;
- організацію інформаційного забезпечення процесу поліпшення якості;
- як будувати та інтерпретувати динамічні графіки;
- методичні засади створення команд поліпшення якості на рівні закладів охорони здоров'я, забезпечення сталості та поширення змін.

Слухачі циклу повинні вміти:

- вільно орієнтуватися в теоретичних і практичних проблемах моделі поліпшення якості;
- використовувати основні інструменти: SMART, SWOT, ПРАД (PDSA), діаграми Ішикави та стимулів, динамічні графіки, схематизацію процесів;
- створювати та аналізувати схеми процесів покращення;
- розробляти індикатори процесу, результату, а також паспорт індикатора якості;
- проводити моніторинг та оцінювати ефективність змін;
- створювати ефективну команду проекту покращення якості на рівні закладу.

Слухачі повинні сформувати практичні навички:

- використання інструментів моделі безперервного поліпшення якості (SMART, SWOT, ПРАД (PDSA), діаграм Ішикави та стимулів, динамічних графіків, схематизації процесів) на практиці;
- побудови алгоритмів та схем основних процесів надання послуг;
- створення системи моніторингу змін на рівні закладу охорони здоров'я;
- аналізу динамічних графіків та отриманих даних;
- формування ефективної команди проекту покращення якості у закладі;
- планування проекту з поліпшення якості для закладу охорони здоров'я;
- підготовки слайдів для усної доповіді;
- підготовки та виголошення усної доповіді.

Посібник пропонує методiku проведення тренінгу за визначеними темами відповідно до розкладу занять. Навчання організовано за модульним принципом. Кожен модуль складається з кількох занять. Опис кожного заняття містить послідовні компоненти: вид, тривалість заняття, місце проведення, умови, навчальну мету, план, короткий інформаційний блок, презентації, завдання для роботи в малих групах, перелік додатків для практичної роботи, рекомендовану літературу для самостійного вивчення.

Модулі циклу тематичного удосконалення

1. Система управління якістю в охороні здоров'я.
2. Модель безперервного поліпшення якості як основний інструмент управління якістю.
3. Основні інструменти використання моделі поліпшення якості для планування впровадження змін на рівні закладу охорони здоров'я.
4. Система моніторингу та оцінки ефективності змін.
5. Тестування змін з використанням циклу ПРАД (PDSA).
6. Формування команди з поліпшення якості у закладі охорони здоров'я.
7. Забезпечення сталості та поширення поліпшення.
8. Особливості викладання курсу лікарям з досвідом роботи. Основи андрагогіки.
9. Вхідний та заключний іспити.
10. Фінальні проекти з поліпшення.

Розробка занять базується на принципах андрагогіки (теорії навчання дорослих). Заняття включають широкий спектр інтерактивних вправ та видів діяльності, спрямованих на формування необхідних знань, вмінь та навичок.

Цей цикл включає 22 заняття, під час яких використовуються такі методи викладання:

- інтерактивні лекції/презентації;
- аналіз прикладів з практики;
- робота в малих групах;
- робота в парах;
- запитання та відповіді;
- дискусії;
- рольові ігри.

Підготовка фінального проекту

Наприкінці циклу тематичного удосконалення кожна мала група учасників повинна представити розроблений план проекту поліпшення якості за обраною темою. Підготовка до захисту фінального проекту починається з першого дня навчання на циклі. Практичні завдання циклу розроблено таким чином, що результатом роботи на кожному занятті має стати один зі структурних елементів проекту.

Малі групи, сформовані на початку циклу, продовжують працювати в постійному складі до закінчення циклу. Таким чином, кожна мала група являє собою локальну групу впровадження гіпотетичного закладу охорони здоров'я і проходить усі етапи підготовки проекту з поліпшення якості: від першого кроку до захисту плану проекту. Розкладом занять передбачено час для остаточної підготовки команди до захисту. Командам пропонується електронний файл із шаблоном слайдів для презентації, який вони можуть використати з урахуванням поставленої мети проекту.

Орієнтовний **перелік слайдів для фінального проекту** наведено нижче.

Слайд № 1. Ідея поліпшення: «Забезпечити».

Слайд № 2. Команда впровадження та/або робоча група.

Слайд № 3. Постановка мети відповідно до критеріїв SMART.

Слайд № 4. SWOT-аналіз.

Слайд № 5. Діаграма «Риб'ячий скелет» (Fishbone), аналіз причинно-наслідкових зв'язків.

Слайд № 6. Діаграма стимулів: проектна теорія змін.

Слайд № 7. Схема процесу: алгоритм.

Слайд № 8. Цикл ПРАД: конспект проекту з поліпшення.

Слайд № 9. План моніторингу впровадження зміни.

Слайд № 10. Прогноз.

Приклади формулювань тем проектів з поліпшення якості команд-учасниць попередніх циклів «Застосування моделі поліпшення якості надання послуг у закладі охорони здоров'я»:

1. Ідея поліпшення: забезпечити поліпшення процесу взяття на диспансерний облік ВІЛ-позитивних пацієнтів.
2. Ідея поліпшення: залучити до медичних послуг (взяття на ДО та призначення АРТ) 90% ВІЛ-позитивних осіб без постійного місця проживання у Дніпровському районі міста Києва до 2020 року.
3. Ідея поліпшення: забезпечити зниження впродовж одного року на 30% рівня тимчасової непрацездатності осіб працездатного віку (18–60 років), хворих на артеріальну гіпертензію, в Іванківському районі Київської області.
4. Ідея поліпшення: забезпечити для 80% пацієнтів здачу аналізів у клініко-діагностичній лабораторії в день призначення лікарем у ЦРЛ.
5. Проект з поліпшення якості роботи ендоскопічної служби КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня».
6. Зменшення тривалості очікування результатів лабораторних досліджень в умовах поліклініки № 2 КЗ «ЦМЛ № 1».
7. Ідея поліпшення: забезпечити транспортування пацієнтів на ГКС з елевацією ST бригадою ШМД впродовж 1,5 години з моменту звернення у 50% випадків в обласний кардіологічний реперфузійний центр у межах транспортної доступності (70-80 км).

Захист фінальних проектів з поліпшення якості проводиться в останній день циклу після письмового вихідного тестового контролю. Кожній малій групі дається 10 хвилин на доповідь і 5-7 хвилин на відповіді на запитання.

Наприкінці циклу учасники отримують усі матеріали, включаючи шаблони для оформлення проекту з поліпшення якості, в друкованому та електронному вигляді.

Розклад циклу тематичного удосконалення «Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків)»

Час	Тема заняття
1-й день	
09:00 – 10:30	Вступне заняття. Привітання. Знайомство учасників та викладачів Огляд циклу. Вхідне опитування (письмовий тест)
10:30 – 11:15	Заняття 1.1 (лекція). Система управління якістю в охорони здоров'я
11:15 – 11:30	ПЕРЕРВА НА КАВУ
11:30 – 12:15	Заняття 2.1 (лекція). Теорія змін
12:15 – 13:00	Заняття 2.2 (лекція). Модель поліпшення якості як інструмент управління якістю в сфері охорони здоров'я
13:00 – 13:30	ОБІД
13:30 – 14:15	Заняття 2.3 (семінар). Приклади впровадження моделі поліпшення якості ВІЛ-послуг у пілотних регіонах
14:15 – 15:45	Заняття 2.4 (семінар). Визначення проблем та оцінка потреби у змінах
15:45 – 16:00	ПЕРЕРВА НА КАВУ
16:00 – 16:45	Заняття 3.1 (семінар). Основні інструменти використання моделі поліпшення якості для планування впровадження змін на рівні закладу охорони здоров'я
16:45 – 17:00	Підбиття підсумків дня
2-й день	
09:00 – 09:15	Підсумки попереднього дня
09:15 – 10:00	Заняття 3.2 (практичне заняття). Вибір теми з поліпшення якості для підготовки фінального проекту (мозковий штурм)
10:00 – 10:45	Заняття 3.3 (практичне заняття). Вибір теми з поліпшення якості для підготовки фінального проекту (продовження): критерії SMART
10:45 – 11:00	ПЕРЕРВА НА КАВУ
11:00 – 12:30	Заняття 3.4 (практичне заняття). Чого і як ми намагаємося досягти? Розробка основи для успішних заходів з поліпшення. SWOT-аналіз систем
12:30 – 13:00	ОБІД
13:00 – 15:15	Заняття 3.5 (практичне заняття). Як створювати та аналізувати схему процесу? Аналіз систем (інструменти «Побудова блок-схем», «Риб'ячий скелет»)
15:15 – 15:30	ПЕРЕРВА НА КАВУ
15:30 – 16:15	Заняття 3.6 (семінар-дискусія). Розробка дорожніх карт як інструмент поліпшення якості
16:15 – 16:30	Підбиття підсумків дня

Час	Тема заняття
3-й день	
09:00 – 09:15	Підсумки попереднього дня
09:15 – 10:00	Заняття 4.1 (лекція). Система моніторингу та оцінки ефективності змін
10:00 – 11:30	Заняття 4.2 (практичне заняття). Розробка індикаторів результату та процесу, паспорт індикатора
11.30 – 11.45	ПЕРЕРВА НА КАВУ
11:45 – 12:30	Заняття 4.3 (практична вправа). Підходи до аналізу та інтерпретації даних
12:30 – 13:00	ОБІД
13:00 – 14:30	Заняття 4.4 (семінар). Побудова динамічних графіків для індивідуального проекту
14:30 – 15:15	Заняття 5.1 (семінар). Які зміни ми можемо зробити, щоб досягти поліпшення? Тестування змін з використанням циклу ПРАД
15:15 – 15:30	ПЕРЕРВА НА КАВУ
15:30 – 16:15	Заняття 5.2 (практичне заняття). Розробка плану заходів з поліпшення якості
16:15 – 16:30	Підбиття підсумків дня
4-й день	
09:00 – 09:15	Підсумки попереднього дня
09:15 – 10:45	Заняття 5.2 (практичне заняття). Розробка плану заходів з поліпшення якості (продовження)
10:45 – 11:00	ПЕРЕРВА НА КАВУ
11:00 – 12:30	Заняття 6.1 (семінар). Формування команди з поліпшення якості на рівні закладу охорони здоров'я
12:30 – 13:00	ОБІД
13:00 – 14:30	Заняття 6.2 (рольова гра). Зустріч локальної команди з впровадження змін
14:30 – 15:15	Заняття 7.1 (семінар). Забезпечення сталості та поширення поліпшення
15:15 – 15:30	ПЕРЕРВА НА КАВУ
15:30 – 16:15	Підготовка фінального проекту з поліпшення. Робота в малих групах
16:15 – 16:30	Підбиття підсумків дня
5-й день	
09:00 – 09:15	Підсумки попереднього дня
09:15 – 10:45	Заняття 7.2 (семінар). Як використовувати психологію та будувати ефективну комунікацію для підтримки поліпшень
10:45 – 11:00	ПЕРЕРВА НА КАВУ
11:00 – 11:30	Вихідне опитування (письмовий тест)
11:30 – 12:15	Підготовка фінальних проектів з поліпшення. Робота в малих групах
12:15 – 12:45	ОБІД
12:45 – 14:15	Презентація фінальних проектів малих груп
14:15 – 14:45	Завершення тренінгу. Зворотний зв'язок. Вручення сертифікатів
15:00	Від'їзд учасників

МОДУЛЬ 1

Вступне заняття. Знайомство слухачів навчального циклу тематичного удосконалення та викладачів. Вхідне опитування (письмовий тест)

Вид заняття:	інтерактивна дискусія.
Тривалість заняття:	2 академічні години.
Місце проведення:	навчальна кімната.
Необхідні ресурси:	фліп-чарт, фломастери, роздатковий матеріал.
Мета заняття:	створити сприятливі умови для початку циклу, зробити огляд циклу.

План проведення заняття	Час, хвилин
1. Реєстрація, знайомство слухачів та викладачів.	30
2. Ознайомлення з основними характеристиками циклу (мета, навчальні модулі, методи роботи, очікувані результати).	15
3. Інформування слухачів про правила роботи та основні норми поведінки на циклі.	10
4. Інструмент «Паркування».	5
5. Вхідне опитування (письмовий тест).	30
Разом	90

Короткий вступ до заняття

Слайд 1		Слайд 2
Слайд 3		Слайд 4

Мета заняття

- Ознайомити учасників з метою, завданнями та структурою 5-денного циклу тематичного удосконалення.

Очікувані результати

За результатами заняття слухачі:

- Ознайомляться зі змістом та структурою навчального циклу.
- З'ясують критерії оцінювання якості вивчення циклу.
- Пройдуть тестовий (доцикловий) контроль.

Мета циклу

Навчити спеціалістів:

- вільно **орієнтуватися** в теоретичних і практичних аспектах управління якістю в закладі охорони здоров'я та
- застосовувати** модель поліпшення на практиці з використанням основних інструментів.

Модулі циклу

1. Система управління якістю в охороні здоров'я
2. Модель безперервного поліпшення якості як основний інструмент управління якістю
3. Основні інструменти використання моделі поліпшення якості для планування впровадження змін на рівні закладу охорони здоров'я
4. Система моніторингу та оцінки ефективності змін
5. Тестування змін з використанням циклу ПРАД (PDSA)
6. Формування команди з поліпшення якості на рівні закладу охорони здоров'я
7. Забезпечення сталості та поширення поліпшення
8. Особливості викладання курсу лікарям з досвідом роботи. Основи андрагогіки
9. Вхідний та заключний іспити.
10. Фінальні проекти з поліпшення



Основні методи проведення тренінгу

- Інтерактивні лекції/презентації
- Аналіз прикладів з практики
- Робота в малих групах
- Робота в парах
- Запитання та відповіді
- Дискусії
- Рольові ігри



Очікувані результати тренінгу

За результатами тренінгу слухачі зможуть:

- використовувати на практиці інструменти моделі безперервного поліпшення якості (SMART, SWOT, ПРАД (PDSA), діаграми Ішिकाви та стимулів, динамічні графіки, схематизацію процесів);
- будувати алгоритми та схеми основних процесів надання послуг;
- створювати систему моніторингу змін на рівні закладу охорони здоров'я;
- аналізувати динамічні графіки та отримані дані;
- формувати ефективну команду проекту покращення якості на рівні закладу;
- планувати проект з поліпшення якості для закладу охорони здоров'я;
- готувати слайди для усної доповіді;
- робити усну доповідь.



Основні правила і норми поведінки (1)

- Це угода між тренерами і слухачами про те, як буде проходити навчання.
- Ці правила допомагають організувати навчання.
- Правила оформлюються у вигляді плаката і закріплюються на стіні.
- Усі учасники зобов'язані дотримуватись прийнятих правил впродовж усього циклу.



Основні правила і норми поведінки (2)

За якими правилами працюватиме наша група?



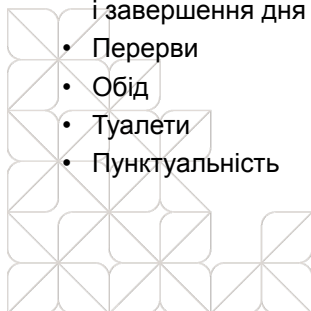
«Паркування»

- Цей метод допомагає не відхилитись від головної теми і дотримуватись регламенту.
- На «паркування» спрямовуються проблемні питання і теми, які:
 - потребують додаткового часу;
 - стосуються до тренінгу, але є не дуже важливими або вимагають додаткового розгляду.
- Обговорення цих питань можливе під час перерви, обіду, після закінчення навчального дня або наприкінці тренінгу.



Організаційні питання

- Графік проведення циклу, початок і завершення дня
- Перерви
- Обід
- Туалети
- Пунктуальність



Запитання?



Індивідуальна робота: після презентації роздайте слухачам аркуші вхідного тесту та попередьте їх про те, що вони повинні його виконати за 25 хвилин.

Заняття 1.1. Система управління якістю в охорони здоров'я

Вид заняття: лекція.

Тривалість заняття: 1 академічна година.

Місце проведення: навчальна кімната.

Необхідні ресурси: проектор, комп'ютер, фліп-чарт, фломастери, роздатковий матеріал.

Умови проведення лекції: наявність досвіду управління закладом або підрозділом закладу охорони здоров'я, бути мотивованим отримати нову інформацію стосовно управління змінами та поліпшення якості.

Навчальна мета: поглибити знання про основи системи управління якістю.

План проведення лекції	Час, хвилин
1. Ознайомлення слухачів з темою, метою, планом та порядком проведення лекції.	5
2. Короткий вступ до теми.	5
3. Інтерактивна доповідь викладача на тему лекції.	20
4. Запитання та відповіді, отримання зворотного зв'язку.	10
5. Заключне слово викладача.	5
Разом	45

Форма проведення: інтерактивна лекція, яка дає можливість слухачам працювати індивідуально, в парах або невеликими групами, де основним завданням кожного учасника є отримання інформації.

Презентація до заняття 1.1.

Слайд 1

Цикл тематичного удосконалення
«Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб)»

Система управління якістю в охороні здоров'я

Презентація до заняття 1.1

Питання для обговорення

- Чи задоволені ми якістю медичної допомоги?
- Сучасні моделі управління якістю
- Методологія управління і параметри якості медичної допомоги
- Роль і мета контролю в сучасних моделях управління якістю
- Побудова системи управління якістю в сучасних умовах України

Слайд 2



Слайд 3

Чому в більшості країн зростає стурбованість забезпеченням якості медичної допомоги?

- Потреби населення
- Документально підтверджена низька якість
- Нові підходи до управління якістю (доказова медицина, індустріальні методи управління якістю)
- Потреби в підвищенні ефективності і кращих наслідках медичних втручань



Слайд 4

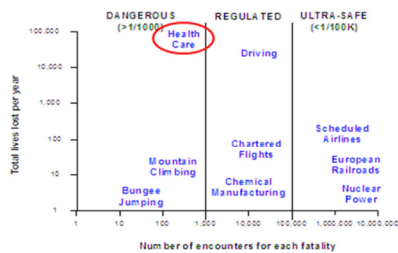


Чи задоволене українське суспільство якістю медичної допомоги?



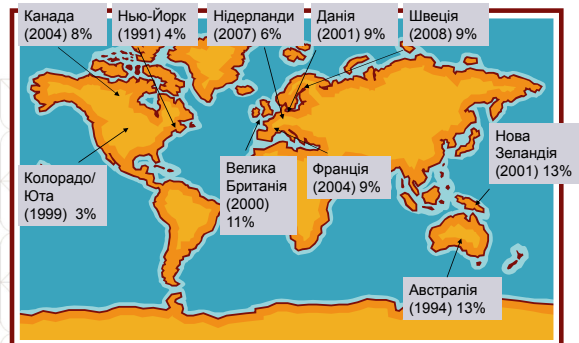
Слайд 5

Наскільки небезпечним є система охорони здоров'я?



Слайд 6

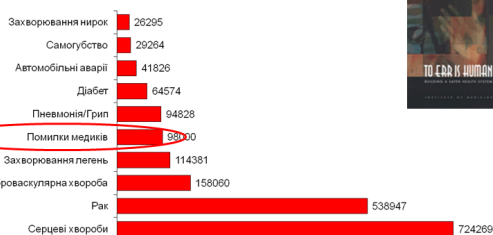
Як часто ми помиляємось?



Слайд 7

Розгляд якості у сфері охорони здоров'я

10 головних причин смерті в США – 1998р



Джерело: To Err is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine, 1999.



Дані від Ради експертів з економіки Німеччини (17 млн пацієнтів стаціонару)

- Від 850 тис. до 1,7 млн несприятливих випадків (НВ) щороку.
- Від 340 тис. до 720 тис. НВ, яким можна було запобігти.
- 70 тис. медичних помилок.
- 7 тис. НВ, що призвели до смерті.

Джерело: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten, 2007.



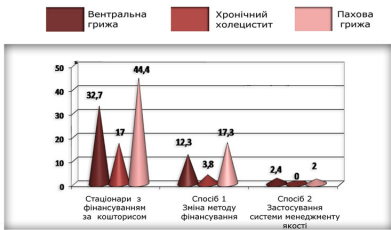
Слайд 8

Презентація до заняття 1.1. (продовження)

Слайд 9

Залежність якості від моделі управління

ЧАСТОТА ДЕФЕКТІВ ЛІКУВАННЯ ЗАЛЕЖНО ВІД ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ СПОСОБІВ ІНТЕНСИФІКАЦІЇ ОСНОВНИХ РЕСУРСІВ ЛІКАРНЬ (% від загальної кількості досліджених хворих)



Джерело: Комплекс способів підвищення якості та ефективності стаціонарної медичної допомоги. Методичні рекомендації МОЗ України (65.15/126.15). Київ, 2015.



Слайд 10

Якість медичної допомоги на початку XXI століття

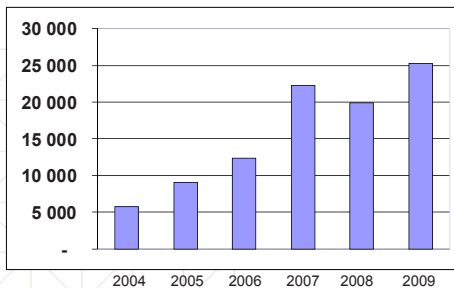
- Загальні результати 4-х досліджень показали, що як мінімум 210 000 смертей на рік пов'язані з запобігаємою шкодою у лікарнях.
- Очевидно, серйозна шкода в 10-20 разів частіша, ніж смертельна шкода.

Джерело: J. T. James. A New, Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care. Journal of Patient Safety. 2013. V. 9. Issue 3. P. 122–128.



Слайд 11

Кількість повідомлень про несприятливі випадки



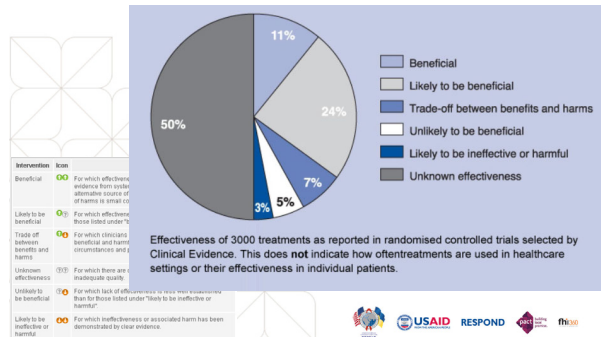
Джерело: Dansk Patientsikkerheds Database Annual reports, 2004–2009.



Слайд 12

Яка ж реальна ситуація з доказами?

(Ефективність лікування за даними систематичних оглядів, наведених у Clinical Evidence Issue 10)



Effectiveness of 3000 treatments as reported in randomised controlled trials selected by Clinical Evidence. This does not indicate how oftentreatments are used in healthcare settings or their effectiveness in individual patients.



Слайд 13

Проблема якості медичної допомоги

- Тривалість перетворення нової ефективної технології лікування хвороб на повсякденну практику використання для кожного пацієнта становить 17 років.
- Близько 18 тис. осіб помирають щороку від серцевого нападу через невикористання рекомендованого їм профілактичного лікування.
- Понад 50% хворих на діабет, гіпертензію, гіперліпідемію, серцеву недостатність, миготливу аритмію, бронхіальну астму тощо, отримують неадекватне лікування.

Інститут медицини, США, 2003



Слайд 14

Стан проблеми в Україні

Існує потреба замінити адміністративно-командний підхід до забезпечення якості медичної допомоги підходом, що базується на принципі управління процесом.



Слайд 15

Управління якістю в державній системі охорони здоров'я

- Вертикальна централізована система управління
- Командно-адміністративний стиль управління
- Охорона здоров'я розвивається на основі єдиних нормативів планування, фінансування медичної допомоги та жорсткої бюджетної дисципліни

Основний метод контролю якості – медична експертиза, що проводиться на відомчому рівні.

Головна мета експертизи – ретроспективна оцінка медичної допомоги пацієнтів, її результатів, дефектів, причин дефектів із застосуванням санкцій до винних.



Слайд 16

Історія питання забезпечення якості медичної допомоги

Проблема забезпечення якості медичної допомоги (ЗЯМД) в Україні має свій історичний розвиток.

Можна виділити три етапи розвитку ЗЯМД в Україні:

1. За радянських часів при державній (бюджетній) системі охорони здоров'я (до 80-х рр. XX ст.).
2. В умовах запровадження нового господарчого механізму (НГМ), друга половина 80-х рр. XX ст.
3. В умовах незалежної країни з появою ринкових механізмів господарювання (початок 90-х рр. XX ст.).



Презентація до заняття 1.1. (продовження)

Слайд 17

Якість медичної допомоги (визначення)

- Ступінь, до якого медичне обслуговування для окремих осіб і населення загалом збільшує можливість бажаного результату стосовно здоров'я та є узгодженим із сучасним професійним знанням.

(USAID 1999)

<http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=Q>

- Надання медичної допомоги та проведення інших заходів щодо організації надання закладами охорони здоров'я медичної допомоги відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я.

Наказ МОЗ від 28.09.2012 № 752

«Про порядок контролю якості медичної допомоги» (заресстровано в Міністерстві юстиції України 28 листопада 2012 р. за № 1996/22308)



Слайд 18

Шість вимірів якості

Центральна роль пацієнта	Надання медичної допомоги кожному пацієнту відповідно до його індивідуальних потреб та цінностей, а також забезпечення того, щоб цінності пацієнта спрямовували всі політичні рішення.
Безпечність	Убезпечення пацієнтів від шкоди під час отримання ним медичних послуг.
Ефективність	Забезпечення послуг, що базуються на наукових знаннях.
Раціональність	Уникання зайвих витрат, у тому числі витрат оснащення та всіх видів ресурсів.
Справедливість	Забезпечення допомоги, яка не відрізняється за якістю для різних хворих за такими особистими характеристиками, як вік, етнічна належність, географічне положення чи соціально-економічне становище.
Своєчасність	Скорочення черг, а іноді й небезпечних затримок для тих, хто послуги отримує, і тих, хто їх надає.

Better Health, Better Care – Action Plan Scottish Government 2008
Інститут Медицини США, 2001



Слайд 19

Моделі управління якістю МД (Р. Бомер, 1996)

Характеристики	Професійна	Бюрократична	Індустріальна
Мета	Поліпшення клінічного стану пацієнта	Поліпшення показників здоров'я населення (контенту) Дотримання нормативів	Задоволення потреб пацієнтів, персоналу та інтересів держави (суспільства)
Об'єкт	Процес Результат	Процес Структура	Процес Структура Результат
Періодичність	Епізодично	Епізодично	Постійно
Механізми управлінської дії	Облік та аналіз клінічних випадків з несприятливим результатом Консиліум	Контроль, Статистичний облік та звіти Стандартизація, сертифікація, ліцензування, акредитація	Програма безперервного поліпшення якості Самосюнна організація Система освіти Клінічний аудит
Відповідальність за результат	Медичний персонал	Медичний персонал Адміністрація	Весь персонал закладу Адміністрація Держава Пацієнт
Мотивація персоналу	Визнання професіоналізму пацієнтами і колегами	Покарання Декаліфікація Зниження рівня акредитації Позбавлення ліцензії	Професійне самоствердження Відмова від покарань



Слайд 20

Компоненти якості

- Якість структури
- Якість процесу
- Якість результату



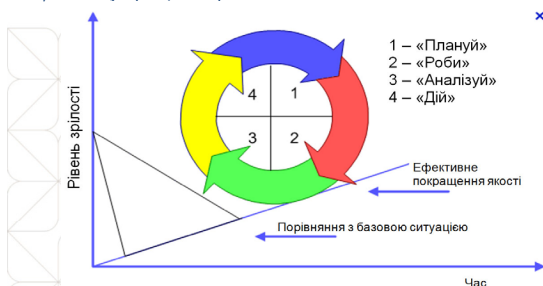
Аведіс Донабедіан, 1980



Слайд 21

Цикл управління якістю ПРАД Едварда Демінга (1994 рік)

Цикл У. Шухарта, 1939 рік



Слайд 22

«Дорожня карта» поліпшення якості

1. Універсальна послідовність Д. Юрана з поліпшення якості
2. Шість-сігма DFSS (Motorola)
3. Шість-сігма DMAIC
4. Семи-ступінчаста модель вирішення проблем (наприклад, Toyota)
5. Фокус-PDCA
6. Модель 8-D (дисциплін)
7. Японський підхід до якості матеріалу
8. Заощадливий менеджмент (Lean management - від Toyota)
9. Модель поліпшення (PDSA)



Слайд 23

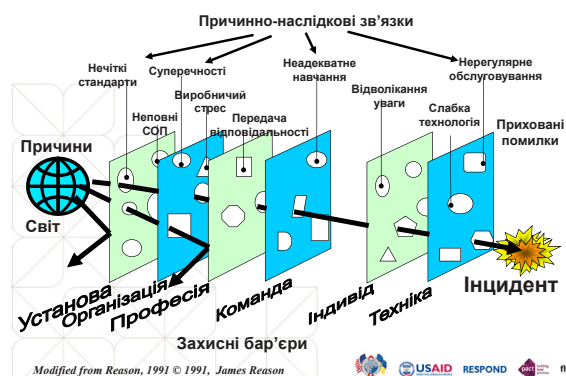
Системи управління якістю

1. Європейський фонд управління якістю (EFQM)
2. Міжнародне товариство якості охорони здоров'я (ISQua)
3. Спільна комісія з акредитації організацій охорони здоров'я (JCAHO).
4. Міжнародна організація зі стандартизації (ISO 9001)



Слайд 24









Модель «швейцарського сиру»



Modified from Reason, 1991 © 1991, James Reason



Презентація до заняття 1.1. (продовження)

Слайд 25	<h3>Основні механізми управління якістю</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Ліцензування • Акредитація • Стандартизація • Сертифікація • Атестація (безперервний професійний розвиток) 	<h3>Інструменти</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Клінічні настанови • Уніфіковані та локальні протоколи • Клінічний аудит • Сертифікація системи управління якістю (ISO, JCI, ISQua та ін.) • Табелі оснащення • Державний та локальний формуляр лікарських засобів • Реєстр індикаторів якості • Експертна оцінка 	Слайд 26
Слайд 27	<h3>Основні технології контролю</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Ретроспективний аналіз документації • Спостереження • Опитування • Інформаційно-аналітичні системи 	<h3>Низька ефективність методу експертних оцінок</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Ретроспективна, одноразова оцінка • Відсутність кваліфікованих експертів • Відсутність реального впливу виконаних експертиз на якість медичної допомоги <p>Медичні працівники не зацікавлені в об'єктивній оцінці їхньої діяльності, оскільки для них експертиза якості носить «каральний» характер.</p> 	Слайд 28
Слайд 29	<h3>Контроль структури</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Наявність системи управлінського та бухгалтерського обліку • Наявність паспортів кабінетів/бригад • Наявність метрологічних сертифікатів • Штатний розклад і відповідність кваліфікації лікарів • Наявність достатньої кількості обладнання і матеріалів • Достатність фінансування <p>Основні виконавці контролю – заступники головного лікаря.</p> 	<h3>Контроль процесів управління та розвитку персоналу</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Проведення навчальних заходів (плани, протоколи) • Звіти про медичну діяльність • Дослідницько-аналітична робота • Ефективність використання приміщень, обладнання і робочого часу • Збори трудових колективів (протоколи) • Протоколи нарад <p>Основні виконавці контролю – керівники підрозділів.</p> 	Слайд 30
Слайд 31	<h3>Контроль процесів надання медичної допомоги за участю лікарів</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Амбулаторна консультація • Випадок стаціонарного лікування • Випадок надання невідкладної допомоги <p>Основні виконавці контролю – завідувачі відділень.</p> 	<h3>Індикатор якості медичної допомоги</h3> <p>Кількісний або якісний показник, відносно якого існують докази чи консенсус щодо його безпосереднього впливу на якість медичної допомоги; визначається ретроспективно.</p> <p><i>Наказ МОЗ від 28.09.2012 № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги» (зарєєстровано в Міністерстві юстиції України 28 листопада 2012 р. за № 1996/22308)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Джерела ІЯ: клінічні рекомендації, систематичні огляди, результати найкращого досвіду, думка експертів. • Не є підставою для однозначного висновку про якість надання медичної допомоги. • Цінність – у трактуванні результату та виявленні потенційно небезпечної ділянки, де найчастіше трапляються порушення технології ведення хворого. 	Слайд 32

Презентація до заняття 1.1. (продовження)

Слайд 33	<h3>Приклад індикатора: частота внутрішньолікарняної смертності від інсульту</h3> <table border="1"> <tr> <td>Чому використовується індикатор?</td> <td>Інсульт – одна з найчастіших причин смертності й інвалідності в Україні. Комплексне лікування пацієнтів, які перенесли інсульт (наприклад, у спеціалізованих відділеннях), допомагає знизити рівень смертності. Загальний коефіцієнт смертності – один з індикаторів якості медичної допомоги, яка надається хворим, які перенесли інсульт.</td> </tr> <tr> <td>Питання</td> <td>Яким є відсоток пацієнтів, що померли після госпіталізації з діагнозом інсульту (коефіцієнт внутрішньолікарняної смертності), незалежно від конкретної причини смерті?</td> </tr> <tr> <td>Чисельник</td> <td>Кількість пацієнтів, які померли з основним діагнозом інсульту в період з 1 січня по 31 грудня.</td> </tr> <tr> <td>Знаменник</td> <td>Загальна кількість пацієнтів, виписаних з основним діагнозом інсульту в період з 1 січня по 31 грудня.</td> </tr> <tr> <td>Тип індикатора</td> <td>Специфічний для цього захворювання кінцевий індикатор.</td> </tr> <tr> <td>Збір фактичних даних</td> <td>- Медичні карти (на підставі інформаційної системи лікарні). - Лікарняна статистика епізодів за звітний період.</td> </tr> <tr> <td>Особа, відповідальна за збір даних</td> <td>Ім'я, прізвище та посада відповідальної особи</td> </tr> <tr> <td>Виятки</td> <td>Пацієнти з транзиторною ішемічною атакою або субарахноїдальним крововиливом, яких переведено до іншого лікарняного закладу.</td> </tr> <tr> <td>Складання звітів</td> <td>• В електронному вигляді (таблиці Excel відповідно до стандартних шаблонів). • Чисельник: кількість померлих пацієнтів з основним діагнозом інсульту: _____ осіб. • Знаменник: кількість пацієнтів, виписаних з основним діагнозом інсульту: _____ осіб. • Коефіцієнт внутрішньолікарняної смертності: _____ %.</td> </tr> <tr> <td>Звітний період</td> <td>Щокварталу.</td> </tr> </table>	Чому використовується індикатор?	Інсульт – одна з найчастіших причин смертності й інвалідності в Україні. Комплексне лікування пацієнтів, які перенесли інсульт (наприклад, у спеціалізованих відділеннях), допомагає знизити рівень смертності. Загальний коефіцієнт смертності – один з індикаторів якості медичної допомоги, яка надається хворим, які перенесли інсульт.	Питання	Яким є відсоток пацієнтів, що померли після госпіталізації з діагнозом інсульту (коефіцієнт внутрішньолікарняної смертності), незалежно від конкретної причини смерті?	Чисельник	Кількість пацієнтів, які померли з основним діагнозом інсульту в період з 1 січня по 31 грудня.	Знаменник	Загальна кількість пацієнтів, виписаних з основним діагнозом інсульту в період з 1 січня по 31 грудня.	Тип індикатора	Специфічний для цього захворювання кінцевий індикатор.	Збір фактичних даних	- Медичні карти (на підставі інформаційної системи лікарні). - Лікарняна статистика епізодів за звітний період.	Особа, відповідальна за збір даних	Ім'я, прізвище та посада відповідальної особи	Виятки	Пацієнти з транзиторною ішемічною атакою або субарахноїдальним крововиливом, яких переведено до іншого лікарняного закладу.	Складання звітів	• В електронному вигляді (таблиці Excel відповідно до стандартних шаблонів). • Чисельник: кількість померлих пацієнтів з основним діагнозом інсульту: _____ осіб. • Знаменник: кількість пацієнтів, виписаних з основним діагнозом інсульту: _____ осіб. • Коефіцієнт внутрішньолікарняної смертності: _____ %.	Звітний період	Щокварталу.	Слайд 34
Чому використовується індикатор?	Інсульт – одна з найчастіших причин смертності й інвалідності в Україні. Комплексне лікування пацієнтів, які перенесли інсульт (наприклад, у спеціалізованих відділеннях), допомагає знизити рівень смертності. Загальний коефіцієнт смертності – один з індикаторів якості медичної допомоги, яка надається хворим, які перенесли інсульт.																					
Питання	Яким є відсоток пацієнтів, що померли після госпіталізації з діагнозом інсульту (коефіцієнт внутрішньолікарняної смертності), незалежно від конкретної причини смерті?																					
Чисельник	Кількість пацієнтів, які померли з основним діагнозом інсульту в період з 1 січня по 31 грудня.																					
Знаменник	Загальна кількість пацієнтів, виписаних з основним діагнозом інсульту в період з 1 січня по 31 грудня.																					
Тип індикатора	Специфічний для цього захворювання кінцевий індикатор.																					
Збір фактичних даних	- Медичні карти (на підставі інформаційної системи лікарні). - Лікарняна статистика епізодів за звітний період.																					
Особа, відповідальна за збір даних	Ім'я, прізвище та посада відповідальної особи																					
Виятки	Пацієнти з транзиторною ішемічною атакою або субарахноїдальним крововиливом, яких переведено до іншого лікарняного закладу.																					
Складання звітів	• В електронному вигляді (таблиці Excel відповідно до стандартних шаблонів). • Чисельник: кількість померлих пацієнтів з основним діагнозом інсульту: _____ осіб. • Знаменник: кількість пацієнтів, виписаних з основним діагнозом інсульту: _____ осіб. • Коефіцієнт внутрішньолікарняної смертності: _____ %.																					
Звітний період	Щокварталу.																					
Слайд 35	<h3>Основні висновки</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Зміна парадигми з ретроспективної оцінки (контролю) якості на безперервне (проспективне) поліпшення якості. • Національна стратегія розвитку ОЗ повинна бути орієнтована на управління якістю медичної допомоги та безпеку пацієнтів. • Національне агентство з якості та акредитації повинно бути незалежним від Міністерства охорони здоров'я. • Розробити новий комплект процедур, стандартів та процесу оцінки, які відповідатимуть структурі національної політики і стратегії. • Збільшити акредитаційний цикл до 5 років. • Мати обмежену кількість чітких, продуманих і заснованих на доказах стандартів оцінки (міжнародного зразка). • Одними з перших стандартів мають стати стандарти основ управління та управління ризиками. • Використовувати модель поліпшення якості на рівні закладів ОЗ. • Неможливо покращити якість без інформаційної системи та моніторингу даних, що нею підтримується. • Підготувати кадри з управління якістю для функціонування нової системи акредитації. 	Слайд 36																				
	<h3>Індикатори якості роботи молодших медичних спеціалістів</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Своєчасність виконання призначень • Дотримання стандарту процедури (технології) • Відсутність ускладнень • Показники бактеріального забруднення • Показники догляду за лежачими хворими • Якість документації • Наявність скарг і зауважень професійного та етичного характеру 																					
	<h3>Головна передумова поліпшення якості: «Хочеш отримати інший результат – змieni систему!»</h3> <p>Більшість проблем якості пов'язана не з невдачами окремих співробітників, а з недоліками системи охорони здоров'я.</p> <p>Зусилля щодо вдосконалення системи повинні бути спрямовані не на потреби медичних закладів, а насамперед на потреби пацієнтів.</p>																					

Слухачі повинні знати:

- основи системи управління якістю в охорони здоров'я;
- основні механізми управління якістю на рівні закладу охорони здоров'я;
- поняття і суть моделі поліпшення якості.

Слухачі повинні вміти:

- вільно орієнтуватися в теоретичних аспектах системи управління якістю в охорони здоров'я;
- вільно орієнтуватися в теоретичних і практичних проблемах моделі поліпшення якості.

Контрольні питання для самостійної роботи

1. Які моделі якості вам відомі?
2. Назвіть компоненти якості.
3. Назвіть основні шість вимірів якості на сучасному етапі.
4. Перелічіть відомі вам механізми забезпечення якості.
5. Що таке акредитація закладу охорони здоров'я?

Література

1. Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження / За ред. І. Семененко. – К.: Поліграф плюс, 2015. – 192 с.
2. Керівництво для наставника з питань поліпшення якості. Міжнародна організація сімейного здоров'я (FHI360). Київ, 2013.
3. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я в Україні (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб). Методичні рекомендації. Київ, 2017.
4. Rakhmanova N, Bouchet B. Quality improvement handbook: a guide for enhancing performance of healthcare systems. Washington, DC: FHI 360; 2017.
5. Australian Primary Care Collaboratives. Introduction to Model for Improvement by Improvement Foundation. <https://apcc.org.au/topics/model-for-improvement/>

МОДУЛЬ 2

Заняття 2.1. Введення в теорію змін

Вид заняття: лекція.

Тривалість заняття: 1 академічна година.

Місце проведення: навчальна кімната.

Необхідні ресурси: проектор, комп'ютер, фліп-чарт, фломастери, роздатковий матеріал.

Умови проведення лекції:

наявність власного досвіду управління закладом або підрозділом закладу охорони здоров'я, мотивація до отримання нової інформації про управління змінами та поліпшення якості, опанування матеріалу попередніх занять.

Навчальна мета: поглибити знання про природу організаційних змін та управління ними.

План проведення лекції	Час, хвилин
1. Ознайомлення слухачів з темою, метою, планом та порядком проведення лекції.	5
2. Короткий вступ до теми.	5
3. Інтерактивна доповідь викладача на тему лекції.	20
4. Запитання та відповіді, отримання зворотного зв'язку.	10
5. Заключне слово викладача.	5
Разом	45

Форма проведення: інтерактивна лекція, яка дає можливість слухачам працювати індивідуально, в парах або невеликими групами, де основним завданням кожного учасника є отримання інформації.

Короткий вступ до теми лекції

Групи проблем, що призвели до відставання у продуктивності:

1. Неефективна організація праці (30-80%):
 - низький рівень автоматизації;
 - зайві функції та процеси;
 - дефіцит навичок управління проектами.
2. Застаріле обладнання та неефективні технології (20-60%).
3. Структурні особливості економіки:
 - низькі доходи населення;
 - низька частка високотехнологічної продукції та ін.

Передумови теорії управління змінами:

- кінець XX ст.: управління змінами визнано як самостійну галузь знань;
- необхідність наукового вивчення проблем організаційного розвитку;
- управління перетвореннями та змінами;
- підвищення ефективності діяльності організацій.

Теорії та моделі підвищення продуктивності праці засновані на впровадженні змін та управлінні процесами:

1. На підприємстві дуже часто не дотримуються наявних регламентів або дотримуються їх формально. На ефективних підприємствах з високою культурою виробництва стандарти відіграють дуже важливу роль.
2. Світова практика свідчить про те, що, вмів користуючись аналітичними даними, можна підвищити продуктивність навіть без додаткових інвестицій.
3. На сучасних підприємствах практично не залишилося системи наставництва, яка була досить поширеною за часів СРСР. Проблеми і труднощі стандартних, рутинних процесів не обговорюються, але від них залежить продуктивність співробітників.

4. На думку дослідників, ідеальна ситуація – це коли співробітники самі відповідають за якість виробленої продукції. Контроль необхідний, але якщо в компанії сотні людей зайняті виявленням порушень, це неправильно.

5. Люди звикли, що всі рішення приймаються на вищому рівні управління. Для того щоб ініціативу проявляли не тільки топ-менеджери, а й рядові співробітники, можна задіяти найрізноманітніші важелі: навчання, стимулювання, грошове заохочення інноваційних ідей і т. п.

Управління змінами оперує такими поняттями, як лідерство, ефективність комунікацій і прийняття потреби в змінах для розробки точних стратегій переходу та подолання неминучого опору змінам. Ефективний план управління змінами повинен враховувати всі вказані вище аспекти змін. Цього можна досягти такими способами:

- ініціатори й виконавці повинні бути впевнені, що зміни справді необхідні;
- необхідно проаналізувати, з яким опором ви можете стикнутися при проведенні конкретних змін;
- для цього потрібно поговорити з людьми, щоб з'ясувати їхнє ставлення до планованих змін, причому уважно поставитися до заперечень: вони можуть бути обґрунтованими, а отже, корисними;
- постаратися звести до мінімуму опір, приділивши особливу увагу співробітникам, які опираються змінам: обговорення ситуації з ними може якщо не усунути, то повністю послабити опір.

До найбільш відомих методологій управління змінами (на особистісному рівні) належать:

- модель ADKAR (A (awareness) – усвідомлення необхідності змін; D (desire) – бажання впровадження змін; K (knowledge) – знання/вміння; A (ability) – здатність впровадити зміни; R (reinforcement) – стимул до дії / стимули);
- методологія AIM (Accelerated Implementation Methodology) – «Прискорена методологія впровадження»;
- модель управління змінами Бекхарда і Харріса;
- модель переходу Вільяма Бріджа;
- модель змін Джона Коттера;
- модель Елізабет Кюблер-Росс;
- модель Курта Левіна.

В управлінні змінами використовуються різні підходи для аналізу, підготовки та проведення змін.

Індивідуальні зміни:

- психологія навчання;
- біхевіористський підхід: запровадження і вилучення мотиваторів для стимулювання бажаної та припинення небажаної поведінки;
- когнітивний підхід: аналіз когнітивних структур, таких як цілі, цінності, переконання, поведінка;
- психодинамічний підхід: розгляд зміни як психічної драми в динаміці;
- гуманістичний підхід: теорія потреб Маслоу та ін.

Командні зміни (аналіз та використання факторів підвищення ефективності команд):

- постановка цілей;
- розподіл формальних та неформальних ролей;
- організація процесів внутрішньоконандної взаємодії: організація зустрічей, прийняття рішень, підбиття підсумків;
- міжособистісні стосунки в команді;
- відносини команди з навколишнім середовищем та іншими командами.

Організаційні зміни:

- організація як машина;
- організація як політична система;
- організація як організм;

Діаграма стимулів є надзвичайно потужним інструментом, який застосовується:

- для макетування процесів створення нових послуг або продуктів;
- для поділу мети вищого рівня на логічний набір цілей та проектів нижчого порядку, покладених в основу.

Вона унаочнює загальну теорію про те, як могло б бути, базуючись на даних досліджень, спостережень та досвіду. Діаграма стимулів охоплює всю програму змін, а також формує основу вимірювання для моніторингу покращення.

Презентація до заняття 2.1.

Слайд 1	 <p>Цикл тематичного удосконалення «Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб)»</p> <h2 style="text-align: center;">Зв'язок між інструментами поліпшення та теорією змін</h2> <p style="text-align: center;">Презентація до заняття 2.1</p>	Слайд 2
Слайд 3	<h3 style="text-align: center;">Передумови теорії управління змінами</h3> <ul style="list-style-type: none"> - Кінець ХХ ст.: управління змінами визнано як самостійну галузь знань. - Необхідність наукового вивчення проблем організаційного розвитку - Управління перетвореннями та змінами - Підвищення ефективності діяльності організацій 	Слайд 4
Слайд 5	<h3 style="text-align: center;">Цикл управління якістю ПРАД (PDSA) Едварда Демінга (1994 рік)</h3> <p><i>Цикл У. Шухарта, 1939 рік</i></p>  <p>1 – «Плануй» 2 – «Роби» 3 – «Аналізуй» 4 – «Дій»</p> <p>Ефективне покращення якості</p> <p>Порівняння з базовою ситуацією</p>	Слайд 6
Слайд 7	<h3 style="text-align: center;">Діаграма стимулів</h3> <p>Надзвичайно потужний інструмент, який застосовується:</p> <ul style="list-style-type: none"> - для макетування процесів створення нових послуг або продуктів; - для поділу мети вищого рівня на логічний набір цілей та проєктів нижчого порядку, покладених в основу. <p>Візуально демонструє загальну теорію про те, як могло б бути, базуючись на даних досліджень, спостережень та досвіду.</p> <p>Діаграма стимулів охоплює всю програму змін, а також формує основу вимірювання для моніторингу покращення.</p>	Слайд 8
	<h3 style="text-align: center;">Групи проблем, що призвели до відставання у продуктивності</h3> <ol style="list-style-type: none"> 1. Неефективна організація праці (30-80%): <ul style="list-style-type: none"> - низький рівень автоматизації; - зайві функції та процеси; - дефіцит навичок управління проєктами. 2. Застаріле обладнання та неефективні технології (20-60%). 3. Структурні особливості економіки: <ul style="list-style-type: none"> - низькі доходи населення; - низька частка високотехнологічної продукції та ін. 	
	<h3 style="text-align: center;">Теорії та моделі підвищення продуктивності праці через впровадження змін та управління процесами</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Впровадження стандартів • Аналіз виробничих показників • Налаштування процесів передачі даних • Усунення надмірних та продубльованих функцій контролю • Заохочення ініціативи 	
	<h3 style="text-align: center;">Інструментарій</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Оцінка формулювання цілі за критеріями SMART • Діаграма Ішикави («Риб'яча кістка», fishbone) • Діаграма стимулів • Блок-схеми процесів, маршрути пацієнтів • Паспорти індикаторів • Моніторинг • Динамічні графіки • Цикл «Плануй–роби–аналізуй–дій» (ПРАД) (PDSA) • Навчальні сесії 	
	<p>Діаграма стимулів Назва: _____</p>  <p>Первинні стимули</p> <p>Вторинні стимули (основні зміни/рівень системи/організаційні зміни)</p> <p>Зміни/заходи (мікрорівень/рівень ЛПЗ)</p> <p>Мета:</p> <p>Вимірюваний результат:</p>	

Презентація до заняття 2.1. (продовження)

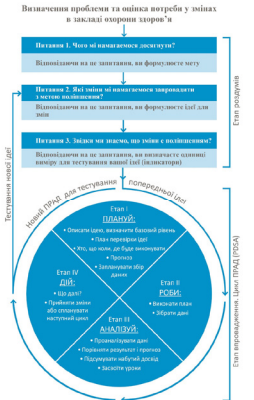
Слайд 9

**Приклад діаграми стимулів:
Участь чоловіків у профілактиці передачі ВІЛ
від матері до дитини (ППМД)**



Слайд 11

Етапи планування і тестування змін у циклі ПРАД

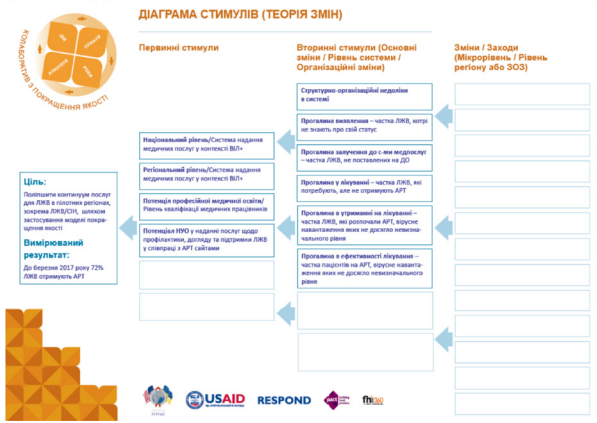


Адаптовано з програми вступу до моделі поліпшення, що фінансується Департаментом охорони здоров'я уряду Австралії.



Слайд 10

ДІАГРАМА СТИМУЛІВ (ТЕОРІЯ ЗМІН)



Слайд 12

Принципи покращення якості



Слухачі повинні знати:

- основні передумови теорії управління змінами;
- поняття та сутність теорії змін;
- поняття діаграми стимулів.

Слухачі повинні вміти:

- орієнтуватися в основних аспектах теорії змін.

Контрольні питання для самостійної роботи:

1. Які ви знаєте групи проблем, що призводять до відставання у продуктивності?
2. Назвіть передумови теорії управління змінами.
3. На чому ґрунтуються теорії та моделі підвищення продуктивності праці?
4. Назвіть відомі вам методології управління змінами.
5. Що таке діаграма стимулів?

Література

1. Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження / За ред. І. Семененко. – К.: Поліграф плюс, 2015. Модуль 1, с. – 16.
2. Керівництво для наставника з питань поліпшення якості. Міжнародна організація сімейного здоров'я (FHI360). Київ, 2013.
3. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я в Україні (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб). Методичні рекомендації. Київ, 2017.
4. Rakhmanova N, Bouchet B. Quality improvement handbook: a guide for enhancing performance of healthcare systems. Washington, DC: FHI 360; 2017.

Заняття 2.2. Модель поліпшення якості як основний інструмент управління якістю в сфері охорони здоров'я

Вид заняття: лекція.

Тривалість заняття: 1 академічна година.

Місце проведення: навчальна кімната.

Необхідні ресурси: проєктор, комп'ютер, фліп-чарт, фломастери, роздатковий матеріал.

Умови проведення лекції:

наявність досвіду управління закладом або підрозділом закладу охорони здоров'я, мотивація до отримання нової інформації про управління змінами та поліпшення якості, опанування матеріалу попередніх занять.

Навчальна мета: поглибити знання про модель поліпшення якості.

План проведення лекції	Час, хвилин
1. Ознайомлення слухачів з темою, метою, планом та порядком проведення лекції.	5
2. Короткий вступ до теми.	5
3. Інтерактивна доповідь викладача на тему лекції.	20
4. Запитання та відповіді, отримання зворотного зв'язку.	10
5. Заключне слово викладача.	5
Разом	45

Форма проведення: інтерактивна лекція, яка дає можливість слухачам працювати індивідуально, в парах або невеликими групами, де основним завданням кожного учасника є отримання інформації.

Короткий вступ до теми лекції

Модель поліпшення було розроблено організацією «Ессоушіейтс ін Просесс Імпрувмент» (Associates in Process Improvement) наприкінці 80-х – на початку 90-х років минулого століття. Вона призначалася для узагальнення масштабного вчення про те, як можна зберегти поліпшення, спираючись на теорії Едварда Демінга (Langley et al., 2009). Ця модель стала наріжним каменем циклу поліпшення, який ось уже десятиліття застосовується в усьому світі, і ставить три ключові запитання:

1. Чого ви намагаєтеся досягти?
2. Які зміни ви можете запровадити з метою поліпшення?
3. Звідки ви дізнаєтеся, що зміни є поліпшенням?

Модель поліпшення в поєднанні з циклом Е. Демінга «Плануй–роби–аналізуй–дій» (ПРАД) є базовою схемою успішного поліпшення. Застосування моделі поліпшення якості в системі охорони здоров'я зміцнює саму систему шляхом впровадження доказових технологій для досягнення конкретних цілей з поліпшення якості послуг та показників здоров'я.

Зацікавленими сторонами стосовно моделей поліпшення якості надання медичних послуг є однаковою мірою як представники керівництва і безпосередні надавачі послуг, так і отримувачі послуг (клієнти і пацієнти). Залучення їх усіх до вирішення проблем з надання медичних послуг є ключовою передумовою досягнення успіху та необхідне для з'ясування того, які саме елементи системи охорони здоров'я потребують доопрацювання. Зміни в системі надання окремої послуги чи системи загалом є центральною концепцією будь-якого проекту з поліпшення. Без внесення змін діяльність системи залишається такою ж самою, дає такі ж самі результати, але не кожна зміна веде до поліпшення. Тому ефекти від змін треба перевіряти й підтверджувати, що досягається за допомогою чотирьохетапного циклу Е. Демінга ПРАД.

Презентація до заняття 2.2.

Слайд 1

Цикл тематичного удосконалення «Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб)»

Модель безперервного поліпшення якості як основний інструмент управління якістю

Презентація до заняття 2.2

Слайд 2

Зміст

- Історичний контекст
- Якість медичної допомоги (визначення)
- Модель постійного вдосконалення якості
- Інструменти постійного вдосконалення якості

Слайд 3

Що спонукало до застосування методології покращення в системі охорони здоров'я?

- Прогалина між вимогами доказової медицини та реальним наданням допомоги.
- Системи охорони здоров'я все більше ускладнюються.
- Методи контролю (інспекції, колегіальні перевірки, аудит) вже не забезпечують якості.
- Незадоволеність послугами системи охорони здоров'я.
- Потреби у підвищенні рівня ефективності і кращих наслідках медичних втручань.

Слайд 4

Causes of death, US, 2013

Based on our estimate, medical error is the 3rd most common cause of death in the US

However, we're not even counting this - medical error is not recorded on US death certificates.

© 2016 BMJ Publishing Group Ltd.
Data source: http://www.cdc.gov/nchs/data/mau/rvar64/rvar64_02.pdf

Слайд 5

Ефективність лікування

Effectiveness of 3000 treatments as reported in randomised controlled trials selected by Clinical Evidence. This does not indicate how oftentreatments are used in healthcare settings or their effectiveness in individual patients.

Beneficial	11%
Likely to be beneficial	24%
Trade-off between benefits and harms	7%
Unlikely to be beneficial	50%
Likely to be ineffective or harmful	3%
Unknown effectiveness	5%

Слайд 6

Стан проблеми в Україні

Існує потреба замінити адміністративно-командний підхід до забезпечення якості медичної допомоги підходом, що базується на принципі управління процесом.

Слайд 7

Якість медичної допомоги (визначення)

- Ступінь, до якого медичне обслуговування для окремих осіб і населення загалом збільшує можливість бажаного результату стосовно здоров'я та є узгодженим із сучасним професійним знанням. (USAID 1999) <http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=C>
- Надання медичної допомоги та проведення інших заходів щодо організації надання закладами охорони здоров'я медичної допомоги відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я.

Наказ МОЗ від 28.09.2012 № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги» (зарєєстровано в Міністерстві юстиції України 28 листопада 2012 р. за № 1996/22308)

Слайд 8

Шість вимірів якості

Центральна роль пацієнта	Надання медичної допомоги кожному пацієнту відповідно до його індивідуальних потреб та цінностей, а також забезпечення того, щоб цінності пацієнта спрямовували всі політичні рішення.
Безпечність	Убезпечення пацієнтів від шкоди під час отримання ним медичних послуг.
Ефективність	Забезпечення послуг, що базуються на наукових знаннях.
Раціональність	Уникання зайвих витрат, у тому числі витрат оснащення та всіх видів ресурсів.
Справедливість	Забезпечення допомоги, яка не відрізняється за якістю для різних хворих за такими особистими характеристиками, як вік, етнічна належність, географічне положення чи соціально-економічне становище.
Своєчасність	Скорочення черг, а іноді й небезпечних затримок для тих, хто послуги отримує, і тих, хто їх надає.

Better Health, Better Care – Action Plan Scottish Government 2008
Інститут Медицини США, 2001

Презентація до заняття 2.2. (продовження)

Слайд 9

Основні механізми управління якістю

- Ліцензування
- Акредитація
- Стандартизація
- Сертифікація
- Атестація (безперервний професійний розвиток)



Слайд 10

Модель поліпшення



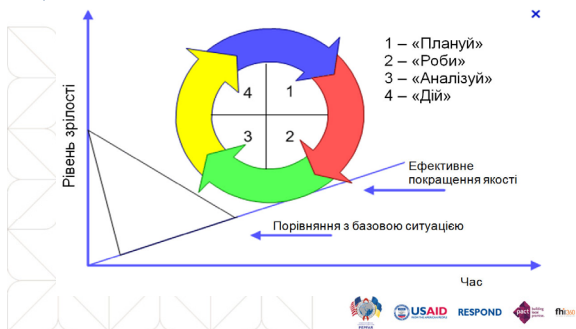
How to guide for quality improvement. The AURUM institute, 2014. <http://www.auruminstitute.org/qualityimprovement/>



Слайд 11

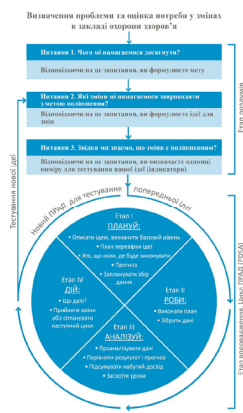
Цикл управління якістю ПРАД Едварда Демінга (1994 рік)

Цикл У. Шухарта, 1939 рік



Слайд 12

Етапи планування і тестування змін у циклі ПРАД



Адаптовано з програми введення до моделі поліпшення, що фінансується урядом Австралії, Департаментом охорони здоров'я.



Слайд 13

Інструментарій

- Оцінка формулювання мети за допомогою критеріїв SMART
- Діаграма Ішикави («Риб'ячий скелет», fishbone)
- Діаграма стимулів
- Блок-схеми процесів
- Маршрути пацієнта
- Паспорт індикаторів
- Моніторинг
- Динамічні графіки
- Навчальні сесії



Слайд 14

Критерії SMART

КРИТЕРІЙ МЕТИ	ОПИС
Specific (конкретна, точна, певна)	Однозначна, з чітким визначенням обсягів покращення і залучених систем: хто, що, як?
Measurable (вимірювана)	Має кількісний показник вимірювання досягнень: скільки?
Achievable (досяжна)	Реалістична, підкріплена ресурсами, можлива для досягнення за умови виконання певних дій.
Relevant (актуальна)	Потрібна, відповідає потребам у часі та місці.
Timeframe (визначена у часі)	Має чіткі часові рамки: коли?
Audience (аудиторія)	Специфічна цільова аудиторія: хто або кому?



Слайд 15

Дорожня карта покращення якості

Покращення клінічного результату для ВІЛ-інфікованих осіб, та осіб, які живуть із сифілісом народничим та сифілісом вторинним

ОГРОДЖЕННЯ У ПОШИРЕННІ: Належні процеси: Планування клінічного результату для ВІЛ-інфікованих осіб, та осіб, які живуть із сифілісом народничим та сифілісом вторинним. Цілі: Зменшення захворюваності на ВІЛ-інфекцію до 2017 року. Цілі: Зменшення захворюваності на ВІЛ-інфекцію до 2017 року. Обсяг покращення: Проект з покращення організації на пацієнтський рівень залучення представників місцевої спільноти, перш за все стосовно інтеграції наглядних догляду та тестування на ВІЛ, диспансеризації, залучення до лікування та досягнення його ефективності у пацієнтів із встановленим ВІЛ-інфекцією серед осіб та вродженої вагітності у жінки, на базі клініки Центру СНІД, АРВ сайту і залучення кабінету клінічної діагностики (лінійного), народничого, вторинного сифілісу та надання організації, які надають послуги ЛІВ та послуги і зменшення шкідливого впливу на спільноту представників груп ризику. Залучення засобів: А) СМАРТ: 1. Вибір лінійної інформаційної системи «Кабінет», кабінет спеціаліста лінійного (оптимізація роботи експертів). 2) на базі інформаційно-комунікаційної системи «Кабінет» (оптимізація роботи експертів). 2. Вибір лінійної інформаційної системи «Кабінет», кабінет спеціаліста лінійного (оптимізація роботи експертів). 3. Вибір лінійної інформаційної системи «Кабінет», кабінет спеціаліста лінійного (оптимізація роботи експертів). 4. Вибір лінійної інформаційної системи «Кабінет», кабінет спеціаліста лінійного (оптимізація роботи експертів).



Слайд 16

Інструмент оцінки та поліпшення якості виробничих процесів

Варіанти назви:

- діаграма Ішикави;
- «Риб'ячий скелет» / «Риб'яча кістка»;
- англійська назва: fishbone.

- «6М»:
- матеріал (material);
 - обладнання (machine);
 - вимірювання (measurement);
 - метод (method);
 - люди (men);
 - управління (management).



Презентація до заняття 2.2. (продовження)

Слайд 17

Діаграма стимулів

Назва: _____

Первинні стимули | Вторинні стимули (основні зміни / рівень системи / організаційні зміни) | Зміни / заходи (мікрорівень / рівень ЛПЗ)

Мета: _____

Вимірюваний результат: _____

USAID RESPOND

Слайд 18

Індикатор якості медичної допомоги

Кількісний або якісний показник, відносно якого існують докази чи консенсус щодо його безпосереднього впливу на якість медичної допомоги; визначається ретроспективно.

Наказ МОЗ від 28.09.2012 № 752
«Про порядок контролю якості медичної допомоги»
(зарєстровано в Міністерстві юстиції України
28 листопада 2012 р. за № 1996/22308)

- Джерела ІЯ: клінічні рекомендації, систематичні огляди, результати найкращого досвіду, думка експертів.
- Не є підставою для однозначного висновку про якість надання медичної допомоги.
- Цінність – у трактуванні результату та виявленні потенційно небезпечної ділянки, де найчастіше трапляються порушення технології ведення хворого.

USAID RESPOND

Слайд 19

Паспорт індикатора якості медичної допомоги містить такі розділи:

а) назва індикатора (компактно та змістовно суть індикатора);

б) зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги (посилання на адаптовану клінічну настанову, стандарт, уніфікований клінічний протокол медичної допомоги);

в) зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора (опис аспектів якості медичної допомоги, параметрів системи охорони здоров'я, ознак пацієнтів (стать, вік тощо), які аналізуються за допомогою індикатора, застереження щодо хибної інтерпретації індикатора, опис ситуації, коли аналіз не може бути здійснений тощо);

г) інструкція з обчислення індикатора.

Методика розробки систем індикаторів якості медичної допомоги

USAID RESPOND

Слайд 20

КОНЦЕПТ Циклів Демінга (PDSAs)

Було б непогано вести записи за вашими діями по Циклу Демінга. Завдяї цієї мети, було розроблено кілька різних шаблонів (див. нижче). Нікому не забороняється розробити власний шаблон за бажанням. Не забувайте для кожного Циклу Демінга використовувати новий шаблон.

Загальна мета [Тут слід вказати свою загальну мету, чого ви прагнете досягти, межі, строки, тощо]

Мета Циклу Демінга [Тут слід вказати, яких результатів ви прагнете досягти після тестування своєї діяльності за Циклом Демінга]

Ідея проведення змін [Тут слід чітко зазначити ідею змін, які ви прагнете провести]

Заходи (результат і процеси) [Тут слід вказати міру результату, якої ви сподіюєтесь, або бачите, і міру процесу, якої б сподіюєтесь, чи вам вдалося провести заплановані зміни]

Прогноз [Тут слід вказати, що на вашу думку трапиться протягом тесту і чому]

USAID RESPOND

Слайд 21

Моніторинг покращення

Систематичний процес збору інформації щодо результативності клінічної або неклінічної діяльності загалом або окремих її сфер.

- Періодичний
- Безперервний

Застосовується до:

- конкретних проблемних питань
- або для перевірки ключових сфер діяльності.

USAID RESPOND

Слайд 22

Приклад графіка покращення

Особи, які не завершили лікування від туберкульозу у клініці Тамбо

% Відсоток пацієнтів з туберкульозом, які не повертаються за медичними, новим рецептом протягом тижня після запланованої дати

Цільовий показник

Медіана базових показників діяльності

Початок перевірки

USAID RESPOND

Слайд 23

Динамічний графік

Відсоток пацієнтів, які пройшли тестування на ВІЛ

Ціль

Впроваджено алгоритм переадресації

Впроваджено 2 швидкі тести

Супровід на тестування

USAID RESPOND

Слайд 24

Колаборатив з питань управління проектами з використанням циклів ПРАД

П-Р-А-Д: Плануй-Роби-Аналізуй-Дій

Залучення учасників

Вибір цілі

Розробка плану та змін

Період дій

Підсумкові конференції та публікації

USAID RESPOND

Презентація до заняття 2.2. (продовження)

Слайд 25



Слайд 26

Переваги використання моделі поліпшення якості на рівні ЗОЗ

- Формування команди фахівців, здатних очолити процеси безперервного поліпшення якості у всіх підрозділах закладу.
- Формування середовища, доброзичливого до пацієнтів, орієнтованого на постійний моніторинг задоволеності пацієнтів якістю медичного обслуговування.
- Створення умов для своєчасного впровадження нових медико-технологічних документів на засадах доказової медицини.
- Забезпечення впровадження системи моніторингу індикаторів якості медичної допомоги, визначених у медико-технологічних документах.
- Відповідність ЗОЗ критеріям акредитації та сертифікації, які затверджено МОЗ України.
- Формування організаційної культури, відкритої до безперервного впровадження змін у напрямі поліпшення якості надання медичної допомоги.



Слайд 27

Переваги застосування моделі поліпшення якості на рівні органів УОЗ

- Забезпечення ефективного впровадження нових медико-технологічних документів на засадах доказової медицини.
- Впровадження системи моніторингу індикаторів якості медичної допомоги.
- Формування в регіоні мережі ЗОЗ, які використовують систему поліпшення якості медичного обслуговування, у т. ч. моніторинг задоволеності пацієнтів якістю медичного обслуговування.
- Поширення досвіду ЗОЗ, які ведуть успішну та ефективну діяльність із впровадження змін та поліпшення якості, на інші заклади охорони здоров'я.
- Підвищення рейтингу ЗОЗ на основі результатів їх акредитації.
- Удосконалення процедури ліцензування медичної практики.



Слайд 28

Організаційні умови забезпечення процесу поліпшення якості надання медичної допомоги в ЗОЗ

- Наявність у закладі відповідальної особи з питань управління якістю.
- Наявність нормативних актів, якими затверджено план дій з питань управління якістю надання медичної допомоги в закладі.
- Наявність документального підтвердження проходження особою, відповідальною за якість надання медичної допомоги в закладі, курсів тематичного удосконалення з питань застосування моделі безперервного поліпшення якості на рівні ЗОЗ у вищому медичному навчальному закладі післядипломної освіти.
- Наявність у ЗОЗ сформованої робочої групи (локальної команди) з питань поліпшення якості надання медичної допомоги.
- Використання електронних систем і навички роботи з ними.



Слайд 29

Принципи покращення якості



Слухачі повинні знати:

- основні механізми управління якістю на рівні закладу охорони здоров'я;
- поняття і суть моделі поліпшення якості.

Слухачі повинні вміти:

- вільно орієнтуватися в теоретичних і практичних проблемах моделі поліпшення якості.

Контрольні питання для самостійної роботи

1. Які етапи циклу впровадження змін вам відомі?
2. Назвіть компоненти якості.
3. Назвіть основні шість вимірів якості на сучасному етапі.
4. Перелічіть відомі вам інструменти з застосування моделі поліпшення якості.
5. Що таке цикл ПРАД?

Література

1. Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження / За ред. І. Семененко. – К.: Поліграф плюс, 2015. Модуль 2, ст. 4-16.
2. Керівництво для наставника з питань поліпшення якості. Міжнародна організація сімейного здоров'я (FHI360). Київ, 2013.
3. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я в Україні (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб). Методичні рекомендації. Київ, 2017.
4. Наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454 «Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року».
5. Наказ МОЗ України від 21.09.2012 № 732 «Про затвердження Плану заходів МОЗ України на виконання Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року».
6. Наказ МОЗ України від 22.12.2008 № 763 «Про затвердження системи управління якістю» (зі змінами згідно з наказом МОЗ України від 23.02.2009 № 111).
7. Наказ МОЗ України від 02.11.2011 № 743 «Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги».
8. Наказ МОЗ України від 26.03.2009 № 189 «Про Порядок контролю та управління якістю медичної допомоги» (зі змінами згідно з наказом МОЗ України від 05.05.2009 № 299).
9. Наказ МОЗ України від 20.12.2013 № 1116 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 14 березня 2011 року № 142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я».
10. Rakhmanova N, Bouchet B. Quality improvement handbook: a guide for enhancing performance of healthcare systems. Washington, DC: FHI 360; 2017.

Заняття 2.3. Приклади впровадження моделі поліпшення якості ВІЛ-послуг у пілотних регіонах

- Вид заняття:** семінар.
- Тривалість заняття:** 2 академічні години.
- Місце проведення:** навчальна кімната.
- Необхідні ресурси:** проектор, комп'ютер, фліп-чарт, фломастери, роздатковий матеріал, приклади впровадження моделі поліпшення якості ВІЛ послуг у пілотних регіонах.
- Умови проведення семінару:** наявність попередньої підготовки з питань, запланованих для розгляду на занятті. Для цього слухачі курсу повинні використати лекційні матеріали, рекомендовану літературу, методичні вказівки, власний досвід управління в закладі охорони здоров'я та ознайомитися з прикладами успішних змін у сфері поліпшення якості ВІЛ-послуг (5 обраних прикладів з пілотних регіонів).
- Навчальна мета:** поглибити знання та розуміння питань системи управління якістю з метою поліпшення якості медичних послуг із застосуванням моделі безперервного поліпшення якості.
- Завдання заняття:**
1. Ознайомитися з прикладами практичного впровадження моделі поліпшення якості медичних послуг у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу.
 2. Опрацювати в малих групах приклади впровадження моделі поліпшення якості ВІЛ-послуг у пілотних регіонах з метою визначення окремих складових застосування моделі поліпшення якості на практиці.
 3. Провести обговорення в загальній групі розглянутих у малих групах прикладів застосування моделі поліпшення якості у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу.
 4. Закріпити розуміння практичного значення застосування моделі безперервного поліпшення якості як основного інструменту управління якістю.

План проведення семінару	Час, хвилин
1. Ознайомлення слухачів з темою, метою, завданням, планом та порядком проведення семінарського заняття.	5
2. Короткий вступ до теми семінарського заняття: презентація успішного прикладу застосування моделі поліпшення якості ВІЛ-послуг.	10
3. Формування малих груп, визначення формату роботи і питань для опрацювання в малих групах.	10
4. Робота в групах.	20
5. Презентація результатів роботи малих груп.	20
6. Підбиття підсумків та обговорення результатів роботи в групах	10
7. Заключне слово викладача та його оцінка практичного значення виконаної роботи.	10
Разом	90

- Форма проведення семінару:** розгорнута бесіда за планом, презентація результатів роботи в малих групах, обговорення та підбиття підсумків у загальній групі.

Короткий вступ до семінарського заняття

У вступі до теми семінарського заняття на прикладі впровадження моделі поліпшення якості ВІЛ-послуг у Запорізькій області (презентація до заняття 2.3) слід провести:

- структуроване визначення мети впровадження проекту поліпшення якості ВІЛ-послуг;
- виявлення проблем (прогалин), які потребують вирішення;
- визначення змін, запропонованих регіональною командою з покращення якості для усунення виявлених проблем (прогалин).

Після цього на прикладі етапних результатів реалізації змін у регіоні здійснюється аналіз можливих варіантів відповіді на запитання про те, чи є запропоновані зміни покращенням.

Презентація до заняття 2.3.

Слайд 1

Цикл тематичного удосконалення
«Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб)»

Приклади впровадження моделі поліпшення якості ВІЛ-послуг у пілотних регіонах

Презентація до заняття 2.3

Слайд 2

Цілі ЮНЕЙДС до 2020 року

Знають свій ВІЛ-статус

Отримують АРТ

Мають невизначальне вірусне навантаження

Та нуль дискримінації

Слайд 3

Визначення прогалин

Каскад профілактики та лікування ЛЖВ у Запорізькій області у співвіднесенні з цілями ЮНЕЙДС «90-90-90», станом на 01.01.2016

Метрика	Ціль	Станом на 01.01.2016 р.
Оцінювана чисельність ЛЖВ (програма Spektrum)	90%	6531
Знаходяться на мед. обліку з діагнозом ВІЛ	90%	5878
На АРТ	90%	5290
Мають невизначальне ВН (зразків з ВН <40) (розраховане)	90%	4761 (86%)

Слайд 4

МОДЕЛЬ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ

Чого ми намагаємося досягнути?
Які зміни ми намагаємося запровадити з метою покращення?
Звідки ми знаємо про те, що зміни є покращенням?

How to guide for quality improvement. The AURUM institute, 2014
<http://www.auruminstitute.org/qualityimprovement/>

Слайд 5

Чого ми намагаємося досягнути?

Мета проекту

Шляхом усунення прогалин у континуумі послуг досягти до **1 квітня 2017 року своєчасного виявлення та ефективного антиретровірусного лікування щонайменше 72% людей, які живуть з ВІЛ**, у тому числі **споживачів ін'єкційних наркотиків**, зменшуючи всі прояви **дискримінації та стигми** щодо людей, які живуть з ВІЛ.

Слайд 6

Чого ми намагаємося досягнути?

Перелік завдань та цільових значень показників покращення для Запорізької області до 1 квітня 2017 року

- Збільшити виявлення ЛЖВ до 80% (5 026 осіб).
- Підвищити рівень залучення ЛЖВ до системи меднагляду та утримання в ній до 72% (4 523 особи)
- Збільшити охоплення ЛЖВ АРТ до 72% (4 523 особи).
- Збільшити частку ЛЖВ, які мають невизначальне навантаження, до 65% (4 083 особи).

Слайд 7

«Божевільня – робити одне й те саме знову і знову і щоразу чекати на інший результат».

Вислів приписують Альберту Ейнштейну з виступу на Співці анонімних наркоманів

Ми впроваджуємо зміни в системі надання ВІЛ-послуг шляхом:

- залучення всіх фахівців, які надають послуги особам із груп найвищого ризику, до співпраці для досягнення мети (створити команду);
- зменшення втрат пацієнтів на етапах їх виявлення, залучення та утримання в лікуванні;
- ефективного використання даних для планування заходів та потреб у ресурсах.

Слайд 8

Які зміни ми намагаємося запровадити з метою покращення?

Перелік змін, які впроваджувалися з метою виконання поставлених завдань у Запорізькій області

- Подовження в лікувальних закладах робочого часу для забору крові з метою дослідження на ВІЛ.
- Доставка зразків крові до лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції не рідше одного разу на тиждень.
- Впровадження в ЛПЗ тестування на ВІЛ з використанням швидких тестів.
- Однчасне взяття крові на CD4, ІФА для взяття на диспансерний облік.

Презентація до заняття 2.3. (продовження)

Слайд 9

Які зміни ми намагаємося запровадити з метою покращення?

Перелік змін, які впроваджувалися з метою виконання поставлених завдань у Запорізькій області (2)

- Залучення сімейних лікарів до обстеження осіб з ГНР та до організації надання медичної допомоги ЛЖВ.
- Передача результатів лабораторних обстежень пацієнтів з ОЦ СНІДу на сайти АРТ через Інтернет.
- Децентралізація АРТ.
- Соціальний супровід ЛЖВ.
- Ведення електронного інструменту обліку ЛЖВ і наданих їм послуг.



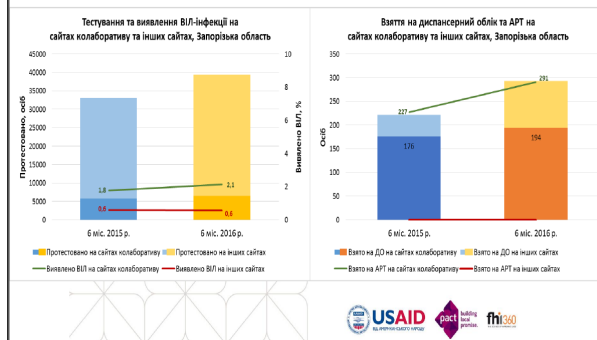
Слайд 10

Етапні результати впровадження змін на прикладі покращення ВІЛ-послуг у Запорізькій області



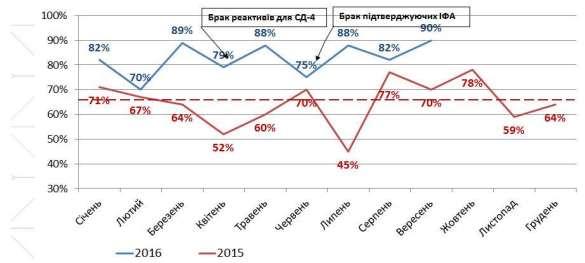
Слайд 11

Запорізька область



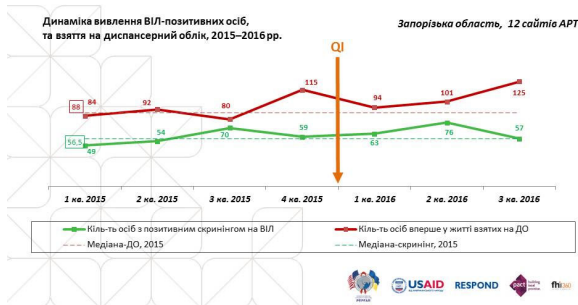
Слайд 12

Відсоток ЛЖВ, зареєстрованих в службах СНІДу впродовж 30 днів після скринінгу на ВІЛ, січень 2015 – вересень 2016 рр., Запорізька область



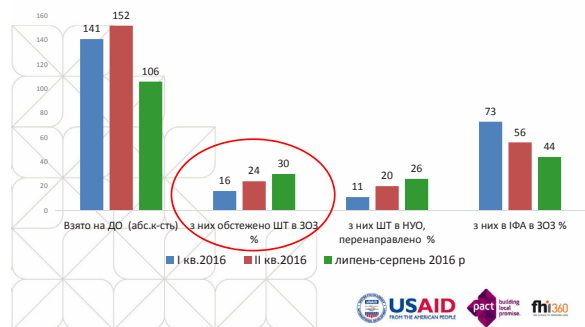
Слайд 13

Кількість осіб, які отримали позитивний результат скринінгу на ВІЛ та були зареєстровані в службах СНІДу, по кварталах, 2015-2016 рр., Запорізька область



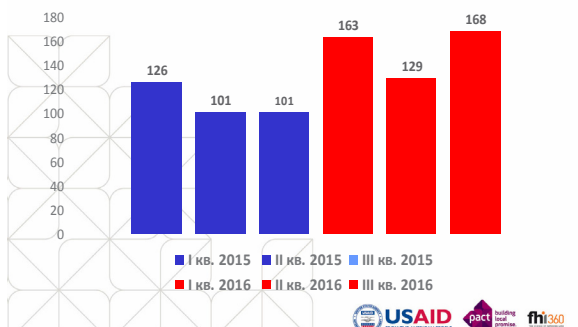
Слайд 14

Аналіз взяття ЛЖВ на ДО з урахуванням місця і типу їх тестування



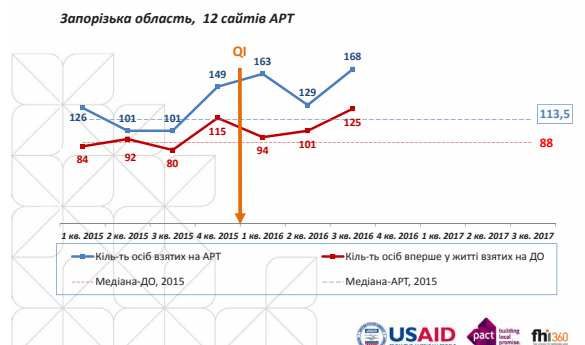
Слайд 15

Динаміка взяття на АРТ на сайтах Запорізької області у 2015–2016 рр., осіб



Слайд 16

Динаміка взяття на диспансерний облік та АРТ, 2015–2016 рр., осіб



Презентація до заняття 2.3. (продовження)

Слайд 17

Приклади етапних результатів впровадження змін для покращення ВІЛ-послуг на окремих сайтах Запорізької області

Кількість осіб, узятих на диспансерний облік (без урахування дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями) у м. Енергодарі за 11 місяців 2015 та 2016 рр.

Місяць	ВІЛ-інфіковані пацієнти, взяті на ДО у звітному році, але виявлені в попередні роки (втрачені з дати позитивного результату)	ВІЛ-інфіковані пацієнти, взяті на ДО у звітному році, але виявлені в попередні роки (втрачені з дати позитивного результату)
11 міс. 2015 р.	12	1
11 міс. 2016 р.	22	4

Слайд 19

Кількість осіб, узятих на диспансерний облік (без урахування дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями) у м. Бердянську за 11 місяців 2015 та 2016 рр.

Місяць	ВІЛ-інфіковані пацієнти, взяті на ДО у звітному році, але виявлені в попередні роки (втрачені з дати позитивного результату)	ВІЛ-інфіковані пацієнти, взяті на ДО у звітному році, але виявлені в попередні роки (втрачені з дати позитивного результату)
11 міс. 2015 р.	22	7
11 міс. 2016 р.	24	13

Питання для аналізу прикладу

- Визначення проблеми, яка потребувала вирішення, в запропонованому прикладі.
- Зміни, впроваджені з метою вирішення визначеної проблеми.
- Результати впроваджених змін.
- Чи стали впроваджені зміни поліпшенням і на підставі чого зроблено такий висновок?
- Які можуть бути наступні кроки для забезпечення безперервності поліпшення якості послуг у запропонованому прикладі?

Питання для обговорення в малих групах

1. Яку проблему в запропонованому прикладі визначено такою, що потребує вирішення?
2. Які зміни впроваджено для вирішення визначеної проблеми?
3. Якими є результати впроваджених змін?
4. Чи стали впроваджені зміни поліпшенням і на основі чого зроблено такий висновок?
5. Які наступні кроки для забезпечення безперервності поліпшення якості послуг у запропонованому прикладі?

Робота в групах: слухачі об'єднуються в малі групи по 4 – 5 осіб; кожній групі для опрацювання надається приклад впровадження моделі поліпшення якості ВІЛ-послуг в одному з пілотних регіонів (**Додаток 2.3.1**).

Варіант 1

Зміна: Залучення ЛЖВ до медичної допомоги у службі СНІДу перед випискою з протитуберкульозних і наркологічних диспансерів.

Прогалина: Залучення до медичної допомоги.

Варіант 2

Зміна: Нагадування пацієнтам про візит до лікаря шляхом надсилання СМС-повідомлень та листів, здійснення телефонних дзвінків.

Прогалина: Залучення до медичної допомоги.

Варіант 3

Зміна: Забезпечення проведення необхідних лабораторних тестів (ІФА, CD4 та біохімічний аналіз крові) під час одного візиту пацієнта до кабінету «Довіра» / сайту АРТ.

Прогалина: Залучення до медичної допомоги.

Варіант 4

Зміна: Збільшення часу роботи сайтів АРТ, надання лабораторних послуг під час одного візиту пацієнта і покращення логістики між сайтами АРТ та лабораторіями.

Прогалина: Залучення до медичної допомоги.

Варіант 5

Зміна: Децентралізація початку та ведення АРТ з обласного центру СНІДу до місцевих сайтів АРТ.

Прогалина: Антиретровірусна терапія.

Опрацювання прикладів у малих групах проводиться відповідно до наведених вище питань для обговорення.

За результатами проведеного семінарського заняття:**слухачі повинні знати:**

- приклади впровадження моделі поліпшення якості ВІЛ-послуг;
- можливі варіанти використання інструменту моделі безперервного поліпшення якості в рамках системи управління якістю на рівні закладу охорони здоров'я і на територіальному рівні;

слухачі повинні вміти:

- аналізувати приклади застосування моделі безперервного поліпшення якості та визначати її основні компоненти;
- визначення проблеми, яка потребує вирішення;
- зміни, які впроваджено для вирішення визначеної проблеми;
- аналіз результатів впроваджених змін.

Додатки

1. Додаток 2.3.1. Успішні зміни у сфері покращення якості. Приклади з пріоритетних регіонів Проекту USAID RESPOND.
2. Додаток 2.3.2. Приклад постеру для презентації результатів проекту з поліпшення якості континууму ВІЛ-послуг в Запорізької області на навчальній сесії.

Література

1. Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження / За ред. І. Семененко. – К.: Поліграф плюс, 2015. Модуль 2, с. 28-35.
2. Керівництво для наставника з питань поліпшення якості. Міжнародна організація сімейного здоров'я (FHI360). Київ, 2013.
3. Успішні зміни в сфері покращення якості. Приклади з семи пріоритетних регіонів Проекту RESPOND. – Київ, 2017. – 24 с.
4. Rakhmanova N, Bouchet B. Quality improvement handbook: a guide for enhancing performance of healthcare systems. Washington, DC: FHI 360; 2017.

Додаток 2.3.1. Успішні зміни у сфері покращення якості. Приклади з пріоритетних регіонів Проекту USAID RESPOND

Варіант 1.

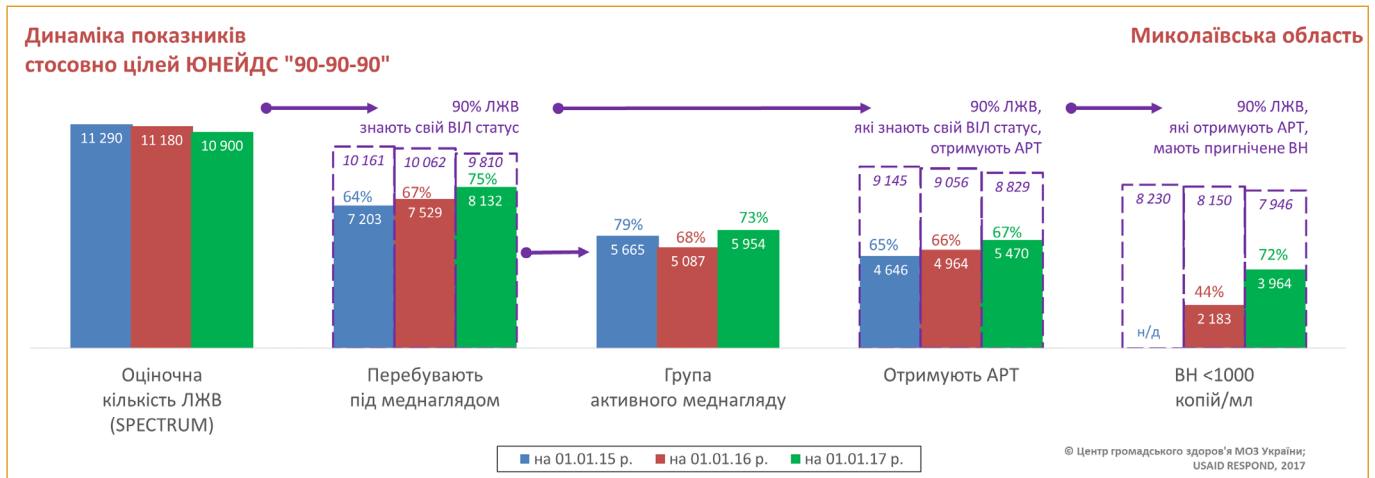
Зміна: **Тестування на ВІЛ статевих партнерів ЛЖВ**

Прогалина: **Тестування на ВІЛ та перенаправлення**

Область: **Миколаївська**

Опис проблеми і завдання щодо покращення

У Миколаївській області станом на 1 січня 2017 року різниця між оціночною кількістю ЛЖВ та кількістю пацієнтів на диспансерному обліку в обласній службі СНІДу складала майже 2 800 осіб або 25%. Завдання регіональної команди з покращення якості полягає у збільшенні частки ЛЖВ на диспансерному обліку не менш як до 90% від їх загальної оціночної кількості станом на кінець 2017 року.



Системні питання та протестовані зміни

Однією з причин прогалини у тестуванні на ВІЛ у Миколаївській області є низький рівень охоплення послугами із тестування статевих партнерів ЛЖВ. Самі ж ЛЖВ мають складнощі з обговоренням власного ВІЛ-статусу зі статевими партнерами, враховуючи наявний у суспільстві рівень стигматизації та дискримінації. У той же час, статеві партнери ЛЖВ залишаються групою із вкрай високим ризиком інфікування ВІЛ. Для вирішення даної проблеми, регіональна команда з покращення якості провела тренінги із мотиваційного консультування та допомоги ЛЖВ у розкритті статусу статевим партнерам для лікарів сайтів АРТ. Окрім того, на трьох сайтах АРТ проект USAID RESPOND підтримував втручання Миколаївського відділення Мережі «100% життя», спрямоване на статевих партнерів ЛЖВ.

Масштаби заходів з покращення

Десять сайтів АРТ у Миколаївській області взяли участь у тестуванні зміни, три з яких також було посилено діяльністю Миколаївського відділення Мережі «100% життя».

Заходи з покращення: опис та результати

Локальні команди з покращення якості відстежували впровадження зміни за двома наступними індикаторами:

- Кількість статевих партнерів ЛЖВ, протестованих на ВІЛ.
- Кількість ВІЛ-позитивних результатів серед протестованих статевих партнерів ЛЖВ.

Впровадження даної зміни дало змогу ефективно охопити статевих партнерів ЛЖВ послугами із тестування на ВІЛ. Протягом більш як дев'яти місяців, із жовтня 2016 року по червень 2017 року, 967 статевих партнерів ЛЖВ було протестовано на десяти сайтах АРТ. Із них 131 отримав позитивний результат, що дало рівень виявлення у 13,5%.

Засвоєні уроки та наступні кроки

Хоча багато ЛЖВ приводили на тестування тільки своїх чоловіка/дружину, а не всіх статевих партнерів, зміну все ж можна вважати успішною. На рівні області вона сприяла зменшенню прогалини у тестуванні на ВІЛ із



33% станом на 1 січня 2016 року до 25% на 1 січня 2017 року (див. крос-секційний каскад). Всі десять сайтів АРТ продовжать надавати послуги з консультування і тестування на ВІЛ статевим партнерам ЛЖВ, водночас покращуючи співпрацю з НУО, здатними посилити їх діяльність власними заходами.

Варіант 2.

Зміна: **Тестування на ВІЛ двома швидкими тестами або ІФА вузькими спеціалістами та лікарями ПМСД**

Прогалина: **Тестування на ВІЛ та перенаправлення**

Область: **м. Київ**

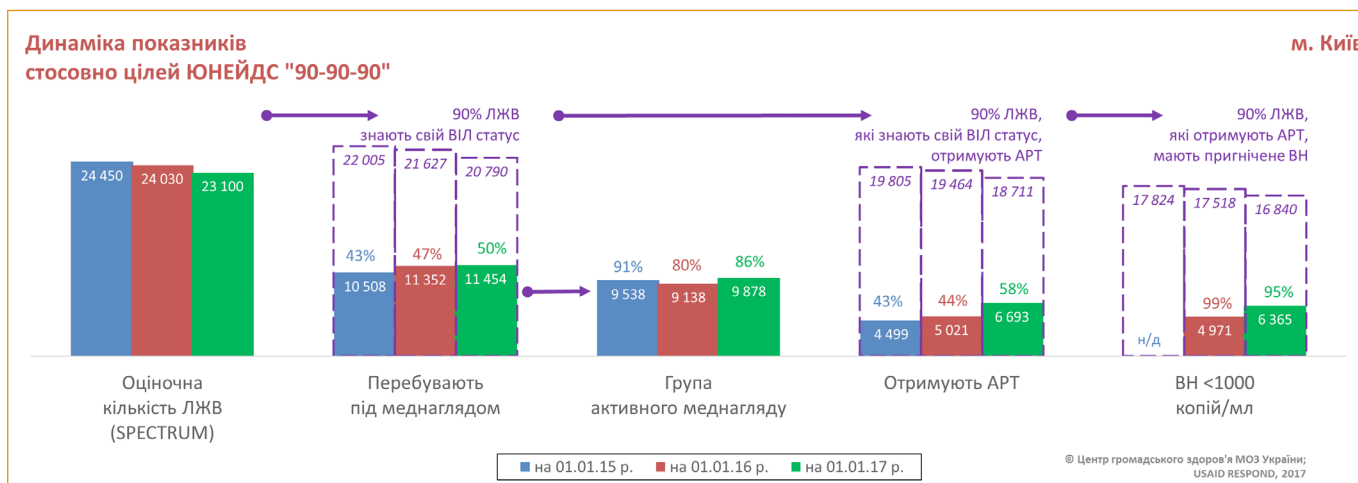
Опис проблеми і завдання щодо покращення

У м. Київ станом на 1 січня 2017 року різниця між оціночною кількістю ЛЖВ та кількістю пацієнтів на диспансерному обліку в обласній службі СНІДу складала понад 11 600 осіб або 50%. Завдання регіональної команди з покращення якості полягає у збільшенні частки ЛЖВ на диспансерному обліку не менш як до 65% від їх загальної оціночної кількості станом на січень 2018 року.

Системні питання та протестовані зміни

У м. Київ наступні фактори спричинили прогалину у тестуванні на ВІЛ та перенаправленні: (1) Послуги із тестування на ВІЛ не надаються лікарями ПМСД та більшістю вузьких спеціалістів (за виключенням фтизіатрів та венерологів); (2) Вузьким спеціалістам та лікарям ПМСД бракує знань та вмінь із тестування на ВІЛ; (3) Відсутність швидких тестів у лікувальних закладах; (4) За відсутності швидких тестів, тестування з використанням ІФА доступне лише раз на тиждень, так як вимагає транспортування біоматеріалу до лабораторії.

Для вирішення даних проблем, регіональна команда з покращення якості впровадила наступні кроки: (1) залучення вузьких спеціалістів та фахівців ПМСД до надання послуг із тестування на ВІЛ, що включає їх навчання оцінці ризиків інфікування ВІЛ та клінічних показань до тестування, а також навичкам консультування та тестування з використанням швидких тестів та ІФА; (2) Оптимізація маршрутів пацієнта для тестування на ВІЛ у всіх лікувальних закладах; (3) Більш часте транспортування зразків крові до лабораторії; (4) Забезпечення



чення всіх лікувальних закладів та персоналу, задіяного у тестуванні на ВІЛ, швидкими тестами, закупленими коштом міського бюджету та/або наданими АНФ.

Масштаби заходів з покращення

Усі чотири локальні команди з покращення якості впроваджували зміну починаючи з січня 2017 року. Понад 200 фахівців було навчено наданню послуг із тестування на ВІЛ.

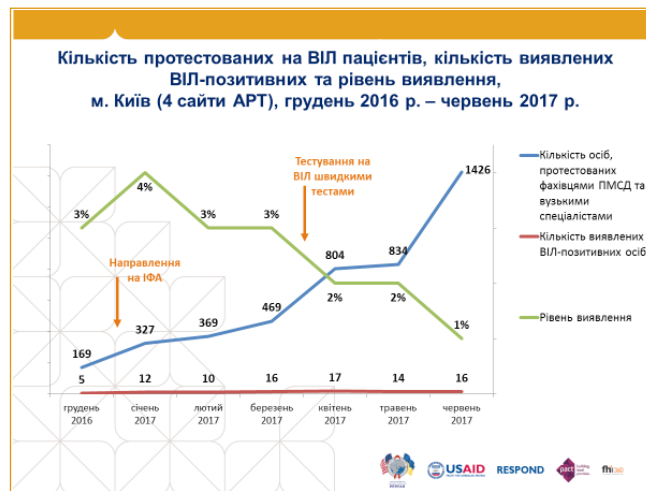
Заходи з покращення: опис та результати

Команди з покращення якості щомісячно відстежували зміну за двома індикаторами:

- Кількість осіб, протестованих на ВІЛ вузькими спеціалістами та фахівцями ПМСД.
- Кількість та частка виявлених ВІЛ-позитивних.

В результаті, за період із грудня 2016 року по червень 2017 року кількість осіб, протестованих на ВІЛ вузькими спеціалістами та фахівцями ПМСД, зросла майже у 12 разів. Головним успіхом даної зміни можна вважати залучення широкого кола медичних фахівців до тестування на ВІЛ. Також збільшилась частота транспортування біоматеріалу з усіх медичних закладів. Значною мірою зросли охоплення послугами з тестування на ВІЛ та їх доступність у чотирьох районах міста.

Проте, зі збільшенням кількості пацієнтів, протестованих на ВІЛ, та помірній кількості виявлених з-поміж них ВІЛ-позитивних, рівень виявлення зменшився з 3-4% до 1-2%. Цей спад відображає «криву практичного навчання» надавачів послуг до тестування на ВІЛ, які тільки розпочали впроваджувати скринінг пацієнтів на ризиковану поведінку та тестування на ВІЛ з ініціативи медпрацівника. Також, загалом рівень виявлення ВІЛ-інфікованих осіб фахівцями ПМСД є нижчим за аналогічний показник для вузьких спеціалістів. Таким чином, залучення до тестування на ВІЛ значної кількості фахівців ПМСД об'єктивно знижує рівень виявлення, особливо на ранніх етапах. Очікується, що рівень виявлення зросте з часом, коли фахівці стануть більш досвідченими у проведенні скринінгу на ризиковану поведінку та клінічні показання до тестування на ВІЛ, а також у консультування пацієнтів.



Засвоєні уроки та наступні кроки

Надання послуг із тестування на ВІЛ фахівцями ПМСД та вузькими спеціалістами було включено як окрему активність до Міської цільової програми протидії епідемії ВІЛ-інфекції на 2017 – 2021 рр., розробленої у відповідності до ініціативи UNAIDS з прискореного подолання епідемії ВІЛ-інфекції у великих містах Fast Track Cities. Швидкі тести будуть закуплені з міського бюджету Києва, а тестування на ВІЛ із їх використанням увійде до рутинної практики всіх лікувальних закладів міста.

Варіант 3.

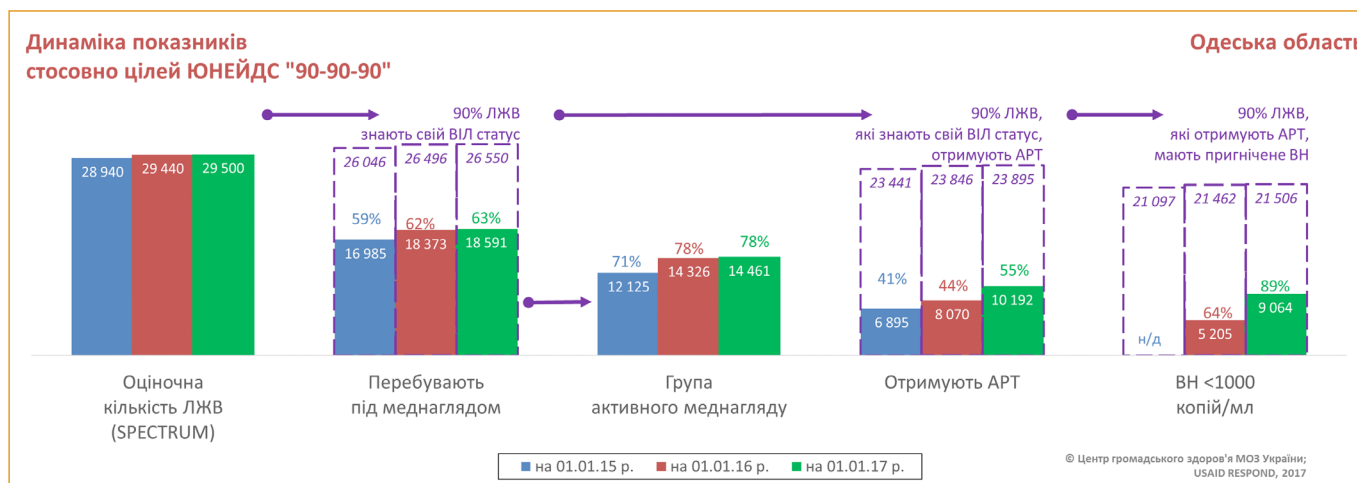
Зміна: **Взяття ЛЖВ, виявлених під час госпіталізації, на диспансерний облік у службі СНІДу до їх виписки зі стаціонару**

Прогалина: **Залучення та утримання у системі медичних послуг**

Область: **Одеська**

Опис проблеми і завдання щодо покращення

В Одеській області станом на 1 січня 2017 року різниця між оціночною кількістю ЛЖВ та кількістю пацієнтів на диспансерному обліку в обласній службі СНІДу складала майже 11 000 осіб або 37%. Завдання регіональної команди з покращення якості полягає у збільшенні частки ЛЖВ на диспансерному обліку до 90% від їх загальної оціночної кількості станом на кінець 2017 року.



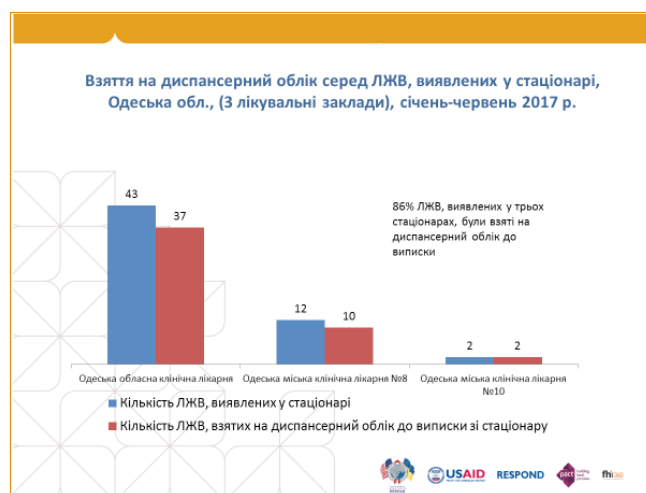
Системні питання та протестовані зміни

Однією з причин прогалини у залученні до медичних послуг в Одеській області, стало те, що ВІЛ-позитивні особи, виявлені під час госпіталізації, не встають на диспансерний облік до випуски зі стаціонару, «випадаючи» таким чином з-під медичного нагляду. Дана ситуація зумовлена відсутністю у стаціонарах швидких тестів, тоді як результати ІФА можуть прийти вже після випуски пацієнта.

Для вирішення даної проблеми, регіональна команда з покращення якості вживала наступних заходів: (1) Навчання вузьких спеціалістів стаціонарів оцінці ризикованої щодо ВІЛ поведінки та клінічних показань до тестування на ВІЛ, а також надання їм розробленого алгоритму оцінки; (2) Розробка чи оновлення локальних протоколів та маршрутів пацієнта з урахуванням ролі вузьких спеціалістів у тестуванні на ВІЛ; (3) Забезпечення вузьких спеціалістів стаціонарів швидкими тестами, наданими АНФ; (4) Запровадження процедури взяття ВІЛ-позитивної особи на диспансерний облік у службі СНІДу до випуски зі стаціонару. Процедура включає консультацію пацієнта лікарем СНІД-центру, проведення всіх необхідних аналізів крові, результати яких надходять безпосередньо до СНІД-центру, та введення даних пацієнта до реєстру служби СНІДу.

Масштаби заходів з покращення

Зміна впроваджувалась у трьох лікарнях з найбільшим обігом пацієнтів: Одеська обласна клінічна лікарня та одеські міські лікарні №8 та №10.



Заходи з покращення: опис та результати

Локальні команди з покращення якості відстежували зміну за показником загальної кількості ВІЛ-позитивних пацієнтів стаціонару, виявлених та взятих на облік у службі СНІДу до випуски. Нижченаведений графік показує, що за перше півріччя 2017 року 86% ЛЖВ, виявлених у всіх трьох лікувальних закладах, були взяті на диспансерний облік до випуски зі стаціонару.

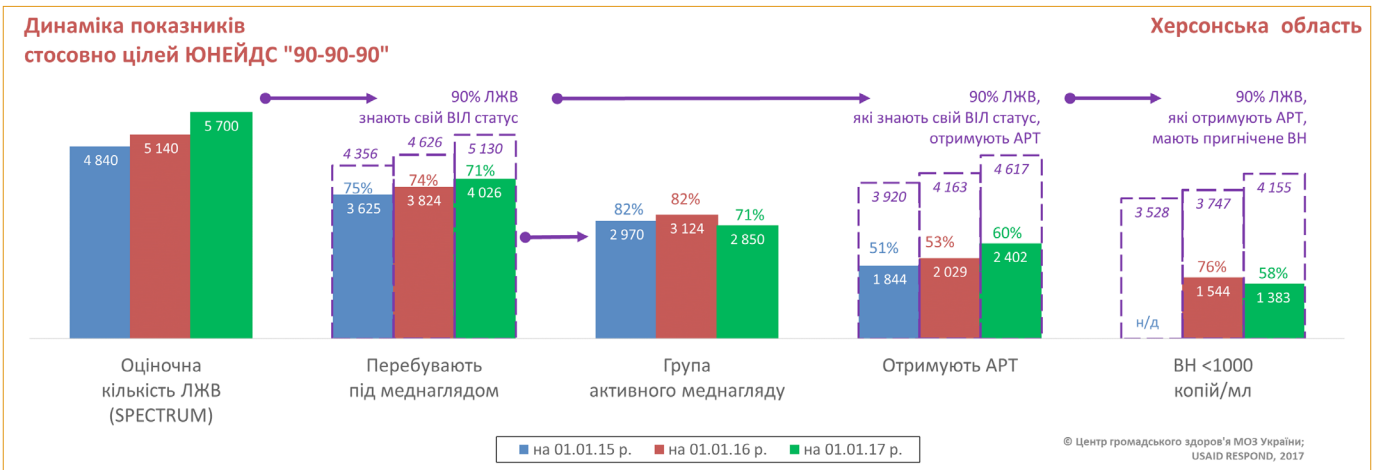
Якщо виявлена ВІЛ-позитивна особа не звертається до служби СНІДу після випуски, тоді персонал місцевого сайту АРТ може зв'язатися з нею, використовуючи контактні дані, отримані при надходженні у стаціонар, та повернути до системи медичних послуг.

Варіант 4.

Зміна: **Призначення АРТ та зміна схеми лікування на сайті АРТ**
 Прогалина: **Лікування**
 Область: **Херсонська**

Опис проблеми і завдання щодо покращення

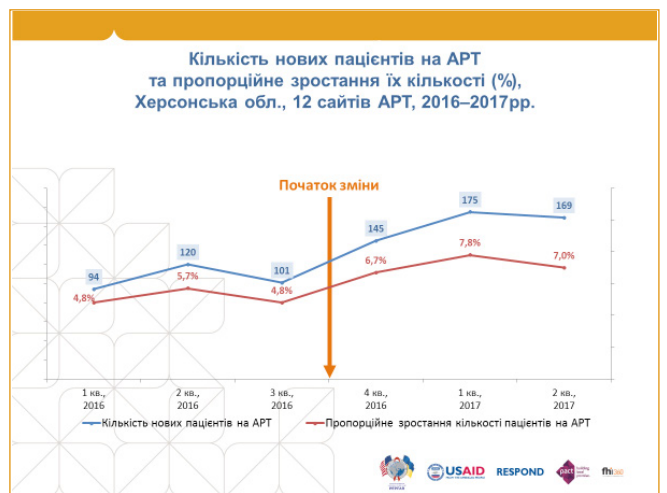
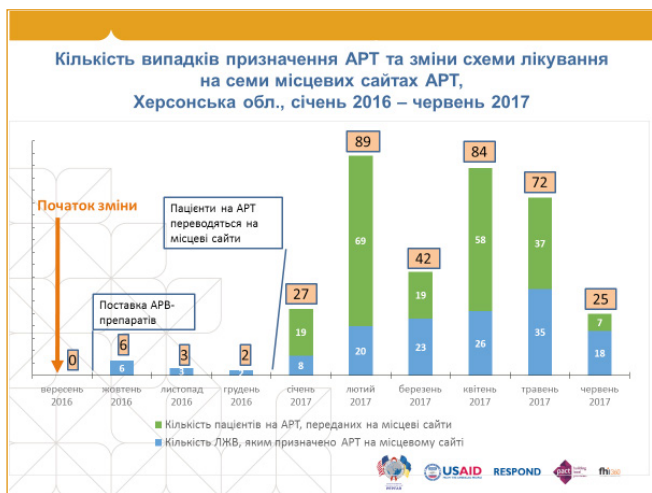
У Херсонській області станом на 1 січня 2017 року різниця між кількістю ЛЖВ на диспансерному обліку в обласній службі СНІДу та кількістю пацієнтів на АРТ складала понад 1 600 осіб або 40%. Завдання регіональної команди з покращення якості полягає у збільшенні частки ЛЖВ на АРТ до 90% від їх загальної оціночної кількості станом на кінець 2017 року.



Системні питання та протестовані зміни

Однією з головних причин прогалини у лікуванні в області став брак доступу до послуг із АРТ на рівні районів. Так, станом на 1 січня 2016 року, тільки п'ять із дванадцяти районних сайтів АРТ мали змогу призначити терапію та змінювати схему лікування безпосередньо на сайті, тоді як решта сім із них надавали виключно послуги із тестування на ВІЛ та видавали АРВ-препарати. Пацієнтам із цих семи сайтів доводилось здійснювати 3-5 візитів до Херсонського обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом тільки для взяття на АРТ, що, у свою чергу, призводило до значних витрат часу та грошей і ускладнювало процес лікування. Наразі, у шести районах області все ще немає сайтів АРТ.

Для вирішення даної проблеми, з вересня 2016 року регіональна команда з покращення якості проводила тренінги з призначення АРТ та зміни схеми лікування для персоналу семи сайтів, ініціювала оновлення локальних протоколів та маршрутів пацієнта та переведення пацієнтів на АРТ за їх згодою з обласного СНІД-центру до сайтів АРТ за місцем проживання.



Масштаби заходів з покращення

Сім сайтів АРТ у Херсонській області взяли участь у тестуванні зміни із призначення АРТ та зміни схеми лікування безпосередньо на сайті.

Заходи з покращення: опис та результати

Локальні команди з покращення якості відстежували впровадження зміни помісячно за двома процесними індикаторами:

- Кількість ЛЖВ, взятих на АРТ на місцевому сайті.
- Кількість пацієнтів на АРТ, переведених із обласного СНІД-центру до місцевих сайтів АРТ.

Засвоєні уроки та наступні кроки

На рівні області дана зміна сприяла пропорційному зростанню кількості пацієнтів на АРТ, з 4,8% у січні 2016 року до 7% у липні 2017 року, також зменшивши прогалину у лікуванні з 47% до 40% із 1 січня 2016 року по 1 січня 2017 року (див. графік нижче та крос-секційний каскад). Загалом, послуги з АРТ стали більш доступними для ЛЖВ у Херсонській області. Зміна довела свою ефективність та увійде до рутинної практики, в тому числі – і на шести районних сайтах АРТ, запланованих до відкриття у 2018 році.

Варіант 5.

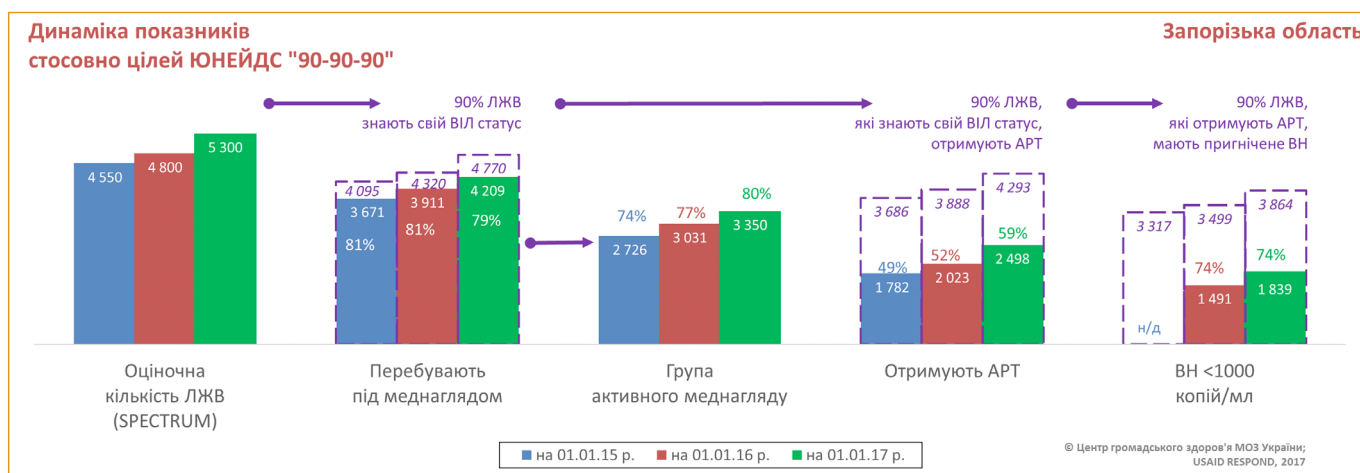
Зміна: **Передача пацієнтів на АРТ із центрів СНІДу до місцевих сайтів АРТ**

Прогалина: **Лікування**

Область: **Запорізька**

Опис проблеми і завдання щодо покращення

У Запорізькій області станом на 1 січня 2017 року різниця між кількістю ЛЖВ на диспансерному обліку в обласній службі СНІДу та кількістю пацієнтів на АРТ складала понад 1 700 осіб або 41%. Завдання регіональної команди з покращення якості полягає у збільшенні частки ЛЖВ на АРТ до 72% від їх загальної оціночної кількості станом на жовтень 2017 року.



Системні питання та протестовані зміни

Однією з причин прогалини у лікуванні у Запорізькій області стала централізація послуг навколо Обласного центру профілактики та боротьби із СНІДом. Необхідність витратити час та гроші на його відвідування для пацієнтів з віддалених районів призводить до того, що багато з них не отримують АРТ.

Щоби зробити послуги АРТ більш доступними для пацієнтів, було впроваджено наступні кроки: (1) Відкрито сім нових сайтів АРТ: п'ять – у 2016 році (при Мелітопольському та Бердянському тубдиспансерах та у Більмацькому, Андріївському та Пологівському районах) і два – у 2017 році (Михайлівський та Кам'яно-Дніпровський райони); (2) Медичний персонал районних сайтів АРТ пройшов навчання із призначення АРТ та зміни схем лікування; (3) Обласний та локальні протоколи оновлено з метою призначення лікування та зміни схем АРТ на місцевих сайтах АРТ; (4) Пацієнти на АРТ за згодою переводяться переважно із Запорізького обласного СНІД-центру до районних сайтів АРТ ближче до місць проживання пацієнтів.

Масштаби заходів з покращення

Чотири місцеві сайти АРТ впроваджували зміну із травня 2016 року, ще три долучились у січні 2017 року. Всього зміну із децентралізації послуг з лікування впроваджувало сім районних сайтів АРТ.

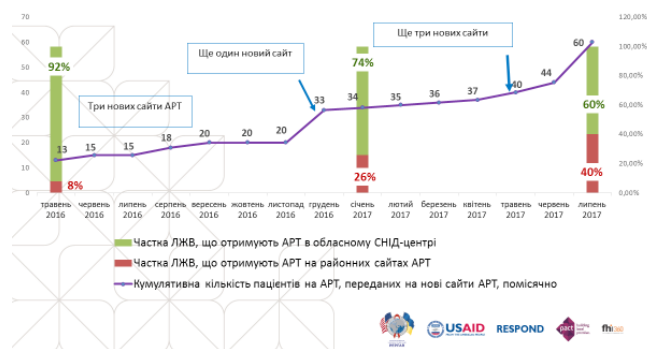
Заходи з покращення: опис та результати

Сім сайтів АРТ відстежували зміну за наступними індикаторами:

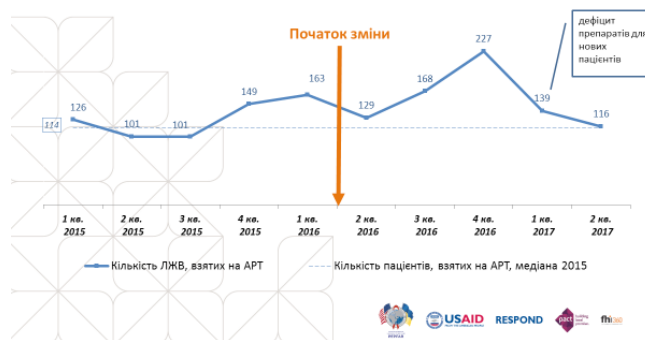
- Кількість пацієнтів, переданих до місцевих сайтів АРТ.
- Частка пацієнтів, що отримують АРТ на місцевих сайтах.

У період з травня 2016 року по червень 2017 року кількість пацієнтів на АРТ на районних сайтах зросла у шість разів, з 13 до 79. Із них 60 було переведено з обласного СНІД-центру, а 19 – взято на терапію за місцем проживання. Серед диспансерної групи районних сайтів АРТ частка ЛЖВ, що отримують там терапію, зросла з 8% до 40%.

Кумулятивна кількість та частка пацієнтів на АРТ, переданих на сім нових сайтів АРТ, Запорізька обл., 2016 – 2017 рр.



Кількість ЛЖВ, взятих на АРТ, Запорізька обл., 2015 – 2017 рр.



Засвоєні уроки та наступні кроки

На обласному рівні, дана зміна сприяла зменшенню прогалини у лікуванні з 48% станом на 1 січня 2016 року до 41% на 1 січня 2017 року. Вона також дозволила збільшити щоквартальну кількість ЛЖВ, які розпочинають отримувати АРТ. Через дефіцит АРВ-препаратів в області, рівень охоплення послугами з лікування помітно спав із січня 2017 року. ЛЖВ беруть на терапію тільки замість тих, хто припинив лікування.

Враховуючи початковий успіх зміни із децентралізації послуг з лікування, регіональна команда з покращення якості планує відкриття п'яти нових сайтів АРТ у районах області. Поточний план передбачає залучення на АРТ 291 нових ЛЖВ до кінця 2017 року та ще 1 162 – до кінця 2018 року.

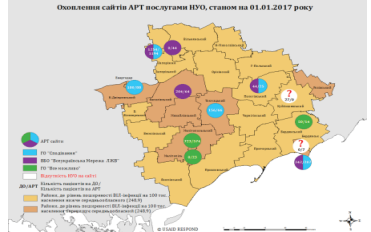
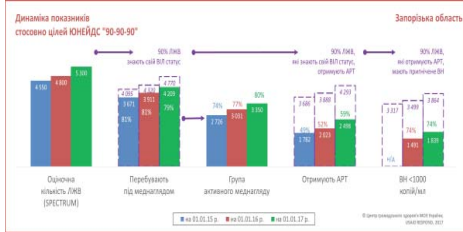
Додаток 2.3.2.

Приклад постеру для презентації результатів проекту з поліпшення якості континууму ВІЛ-послуг в Запорізькій області на навчальній сесії



Колаборатив покращення континууму ВІЛ-послуг у Запорізькій області

Обласний крос-секційний каскад, 2015, 2016 та 2017 рр.



МЕТА І ЗАВДАННЯ КОЛАБОРАТИВУ

Вдосконалення безперервних послуг з профілактики, тестування на ВІЛ-інфекцію, лікування та підтримки ЛЖВ

- Збільшити виявлення ЛЖВ до 80%.
- Збільшити рівень залучення ЛЖВ до системи медичного нагляду та утримання в ній (ЛЖВ на активному диспансерному обліку) до 72%.
- Збільшити охоплення ЛЖВ лікуванням АРТ до 72%.
- Збільшити частку ЛЖВ, які мають невизначальне вірусне навантаження до 65%.

Масштаб колаборативу:

**Охоплено 6 районів області
14 сайтів покращення якості
2 НУО-партнера: БО «Все можливо» та БО «Мережа 100% життя»**



ВПРОВАДЖЕННЯ ЗМІН З МЕТОЮ ЗАКРИТТЯ ПРОГАЛИН В КОНТИНУУМІ ВІЛ-ПОСЛУГ

ПРОГАЛИНА У ТЕСТУВАННІ НА ВІЛ

- Низький рівень консультування на ВІЛ серед лікарів
- Обмежений доступ до КІТ у віддалених населених пунктах
- Стигма і дискримінація ВІЛ-позитивних і суспільства та серед медпрацівників
- Відсутність повного доступу до цільової групи
- Обмежений час забору крові для дослідження
- Невизначеність точної дати отримання результату тестування
- Несвоєчасна переадресація пацієнтів
- Погана забезпеченість швидкими тестами

Список змін:

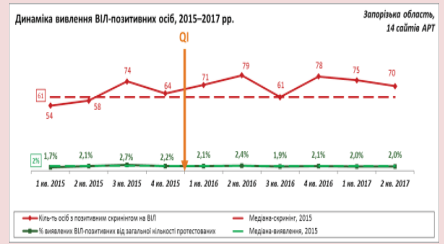
- Тестування на ВІЛ двома швидкими тестами або ІФА вузькими спеціалістами та/або лікарями ПМСД
- Впровадження системи відстеження пацієнтів (ваучери, купони або запрошення)
- Супровід пацієнтів медичними працівниками
- Послуги з КІТ для ставатих партнерів ЛЖВ

Перелік інтервенцій НУО:

«Посилення континууму ВІЛ-послуг на сайтах АРТ» (включаючи «Здоров'я партнера») БО «Все можливо»
«Посилення континууму ВІЛ-послуг на сайтах АРТ» (включаючи «Кроки до здоров'я») БО «Мережа 100% життя»

Успішна зміна з тестування

- Заходи
- Динамічний графік



ПРОГАЛИНА У ЗАЛУЧЕННІ ДО СИСТЕМИ МЕДПОСЛУГ

- Відсутність у лікувально-профілактичних закладах області єдиної електронної бази осіб з виявленими антитілами до ВІЛ
- Відсутність соціального супроводу пацієнтів;
- Відсутність неурядових організацій у сільських районах
- Невісність до- і післятестової консультування
- Відсутність сайтів ЗПТ у сільських районах
- Стигма і дискримінація ВІЛ-позитивних у суспільстві
- Інтенсивна міграція населення
- Низький рівень знань з ВІЛ/СНІД у населення
- Під час перебування з тест-системами на СД4 неможливо вчасно провести імунологічні дослідження
- Не всі сайти АРТ мають можливість проведення усіх необхідних додаткових досліджень

Список змін:

- Проведення необхідних лабораторних тестів (ІФА 2, CD4 та біохімічні обстеження) протягом одного візиту пацієнта до кабінету «Довіра/ АРТ-сайту»
- Розширений/адаптований графік роботи кабінетів «Довіра/сайтів АРТ
- Машинне транспортування біологічного матеріалу до лабораторії
- Покращення результатів лабораторних аналізів (CD4, ВН) до сайту АРТ через Інтернет
- Лабораторна діагностика на базі місцевих станцій переливання крові
- СМС-повідомлення/давнілистки пацієнтам
- Активний патронаж на дому медичними та соціальними працівниками
- Залучення сімейних лікарів та вузьких спеціалістів до медичного нагляду за ЛЖВ

Перелік інтервенцій НУО:

«Посилення континууму ВІЛ-послуг на сайтах АРТ» (включаючи «Здоров'я партнера») БО «Все можливо»
«Посилення континууму ВІЛ-послуг на сайтах АРТ» (включаючи «Кроки до здоров'я») БО «Мережа 100% життя»

Успішна зміна з залучення

- Заходи
- Динамічний графік



ПРОГАЛИНА У ЛІКУВАННІ

- Обмежена кількість АРВ-препаратів
- Замала кількість сайтів АРТ в області
- Стигма і дискримінація серед медпрацівників щодо ВІЛ-позитивних осіб
- Відсутність національного протоколу призначення АРТ з урахуванням рекомендацій ВООЗ
- Відсутність національного протоколу лабораторного супроводження пацієнтів
- Обмежена кількість медпрацівників, які можуть призначати АРТ
- Наявність опортуністичних інфекцій які потрібно діагностувати перед призначенням АРТ

Список змін:

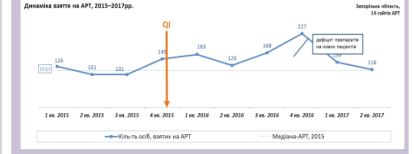
- Призначення АРТ та зміна схеми лікування безпосередньо на АРТ сайті
- Передача пацієнтів на АРТ із центрів СНІДу до місцевих сайтів АРТ
- Виявлення та лікування ЛЖВ у дисордантних парах
- Облік та керування запасами АРВ-препаратів на сайті АРТ, включаючи видачу АРВ-препаратів через аптечну мережу
- Взяття на АРТ при постановці на диспансерний облік

Перелік інтервенцій НУО:

«Посилення континууму ВІЛ-послуг на сайтах АРТ» (включаючи «Здоров'я партнера») БО «Все можливо»
«Посилення континууму ВІЛ-послуг на сайтах АРТ» (включаючи «Кроки до здоров'я») БО «Мережа 100% життя»

Успішна зміна з лікування

- Заходи
- Динамічний графік



УСПІХИ

- Відкрито два нові сайти АРТ: на базі ТМО Михайлівського району та КУ «Кам'янсько-Дніпровська ЦРП», де вже впроваджено електронний інструмент обліку пацієнтів
- На кінець 2016 року обстеження на ВІЛ з використанням швидких тестів проводилось в усіх містах обласного підпорядкування та у тринадцяти сільських районах з двадцяти
- 49% вперше виявлених ВІЛ-позитивних виявляються вузькими спеціалістами
- Розширено присутність НУО у районах області
- До тестування залучено вузьких спеціалістів
- Запроваджено внесення даних до СТМА на регулярній основі всіма АРТ сайтами
- Закупівлі швидких тестів та вауачерів коштом місцевого бюджету

ТРУДНОЩІ

- Затримки з поставками швидких тестів та наборів для ІФА в області
- Відсутність необхідної кількості АРВ-препаратів
- Відсутність чітких графіків поставок АРВ-препаратів
- Відсутність НУО у більшості районів області.
- Складність залучення вузьких спеціалістів до КІТ
- Завелике робоче навантаження на лікарів запорізького Центру СНІДу
- Слабкі навички консультування серед лікарів сайтів АРТ щодо розкриття статусу ставати партнером

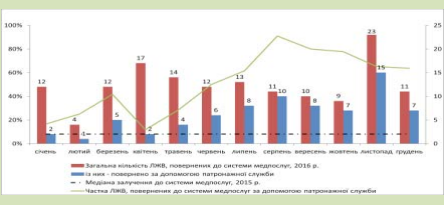
НАСТУПНІ КРОКИ

- Продовжити передачу пацієнтів на АРТ з обласного СНІД-центру на місцеві сайти АРТ: Більмацький, Кам'янсько-Дніпровський та Михайлівський райони
- Продовжити децентралізацію послуг з тестування на ВІЛ та створити нові сайти АРТ у Оршківському, Приморському, Вільнянському та Веселивському районах
- Продовжити патронажні візити медичних та соціальних працівників
- Підкласи Дорожню карту – 2020

АКТИВНИЙ ПАТРОНАЖ НА ДОМУ МЕДИЧНИМИ ТА СОЦІАЛЬНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ

Заходи:

Відкрито сім нових сайтів АРТ: п'ять – у 2016 році (при Мелітопольському та Бердянському тубдиспансерах та у Більмацькому, Андріївському та Попелівському районах) і два – у 2017 році (Михайлівський та Кам'янсько-Дніпровський райони). Медичний персонал районних сайтів АРТ пройшов навчання із призначення АРТ та зміни схеми лікування; Обласний та локальні протоколи оновлено з метою призначення лікування та зміни схеми АРТ на місцевих сайтах АРТ;



ПЕРЕДАЧА ПАЦІЄНТІВ НА АРТ ІЗ ЦЕНТРІВ СНІДУ ДО МІСЦЕВИХ САЙТІВ АРТ

Заходи:

Розширено робоче навантаження та години графік патронажної медсестри
Передача з центру СНІДу патронажної медсестри даних про пацієнтів, що вилікували згідно медичного нагляду або забезпечення їй доступу до даної інформації у системі СТМА

Проведення патронажних візитів ЛЖВ за місцем проживання



Заняття 2.4. Визначення проблем та оцінка потреби у змінах

Вид заняття: семінар.

Тривалість заняття: 2 академічні години.

Місце проведення: навчальна кімната.

Необхідні ресурси: фліп-чарт, фломастери, роздатковий матеріал.

Умови проведення семінару:

наявність попередньої підготовки з питань, запланованих для розгляду на занятті. Для цього слухачі курсу повинні використати лекційні матеріали, рекомендовану літературу, методичні вказівки, власний досвід управління в закладі охорони здоров'я.

Навчальна мета: поглибити знання та розуміння питань з методики оцінки, визначення проблем та потреб у змінах з метою поліпшення якості.

План проведення семінару	Час, хвилин
1. Ознайомлення слухачів з темою, метою, завданням, планом та порядком проведення семінару.	5
2. Інструктаж слухачів щодо роботи в малих групах.	10
3. Робота в малих групах.	30
4. Виступи учасників семінарського заняття з питань, винесених на обговорення.	25
5. Обговорення результатів роботи малих груп у загальній групі.	15
6. Заключне слово викладача.	5
Разом	90

Форма проведення

семінару: виконання завдання в малій групі та обговорення загальною групою слухачів.

Короткий вступ до заняття

Основою для впровадження моделі поліпшення якості є визначення проблеми, на вирішення якої буде спрямовано зміни. Саме визначення основної проблеми та оцінка потреби у змінах є основою формулювання конкретних змін та їхньої мети, які приведуть до покращення і, відповідно, вирішать визначену проблему.

Визначення проблеми дає змогу знайти відповідь на перше ключове питання моделі поліпшення – «Чого ви намагаєтеся досягти?».

Оцінка потреби у змінах стає підґрунтям для пошуку відповіді на друге базове питання моделі поліпшення – «Які зміни ви можете запровадити з метою поліпшення?».

Об'єднайте учасників у малі групи по 3-4 слухачі. Роздайте завдання для обговорення. Поясніть мету роботи в малій групі – визначення проблеми та оцінки потреби у змінах відповідно до отриманого завдання.

Завдання для обговорення в малих групах

Варіант 1.

Визначте проблему та проведіть оцінку потреби у змінах на рівні окремого закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) за результатами **аналізу книги скарг відвідувачів** цього ЗОЗ за визначений період часу (6 місяців, рік).

Перелік можливих скарг визначається учасниками малої групи на основі власного досвіду роботи в ЗОЗ.

Учасникам необхідно спочатку сформулювати перелік (не менше 10) таких можливих (найбільш поширених, на їхню думку), скарг відвідувачів ЗОЗ, потім провести їх ранжування за значущістю та оцінити потребу в можливих змінах (яких?), які можуть привести до покращення та, відповідно, до вирішення виявленої проблеми.

Варіант 2.

Визначте проблему та проведіть оцінку потреби у змінах на рівні ЗОЗ за результатами **аналізу результатів анкетування пацієнтів закладу щодо якості послуг, які надаються в ЗОЗ**.

Для прикладу групі надається бланк опитувальника пацієнтів (див. **Додаток 2.4.1.**), який використовувався в проектах поліпшення якості пілотних регіонів.

Учасники малої групи з урахуванням власного досвіду роботи в ЗОЗ самостійно визначають проблему на основі можливих варіантів відповіді пацієнтів на запитання 6-го блоку опитувальника.

Учасникам необхідно спочатку сформулювати перелік можливих (найбільш поширених, на їхню думку) відповідей на запитання опитувальника, потім провести їх ранжування за значущістю та оцінити потребу в можливих змінах (яких?), які можуть привести до покращення та, відповідно, до вирішення виявленої проблеми.

Варіант 3.

Визначте проблему та проведіть оцінку потреби у змінах на рівні ЗОЗ за результатами **аналізу результатів роботи акредитаційної комісії на базі цього ЗОЗ**.

Перелік можливих зауважень визначається учасниками малої групи на основі власного досвіду роботи в ЗОЗ.

Учасникам необхідно спочатку сформулювати перелік (не менше 5) можливих (найбільш поширених, на їхню думку) проблем та зауважень акредитаційної комісії, потім провести їх ранжування за значущістю та оцінити потребу в можливих змінах (яких?), які можуть привести до покращення та, відповідно, до вирішення виявленої проблеми.

Варіант 4.

Визначте проблему та проведіть оцінку потреби у змінах на рівні регіону (служби протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу) за результатами **аналізу результатів картування стану охоплення сайтів АРТ послугами неурядових організацій (НУО)** (наприклад: послугами психосоціального супроводу пацієнтів на АРТ).

Перелік проблем учасниками малої групи визначається на основі аналізу картограм (групі надається одна картограма з **Додатка 2.4.2.**) з відповідною легендою.

Учасникам необхідно спочатку сформулювати перелік таких проблем (наприклад, відсутність охоплення сайтів АРТ психосоціальним супроводом НУО), потім провести їх ранжування за значущістю та оцінити потребу в можливих змінах (яких?), які можуть привести до покращення та, відповідно, до вирішення виявленої проблеми.

Варіант 5.

Визначте проблему та проведіть оцінку потреби у змінах на рівні регіону (служби протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу) за результатами **аналізу стану континууму ВІЛ-послуг на рівні окремої території** (див. **Додаток 2.4.3.**).

Учасникам необхідно спочатку сформулювати перелік проблем (прогалин) (наприклад, прогалина між необхідним та фактичним рівнями надання окремих послуг станом на певну дату), потім провести їх ранжування за значущістю та оцінити потребу в можливих змінах (яких?) на рівні окремого ЗОЗ, які можуть привести до покращення та, відповідно, до вирішення виявленої проблеми.

Кожна група слухачів вибирає фасилітатора дискусії та майбутнього доповідача результатів роботи групи. Група працює над завданням протягом визначеного часу та готує презентацію результатів на аркуші блокнота для фліп-чарту. За результатами роботи в малій групі необхідно сформулювати відповіді на такі питання (ці відповіді повинні бути висвітлені в презентації результатів роботи малої групи для загальної групи):

1. Перелік проблем, які потребують вирішення, та результати їх ранжування за значущістю.
2. Чи є потреба у змінах на рівні ЗОЗ або регіону (служби) для досягнення покращення, яке може привести до вирішення проблеми?
3. Які зміни варто впровадити на рівні окремого ЗОЗ або регіону (служби), що зможуть привести до поліпшення? Результати ранжування цих змін за ступенем впливу на виявлену проблему.

Робота в групах: проводиться за описаною вище методикою протягом 30 хвилин.

Слухачі повинні знати:

- методику та основні інструменти для визначення проблем та оцінки потреби у змінах, які можуть привести до покращення.

Слухачі повинні вміти:

- використовувати на практиці у своїй команді методику та інструменти визначення проблем та оцінки потреби у змінах, які можуть привести до покращення.

Додатки

1. Додаток 2.4.1. Бланк опитувальника пацієнтів, який використовувався в проектах поліпшення якості пілотних регіонів.
2. Додаток 2.4.2. Картограми стану охоплення сайтів АРТ послугами неурядових організацій у пілотних регіонах.
3. Додаток 2.4.3. Каскад континууму ВІЛ-послуг для ЛЖВ на рівні окремої території в пілотних регіонах.

Література

1. Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження / За ред. І. Семененко. – К.: Поліграф плюс, 2015. Модуль 2, с.18-41.
2. Керівництво для наставника з питань поліпшення якості. Міжнародна організація сімейного здоров'я (FHI360). Київ, 2013.
3. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я в Україні (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб). Методичні рекомендації. Київ, 2017.
4. Наказ МОЗ України від 20.12.2013 № 1116 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 14 березня 2011 року № 142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я».
5. Наказ МОЗ України від 22.12.2008 № 763 «Про затвердження системи управління якістю» (зі змінами згідно з наказом МОЗ України від 23.02.2009 № 111).

Додаток 2.4.1. Бланк опитувальника пацієнтів, який використовувався в проектах поліпшення якості пілотних регіонів

ЧЕРВЕНЬ 2017

КН_6__-__-__

ОПИТУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ

Опитування пацієнтів проводиться з метою покращення якості допомоги. Опитування **анонімне**. Номер у верхньому правому куті опитувальника – це код лікувального закладу, і він повторюється на всіх анкетах. Ваші відповіді буде використано тільки для узагальненого аналізу; вони не вплинуть на оцінку роботи окремих працівників. **Ваша думка дуже важлива для нас.**

Дякуємо за участь!

1. Вкажіть, будь ласка, мету сьогоднішнього Вашого візиту (можливі кілька варіантів відповіді):

Пройти тестування на ВІЛ	<input type="checkbox"/>
Дізнатися результат тестування на ВІЛ, який я пройшов(ла) раніше	<input type="checkbox"/>
Пройти додаткове або регулярне обстеження у зв'язку з ВІЛ-інфекцією	<input type="checkbox"/>
Отримати ліки для антиретровірусної терапії (АРТ) у зв'язку з ВІЛ-інфекцією	<input type="checkbox"/>
Інше (вкажіть):	

2. Вкажіть, будь ласка, наскільки Ви досягли мети сьогоднішнього візиту (виберіть один варіант):

Мету досягнуто повністю	<input type="checkbox"/>	Мету досягнуто частково	<input type="checkbox"/>	Мету не досягнуто	<input type="checkbox"/>
Інше (вкажіть):					

3. Вкажіть, будь ласка, хто направив Вас до цього закладу (виберіть один варіант):

Лікар загальної практики / сімейний лікар	<input type="checkbox"/>	Фтизіатр	<input type="checkbox"/>	Дерматолог/венеролог	<input type="checkbox"/>	Нарколог	<input type="checkbox"/>
Працівник неурядової організації	<input type="checkbox"/>	Мій лікуючий лікар на сайті АРТ	<input type="checkbox"/>	Ніхто, це моя особиста ініціатива			<input type="checkbox"/>
Інший спеціаліст (вкажіть який):							

4. Будь ласка, вкажіть, наскільки кожне з наведених тверджень стосується особисто Вас:

Я проходив(ла) тестування на ВІЛ упродовж останніх 6 місяців	Так	<input type="checkbox"/>	Ні	<input type="checkbox"/>	Важко відповісти	<input type="checkbox"/>		
Я проходив(ла) тестування на ВІЛ у день першого звернення	Так	<input type="checkbox"/>	Ні	<input type="checkbox"/>	Важко відповісти	<input type="checkbox"/>		
Я проходив(ла) тестування на ВІЛ у лікувальному закладі, територіальне розташування якого є зручним для мене	Так	<input type="checkbox"/>	Ні	<input type="checkbox"/>	Важко відповісти	<input type="checkbox"/>		
Я проходив(ла) тестування на ВІЛ у зручний для мене час	Так	<input type="checkbox"/>	Ні	<input type="checkbox"/>	Важко відповісти	<input type="checkbox"/>		
Я отримав(ла) результат тестування на ВІЛ у день здачі аналізу	Так	<input type="checkbox"/>	Ні	<input type="checkbox"/>	Важко відповісти	<input type="checkbox"/>		
Мне зрозуміло пояснили результати тестування на ВІЛ	Так	<input type="checkbox"/>	Ні	<input type="checkbox"/>	Важко відповісти	<input type="checkbox"/>		
Мне зрозуміло пояснили подальші кроки, пов'язані з результатом тестування на ВІЛ	Так	<input type="checkbox"/>	Ні	<input type="checkbox"/>	Важко відповісти	<input type="checkbox"/>		
Я отримав(ла) консультацію та/або супровід соціального працівника	Так	<input type="checkbox"/>	Ні	<input type="checkbox"/>	Важко відповісти	<input type="checkbox"/>		
Я отримав(ла) результати повторного тестування на ВІЛ упродовж:	1 тижня	<input type="checkbox"/>	2 тижнів	<input type="checkbox"/>	3 тижнів	<input type="checkbox"/>	4 і більше тижнів	<input type="checkbox"/>
Після отримання позитивного результату тестування на ВІЛ я пройшов(ла) всі призначені обстеження впродовж:	1 тижня	<input type="checkbox"/>	2 тижнів	<input type="checkbox"/>	3 тижнів	<input type="checkbox"/>	4 і більше тижнів	<input type="checkbox"/>

Продовження анкети на звороті!

5. Будь ласка, вкажіть, наскільки кожне з наведених тверджень стосується особисто Вас:				
Ваша стать	Ч <input type="checkbox"/>		Ж <input type="checkbox"/>	
У мене ВІЛ-позитивний статус (у мене є ВІЛ)	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>	Важко відповісти <input type="checkbox"/>	
Я маю (в мене був) досвід вживання ін'єкційних наркотиків	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>	Важко відповісти <input type="checkbox"/>	
Я вживав(ла) ін'єкційні наркотики впродовж останніх 30 днів	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>	Важко відповісти <input type="checkbox"/>	
Я отримую замісну підтримувальну терапію (ЗПТ)	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>	Важко відповісти <input type="checkbox"/>	
Я отримую антиретровірусну терапію (АРТ)	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>	Важко відповісти <input type="checkbox"/>	

6. Будь ласка, вкажіть, що не влаштовує Вас у роботі цього лікувального закладу (можливі кілька варіантів відповіді):	
Графік прийому лікаря	<input type="checkbox"/>
Графік здачі аналізів	<input type="checkbox"/>
Неузгодженість графіків прийому лікаря і здачі аналізів	<input type="checkbox"/>
Тривалість очікування результатів аналізів	<input type="checkbox"/>
Тривале очікування прийому (черга)	<input type="checkbox"/>
Ставлення медичного персоналу	<input type="checkbox"/>
Необхідність оплати деяких медичних послуг	<input type="checkbox"/>
Інше (вкажіть):	

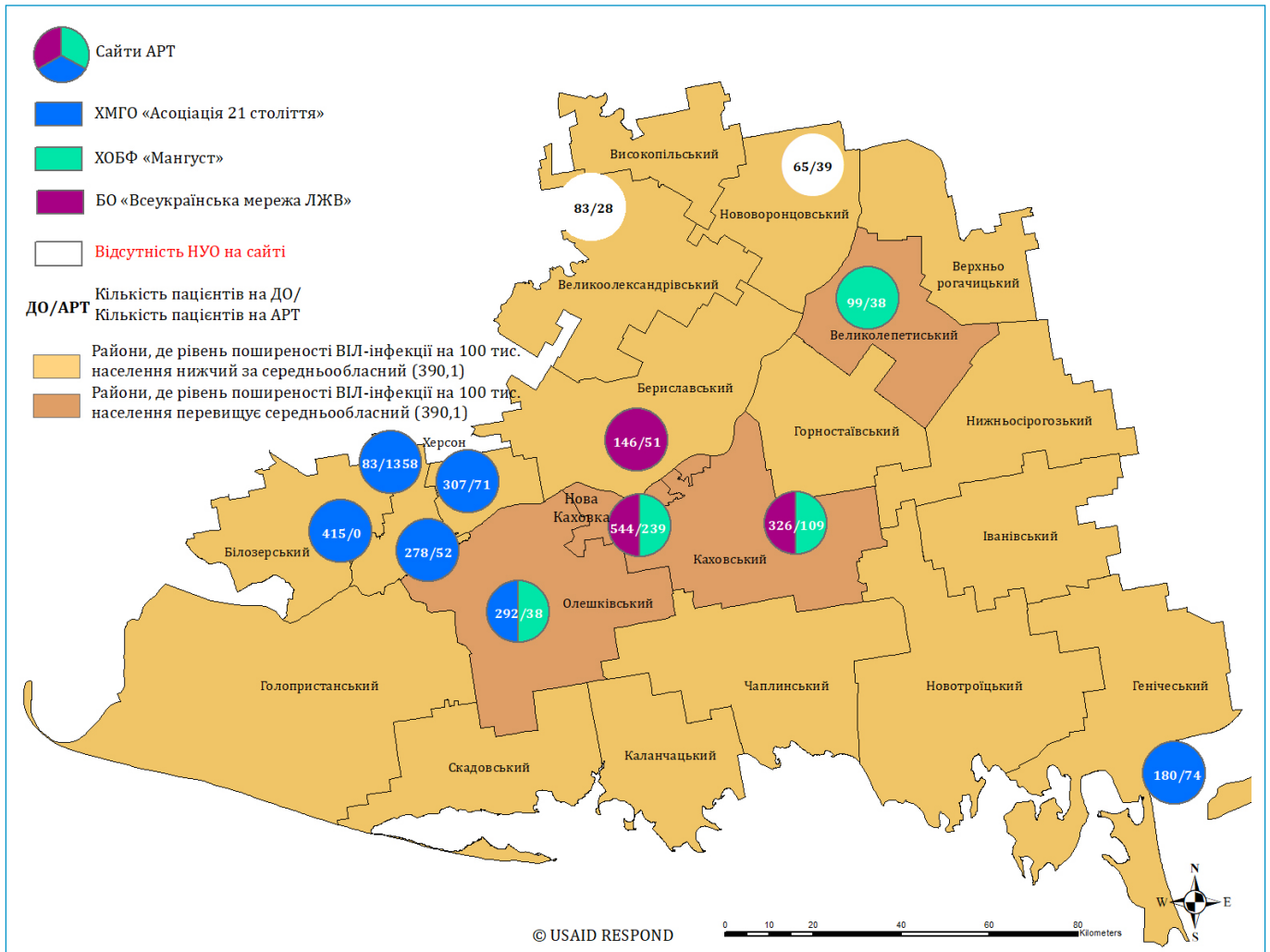
7. Будь ласка, вкажіть, як Ви загалом оцінюєте послуги цього закладу з діагностики та лікування ВІЛ-інфекції:			
Погано <input type="checkbox"/>	Задовільно <input type="checkbox"/>	Добре <input type="checkbox"/>	Відмінно <input type="checkbox"/>

Дякуємо Вам за витрачений час!

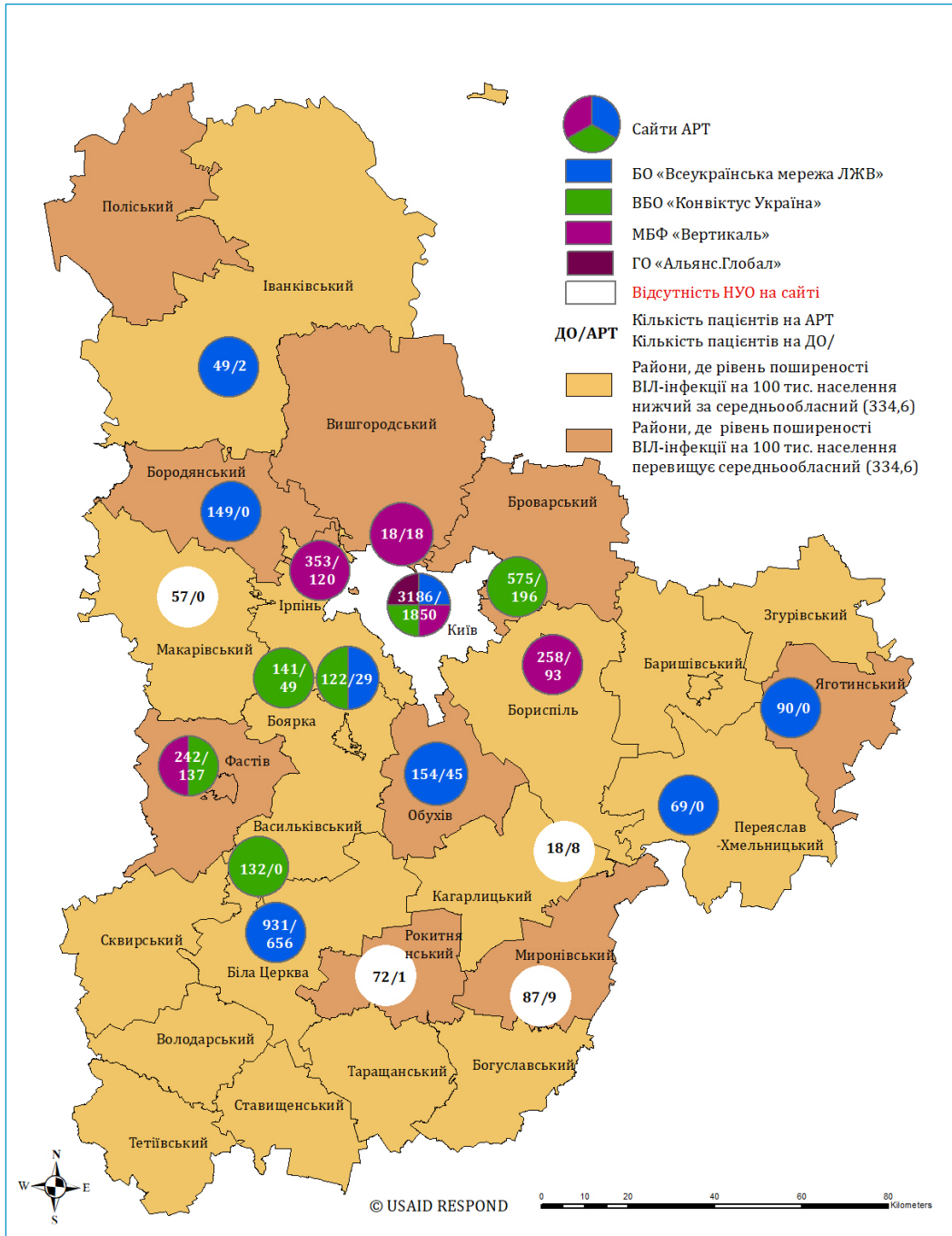
Якщо у Вас виникли запитання щодо анкетування, просимо звертатися до _____ за телефоном +380 _____.

Додаток 2.4.2. Картограми стану охоплення сайтів АРТ послугами неурядових організацій у пілотних регіонах

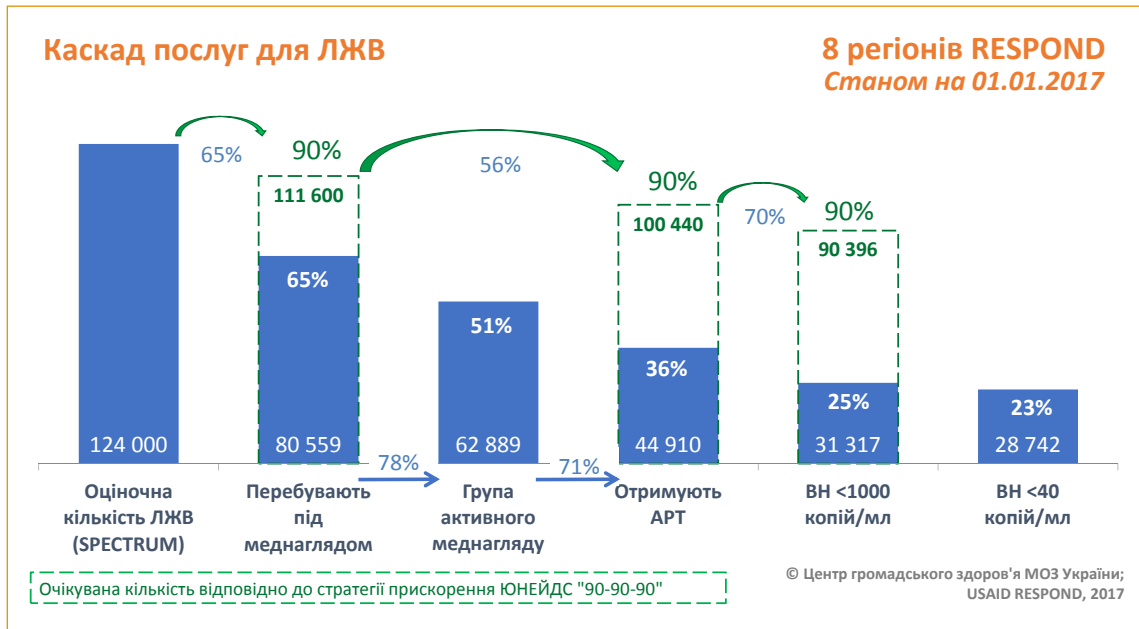
Охоплення сайтів АРТ послугами НУО, Херсонська область, станом на 01.01.2017



Охоплення сайтів АРТ послугами НУО, Київська область, станом на 01.01.2017



Додаток 2.4.3. Каскад континууму ВІЛ-послуг для ЛЖВ на рівні окремої території в пілотних регіонах (Київська, Запорізька, Одеська, Миколаївська, Херсонська, Кіровоградська, Дніпропетровська області, місто Київ)



МОДУЛЬ 3

Заняття 3.1. Основні інструменти використання моделі поліпшення якості для планування впровадження змін у закладі охорони здоров'я

- Вид заняття:** семінар.
- Тривалість заняття:** 1 академічна година.
- Місце проведення:** навчальна кімната.
- Необхідні ресурси:** проектор, комп'ютер, фліп-чарт, фломастери, роздатковий матеріал.
- Умови проведення семінару:** наявність досвіду управління закладом або підрозділом закладу охорони здоров'я, мотивація до отримання нової інформації про управління змінами та поліпшення якості, опанування матеріалу попередніх занять.
- Навчальна мета:** ознайомитися з основними інструментами планування проекту поліпшення якості в закладі охорони здоров'я, спрямованого на покращення умов та результатів надання медичної допомоги.
- Завдання заняття:**
1. Ознайомитися з основними інструментами для ініціювання процесу змін.
 2. Обговорити в малих групах можливі варіанти застосування інструментів відбору та обґрунтування теми для поліпшення якості в закладі охорони здоров'я, основні перешкоди для впровадження змін у рамках цієї моделі.
 3. Підбити підсумки та обговорити результати роботи малих груп.
 4. Скласти план застосування інструментів моделі поліпшення для фінального проекту малої групи.

План проведення семінару	Час, хвилин
1. Ознайомлення слухачів з темою, метою, завданням, планом та порядком проведення заняття.	5
2. Короткий вступ до теми семінарського заняття: презентація базових термінів та інструментів моделі поліпшення якості для планування та впровадження змін.	10
3. Робота в малих групах.	15
4. Виступи учасників семінарського заняття. Обговорення в загальній групі.	10
5. Підбиття підсумків та обговорення результатів роботи груп.	5
Разом	45

- Форма проведення семінару:** презентація, робота в малих групах, доповіді результатів роботи в малих групах, обговорення та підбиття підсумків у загальній групі

Короткий вступ до теми семінарського заняття

Презентація до заняття 3.1.

Слайд 1

Цикл тематичного удосконалення «Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб)»

Основні інструменти використання моделі безперервного поліпшення якості для планування впровадження змін на рівні закладу охорони здоров'я

Презентація до заняття 3.1

Слайд 2

Інструментарій

- Оцінка формулювання мети за допомогою критеріїв SMART
- Діаграма Ішикави («Риб'ячий скелет», fishbone)
- Діаграма стимулів
- Блок-схеми процесів
- Маршрути пацієнта
- Паспорти індикаторів
- Моніторинг
- Динамічні графіки
- Навчальні сесії

Слайд 3

Питання для обговорення

- SWOT-аналіз
- SMART
- Блок-схеми
- Діаграма Ішикави («Риб'ячий скелет»)
- Цикл Демінга ПРАД

Слайд 4

SWOT-аналіз

- Перший крок для ініціювання змін – постановка завдань.
- З'ясувати стан справ на цей момент.
- Визначити конфлікти та діючі сили (внутрішні та зовнішні).
- Визначити, якою ми хочемо бачити ситуацію після внесення змін.

Слайд 5

SWOT-аналіз

Сильні сторони	Слабкі сторони
<ul style="list-style-type: none"> Усі види ендоскопічних обстежень, маніпуляцій та операцій в одному відділенні. Скорочення часу очікування обстеження. Обстеження в наркозі, палати післянаркозного спостереження. Підвищення рівня якості ендоскопічних обстежень. Мийка, дезінфекція і зберігання в одному приміщенні. Підвищення рівня задоволеності пацієнтів. Покращення економічних показників. 	<ul style="list-style-type: none"> Штатний розклад не відповідає затвердженню. Недостатнє кадрове забезпечення. Віддаленість ендоскопічного відділення від приймального відділення (2-й поверх). Відсутність ендоскопічних кабінетів у терапевтичних корпусах і поліклініці.
Можливості	Загрози
<ul style="list-style-type: none"> Розширення спектру ендоскопічних втручань. Впровадження електронної бази даних та архівації. Організація навчального центру. Підвищення іміджу лікарні. Впровадження проекту в інших лікарнях. 	<ul style="list-style-type: none"> Звільнення нинішнього кваліфікованого завідувача та лікарів. Формування іншого маршруту пацієнта. Відсутність підтримки органів саморегулювання. Недостатнє фінансування КОКЛ. Відмова в використанні вільних приміщень.

Дипломна робота Турчина А.М. «Проект з поліпшення роботи ендоскопічної служби КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня», кафедра менеджменту охорони здоров'я НМУ імені О.О. Богомольця, 2017»

Слайд 6

Оцінка мети за критеріями SMART

Specific (конкретна, точна, певна)	Ціль однозначна, з чітким визначенням обсягів покращення і залучених систем: <i>хто, що, як?</i>
Measureable (вимірювана)	Вказано кількісний показник вимірювання досягнень: <i>скільки?</i>
Achievable (досяжна)	Реалістична, можлива для досягнення, є наявні ресурси за умови впровадження певних дій
Realistic (реалістична)	Потрібна, відповідає потребам у часі та місці.
Time-bound (визначена в часі)	Має чіткі часові рамки: <i>коли?</i>

Слайд 7

Детальна блок-схема

Процес надання допомоги пацієнтові з ІПСШ

Слайд 8

Схема процесу (алгоритм)

Дипломна робота Свиріденко В.І. «Особливості організації транспортування пацієнтів зі STEMI-інфарктом», кафедра менеджменту охорони здоров'я НМУ імені О.О. Богомольця, 2017»

Презентація до заняття 3.1. (продовження)

Слайд 9

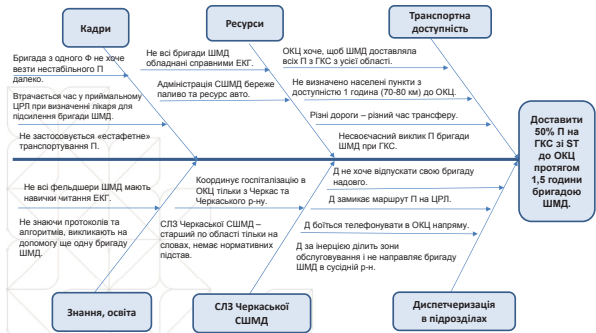
Інструменти оцінки та поліпшення якості виробничих процесів

1. **Контрольна карта** (checklist).
2. **Діаграма Парето**: графічне зображення кумулятивної залежності розподілу певних ресурсів.
3. **Гістограма**: графічне відображення табличних даних.
4. **Контрольний аркуш**: таблиця-протокол первинної реєстрації даних про об'єкт контролю.
5. **Діаграма Ішिकाва**: діаграма причинно-наслідкових зв'язків.
6. **Розшарування (стратифікація)**: сортуємо/поділяємо загальні дані/статистику проблем на підгрупи. Всі дані в підгрупі мають спільну характеристику.
7. **Діаграма розсіювання**: математична діаграма, яка передає значення двох змінних у вигляді точок.



Слайд 10

Приклад заповнення діаграми «Риб'ячий хвіст»



Дипломна робота Свариденко В.І. «Особливості організації транспортування пацієнтів зі STEM-інфарктом», кафедра менеджменту охорони здоров'я НМУ імені О.О.Богомольца, 2017



Слайд 11

МОДЕЛЬ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ



Джерело: How to guide for quality improvement. The AURUM Institute, 2014. <http://www.auruminstitute.org/qualityimprovement/>



Слайд 12

Цикл ПРАД

Загальна мета: збільшити частку жінок, у яких термін вагітності складає менше 20 тижнів і які вперше відвідують жіночу консультацію (далі - ЖК), з 34% (березень-серпень) до 60% до 31 грудня 2014 року.

Мета ПРАД: збільшити частку жінок, у яких термін вагітності складає менше 20 тижнів і які вперше відвідують ЖК у витормі, 1 жовтня, з поточного базового рівня, який складає 34%, до 60%.

Ідея зміни:

Материнські проводять перинатальне обстеження на вагітність, коли жінка дорозділює віку, які відвідують клініку 1 жовтня. Материнські перевіряють життєві показники тис. хто має ознаки вагітності. Занотувати всі вагітності жінок вперше відвідати ЖК.

ПЛАНУЙ

Адаптувати ідею. Планувати цей крок. Зрозуміти кількість жінок і кількість жінки, які повинні прийти на перший прийом до ЖК. Зрозуміти кількість жінок, які повинні прийти на перший прийом до ЖК. Зрозуміти кількість жінок, які повинні прийти на перший прийом до ЖК. Зрозуміти кількість жінок, які повинні прийти на перший прийом до ЖК.

РОБИ

10 жовтня провести перинатальне обстеження 10 жовтня. Зрозуміти кількість жінок, які повинні прийти на перший прийом до ЖК. Зрозуміти кількість жінок, які повинні прийти на перший прийом до ЖК.

АНАЛІЗУЙ

Результат кращий, ніж базовий. Материнські перевіряють життєві показники тис. хто має ознаки вагітності. Занотувати всі вагітності жінок вперше відвідати ЖК.

Показники ПРАД:

Результат - частка жінок, які відвідали клініку 1 жовтня, порівняти на неадаптованій перший прийом до ЖК і вийшли строк вагітності <20 тижнів.
Процес - частка жінок дорозділює віку, які пройшли перинатальне обстеження на вагітність, частка жінок, які отримали позитивний результат перинатального обстеження і потім пройшли тест на вагітність, частка вагітних, які вперше прийшли на прийом до ЖК.

Прогноз: Всі жінки дорозділює віку пройшли перинатальне обстеження, 90% з них погодяться пройти тест на вагітність, тому що це безкоштовно, 90% вагітних жінок прийдуть на свій перший прийом до ЖК, тому що дехто з них буде заздалегідь пригосшений або дуже завантажений, щоб зробити цей наступний крок, 60% всіх жінок, які вперше відвідують ЖК 1 жовтня будуть мати строк вагітності <20 тижнів.



Питання для обговорення в малих групах та подальшої презентації у виступах учасників заняття від кожної малої групи:

1. Які заходи повинен планувати керівник групи впровадження, плануючи проект з поліпшення якості, щоб застосовувати модель (інструменти) згідно з рекомендаціями?
2. Які основні перешкоди для впровадження змін у рамках цієї моделі?
3. Перелічіть основні пункти плану застосування інструментів моделі поліпшення для проекту з поліпшення.

Робота в малих групах: слухачі працюють у малих групах (до 5 осіб). Кожна група слухачів вибирає фасилітатора дискусії та майбутнього доповідача результатів роботи групи. Група працює над завданням протягом визначеного часу та готує на заздалегідь розданих аркушах для фліп-чарту відповіді на запитання, винесені для обговорення в загальній групі (див. вище).

Обговорення в загальній групі: після завершення роботи в малих групах серед слухачів визначається особа, яка нотуватиме на фліп-чарті найбільш ефективні заходи для забезпечення сталості змін фінального проекту з поліпшення якості та поширення поліпшень. Представники малих груп представляють напрацювання своїх груп. Відбувається обговорення в загальній групі. Найкращі (на думку слухачів) заходи вносяться до фінальних проектів груп.

За результатами проведеного семінарського заняття:

слухачі повинні знати:

- основні інструменти моделі поліпшення якості, послідовність їх застосування для планування проекту з поліпшення якості в закладі охорони здоров'я;

слухачі повинні вміти:

- оцінювати основні перешкоди для впровадження змін у закладах охорони здоров'я;
- вміти визначити основні пункти плану застосування інструментів моделі поліпшення для проекту з поліпшення якості;
- працювати в команді.

Література

1. Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження / За ред. І. Семененко. – К.: Поліграф плюс, 2015. – 192 с.
2. Керівництво для наставника з питань поліпшення якості. Міжнародна організація сімейного здоров'я (FHI360). Київ, 2013.
3. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я в Україні (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб). Методичні рекомендації. Київ, 2017.
4. Rakhmanova N, Bouchet B. Quality improvement handbook: a guide for enhancing performance of healthcare systems. Washington, DC: FHI 360; 2017.

Заняття 3.2. Вибір теми з поліпшення якості для підготовки фінального проекту (мозковий штурм)

Вид заняття: практичне заняття.

Тривалість заняття: 1 академічна година.

Місце проведення: навчальна кімната.

Необхідні ресурси: фліп-чарт, фломастери, роздатковий матеріал.

Умови проведення семінару: наявність попередньої підготовки з питань, заплановані для розгляду на занятті. Для цього слухачі курсу повинні використати лекційні матеріали, рекомендовану літературу, методичні вказівки, власний досвід управління в закладі охорони здоров'я, та результати, отримані при виконанні завдань на занятті 2.4 за визначенням проблем та оцінки потреби в змінах у закладі охорони здоров'я.

Навчальна мета: відпрацювати методику (мозковий штурм) генерування ідей для змін, які можуть привести до покращення.

План проведення практичного заняття	Час, хвилин
1. Ознайомлення слухачів з темою, метою, завданням, планом та порядком проведення практичного заняття.	2
2. Інструктаж слухачів щодо роботи в малих групах з використанням технології генерування ідей «мозковий штурм».	10
3. Робота в малих групах.	20
4. Підбиття підсумків обговорення результатів роботи в групах.	10
5. Заключне слово викладача та його оцінка практичного значення виконаної роботи.	3
Разом	45

Форма проведення практичного заняття: робота в малих групах та обговорення результатів у загальній групі слухачів.

Короткий вступ до практичного заняття

Одним з найпростіших інструментів для генерування ідей є мозковий штурм. Зазвичай він проводиться у групі, де люди діляться своїми думками на певну тему. У процесі учасникам надається свобода мислення. Ідеї не оцінюються і не аналізуються, доки вони не вичерпуються.

Об'єднайте учасників у малі групи по 3-4 слухачі. Назвіть питання для мозкового штурму: генерування тем з поліпшення якості для підготовки фінального проекту.

Попросіть учасників малих груп продукувати ідеї якомога швидше, не обдумуючи їх. Шалені ідеї вітаються, оскільки вони допомагають людям надихати одне одного.

Переконайтеся, що одна особа в кожній малій групі буде записувати всі ідеї так, щоб кожен міг їх бачити (на аркуші блокнота для фліп-чарту). Важливо, щоб під час цієї вправи не було дискусії чи коментарів з приводу ідей. Структуроване мислення та упорядкування можна здійснити пізніше.

Під час роботи малі групи переміщуються за годинниковою стрілкою до записів, які генерували інші малі групи. Час роботи на одному аркуші кожної групи становить 3-5 хвилин. Переміщення під час мозкового штурму є хорошим доповненням, оскільки підвищує ступінь залученості та змушує групу рухатись. Це також дозволяє працювати над декількома схожими ідеями відразу.

Під час такого мозкового штурму кожна мала група починає з іншої точки (стіл чи частина стіни з аркушем фліп-чарту) і протягом короткого часу генерує ідеї на тему цієї точки.

Ви може повідомляти, коли час рухатися до наступної точки, де знову проводиться нетривалий мозковий штурм. Короткий та чітко визначений проміжок часу дозволить малим групам рухатися від однієї точки до іншої та зробити вправу динамічною.

Переміщення під час мозкового штурму дає можливість групі ділитися знаннями та креативністю без вашої участі, а також знімає потребу в проведенні зворотного зв'язку наприкінці вправи.

Основний недолік мозкового штурму – це переважна участь красномовних, активних учасників, у той час як спокійніші, мовчазніші учасники висловлюють небагато ідей.

Завдання для малих груп

Кожна група слухачів вибирає фасилітатора дискусії. За допомогою мозкового штурму слухачі проводять обговорення питання «Вибір теми з поліпшення якості для підготовки фінального проекту». Обрана тема повинна відповідати завданню поліпшення якості на рівні закладу охорони здоров'я. Слухачам рекомендується використовувати результати аналізу скарг медичними радами закладів охорони здоров'я, результати внутрішніх аудитів, протоколи акредитаційних комісій, перспективні плани розвитку закладів.

З обраною темою фінального проекту слухачі працюватимуть до кінця навчання. На наступних практичних заняттях план фінального проекту буде оновлюватися за рахунок опанування нових інструментів аналізу, планування та реалізації проекту з поліпшення якості. Кінцевим продуктом навчання для кожної малої групи стане презентація проекту з поліпшення якості на рівні закладу охорони здоров'я.

Робота в групах: проводиться за описаною вище методикою протягом 20 хвилин.

Слухачі повинні знати:

- мозковий штурм як інструмент для генерування нових ідей щодо змін, які можуть привести до покращення.
- основні правила проведення мозкового штурму;
- недоліки та обмеження цього інструменту.

Слухачі повинні вміти:

- використовувати на практиці у своїй команді мозковий штурм як інструмент для генерування ідей щодо впровадження змін.

Література

1. Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження / За ред. І. Семененко. – К.: Поліграф плюс, 2015. Модуль 2, с. 18-41.
2. Керівництво для наставника з питань поліпшення якості. Міжнародна організація сімейного здоров'я (FHI360). Київ, 2013.
3. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я в Україні (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб). Методичні рекомендації. Київ, 2017

Заняття 3.3. Вибір теми з поліпшення якості для підготовки фінального проекту (продовження): критерії SMART

- Вид заняття:** практичне заняття.
- Тривалість заняття:** 1 академічна година.
- Місце проведення:** навчальна кімната.
- Обладнання:** проектор, комп'ютер, фліп-чарт, фломастери, роздатковий матеріал, перелік тем з поліпшення якості для підготовки фінального проекту (результати напрацювань заняття 3.2).
- Умови проведення заняття:** наявність попередньої підготовки з питань, запланованих для розгляду на занятті. Для цього слухачі курсу повинні використати рекомендовану літературу, методичні рекомендації, перелік попередньо напрацьованих тем з поліпшення якості для підготовки фінального проекту.
- Навчальна мета:** відпрацювати практичні навички з постановки завдань за критеріями SMART; оцінити сформульовану мету фінального проекту з поліпшення якості.
- Завдання заняття:**
1. Ознайомитися з критеріями SMART оцінки якості поставленої мети (мета повинна бути конкретною, вимірюваною, досяжною, реалістичною та визначеною в часі).
 2. У малих групах проаналізувати за критеріями SMART напрацьовані та обрані теми з поліпшення якості для підготовки фінального проекту. За необхідності доопрацювати обрані теми для відповідності критеріям SMART.
 3. Провести обговорення в загальній групі проаналізованих та доопрацьованих у малих групах тем з поліпшення якості для підготовки фінального проекту.

План проведення семінару	Час, хвилин
1. Ознайомлення слухачів з темою, метою, завданням, планом та порядком проведення практичного заняття.	3
2. Короткий вступ до теми заняття: презентація «Вибір теми з поліпшення якості для підготовки фінального проекту (продовження): критерії SMART».	10
3. Формування малих груп, визначення формату роботи слухачів питань для опрацювання в малих групах.	5
4. Робота в малих групах.	10
5. Виступи учасників заняття з питань, винесених на обговорення.	10
6. Підбиття підсумків та обговорення результатів роботи в групах.	5
7. Заключне слово викладача та його оцінка практичного значення виконаної роботи.	2
Разом	45

Форма проведення

практичного заняття: робота в малих групах відповідно до завдання, доповіді результатів роботи в малих групах, обговорення та підбиття підсумків загальною групою.

Короткий вступ до теми заняття

У вступі до теми практичного заняття слід розглянути загальні питання використання інструменту SMART (критеріїв SMART) для оцінки якості формулювання мети, якої планується досягти. Кожен критерій розглядається на конкретних прикладах хибного формулювання завдання та його зміни відповідно до критерію.

Наприкінці вступної частини формулюється завдання для роботи в малих групах і наводиться приклад оцінки одного з завдань поліпшення якості ВІЛ-послуг, яке було впроваджено в пілотних регіонах.

Постановка завдань є щоденною складовою управлінської діяльності осіб, відповідальних за управління якістю в закладі охорони здоров'я. Ефективність використання робочого часу підлеглими та їхня результативність значною мірою залежать від правильності доведення завдань до виконавця. Опанування навички формулювання завдань за критеріями SMART сприятиме підвищенню продуктивності праці персоналу та покращенню результатів медичної діяльності.

Презентація до заняття 3.3.

Слайд 1



Цикл тематичного удосконалення
«Застосування моделі поліпшення якості
надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я
(на прикладі поліпшення континууму послуг
для ВІЛ-інфікованих осіб)»


Вибір теми з поліпшення якості для підготовки фінального проекту (критерії SMART)

Презентація до заняття 3.3

Слайд 2

Ключове запитання

Чого ми намагаємося досягти?



Слайд 3

Оцінка завдання за критеріями SMART

Specific (конкретне)	Визначає конкретні події чи заходи, які будуть вживатися • Чи чітко визначає завдання, що буде досягнуто і якою мірою?
Measurable (вимірюване)	Виражає кількість ресурсів, заходів або змін: • Чи є завдання вимірюваним?
Appropriate (доречне)	Логічно пов'язане з загальною проблемою і бажаними результатами програми: • Чи має завдання сенс у рамках того, що намагається досягти вся програма?
Realistic (досяжне)	Забезпечує реалістичний вимір того, що може бути досягнуто з доступними ресурсами та планами реалізації: • Чи може завдання бути виконано, враховуючи доступні ресурси та досвід?
Time-based (визначене в часі)	Визначає час, за який завдання буде виконано: • Чи вказано у завданні, коли воно буде виконано?



Слайд 4

ВПРАВА:


Чи відповідає це завдання (мета поліпшення) критеріям SMART?



Слайд 5

Приклад

У рамках запланованого поліпшення надаватимуться послуги з питань профілактики ВІЛ представникам ГПР щодо інфікування ВІЛ на базі ЗОЗ X.



Слайд 6


Чи відповідає приклад критерію **SMART (конкретне)**?

У рамках запланованого поліпшення надаватимуться послуги з питань профілактики ВІЛ представникам ГПР щодо інфікування ВІЛ на базі ЗОЗ X.

Чи є завдання **конкретним**?

Ні.

- Що включають профілактичні послуги?
- Представникам яких саме ГПР вони надаватимуться?



Слайд 7


Чи відповідає приклад критерію **SMART (вимірюване)**?

У рамках запланованого поліпшення надаватимуться послуги з питань профілактики ВІЛ представникам ГПР щодо інфікування ВІЛ на базі ЗОЗ X.

Чи є завдання **вимірюваним**?

Ні.

- Воно не вказує, скільки представників і якої ГПР буде охоплено.
- Як ми оцінимо, чи досягнуто мети покращення?



Слайд 8


Чи відповідає приклад критерію **SMART (визначене в часі)**?

У рамках запланованого поліпшення надаватимуться послуги з питань профілактики ВІЛ представникам ГПР щодо інфікування ВІЛ на базі ЗОЗ X.

Чи є завдання **визначеним у часі**?

Ні.

- Ми не знаємо, протягом якого часу воно буде виконуватися.
- Чи планується досягнення цих (яких?) результатів за 6 місяців, 2 роки тощо?
- Коли ми будемо оцінювати ефективність нашого покращення?



Презентація до заняття 3.3. (продовження)

Слайд 9

Чи можна зробити приклад таким, що відповідає критеріям SMART?

У рамках запланованого поліпшення надаватимуться послуги з питань профілактики ВІЛ представникам ГПР щодо інфікування ВІЛ на базі ЗОЗ X.



У рамках запланованого поліпшення протягом року буде надано послуги КІТ на ВІЛ 500 споживачам ін'єкційних наркотиків на базі ЗОЗ X.



Слайд 10

Доречність і досяжність

Appropriate (доречне): логічно пов'язане з загальною проблемою і бажаними результатами програми:

- Чи має завдання сенс у рамках того, що намагається досягти вся програма?

Realistic (досяжне): забезпечує реалістичний вимір того, що може бути досягнуто з доступними ресурсами і планами реалізації:

- Чи може завдання бути виконано, враховуючи доступні ресурси та досвід?



Слайд 11

Чи відповідає приклад критерію SMART?

У рамках запланованого поліпшення протягом року буде надано послуги КІТ на ВІЛ 500 споживачам ін'єкційних наркотиків на базі ЗОЗ X.

Що потрібно знати, щоб визначити, чи відповідає це завдання критерію **доречності**?

- Чого намагається досягти вся програма?
- Чи допомагає це досягненню цілей програми?



Слайд 12

Чи відповідає приклад критерію SMART?

У рамках запланованого поліпшення протягом року буде надано послуги КІТ на ВІЛ 500 споживачам ін'єкційних наркотиків на базі ЗОЗ X.

Що потрібно знати, щоб визначити, чи відповідає це завдання критерію **досяжності**?

- Кількість доступних тестових наборів та інших товарів.
- Кількість медичних працівників, які можуть проводити КІТ на ВІЛ.
- Кількість днів/годин, протягом яких ці працівники зможуть надавати послуги КІТ на ВІЛ.
- Як ці цифри (консультування і тестування 500 СІН протягом року) співвідносяться з доступними ресурсами цього ЗОЗ?



Слайд 13

Приклад оцінки за критеріями SMART завдання поліпшення якості ВІЛ-послуг в одному з пілотних регіонів



Слайд 14

Оцінка мети за критеріями SMART

Specific (конкретна)	Чи чітко визначено те, що стосується саме цієї мети? «5W»: • What (що?): Чого саме я хочу досягти? • Why (чому?): Навіщо мені та/або організації це потрібно? • Who (хто?): Хто братиме участь у досягненні цілі? • Where (де?): Де найкраще виконати завдання? • Which (який?): Які вимоги та обмеження існують для виконання завдання?
Measureable (вимірювана)	Чи можна побачити і як виміряти результати після завершення проекту? • Визначте критерії оцінки успіху: в грошах, штуках, тестах, пацієнтах, історіях хвороби – як вам зручніше.
Achievable (досяжна)	Чи можливо практично виконати заплановану роботу в повному обсязі, незважаючи на всі труднощі? • Це не означає «синиця в руках», а скоріше, йдеться про віру в досягнення мети.
Agreed (доречна)	• Чи збігається визначена мета з метою закладу, програми загалом?
Realistic (реалістична)	Як можна досягти поставленої мети? • Проаналізуйте ресурси, необхідні для її досягнення.
Time-bound (визначена в часі)	Коли необхідно завершити проект? • Наявність терміну досягнення мети, графіка етапів її реалізації.



Слайд 15

Мета: залучити до медичних послуг (взяття на ДО, призначення АРТ) 90% ВІЛ-позитивних осіб без постійного місця проживання (ОБМП) у Дніпровському районі м. Києва до 2020 року.

S Конкретна	Що (зробити)? Залучити до медичних послуг (взяття на ДО, призначення АРТ) ВІЛ-позитивних осіб. Навіщо? Для підвищення рівня охоплення медичними послугами (ДО+АРТ) ВІЛ+ ОБМП. Хто? Особи без постійного місця проживання (ОБМП). Де? Дніпровський район міста Києва. Обмеження? Особливості групи ОБМП.
M Вимірювана	Базові показники: оціночна чисельність ОБМП – 2 400 осіб; інфікованість ВІЛ – 10% (тобто 240 осіб). Показники мети: залучити 90% ВІЛ-інфікованих ОБМП, тобто 220 осіб.
A Досяжна/узгоджена	Визначена мета відповідає програмі розширення медичних ВІЛ-послуг у районі.
R Реалістична	Аналіз ресурсів, необхідних для досягнення мети, свідчить про її реалістичність.
T Час	3 роки (2017–2020).



Слайд 16

Практична вправа




Презентація до заняття 3.3.

Слайд 17

Робота в малих групах:
оцінка вибраних змін (тем фінальних проектів)
з точки зору критеріїв SMART
та доопрацювання завдань за критеріями SMART

- У малих групах проведіть колективну оцінку обраної зміни з точки зору критеріїв SMART та доопрацюйте її за критеріями SMART (10 хвилин).
- Запишіть доопрацьовані завдання покращень на аркуші фліп-чарту та презентуйте в загальній групі для подальшого обговорення (2 хвилини).


Питання для обговорення в малих групах та подальшого представлення для загальної групи

- Оцінка з точки зору критеріїв SMART зміни (теми фінального проекту), яку обрали учасники малої групи.
- Доопрацювання теми фінального проекту за критеріями SMART (за необхідності).
- Підготовка представлення доопрацьованої теми фінального проекту для загальної групи.

Робота в групах: слухачі об'єднуються в малі групи по 3-5 осіб, загалом до 5 малих груп; кожна група проводить у форматі обговорення оцінку та доопрацювання за критеріями SMART зміни (теми фінального проекту), яку обрали учасники групи.

За результатами проведеного практичного заняття:

слухачі повинні знати:

- зміст критеріїв SMART щодо постановки завдань;
- основні правила ефективного застосування інструменту SMART;

слухачі повинні вміти:

- проводити оцінку за критеріями SMART мети (завдання) щодо поліпшення якості;
- ставити завдання безпосереднім підлеглим за критеріями SMART.

Додатки

- Додаток 3.3.1. Критерії SMART.

Література

- Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження / За ред. І. Семененко. – К.: Поліграф плюс, 2015. Модуль 2, с.18-41.
- Керівництво для наставника з питань поліпшення якості. Міжнародна організація сімейного здоров'я (FHI360). Київ, 2013.

Додаток 3.3.1. Критерії SMART**Оцінка мети за критеріями SMART**

Specific (конкретна)	<p>Чи чітко визначено те, що стосується саме цієї мети? «5W»:</p> <ul style="list-style-type: none"> • What (що?): Чого саме я хочу досягти? • Why (чому?): Навіщо мені та/або організації це потрібно? • Who (хто?): Хто братиме участь у досягненні цілі? • Where (де?): Де найкраще виконати завдання? • Which (який?): Які вимоги та обмеження існують для виконання завдання?
Measurable (вимірювана)	<p>Чи можна побачити і як виміряти результати після завершення проекту?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Визначте критерії оцінки успіху: в грошах, штуках, тестах, пацієнтах, історіях хвороби – як вам зручніше.
Achievable (досяжна) Agreed (доречна)	<p>Чи можливо практично виконати заплановану роботу в повному обсязі, незважаючи на всі труднощі?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Це не означає «синиця в руках», а скоріше, йдеться про віру в досягнення мети. • Чи збігається визначена мета з метою закладу, програми загалом?
Realistic (реалістична)	<p>Як можна досягти поставленої мети?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Проаналізуйте ресурси, необхідні для її досягнення.
Time-bound (визначена в часі)	<p>Коли необхідно завершити проект?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Наявність терміну досягнення мети, графіка етапів її реалізації.

Заняття 3.4. Чого і як ми намагаємося досягти? Розробка основи для успішних заходів з поліпшення. SWOT-аналіз систем

Вид заняття:	практичне заняття.
Тривалість заняття:	1 академічна година.
Місце проведення:	навчальна кімната.
Необхідні ресурси:	фліп-чарт, фломастери, роздатковий матеріал.
Умови проведення заняття:	наявність попередньої підготовки з питань, запланованих для розгляду на занятті. Для цього слухачі курсу повинні використати лекційні матеріали, рекомендовану літературу, методичні вказівки, власний досвід управління закладом охорони здоров'я.
Навчальна мета:	відпрацювати інструмент аналізу систем (SWOT), який застосовують при виборі та обґрунтуванні теми проекту з поліпшення якості та плануванні змін.

План проведення практичного заняття	Час, хвилин
1. Ознайомлення слухачів з темою, метою, завданням, планом та порядком проведення практичного заняття.	5
2. Робота в малих групах з використанням інструменту аналізу систем SWOT.	20
3. Підбиття підсумків та обговорення результатів роботи в групах.	15
4. Заключне слово викладача та його оцінка практичного значення виконаної роботи.	5
Разом	45

Форма проведення практичного заняття: робота в малих групах, обговорення результатів у загальній групі.

Короткий вступ до практичного заняття

Для систематизації наявної інформації, оцінки чинників та явищ, які впливають на досягнення бажаного поліпшення, застосовується SWOT-аналіз.

SWOT – це скорочення, де:

S = Strengths (сильні сторони);

W = Weaknesses (слабкі сторони);

O = Opportunities (можливості);

T = Threats (загрози).

Цей інструмент включає аналіз внутрішнього середовища (сильні та слабкі сторони бажаного поліпшення) і зовнішні чинники (можливості й загрози, які впливають на досягнення бажаного поліпшення).

Першим кроком для ініціювання будь-яких змін є постановка завдань. Для цього команді з поліпшення якості потрібно визначити поточну ситуацію з обраного питання в лікарні.

Наступний крок – розпізнати основні конфлікти і сили впливу (внутрішні та зовнішні).

На **останньому** етапі потрібно визначити, якою ми бажаємо бачити ситуацію після впровадження змін.

Оцінюючи **сильні і слабкі сторони** системи, варто врахувати важливі складові, що впливають на кінцевий результат. Тому слід дотримуватися такого плану:

- внутрішні чинники (ваші особисті або вашої організації), ключовими аспектами яких є:
- люди;
- приміщення;
- технології;
- навички в галузі маркетингу/розвитку продажів;
- репутація/імідж;
- фінансові ресурси.

Оцінюючи **можливості і загрози**, зверніть особливу увагу на те, що ці характеристики носять потенційний характер:

- зовнішні чинники: відповідаємо на запитання: «А що буде, коли ...?»; ключовими аспектами яких є:
 - політичні/соціальні/економічні зміни;
 - конкуренція;
 - обсяги і тенденції ринку;
 - потреби, які задовольняє ваш продукт;
 - можливість зміни цих потреб.

Приклад 1. Застосування інструменту SWOT для аналізу завдання «**Забезпечити поліпшення процесу взяття на диспансерний облік ВІЛ-позитивних пацієнтів**»

<p style="text-align: center;">S – сильні сторони</p> <ul style="list-style-type: none"> • Кваліфікований персонал. • Наявність швидких тестів. • Наявність лабораторій (б/х, клін., PIMA). • Наявна діагностична база. • Прихильність адміністрації. • Локальні протоколи з визначеним маршрутом пацієнта. • Внутрішня нормативна база. • Можливість придбання ШТ та витратних матеріалів. 	<p style="text-align: center;">W – слабкі сторони</p> <ul style="list-style-type: none"> • Неуккомплектованість штатних посад фізичними особами. • Відсутність фінансування на реактиви для біохімічних досліджень. • Віддаленість обласної діагностичної лабораторії.
<p style="text-align: center;">O – можливості</p> <ul style="list-style-type: none"> • Співпраця з НУО. • Забезпеченість ШТ, ІФА. • Забезпеченість матеріалами. • Мотиваційні набори. • Співпраця з іншими ЛПЗ щодо доставки біоматеріалів та отримання результатів. • Залучення ЗМІ до просвітницької роботи. 	<p style="text-align: center;">T – загрози</p> <ul style="list-style-type: none"> • Неприйняття діагнозу пацієнтом. • Стигма. • Недосконалість системи закупівель. • Соціальний статус пацієнта. • Зміна конфіденційності. • Віддаленість лабораторії (дороги, транспорт).

Приклад 2. Застосування інструменту SWOT для аналізу завдання «**Забезпечити транспортування в обласний кардіологічний реперфузійний центр у межах транспортної доступності (70-80 км) пацієнтів на ГКС з елевацією ST бригадою ШМД впродовж 1,5 години з моменту звернення до центральної оперативної диспетчерської служби у 50% випадків**»

<p style="text-align: center;">S – сильні сторони</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лікування ГІМ за стандартом. • Високий рівень знань персоналу з питань діагностики та лікування ГКС. • Відсутність або низка кількість скарг при ССЗ. • Відповідальність та оперативність у роботі СЛЗ. • Запровадження естафетної схеми транспортування пацієнтів. 	<p style="text-align: center;">W – слабкі сторони</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оголення території. • Великі витрати робочого часу на один виклик. • Витрати ПММ та ресурсу автомобілів ЕМД. • Залучення сусідніх підрозділів для надання ЕМД на оголених ділянках. • Інертність мислення диспетчера: обслуговування тільки свого району.
<p style="text-align: center;">O – можливості</p> <ul style="list-style-type: none"> • Рейтинг служби ЕМД у розрізі лікування ССЗ. • Обізнаність населення про роль бригади ЕМД у лікуванні ГКС. 	<p style="text-align: center;">T – загрози</p> <ul style="list-style-type: none"> • Вимоги інших спеціалістів (нейрохірурги, дитячі хірурги та ортопеди тощо) запровадити аналогічну схему транспортування їхніх пацієнтів. • Зменшення ресурсу для надання ЕМД на оголених ділянках. • Скарги на невчасний приїзд бригади ЕМД.

ГІМ – гострий інфаркт міокарда; ГКС - гострий коронарний синдром; ЕМД - екстрена медична допомога; ПММ - паливно-мастильні матеріали; СЛЗ - старший лікар зміни; ССЗ - серцево-судинні захворювання; елевація ST – підйом інтервалу ST на електрокардіограмі.

Джерело: дипломна робота Свириденко В.І. «Особливості організації транспортування пацієнтів зі STEMI-інфарктом», кафедра менеджменту охорони здоров'я НМУ імені О.О. Богомольця, 2017.

Завдання

Кожна група слухачів вибирає фасилітатора дискусії. Використовуючи шаблон інструменту SWOT (див. **Додаток 3.4.1**), слухачі проводять обговорення «Аналіз системи для підготовки фінального проекту з поліпшення якості». Обрана тема відповідає завданню поліпшення якості в закладі охорони здоров'я. Слухачам рекомендується використовувати власний досвід управління закладом охорони здоров'я, перспективні плани розвитку закладів.

Робота в групах: слухачі працюють у малих групах (до 5 осіб) упродовж 20 хвилин. Кожна група слухачів вибирає фасилітатора дискусії та майбутнього доповідача результатів роботи групи.

Слухачі повинні знати:

- методологію застосування інструменту SWOT при виборі та обґрунтуванні теми проекту з поліпшення якості;
- основні правила його використання;
- недоліки та обмеження інструменту SWOT.

Слухачі повинні вміти:

- використовувати на практиці у своїй команді інструмент SWOT для аналізу та обґрунтування теми фінального проекту впровадження змін.

Додатки

1. Додаток 3.4.1. Шаблон інструменту SWOT.

Література

1. Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження / За ред. І. Семененко. – К.: Поліграф плюс, 2015. – 192 с.
2. Керівництво для наставника з питань поліпшення якості. Міжнародна організація сімейного здоров'я (FHI360). Київ, 2013.

Додаток 3.4.1. Шаблон інструменту SWOT

SWOT-аналіз

Тема проекту з поліпшення якості:

<p>Сильні сторони (Strengths)</p>	<p>Слабкі сторони (Weaknesses) <i>(є наслідком внутрішньої ситуації на момент аналізу)</i></p>
<p>Можливості (Opportunities)</p>	<p>Загрози (Threats) <i>(потенційні, є наслідком зовнішніх обставин)</i></p>

Заняття 3.5. Як створювати та аналізувати схему процесу? Аналіз систем (інструменти «Побудова блок-схем», «Риб'ячий скелет»)

Вид заняття:	практичне заняття.
Тривалість заняття:	2 академічні години.
Місце проведення:	навчальна кімната.
Необхідні ресурси:	проектор, комп'ютер, фліп-чарт, фломастери, роздатковий матеріал
Умови проведення заняття:	наявність попередньої підготовки з питань, запланованих для розгляду на занятті. Для цього слухачі курсу повинні використати рекомендовану літературу, методичні рекомендації, результати виконання попередніх вправ.
Навчальна мета:	відпрацювати навички використання інструментів аналізу системи та процесів у цій системі для оцінки того, чи може бути поліпшенням сформульоване завдання (мета) проекту з поліпшення якості.
Завдання заняття:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ознайомитися з інструментом «Діаграма причинно-наслідкових зв'язків» («Риб'ячий скелет», fishbone), що використовується для напрацювання ідей аналізу першопричин ситуації, яка вимагає поліпшення. 2. З використанням інструменту провести в малих групах аналіз першопричин виникнення ситуації, яка потребує покращення в рамках обраної теми фінального проекту. 3. Ознайомитися з інструментом схеми та аналізу процесу (побудова блок-схем), який використовується для виявлення проблем та генерування ідей змін з метою поліпшення. 4. У малих групах побудувати блок-схему процесу, який планується до покращення в процесі виконання фінального проекту, виявити проблеми та слабкі місця цього процесу. 5. Провести обговорення напрацювань малих груп у загальній групі.

План проведення заняття	Час, хвилин
1. Ознайомлення слухачів з темою, метою, завданням, планом та порядком проведення заняття.	5
2. Короткий вступ до теми практичного заняття: презентація «Як створювати та аналізувати схему процесу. Аналіз систем (побудова блок-схем, «риб'ячого скелету»).	15
3. Визначення формату роботи слухачів у малих групах та питань для аналізу під час опрацювання діаграм причинно-наслідкових зв'язків.	5
4. Робота в малих групах («Риб'ячий скелет»).	20
5. Визначення формату роботи слухачів у малих групах та питань для аналізу під час опрацювання інструменту схеми та аналізу процесу.	5
6. Робота в малих групах (побудова блок-схем).	20
7. Виступи учасників заняття з питань, винесених на обговорення.	20
8. Підбиття підсумків та обговорення результатів роботи в групах..	10
Разом	90

Форма проведення

практичного заняття: Робота в малих групах, виконання завдання, представлення результатів роботи в малих групах, обговорення та підбиття підсумків у загальній групі.

Короткий вступ до теми практичного заняття





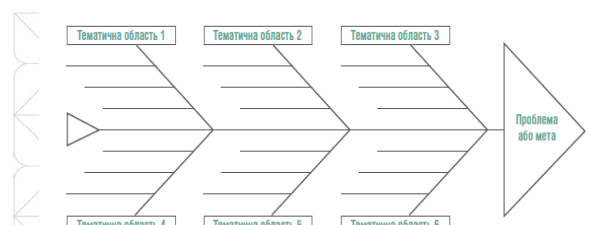

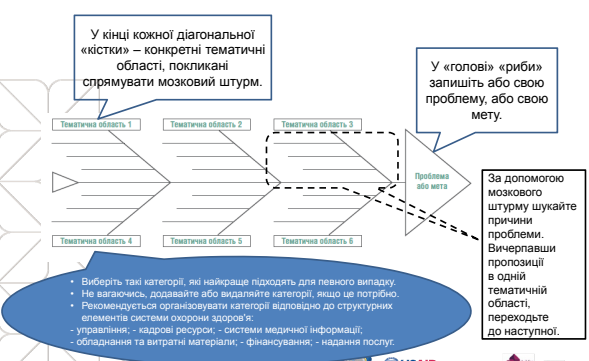




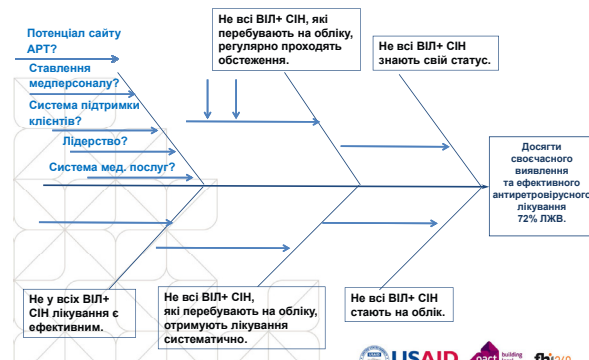

У вступі до теми практичного заняття слід розглянути загальні питання використання інструментів:

- «Діаграма причинно-наслідкових зв'язків» («Риб'ячий скелет»), який використовується для напрацювання ідей аналізу першопричин ситуації, яка вимагає поліпшення;
- «Схема та аналіз процесу» (побудова блок-схем), який використовується для виявлення проблем та генерування ідей змін з метою поліпшення.

Наприкінці вступної частини формулюється завдання № 1 для роботи в малих групах: побудова діаграми причинно-наслідкових зв'язків на тему фінального проекту.

Після завершення роботи учасників малих груп над завданням № 1 на екран виводиться завдання № 2 для роботи в малих групах: побудова блок-схем процесів на тему фінального проекту та їх доопрацювання за шістьма питаннями пошуку варіантів покращення.

Завдання № 1

<p>Слайд 1</p>	 <p>Цикл тематичного удосконалення «Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб)»</p> <p>Як створювати та аналізувати схему процесу? Аналіз систем (інструменти «Побудова блок-схем», «Риб'ячий скелет»)</p> <p>Презентація 1 до заняття 3.5</p>	<p>Визначення понять</p> <p>Діаграма причинно-наслідкових зв'язків</p> <ul style="list-style-type: none"> Один з інструментів організації ідей для аналізу першопричин ситуації, яка вимагає покращення. За формою нагадує риб'ячий скелет (англ. назва – <i>fishbone</i>). <p>Категорії «причина» і «наслідок» – це одна зі специфічних форм взаємозв'язку явищ, який полягає в тому, що кожне явище або група явищ, які взаємодіють між собою, породжують інші явища.</p> <ul style="list-style-type: none"> Тобто явище, яке викликає до життя інші явища, виступає щодо них як причина. У свою чергу, результатом дії причини є наслідок. 
<p>Слайд 3</p>	<p>Схеми причинно-наслідкових зв'язків</p> <ol style="list-style-type: none"> Явище породжує інше явище. Група явищ, які взаємодіють між собою, породжують інше явище. Група явищ, які взаємодіють між собою, породжують інше явище, яке, у свою чергу, взаємодіє з іншим явищем, породжуючи ще одне явище, яке є наслідком.  	<p>Діаграма «Риб'ячий скелет»</p> <p>ЗРАЗОК НЕЗАПОВНЕНОЇ ДІАГРАМИ</p>  
<p>Слайд 5</p>	<p>Інструкція з формування</p>  <p>У кінці кожної діагональної «кістки» – конкретні тематичні області, поклякані спрямувати мозковий штурм.</p> <p>У «голові» «риби» запишіть або свою проблему, або свою мету.</p> <p>За допомогою мозкового штурму шукайте причини проблеми. Вичерпавши пропозиції в одній тематичній області, переходьте до наступної.</p> <ul style="list-style-type: none"> Вибирати такі категорії, які найкраще підходять для певного випадку Не вгадувати, додавати або видаляти категорії, якщо це потрібно Рекомендується організувати категорії відповідно до структурних елементів системи охорони здоров'я: <ul style="list-style-type: none"> управління; - кадрові ресурси; - системи медичної інформації; обладнання та витратні матеріали; - фінансування; - надання послуг. 	<p>Методика напрацювання причин (горизонтальних «кісток» «риби»)</p> <p>Загальна інструкція</p> <ul style="list-style-type: none"> Обравши ключові теми, почніть за допомогою мозкового штурму пошук причин, які заважають досягти мети, або пошук причин проблеми. Вичерпавши пропозиції в одній тематичній області, переходьте до наступної. Опрацюйте кожну тему, аж доки не проаналізуєте всі. Причини запишіть уздовж горизонтальних «кісток» «риби». <p>При напрацюванні причин допоможе метод «П'ять «Чому?»».</p> <ol style="list-style-type: none"> Ми починаємо з запитання: «Чому в нас виникла проблема?» або «Чому ми не досягаємо нашої мети?» Потім ми ставимо запитання «Чому?» до отриманої відповіді на перше запитання і продовжуємо це робити, доки не відчujemo, що нарешті знайшли першопричинну проблему. Це буде точка, в якій ми втручаємося, щоб перервати ланцюг подій, які генерують проблему або не дають досягти мети. 
<p>Слайд 7</p>	<p>Приклад діаграми «Риб'ячий скелет»</p> <p>ПРИКЛАД ЗАПОВНЕНОЇ ДІАГРАМИ: «Чому у цій громаді такий високий рівень безробіття?»</p>  <p>Тематичні області: Місцеві політики, Освіта, Злочин, Родина, Культура.</p> <p>Проблема: Високий рівень безробіття.</p> 	<p>Удосконалити континуум послуг для ЛЖВ</p>  <p>Потенціал сайту ART? / Система підтримки клієнтів? / Лідерство? / Система мед. послуг? / Не всі ВІЛ+ СІН, які перебувають на обліку, регулярно проходять обстеження. / Не всі ВІЛ+ СІН знають свій статус. / Не у всіх ВІЛ+ СІН лікування є ефективним. / Не всі ВІЛ+ СІН, які перебувають на обліку, отримують лікування систематично. / Не всі ВІЛ+ СІН стають на облік.</p> <p>Досягти своєчасного виявлення та ефективного антиретровірусного лікування 72% ЛЖВ.</p> 

Завдання № 1

Слайд 9

Визначення понять

Процес – це **низка заходів** або завдань, які **в сукупності** допомагають досягти бажаного **результату**.

Аналіз (грец. ἀνάλυσις – розкладання, розчленування) – операція уявного або реального **розчленування цілого** (предмета, властивості, **процесу** або відносин між предметами) на складові частини, яка виконується **в процесі пізнання** або предметно-практичної діяльності людини.



Слайд 10

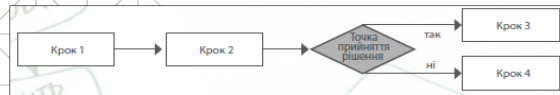
Блок-схема

Це **графічне відображення будь-якого процесу**, яке чітко показує систематичну **послідовність** усіх етапів виконання поставленого завдання, а також усі **групи**, залучені до цього процесу.

Така схема є системою графічних **символів** (блоків) та **ліній переходів** (стрілок) між ними.

Кожен з таких блоків відповідає певному кроку алгоритму.

Усередині такого символу наводиться опис кроку (дії).



Слайд 11

Для чого застосовують блок-схеми?

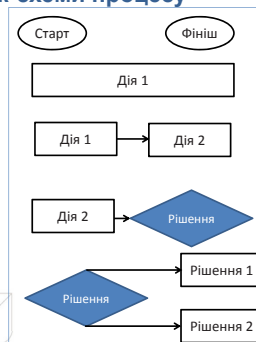
- Розробляти новий процес.
- Описувати і документувати поточний алгоритм.
- Розробляти модифікації до вже наявного процесу або досліджувати ланки з імовірним виникненням помилок.
- Визначати, коли, де і як можна змінювати поточний алгоритм, щоб перевірити стійкість усього процесу або його покращення.



Слайд 12

Структура блок-схеми процесу

1. Початок і кінець процесу вказуються в **овалах**.
2. Кожен ключовий крок описано у **прямокутнику**.
3. Кроки організуються, відповідно до **порядку їх появи** у процесі. Кроки з'єднуються стрілками.
4. Там, де є **точки прийняття рішень** у процесі, які визначають кроки після цих рішень, схема розділяється на дві або більше окремі «гілки».
5. Точки прийняття рішень, як правило, наводяться у вигляді **ромбів**.



Слайд 13

Алгоритм

Процес отримання готівки в банкоматі

Отримання готівки в банкоматі

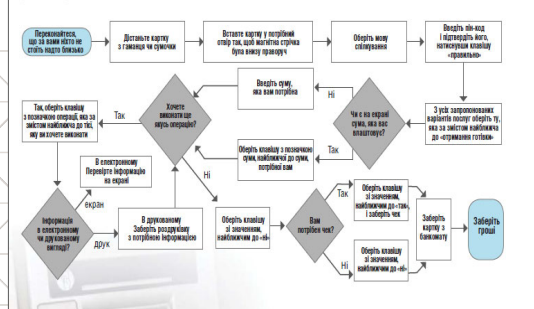
Аналіз процесу – розкладання на окремі дії.

Систематизуйте дії у блок-схему процесу.



Слайд 14

Процес отримання готівки у банкоматі



Слайд 15

Як зобразити процес за допомогою блок-схеми?

Незалежно від типу блок-схеми, є кілька загальних **кроків для її побудови**.

Крок 1. Домовтеся про те, яка мета створення блок-схеми і який формат для неї найбільше підходить.

Крок 2. Визначте і затвердіть початковий та кінцевий пункти процесу, який буде зображувати за допомогою блок-схеми.

- Що вказує на початок цього процесу?
- Які його входи?
- Що вказує на кінець процесу?
- Який його фінальний підсумок(и)?

Крок 3. Визначте елементи блок-схеми, відповіді на запитання:

- Хто бере участь у виконанні цього кроку? У чому полягає ця участь?
- Який результат цього кроку? Хто його використовує і для чого?

Якщо ви створюєте блок-схему для того, щоб визначити слабкі сторони у ваших процесах, кроки і точки прийняття рішень, які ви вносите у вашу блок-схему, повинні відображати реальний процес (те, що насправді відбувається, а не те, що має відбуватися).

Крок 4. Розгляньте перший черновий варіант блок-схеми, щоб переконатися, що ви вказали кроки в їхній логічній послідовності. Нез'ясовані ділянки можна зобразити у вигляді хмари, щоб пізніше їх уточнити.



Слайд 16

Практична робота



Завдання № 1

Слайд 17

РОБОТА В МАЛИХ ГРУПАХ:
побудова діаграми причинно-наслідкових зв'язків за темою фінального проекту

У малих групах:

- оберіть проблему, на яку спрямовано покращення;
- колективно побудуйте **діаграму причинно-наслідкових зв'язків** проблеми;
- доопрацюйте діаграму шляхом аналізу та обговорення.

Див. Додаток 3.5.1. та 3.5.2.



Слайд 18

Завдання № 2

<p>Слайд 1</p>	 <p>Цикл тематичного удосконалення «Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб)»</p> <p>Як створювати та аналізувати схему процесу? Аналіз систем (побудова блок-схем)</p> <p>Презентація 2 до заняття 3.5</p>	<p>Практична робота</p> 	<p>Слайд 2</p>
<p>Слайд 3</p>	<p>РОБОТА В МАЛИХ ГРУПАХ: побудова блок-схем процесів за темою фінального проекту</p> <p>У малих групах:</p> <ul style="list-style-type: none"> колективно побудуйте блок-схему процесу покращення, який ви обрали; доопрацюйте блок-схему шляхом аналізу та обговорення. <p>Див. Додаток 3.5.4.</p> 	<p>Покращення процесу на основі аналізу блок-схем процесу</p> <ul style="list-style-type: none"> Складання схеми вашого поточного процесу – це еквівалент оцінки базового рівня. Сам по собі він не розкаже вам, як досягти покращення, але допоможе зрозуміти, на якому етапі ви зараз перебуваєте. При такому використанні інструменту важливо, щоб ви зафіксували те, що відбувається насправді, а не те, що мало б відбуватися. Потім ви зможете переглянути схему, щоб пошукати можливості для покращення. 	<p>Слайд 4</p>
<p>Слайд 5</p>	<p>РОБОТА В МАЛИХ ГРУПАХ: аналіз блок-схем процесів за темою фінального проекту з метою пошуку варіантів покращення</p> <p>У малих групах:</p> <ul style="list-style-type: none"> проаналізуйте блок-схему процесу покращення; доопрацюйте (шляхом обговорення) блок-схему за допомогою шести запитань пошуку варіантів покращення. 	<p>Запитання для покращення процесу</p> <ul style="list-style-type: none"> Чи є зайві кроки? Чи є марнування ресурсів? Чи варто змінити порядок кроків? Чи можна зменшити кількість точок передачі? Чи можна реалізовувати кроки паралельно? Чи можна визначити та усунути «вузькі місця»? 	<p>Слайд 6</p>
<p>Слайд 7</p>	<p>Представлення результатів роботи груп</p> <p>Кожна група представляє результати своєї роботи (5 хвилин).</p> 		

Питання для обговорення в малих групах та подальшого представлення для загальної групи

1. Які першопричини ситуації, що вимагає поліпшення (теми фінального проекту, яка обраної учасниками малої групи), виявлено за результатами використання інструменту «Риб'ячий скелет»?
2. Які проблеми в процесі (теми фінального проекту) та генеруванні ідей змін з метою його поліпшення виявлено за результатами використання інструменту «Побудова блок-схем»?
3. Підготовка представлення напрацювань малих груп для загальної групи.

Робота в групах: слухачі об'єднуються в малі групи по 3-5 осіб (як при формуванні теми фінального проекту).

Кожна група проводить у форматі обговорення послідовно аналіз першопричин ситуації, яка вимагає поліпшення (теми фінального проекту), та виявлені проблеми в процесі за темою фінального проекту.

Робота проводиться з використанням інструментів «Риб'ячий скелет» та «Побудова блок-схем».

У кожній малій групі визначається доповідач, який представить результати її напрацювань для загальної групи слухачів.

За результатами проведеного практичного заняття:

слухачі повинні знати:

- інструмент «Діаграма причинно-наслідкових зв'язків» («Риб'ячий скелет»), який використовується для напрацювання ідей аналізу першопричин ситуації, що вимагає поліпшення, і правила його ефективного застосування;
- інструмент схеми та аналізу процесу (побудова блок-схем), який використовується для виявлення проблем та генерування ідей змін з метою поліпшення;

слухачі повинні вміти:

- застосовувати на практиці вищевказані інструменти аналізу мети (завдання) з поліпшення якості та доопрацьовувати їх на основі результатів проведеного аналізу.

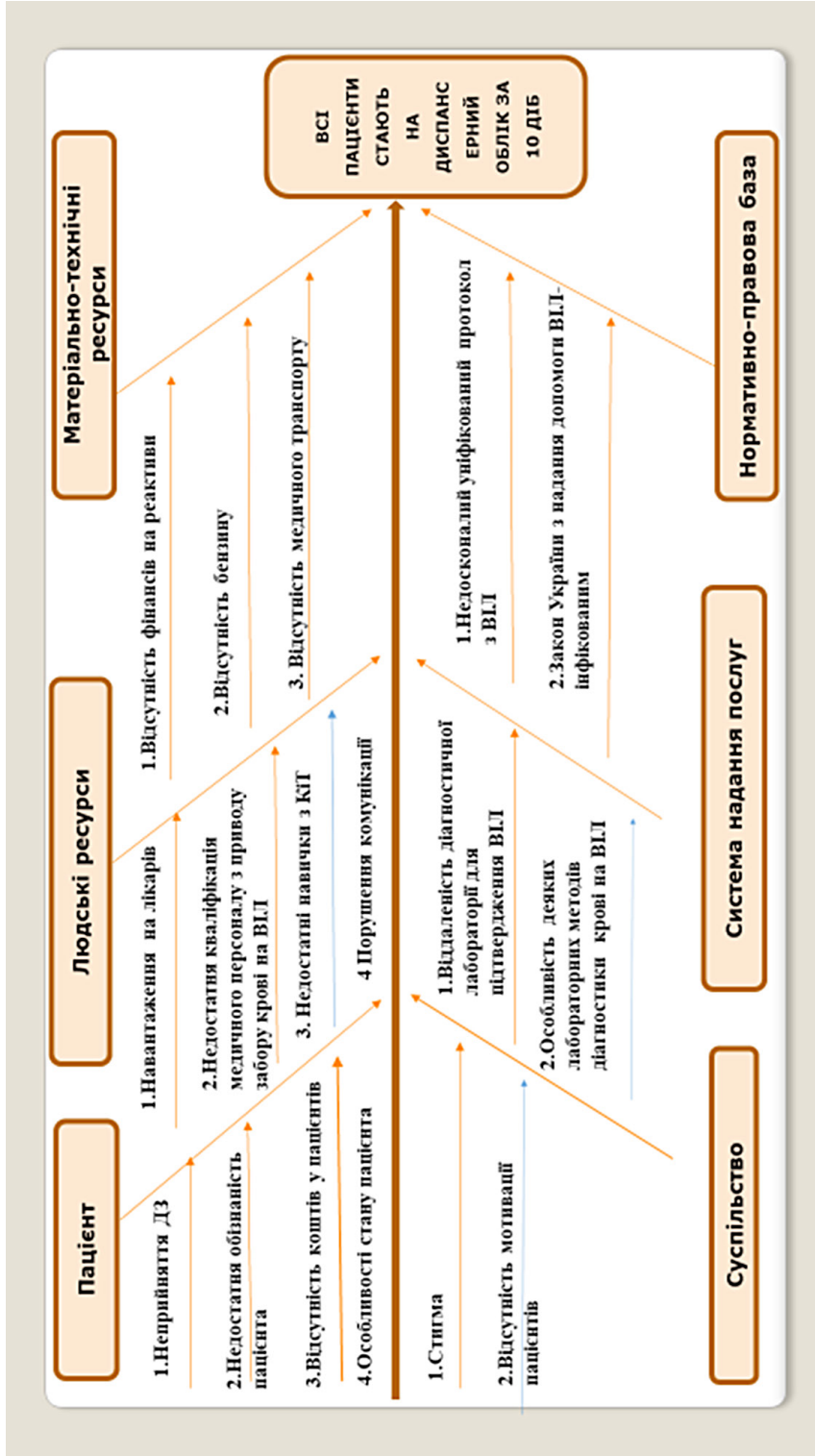
Додатки

1. Додаток 3.5.1. Приклад застосування інструменту «Риб'ячий скелет».
2. Додаток 3.5.2. Шаблон «Риб'ячий скелет».
3. Додаток 3.5.3. Приклад пакету змін з поліпшення якості.
4. Додаток 3.5.4. Приклад аналізу процесних діаграм впровадження змін.

Література

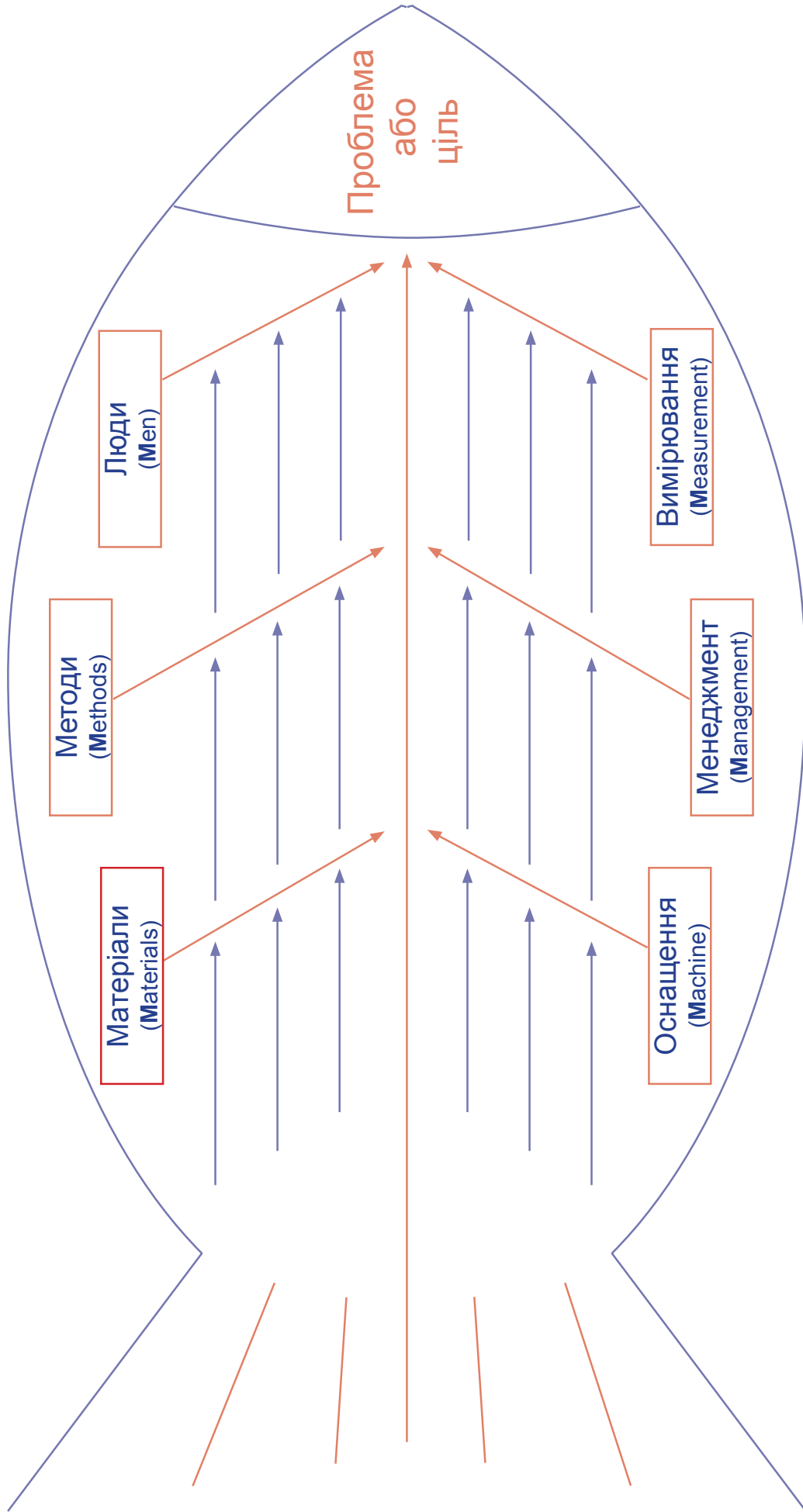
1. Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження / За ред. І. Семененко. – К.: Поліграф плюс, 2015.
 - Модуль 2, ст. 22-25.
 - Модуль 2, ст. 36-41.
 - Модуль 3, ст. 42-56.
2. Керівництво для наставника з питань поліпшення якості. Міжнародна організація сімейного здоров'я (FHI360). Київ, 2013.
3. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я в Україні (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб). Методичні рекомендації. Київ, 2017.
4. Rakhmanova N, Bouchet B. Quality improvement handbook: a guide for enhancing performance of healthcare systems. Washington, DC: FHI 360; 2017

Додаток 3.5.1. Приклад застосування інструменту «Риб'ячий скелет»



Додаток 3.5.2. Шаблон інструменту «Риб'ячий скелет»

Оцінювання виробничих процесів.
Діаграма причинно-наслідкових зв'язків.



До кожного «М» впишіть перелік

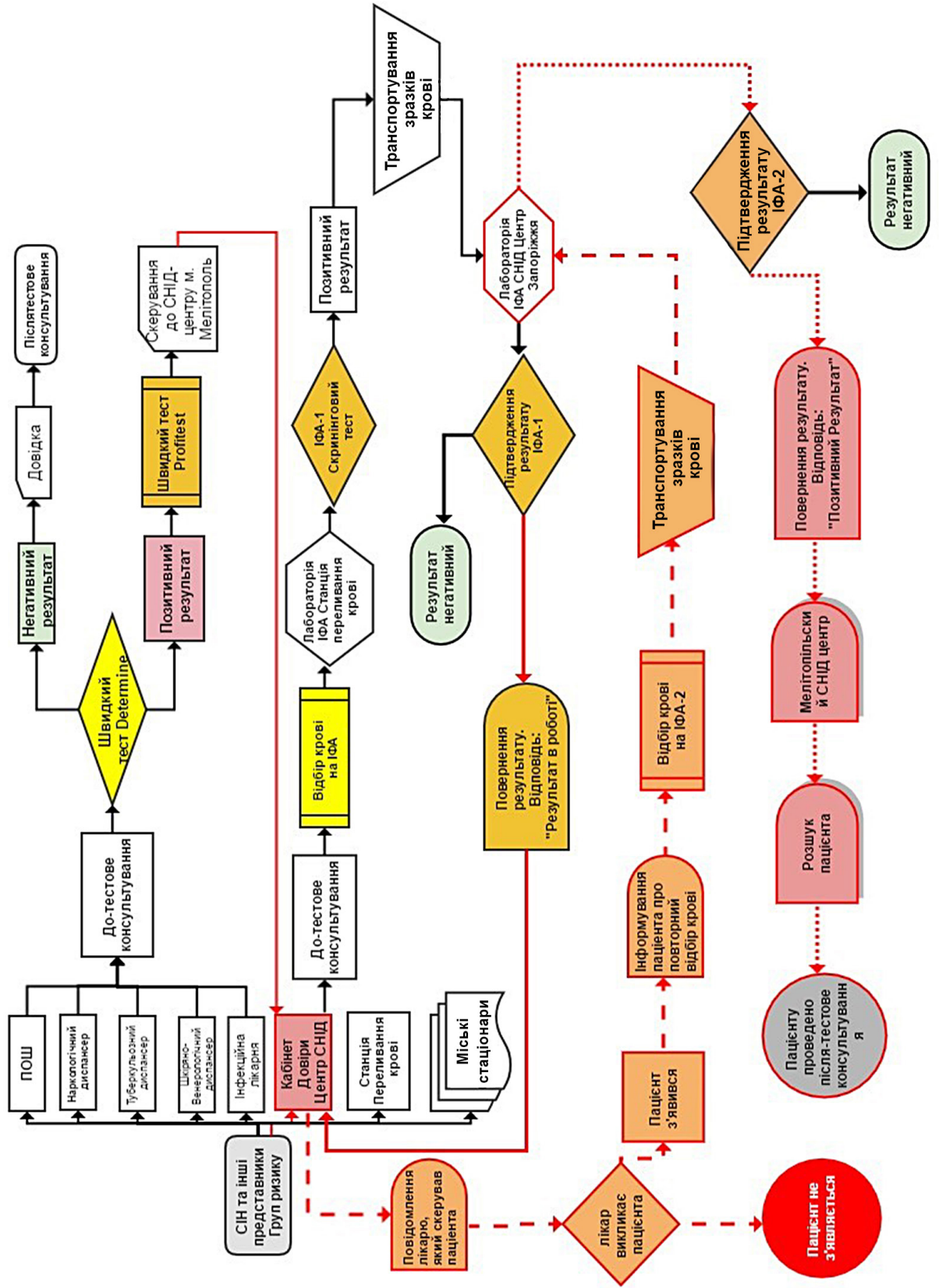
Додаток 3.5.3. Приклад пакету змін з поліпшення якості

Пакет змін Колаборативу проекту USAID RESPOND з покращення якості ВІЛ-послуг у 8 регіонах України, 2017 р.
(Дніпропетрівська обл., Херсонська обл., Київ, Київська обл., Миколаївська обл.,
Одеська обл., Запорізьська обл., Кіровоградська обл.)

Програ-лина	Зміни
Виявлення	1.1. Скринінг на ризиковану поведінку вузькими спеціалістами та/або лікарями ПМСД
	1.2. Тестування на ВІЛ за допомогою 2-х ШТ або ІФА вузькими спеціалістами та/або лікарями ПМСД
	1.3. Надання інформаційних матеріалів з КІТ для лікарів та пацієнтів
	1.4. Впровадження системи відстеження пацієнтів (ваучери, купони або запрошення)
	1.5. Супровід пацієнтів медичними працівниками
	1.6. КІТ статевих партнерів ЛЖВ
	1.7. Оцінка поведінкових ризиків і клінічних показів, та КІТ для госпіталізованих пацієнтів у першу добу після госпіталізації
	1.8. Подвійне кодування під час КІТ для обов'язкової ідентифікації СІН
	1.9. Перерозподіл обов'язків по КІТ між лікарями та медичними сестрами
	1.10. Проведення КІТ пацієнтам за ініціативою медичного працівника
	1.11. Забезпечення якості – зовнішня оцінка якості експрес-тестування на ВІЛ
	1.12. Забезпечення якості - тестування на ВІЛ через впровадження алгоритмів тестування на ВІЛ
2. Залучення до системи медпослуг	2.1. Проведення необхідних лаб. тестів (2 ШТ+1ІФА, CD4, та біохім. обстежень) протягом одного візиту пацієнта до кабінету «Довіра»/АРТ-сайту
	2.2. Продовжити час роботи та/або адаптувати графік роботи кабінетів «Довіра»/АРТ сайтів
	2.3. Частіше транспортування біологічного матеріалу до лабораторії
	2.4. Повернення результатів лабораторних аналізів (CD4, ВН) до сайтів АРТ через Інтернет
	2.5. Лабораторна діагностика на базі місцевої станції переливання крові
	2.6. СМС-повідомлення/ дзвінки/листи пацієнтам
	2.7. Активний патронаж на дому медичними та соціальними працівниками
	2.8. Залучення сімейних лікарів та вузьких спеціалістів до мед. нагляду за ЛЖВ
	2.9. Скерування ЛЖВ, які були виявлені під час госпіталізації, на диспансерний облік до виписки зі стаціонару
3. Лікування	3.1. Призначення АРТ та зміна схеми лікування безпосередньо на АРТ сайті
	3.2. Передача пацієнтів, що знаходяться на АРТ із Центрів СНІДу до районних сайтів АРТ
	3.3. Ідентифікація та лікування ЛЖВ у дискордантних парах
	3.4. Облік та управління запасами АРВ препаратів на сайті АРТ, включаючи видачу АРВ препаратів через аптечну мережу
	3.5. Оптимізація процесу видачі препаратів / Видача АРТ на 3-6 місяців
	3.6. Диспансерні візити один раз на рік
	3.7. Видача АРТ лікарем ПМСД
	3.8. Щомісячне виконання плану набору пацієнтів на АРТ, у співпраці з НУО відповідно до плану розширення
	3.9. Взяття на АРТ при постановці на диспансерний облік
	3.10. Забезпечення якості з прихильності до АРТ - забезпечити соціальний супровід пацієнтів, які не приходять на заплановані візити, безпосередньо за місцем проживання
	3.11. Забезпечення якості – проведення оцінки прихильності до АРТ при кожному візиті пацієнта (з подальшим консультуванням)
4. Структурно – організаційні зміни	4.1. Впровадження електронного інструменту для динамічного обліку пацієнтів та наданих послуг
	4.2. Розробка та запровадження регіональних та локальних протоколів та маршрутів пацієнта
	4.3. Розширення мережі працюючих кабінетів «Довіра»/АРТ сайтів
	4.4. Навчання лікарів та медичних сестер КІТ
	4.5. Навчання лікарів АРТ
	4.6. Навчання лікарів лікуванню ко-інфекції ВІЛ/ТБ
	4.7. Закупівля швидких тестів зі місцевих/районних бюджетів
	4.8. Зустрічі локальних команд з покращення якості не менш ніж один раз на місяць з метою аналізу змін та даних (звернути увагу на представлення динамічних графіків)
	4.9. Співпраця з НУО (супровід пацієнтів соціальними працівниками), для залучення ЛЖВ із ключових груп до медичної допомоги
	4.10. Виділення ставки соціального працівника у лікувальному закладі/на сайті АРТ
	4.11. Запровадження регіоном лінії «Довіра»
	4.12. Зміна тексту інформаційної згоди - підписання інформованої згоди на соціальний супровід під час підписання згоди на тестування на ВІЛ
	4.13. Забезпечення якості з експрес-тестування - навчання всіх фахівців, які проводять експрес-тестування

Додаток 3.5.4. Приклад аналізу процесних діаграм впровадження змін

Маршрут пацієнта (СІН та інші представники ГНР): тестування на ВІЛ у Мелітопольському районі Запорізької області, 2014 р.



Заняття 3.6. Дорожня карта як інструмент поліпшення якості

- Вид заняття:** семінар-дискусія.
- Тривалість заняття:** 1 академічна година.
- Місце проведення:** навчальна кімната.
- Необхідні ресурси:** проектор, комп'ютер, фліп-чарт, фломастери, роздатковий матеріал, приклад дорожньої карти.
- Умови проведення семінару:** наявність попередньої підготовки з питань, запланованих для розгляду на занятті. Для цього слухачі курсу повинні виконати домашнє завдання та ознайомитися з додатковими матеріалами.
- Навчальна мета:** поглибити знання та розуміння питань розробки і використання дорожніх карт з метою поліпшення якості медичних послуг із застосуванням моделі поліпшення якості.
- Завдання заняття:**
1. Ознайомитися з прикладами практичного впровадження моделі поліпшення якості медичних послуг у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу.
 2. Провести обговорення в загальній групі розглянутого в малих групах прикладу дорожньої карти проекту з поліпшення у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу.
 4. Закріпити розуміння практичного значення застосування дорожньої карти як одного з основних інструментів моделі поліпшення якості.

План проведення семінару	Час, хвилин
1. Ознайомлення слухачів з темою, метою, завданням, планом та порядком проведення семінарського заняття.	5
2. Вступне слово до теми семінарського заняття: презентація дорожньої карти як інструменту моделі поліпшення якості.	10
3. Робота в малих групах.	10
4. Загальне обговорення результатів роботи малих груп.	15
5. Підбиття підсумків обговорення, заключне слово викладача.	5
Разом	45

Форма проведення семінару: розгорнута бесіда за планом, робота в малих групах, загальногрупова дискусія.

Короткий вступ до теми заняття


Дорожня карта поліпшення якості – це короткий документ, який точно формулює мету проекту з поліпшення та містить опис стратегії, план дій мультидисциплінарної команди відповідно до розподілу ролей та обов'язків її членів.

Дорожня карта:

- допомагає командам утримувати фокус на цілі поліпшення;
- посилює готовність членів команди співпрацювати для досягнення мети поліпшення;
- є першим документом, який команда повинна розробити після досягнення домовленості про роботу над складним або проблемним аспектом діяльності.

Як уникнути помилок у дорожніх картах? Основні ризики при розробці дорожньої карти полягають у тому, що вона може бути не досить задокументована (не погоджена с адміністрацією, або не вистачає офіційного підпису, або недостатньо конкретна) для того, щоб бути корисним планом дій (тому команди можуть сумніватися в запланованому і втрачати робочий настрій). Або, навпаки, команди прагнуть зробити документ ідеальним, витратять забагато часу на розробку концепції з зайвими деталями і не починатимуть роботу із впровадження змін. Потрібно знайти правильний баланс, щоб у всіх членів команди було загальне розуміння і бажання досягти прогресу.

Презентація до заняття 3.6

Слайд 1	 <p>Цикл тематичного удосконалення «Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб)»</p> <h2 style="text-align: center;">Дорожня карта як інструмент поліпшення якості</h2> <p style="text-align: center;">Презентація до заняття 3.6</p>	Слайд 2
Слайд 3	<h3 style="text-align: center;">Основні розділи дорожньої карти (1)</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Назва проекту з поліпшення якості: тема поліпшення. • Терміни реалізації. • Обсяг поліпшення: географічні території, залучені заклади та організації. • Опис проблеми, на подолання якої спрямовано зусилля з поліпшення якості. • Спроможність системи, в рамках якої впроваджуватимуться зміни для поліпшення. • Мета і завдання зусиль з поліпшення якості. • Показники для вимірювання (індикатори поліпшення). 	Слайд 4
	<h3 style="text-align: center;">Основні розділи дорожньої карти (2)</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Обсяг та структура колаборативу з поліпшення якості: перелік залучених закладів та організацій, команди колаборативу: <ul style="list-style-type: none"> ▪ управління; ▪ команда з поліпшення якості; ▪ експерти з технічних питань та поліпшення якості. • Оцінка ризиків та опис заходів щодо їх зменшення. • Навчання, сталість та розширення. • Графік впровадження проекту. • Підписи осіб, які приймають рішення. 	

Питання для опрацювання в малих групах та подальшого обговорення в загальній групі

1. Основні переваги дорожньої карти як інструменту моделі поліпшення якості.
2. Чи будуть впроваджені зміни поліпшенням і на основі чого можна буде зробити такий висновок?
3. Які наступні кроки для забезпечення поліпшення якості послуг у запропонованому прикладі (див. **Додаток 3.6.1**)?
4. Які можливі варіанти використання дорожньої карти під час розробки фінального проекту в малих групах?

Робота в малих групах: слухачі об'єднуються у групи по 4-5 осіб; кожній групі для опрацювання надається один із прикладів **запропонованих змін** впровадження моделі поліпшення якості ВІЛ- послуг у пілотних регіонах.

Варіант 1

Зміна: Залучення ЛЖВ до медичної допомоги у службі СНІДу перед випискою з протитуберкульозних і наркологічних диспансерів.

Прогалина: Залучення до медичної допомоги.

Варіант 2

Зміна: Нагадування пацієнтам про візит до лікаря шляхом надсилання СМС-повідомлень та листів, здійснення телефонних дзвінків.

Прогалина: Залучення до медичної допомоги.

Варіант 3

Зміна: Забезпечення проведення необхідних лабораторних тестів (ІФА, CD4 та біохімічний аналіз крові) під час одного візиту пацієнта до кабінету «Довіра» / сайту АРТ.

Прогалина: Залучення до медичної допомоги.

Варіант 4

Зміна: Збільшення часу роботи сайтів АРТ, надання лабораторних послуг під час одного візиту пацієнта і покращення логістики між сайтами АРТ та лабораторіями.

Прогалина: Залучення до медичної допомоги.

Варіант 5

Зміна: Децентралізація початку та ведення АРТ з обласного центру СНІДу до місцевих сайтів АРТ.

Прогалина: Антитретровірусна терапія.

Опрацювання наданих малим групам прикладів проводиться згідно з переліком питань для обговорення (див. вище).

За результатами проведеного семінарського заняття:

слухачі повинні знати:

- основні переваги дорожньої карти як інструменту моделі поліпшення якості;
- можливі варіанти використання дорожньої карти в рамках системи управління якістю на рівні закладу охорони здоров'я і на територіальному рівні;

слухачі повинні вміти:

- аналізувати приклади застосування моделі поліпшення якості з визначенням основних її компонентів;
- проблеми, яка потребує вирішення;
- змін, які треба впровадити для вирішення визначеної проблеми;
- результатів впроваджених змін.

Додатки

1. Додаток 3.6.1. Приклад дорожньої карти з поліпшення якості.

Література

1. Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження / За ред. І. Семененко. – К.: Поліграф плюс, 2015. – 192 с.
2. Керівництво для наставника з питань поліпшення якості. Міжнародна організація сімейного здоров'я (FHI360). Київ, 2013.
3. Успішні зміни в сфері покращення якості. Приклади з семи пріоритетних регіонів Проекту RESPOND. – Київ, 2017. 24 с.

Додаток 3.6.1. Приклад дорожньої карти з поліпшення якості

Програма: Поліпшення послуг у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу серед представників груп найвищого ризику в країні X.

Назва проекту: Демонстраційний проект щодо доступу осіб з груп найвищого ризику, які живуть з ВІЛ, до якісних послуг у галузі охорони здоров'я.

Дата початку: 1 березня 2016 р.

Дата завершення: 31 грудня 2016 р.

I. МЕТА І ЗАВДАННЯ ПОЛІПШЕННЯ

Предмет поліпшення. Предметом цього проекту є проблемні аспекти доступу людей, які живуть з ВІЛ, до медичних/соціальних послуг та їхньої якості, про які відомо, що вони ефективні в профілактиці, догляді та лікуванні.

Опис проблеми. У країні (регіоні) X (чисельність населення – 20 тис. осіб) зростає чисельність групи СІН, яка переживає сплеск ВІЛ-інфекції/СНІДу (+20% за останні два роки) та збільшення кількості випадків передачі ВІЛ статевим партнерам (поширеність – 30%). За розрахунками, 50% СІН не мають доступу до чистих голки, 30% залучено до секс-індустрії з нестабільним використанням презервативів. Це сприяє поширенню ВІЛ серед решти населення. СІН зазнають труднощів з доступом до медичних та соціальних послуг через стигматизацію і слабе охоплення країни (регіону) відповідними пунктами надання таких послуг. Як наслідок, 40% з них не знають свого ВІЛ-статусу і тільки 65% ВІЛ-позитивних СІН отримують послуги, яких вони потребують. Ця давня проблема привертає зараз велику увагу та зумовлює готовність до дій з боку місцевих органів охорони здоров'я, які визнають серйозність ситуації та її вплив на вже перевантажений бюджет.

Мета: зменшити поширеність ВІЛ серед СІН та їхніх партнерів на 50% за два роки за допомогою доказових стратегій зменшення ризику та послуг, що надаються районним департаментом охорони здоров'я і трьома неурядовими організаціями.

Завдання поліпшення:

1. Збільшити до 75% частку СІН, які використовують безпечні ін'єкційні практики.
2. Підвищити частку СІН, які використовують презерватив з регулярними партнерами, з 30% до 90%.
3. Збільшити обсяг використання послуг консультування і тестування на ВІЛ серед СІН, так щоб 80% з них знали свій ВІЛ-статус.
4. Поліпшити якість послуг догляду та лікування ВІЛ (таких як запис на лікування, профілактика опортуністичних інфекцій, АРТ на основі CD4, утримання в лікуванні) для ВІЛ-позитивних СІН, так щоб 90% СІН отримували вказані послуги.

II. СИСТЕМА ВИМІРЮВАННЯ ПОЛІПШЕННЯ

Вимірювання поліпшення

№	Що вимірюється/індикатор	Нинішній рівень	Мета
1.	Кількість СІН, які використовують чисті голки	50%	75%
2.	Кількість СІН, які повідомляють про використання презерватива під час останнього статевого контакту	30%	90%
3.	Кількість СІН, які знають свій ВІЛ-позитивний статус	60%	80%
4.	Індекс якості послуг щодо доказових стандартів	65%	90%

III. ІДЕЇ ЗМІН

Фокус проекту щодо поліпшення: процес тестування та впровадження змін: соціально-орієнтованої програми з ідентифікації та залучення СІН через підхід «рівний–рівному»; направлення до медичного закладу; обмін голок; розповсюдження презервативів; надання послуг (консультування, тестування, визначення CD4, початок АРТ і утримання на терапії).

Можливі зміни для тестування

- Змінити місця розміщення пунктів обміну голок з урахуванням побажань СІН.
- Змінити інформаційні канали про послуги тестування на ВІЛ.
- Запровадити консультаційну послугу «профілактика для позитивних».
- Скласти контрольний перелік послуг для використання під час візитів з оцінки якості наданої допомоги у сфері ВІЛ.

Модель поліпшення: команди з поліпшення якості використовуватимуть модель поліпшення на основі циклу Демінга (цикл ПРАД) для тестування ефекту змін щодо завдань і мети поліпшення.

IV. РОБОЧІ КОМАНДИ З ПОЛІПШЕННЯ

Масштаб поліпшень. Проект з поліпшення буде впроваджуватися у двох районах регіону Х і в п'яти основних закладах охорони здоров'я, які обслуговують міське населення, в місцях найбільшої концентрації СІН.

Команда проекту з поліпшення якості

- **Команда управління:** керівник/заступник районного/обласного департаменту охорони здоров'я та місцева неурядова організація.
- **Лідери команд з поліпшення:** керівники програм «рівний–рівному», аутріч-програм, а також п'яти закладів охорони здоров'я.
- **Члени команд з поліпшення:** консультанти «рівний–рівному», аутріч-працівники, персонал п'яти закладів охорони здоров'я.
- **Експерти і наставники з поліпшення якості:** технічний персонал міжнародних проектів, які працюють у країні (регіоні).
- **Експерти з предметних знань:** місцеві та міжнародні експерти з питань роботи з СІН і доказовими передовими практиками.
- **Клієнти:** один СІН-волонтер на команду з поліпшення та/або організація, що представляє СІН.

V. УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ ТА ЇХ ПОМ'ЯКШЕННЯ

Передбачувані проблеми/ризик

- Опір з боку місцевого населення, яке користується тими самими закладами охорони здоров'я, що й СІН.
- Боязнь переслідувань за незаконне поводження може обмежити користування СІН послугами в ЗОЗ та їхню участь у програмах.
- Опір змінам з боку клінічних фахівців, які звикли надавати послуги належним чином.
- Суперечливі правила.
- Конфлікти інтересів між НУО та державними структурами.

МОДУЛЬ 4

Заняття 4.1. Система моніторингу та оцінки ефективності змін

Вид заняття: лекція.

Тривалість заняття: 1 академічна година.

Місце проведення: навчальна кімната.

Обладнання: проєктор, комп'ютер, фліп-чарт, фломастери, роздатковий матеріал.

Умови проведення

лекції: наявність досвіду управління закладом або підрозділом закладу охорони здоров'я, мотивації до отримання нової інформації про управління змінами та поліпшення якості, ознайомлення з відповідним розділом методичних рекомендацій.

Навчальна мета: поглибити знання з питань системи моніторингу та оцінки ефективності змін.

Завдання заняття: ознайомитися з:

- основними поняттями МіО;
- рівнями МіО;
- підходами до формування показників МіО;

План проведення лекції	Час, хвилин
1. Ознайомлення слухачів з темою, метою, планом та порядком проведення лекції.	5
2. Короткий вступ до теми.	5
3. Визначення початкового рівня підготовки слухачів.	5
4. Інтерактивна доповідь викладача на тему лекції.	15
5. Запитання та відповіді, отримання зворотного зв'язку.	10
6. Заключне слово викладача та обговорення.	5
Разом	45

Форма проведення: інтерактивна лекція, яка дає можливість слухачам працювати індивідуально, де основним завданням кожного учасника є отримання та осмислення інформації.

Визначення початкового рівня підготовки слухачів

1. Що таке моніторинг і оцінка?
2. У чому полягає різниця між цими поняттями?
3. Наведіть приклади застосування окремих компонентів моніторингу та оцінки у вашій практиці управління ЗОЗ або його структурними підрозділами.

Короткий вступ до теми лекції

Щоб визначити, як впроваджуються заплановані зміни та чи приводять вони до поліпшення, в моделі поліпшення якості використовується систематичне вимірювання (моніторинг) запланованих індикаторів.

Щоб зрозуміти, чи приводять ці зміни до бажаного поліпшення, команда з поліпшення якості медичної допомоги ЗОЗ має визначити два типи індикаторів якості медичної допомоги.

Індикатор – це кількісний або якісний показник, відносно якого існують докази чи консенсус щодо його безпосереднього впливу на якість медичної допомоги; визначається ретроспективно.

- **Індикатори процесу** впровадження допомагають відповісти на запитання: «Чи впроваджується запланована зміна і в якому обсязі?»
- **Індикатори результату** впровадження допомагають відповісти на запитання: «Чи привела впроваджена зміна до поліпшення?»

Визначення початкового рівня проводиться шляхом короткої дискусії слухачів у формі обговорення варіантів відповідей на ці питання загальною групою.

Під час лекції визначаються основні поняття моніторингу та оцінки, індикатори та рівні МіО.

Важливо зрозуміти, що моніторинг і оцінка спрямовані на вивчення результативності та ефективності програм. Для цього необхідно проаналізувати основні компоненти тієї чи іншої програми. Зокрема, це такі компоненти, як залучені ресурси, процеси, проміжні та кінцеві результати, а також їхній вплив. Учасникам пропонується надати визначення кожного терміна. Відповіді заносяться на фліп-чарт.

Для кращого розуміння розподіл компонентів (ресурсів, заходів і т. д.) розглядається на прикладі приготування страви (супу). Потім розподіл на компоненти і рівні розглядається за аналогією на прикладі програми (проекту) поліпшення якості у сфері ВІЛ-послуг.

Характеризуються індикатори різних рівнів МіО і описується їх зміст на базових прикладах.

У наступній частині розглядаються правила формування індикаторів МіО (зокрема індикаторів процесу та результату) на прикладах побудови каскаду послуг для ЛЖВ у пріоритетних регіонах. Необхідно обов'язково нагадати слухачам про наявні нормативні документи МОЗ України з питань методики розробки системи індикаторів якості медичної допомоги.

Презентація до заняття 4.1

Слайд 1



Цикл тематичного удосконалення
«Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб)»

Система моніторингу та оцінки ефективності змін


Презентація до заняття 4.1

Слайд 2

Завдання заняття

Ознайомитися з:

- основними поняттями МіО;
- рівнями МіО;
- підходами до формування індикаторів МіО.



Слайд 3

Основні поняття

Моніторинг – це регулярне відстеження ключових елементів роботи програми чи проекту та їхніх очікуваних результатів/наслідків.


Оцінка, оцінювання – це системне дослідження ситуації, процесу та/або результатів реалізації проекту/програми з метою встановлення її результативності та ефективності.



Слайд 4

Основні поняття

Індикатор МіО – узагальнена характеристика якості об'єкта чи процесу. Індикатор забезпечує простий спосіб вимірювання досягнень, відстеження змін, пов'язаних з проектом.



Слайд 5

Рівні моніторингу та оцінки



Моніторинг (Ресурси, інвестовані в проект; Заходи в рамках проекту; Результати виконання заходів)

Оцінка (Проміжні результати; Довготривалі результати)



Слайд 6

ПРИГОТУЙМО СУП...

РЕСУРСИ
Овочі, спеції, кухонний посуд, кулінарна книга, м'ясо.

ПРОЦЕСИ
Нарізка овочів, м'яса, змішування інгредієнтів супу, дегустація страви.

РЕЗУЛЬТАТ
Суп.

НАСЛІДКИ
Ситий шлунок.

ВПЛИВ
Гарний стан здоров'я.



Слайд 7


Приклад зі сфери протидії ВІЛ

Постановка цілей



Моніторинг (Ресурси, інвестовані в проект; Заходи в рамках проекту; Особи пройшли тестування, стали на облік, отримують АРТ, утримані на АРТ через 12 місяців)

Оцінка (Невизначальне ВІЛ; Подолання епідемії ВІЛ)



Слайд 8

Індикатори різних рівнів

Індикатори внеску:

- Кількість витрачених коштів.
- Кількість залучених працівників.

Індикатори процесу:

- Кількість проведених тренінгів.

Індикатори результату:


- Кількість навчених осіб.

Індикатори наслідків:

- Кількість осіб, які використовують знання, отримані під час тренінгу.

Індикатори впливу:

- Кількість нових випадків захворювання...



Презентація до заняття 4.1. (продовження)

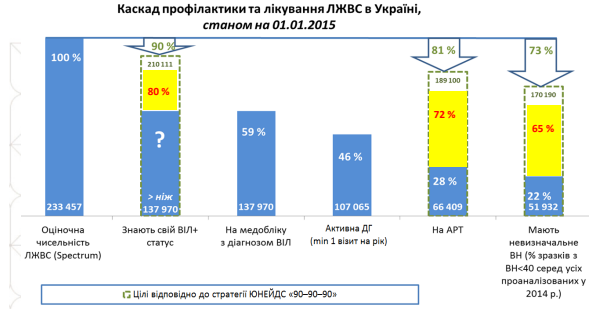
Слайд 9

Обов'язкові складові МіО (на прикладі пілотних регіонів)

- Чітко сформульована мета: **72% ЛЖВ на АРТ.**
- Чітко сформульовані завдання проекту: **подолання прогалин у каскаді.**
- Чітко сформульовані очікувані результати.
- Розроблені індикатори МіО.



Використання каскаду для постановки цілей щодо послуг для ЛЖВ



Слайд 10

Слайд 11

Підходи до формулювання індикаторів

- Повинен відображати те, що він повинен вимірювати.
- Дані для індикатора можна зібрати.
- Може показувати абсолютне (кількість) або відносне (відсоток) число.
- Індикатор повинен використовуватись.
- Індикаторів не повинно бути багато!



Індикатор повинен відображати те, що він повинен вимірювати

Кількість осіб, які успішно завершили тренінг.

Кількість осіб, рівень знань яких за результатами участі у тренінгу перевищує 50%.



Слайд 12

Слайд 13

3 чого складається показник

- Чисельник
- Знаменник
- Одиниця виміру
- Деагрегація даних (вік, стать, ЛПЗ, профілі спеціалістів тощо)
- Частота збору даних
- Джерело даних



Індикатор: КІЛЬКІСТЬ ОСІБ, ЯКІ ПРОЙШЛИ ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ

- Число (або чисельник): кількість людей, які пройшли тестування на ВІЛ.
- Знаменник: Н/З
- Одиниця вимірювання: кількість осіб.
- Деагрегація: Вид тесту (ШТ – швидкий тест, ІФА/ІБ – імуноферментний аналіз/імуний блот). Споживачі наркотичних речовин ін'єкційним шляхом – СІН (код 102).
- Частота збору даних: щомісяця.
- Джерела даних:
 - форма № 503/о «Журнал реєстрації добровільного перед- та післятестового консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію»;
 - форма № 498-9/о «Журнал реєстрації крові для проведення дослідження на наявність серологічних маркерів ВІЛ»;
 - форма № 510-6/о «Журнал реєстрації результатів досліджень за допомогою швидких тестів»;
 - звіти про ШТ для АНФ.



Слайд 14

Слайд 15

Опис індикатора результату

Якщо метою заходів з покращення якості медичної допомоги є збільшення кількості осіб, які знають свій ВІЛ-статус, індикатором результату може бути: КІЛЬКІСТЬ ОСІБ, ЯКІ ПРОЙШЛИ ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ.

1.1. Кількість осіб, які пройшли тестування на ВІЛ	Характеристика числа (або чисельника і знаменника)
1.2. Тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів	Деагрегація даних
1.3. Тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів у осіб, які не мають медичної допомоги	Характеристика джерел даних
1.4. Висхідне тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів	Частота і методика збору даних



Приклади індикаторів процесу

Дані	Складові описи	№	Індикатор процесу	Чисельник / Знаменник	Коментар
1.1. Середня частота проведення тестування на ВІЛ	Опитування та візити з метою проведення тестування на ВІЛ	1.1.1	Кількість осіб, які пройшли тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів	Кількість осіб, які пройшли тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів	Джерело даних (ДД) – звіти про ШТ для АНФ
1.2. Середня частота проведення тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів у осіб, які не мають медичної допомоги	Кількість осіб, які пройшли тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів у осіб, які не мають медичної допомоги	1.2.1	Кількість осіб, які пройшли тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів у осіб, які не мають медичної допомоги	Кількість осіб, які пройшли тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів у осіб, які не мають медичної допомоги	Джерело даних (ДД) – звіти про ШТ для АНФ
1.3. Середня частота проведення тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів у осіб, які не мають медичної допомоги	Кількість осіб, які пройшли тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів у осіб, які не мають медичної допомоги	1.3.1	Кількість осіб, які пройшли тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів у осіб, які не мають медичної допомоги	Кількість осіб, які пройшли тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів у осіб, які не мають медичної допомоги	Джерело даних (ДД) – звіти про ШТ для АНФ
1.4. Висхідне тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів	Кількість осіб, які пройшли тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів у осіб, які не мають медичної допомоги	1.4.1	Кількість осіб, які пройшли тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів у осіб, які не мають медичної допомоги	Кількість осіб, які пройшли тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів у осіб, які не мають медичної допомоги	Джерело даних (ДД) – звіти про ШТ для АНФ



Слайд 16

Презентація до заняття 4.1. (продовження)

Слайд 17

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАКАЗ
 28.09.2012 № 751

Зареєстровано в Міністерстві юстиції України
 29 листопада 2012 р.
 за № 2902/22314

МЕТОДИКА РОЗРОБКИ СИСТЕМИ ІНДИКАТОРІВ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1. Загальні положення

1.1. Ця Методика визначає механізми створення клінічних індикаторів якості медичної допомоги з метою визначеного об'єктування та розробки системи моніторингу якості медичної допомоги, а саме її компоненти – структури, процесу, результату, при запровадженні медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги (алгоритми, настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнта), доказовості закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) тощо.

1.2. У цій Методіці терміни вживаються в таких значеннях:
 клінічна вистава – документ, що містить систематизовані положення стосовно медичної та медико-соціальної допомоги, розроблені і впроваджені методикою доказової медицини на основі підтвердження їх надійності та доказовості, і має на меті надання допомоги пацієнту і вибірку з прийняттю раціонального рішення в різних клінічних ситуаціях;
 клінічний індикатор якості медичної допомоги – кількісний або якісний показник, класифікація якого базується на доказовості щодо його безперервного впливу на якість медичної допомоги, визначається ретроспективно.

Дякую!

Слайд 18

Слухачі повинні знати:

- основи системи МіО управління якістю у сфері охорони здоров'я;
- правила розробки індикаторів процесу і результату як базової складової системи МіО ефективності змін, спрямованих на поліпшення якості.

Слухачі повинні вміти:

- вільно орієнтуватися в теоретичних аспектах системи МіО управління якістю у сфері охорони здоров'я.

Контрольні запитання

1. Які показники різних рівнів МіО ви знаєте?
2. Назвіть основні підходи до формування індикаторів МіО.
3. Що відображає індикатор процесу та індикатор результату в проектах безперервного поліпшення якості? На які запитання вони дають змогу відповісти?
4. З яких складових складається індикатор МіО?

Додатки

1. Додаток 4.1.1. Приклади паспортів індикатора процесу та індикатора результату.

Література

1. Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження / За ред. І. Семененко. – К.: Поліграф плюс, 2015. Модуль 4, с. 58-70.
2. Керівництво для наставника з питань поліпшення якості. Міжнародна організація сімейного здоров'я (FHI360). Київ, 2013.
3. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я в Україні (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб). Методичні рекомендації. Київ, 2017.
4. Наказ МОЗ України від 22.12.2008 № 763 «Про затвердження системи управління якістю» (зі змінами згідно з наказом МОЗ України від 23.02.2009 № 111).
5. Наказ МОЗ України від 02.11.2011 № 743 «Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги».
6. Наказ МОЗ України від 26.03.2009 № 189 «Про Порядок контролю та управління якістю медичної допомоги» (зі змінами згідно з наказом МОЗ України від 05.05.2009 № 299).
7. Rakhmanova N, Bouchet B. Quality improvement handbook: a guide for enhancing performance of healthcare systems. Washington, DC: FHI 360; 2017.
8. О. Балакірева, Т. Бондар, Ю. Грамотна та ін. Робота зі стратегічною інформацією у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні. Практичний посібник. – К: ТОВ «Поліграф плюс», 2015. – 120 с.
 URL: <http://respond.org.ua/files/attachments/Practical%20Guide%20on%20the%20use%20of%20strategic%20information.pdf>.

Додаток 4.1.1. Приклади паспортів індикатора процесу та індикатора результату

Приклад паспорта індикатора результату

Якщо метою заходів з покращення якості медичної допомоги є збільшення кількості осіб, які знають свій ВІЛ-статус, індикатором результату може бути: кількість осіб, які пройшли тестування на ВІЛ.

1.1. КІЛЬКІСТЬ ОСІБ, ЯКІ ПРОЙШЛИ ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ	
Прогалина виявлення: частка ЛЖВ, які не знають свого ВІЛ-статусу.	
ОПИС	
Визначення: показник відображає кількість осіб, які пройшли скринінгове тестування на ВІЛ на сайті, у тому числі дітей. Показник розраховується на базі кількості зразків крові з отриманим результатом (відповідь з лабораторії).	
Одиниця вимірювання: кількість осіб.	
Дезагрегація: 1. Вид тесту (ШТ – швидкий тест, ІФА/ІБ – імуноферментний аналіз/іmunний блот). 2. Споживачі наркотичних речовин ін'єкційним шляхом – СІН (код 102).	
ЗБІР ДАНИХ	
Місце збору даних: сайт АРТ, який проводить скринінгові тестування на ВІЛ.	
Джерела даних: <ul style="list-style-type: none"> форма № 503/о «Журнал реєстрації добровільного перед- та післятестового консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію»; форма № 498-9/о «Журнал реєстрації крові для проведення дослідження на наявність серологічних маркерів ВІЛ»; форма № 510-6/о «Журнал реєстрації результатів досліджень за допомогою швидких тестів»; звіти про ШТ для АНФ.	
Метод збору даних: <ul style="list-style-type: none"> у журналі № 498-9/о підрахуйте кількість рядків, у яких заповнено стовпчики 3 (ПІБ або індивідуальний номер особи) та 10 (результати тестування) за звітний період; у журналі № 510-6/о підрахуйте кількість рядків, у яких заповнено стовпчики 2 (ПІБ або індивідуальний код особи) та 8 (результати) за звітний період. Показник є сумою кількості рядків журналів № 498-9/о, № 510-6/о, які відповідали критеріям.	
Частота звітності: щомісячно, щоквартально на рівні сайту АРТ.	
Дата надання звітності: <ul style="list-style-type: none"> щомісяця до 7-го числа місяця, наступного за звітним місяцем; щоквартально до 10-го числа місяця, наступного за звітним кварталом. 	
Особа(и), відповідальна за збір даних: наставник з покращення якості в межах сайту АРТ за підтримки регіонального куратора з якості даних.	
ЦІЛІ	
Базове (початкове) значення індикатора (вказати дані за останній місяць до впровадження зміни)	Цільове значення індикатора на кінець Проекту
(Місяць, рік): (кількість) осіб.	(Місяць, рік): (кількість) осіб.
ОБМЕЖЕННЯ ДАНИХ	
Тестування на ВІЛ передбачає право особи на анонімне тестування, що не виключає дублювання пацієнтів при аналізі даних, особливо за тривалий період. Не всі тестування з використанням швидких тестів фіксуються у відповідній медичній документації, тому є ймовірність того, що особа може пройти тестування, але її не зареєструють як таку, що пройшла тестування на ВІЛ. Також деякі сайти не ведуть звітності про використання швидких тестів.	

Приклад паспорта індикатора процесу

Якщо метою заходів з покращення якості медичної допомоги є збільшення кількості осіб які знають свій ВІЛ-статус, а зміною, що тестується, є залучення вузькопрофільних спеціалістів та лікарів ПМСД до обстеження на ВІЛ за допомогою швидких тестів, індикатором процесу може бути: кількість осіб, які пройшли тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів у вузькопрофільних спеціалістів та/або лікарів ПМСД.

1.2. КІЛЬКІСТЬ ОСІБ, ЯКІ ПРОЙШЛИ ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ ЗА ДОПОМОГОЮ ШВИДКИХ ТЕСТІВ У ВУЗЬКОПРОФІЛЬНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ ТА/АБО ЛІКАРІВ	
Прогалина виявлення: частка ЛЖВ, які не знають свого ВІЛ-статусу.	
ОПИС	
Визначення: показник відображає залучення до тестування на ВІЛ вузькопрофільними спеціалістами та/або лікарями ПМСД. Показник розраховується на базі кількості осіб, які пройшли тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів.	
Одиниця вимірювання: кількість осіб.	
Деагрегація: 1. Вузькопрофільні спеціалісти (спеціалізація лікаря), лікарі ПМСД	
ЗБІР ДАНИХ	
Місце збору даних: робоче місце вузькопрофільного спеціаліста / лікаря ПМСД, який проводить скринінгові тестування на ВІЛ за допомогою ШТ.	
Джерела даних: <ul style="list-style-type: none"> форма № 510-6/о «Журнал реєстрації результатів досліджень за допомогою швидких тестів»; звіти про ШТ для АНФ. 	
Метод збору даних: <ul style="list-style-type: none"> У журналі № 510-6/о підрахуйте кількість рядків, у яких заповнено стовпчики 2 (ПІБ або індивідуальний код особи) та 8 (результати) за звітний період. 	
Частота звітності: щомісячно.	
Дата надання звітності: щомісяця до 7-го числа місяця, наступного за звітним місяцем.	
Особа(и), відповідальна за збір даних: члени локальної команди (вузькопрофільні спеціалісти та лікарі ПМСД) за підтримки регіонального куратора з якості даних.	
ЦІЛІ	
Базове (початкове) значення індикатора (вказати дані за останній місяць до впровадження зміни) (Місяць, рік): (кількість) осіб.	Цільове значення індикатора на кінець Проекту (Місяць, рік): (кількість) осіб.
ОБМЕЖЕННЯ ДАНИХ	
Тестування на ВІЛ передбачає право особи на анонімне тестування, що не виключає дублювання пацієнтів при аналізі даних, особливо за тривалий період. Не всі тестування з використанням швидких тестів фіксуються у відповідній медичній документації, тому існує ймовірність того, що особа може пройти тестування, але її не зареєструють як таку, що пройшла тестування на ВІЛ. Також деякі сайти не ведуть звітності про використання швидких тестів.	

Заняття 4.2. Розробка індикаторів процесу і результату, паспорта індикатора

Вид заняття:	практичне заняття.
Тривалість заняття:	2 академічні години.
Місце проведення:	навчальна кімната.
Необхідні ресурси:	фліп-чарт, фломастери, роздатковий матеріал.
Умови проведення заняття:	наявність попередньої підготовки з питань, запланованих для розгляду на занятті. Для цього слухачі курсу повинні використати лекційні матеріали, рекомендовану літературу, методичні вказівки.
Навчальна мета:	відпрацювати методику розробки та формулювання індикаторів процесу та результату як базової складової моніторингу та оцінки ефективності проектів з поліпшення якості.

План проведення практичного заняття	Час, хвилин
1. Ознайомлення слухачів з темою, метою, завданням, планом та порядком проведення практичного заняття.	5
2. Інформування слухачів про правила роботи в парах під час виконання вправи «Конструктор».	2
3. Виконання вправи «Конструктор».	10
4. Обговорення результатів вправи загальною групою.	3
5. Інформування слухачів про завдання і правила роботи в малих групах (розробка паспортів індикаторів).	5
6. Робота в малих групах.	40
7. Представлення результатів роботи малих груп для загальної групи.	20
8. Заключне слово викладача та його оцінка практичного значення виконаної роботи..	5
Разом	90

Форма проведення

практичного заняття: робота в парах (вправа «Конструктор») та в малих групах (розробка паспортів індикаторів процесу та результату) за темою фінального проекту малої групи, представлення результатів для загальної групи слухачів.

Короткий вступ до практичного заняття

Для того щоб дізнатися, що впроваджені зміни привели до поліпшення, в моделі поліпшення якості передбачено вимірювання. Потрібно знайти спосіб вимірювання того, що свідчитиме про досягнення мети. Це називається **індикатором результату**.

Перш ніж розпочати впровадження зміни, необхідно з'ясувати, на якій стадії ви перебуваєте зараз, і визначити це як базовий рівень. Інколи трапляється так, що деякі показники ніколи не вимірювались. У такому випадку перед початком впровадження змін потрібен певний час, щоб розпочати вимірювання наявних процесів. Після встановлення базового рівня індикатора результату можна починати перевірку змін, а потім спостерігати за тим, що відбувається з цим індикатором.

Крім цього, слід пересвідчитися, що впроваджуються саме заплановані зміни, тому необхідно запровадити вимірювання процесу. **Індикатор процесу** впровадження конкретної зміни дає відповідь на запитання про те, як втілюється ця зміна, чи відповідає це очікуванням. Індикатори процесів потрібно вимірювати, щоб дізнатися про те, як саме заплановані зміни привели до поліпшення, і з'ясувати причини у випадку, якщо отримані результати не відповідатимуть очікуваням.

Завдання 1. Вправа «Конструктор». Робота в парах

Мета вправи – відпрацювати навички формування послідовності завдань для досягнення поставленої мети з поліпшення якості та визначення імовірних індикаторів оцінки ефективності виконання цих завдань.

Слухачі об'єднуються в пари для спільної роботи над завданням. Кожна пара отримує шаблон, де вказано

мету, якої необхідно досягти, та шість завдань для її досягнення (на окремих смужках паперу) (**Додаток 4.2.1**). Парам необхідно виконати два завдання:

1. Розмістити послідовно завдання, які забезпечать досягнення вказаної мети.
2. До кожного завдання сформулювати індикатор, який дозволить оцінити його виконання.

Після завершення виконання вправи необхідно коротко обговорити зі слухачами їхні результати (послідовність завдань і запропоновані індикатори їх оцінки).

Завдання 2. Робота в малих групах над розробкою паспортів індикаторів процесу та результату за темою фінального проекту цієї малої групи

Кожна група слухачів обирає фасилітатора дискусії та майбутнього доповідача результатів роботи групи. Група працює над завданням протягом визначеного часу та готує на заздалегідь розданих шаблонах паспортів індикатора процесу та індикатора результату за темою фінального проекту (**Додаток 4.2.2**; по одному примірнику шаблона кожного паспорта на кожну малу групу).

Слухачам необхідно звернути увагу на те, що, крім формування власне індикатора, важливими складовими паспорта індикатора є: джерело даних, частота їх збору (щодня, щотижня, щомісяця, щокварталу, щороку) та відповідальний за збір даних.

Частота, з якою збираються дані, має визначитись індикатором і залежить від регулярності процесу, який ми намагаємось відстежити, якщо йдеться про індикатори процесу. Частота збору даних повинна бути достатньою для накопичення необхідних даних та їх порівняння з базовими оцінками (значення показника до впровадження зміни).

Під час виконання практичного завдання слухачам рекомендовано користуватися зразками паспортів індикаторів процесу та результату, отриманими на попередньому занятті.

Робота в групах: проводиться за описаною вище методикою протягом 40 хвилин. Представники від кожної малої групи доповідають про результати роботи, які згодом обговорює загальна група слухачів.

Слухачі повинні знати:

- методику розробки і формулювання індикаторів процесу та результату проектів з поліпшення якості.

Слухачі повинні вміти:

- використовувати на практиці методику розробки і формування індикаторів процесу та результату проектів з поліпшення якості.

Додатки

1. Додаток 4.2.1. Матеріали до вправи «Конструктор».
2. Додаток 4.2.2. Шаблон паспорта індикатора процесу та результату.

Література

1. Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження / За ред. І. Семененко. – К.: Поліграф плюс, 2015. Модуль 4, с. 58-70.
2. Методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 року № 751.
3. Керівництво для наставника з питань поліпшення якості. Міжнародна організація сімейного здоров'я (FHI360). Київ, 2013.
4. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я в Україні (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб). Методичні рекомендації. Київ, 2017.
5. О. Балакірева, Т. Бондар, Ю. Грамотна та ін. Робота зі стратегічною інформацією у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні. Практичний посібник. – К: ТОВ «Поліграф плюс», 2015. – 120 с. URL: <http://respond.org.ua/files/attachments/Practical%20Guide%20on%20the%20use%20of%20strategic%20information.pdf>.

Додаток 4.2.1. Матеріали до вправи «Конструктор»**Робота в парах**

1. У лівому стовпчику таблиці розташуйте у правильній послідовності завдання діяльності для досягнення мети (зміст завдань наведено на окремих смужках паперу):

Мета – залучити та утримати представників груп підвищеного ризику в системі ВІЛ-послуг, надати ефективне АРВ-лікування тим, хто його потребує.

2. У правому стовпчику до кожного завдання сформулюйте індикатор, який дозволить оцінити його виконання (як приклад наведено індикатор до завдання 7).

ЗАВДАННЯ	ІНДИКАТОР
1.	Кількість осіб ...
2.	Кількість осіб ...
3.	Кількість осіб ...
4.	Кількість осіб ...
5.	Кількість осіб ...
6.	Кількість осіб ...
7. Досягти пригнічення вірусного навантаження у ЛЖВ на АРТ	Кількість осіб, які мають невизначальний рівень вірусного навантаження (ВН<40 копій/мл)

Оцінити чисельність груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ.

Охопити представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ послугами консультування і тестування на ВІЛ.

Забезпечити взяття на диспансерний облік осіб, у яких виявлено ВІЛ-інфекцію.

Забезпечити регулярний медичний нагляд за особами, які перебувають на диспансерному обліку з діагнозом ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Визначити тих ЛЖВ, які потребують АРТ.

Забезпечити регулярний прийом АРВ-препаратів людьми, які живуть з ВІЛ та отримують АРТ.



Додаток 4.2.2. Шаблон паспорта індикатора процесу та результату

Опис		
Визначення:		
Чисельник:		
Знаменник:		
Одиниця вимірювання:		
Збір даних		
Джерело даних:		
Метод збору даних:		
Частота звітності:		
Особа(и), відповідальна за збір даних:		
Цілі		
Початкове (базове) значення індикатора	Цільове значення індикатора на кінець проекту	
Якість даних		
Оцінка/перевірка якості даних		
Дата здійснення	Період часу, який розглядався	Примітки
Підходи до аналізу та інтерпретації даних		
Ціль:		
Аналіз на рівні закладу:		
Аналіз на рівні адміністративно-територіальної одиниці (місто/район/область):		
Обмеження даних:		

Паспорт Індикатора якості медичної допомоги містить такі розділи

(Методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 року № 75):

- а) **назва Індикатора** (стисло викласти суть Індикатора);
- б) **зв'язок Індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги** (посилання на адаптовану клінічну настанову, стандарт, клінічний протокол медичної допомоги);
- в) **зауваження щодо інтерпретації та аналізу Індикатора** (опис аспектів якості медичної допомоги, параметрів системи охорони здоров'я, ознак пацієнтів (стать, вік тощо), які аналізуються за допомогою Індикатора, застереження щодо хибної інтерпретації Індикатора, опис ситуації, коли аналіз не може бути здійснений тощо);
- г) **інструкція з обчислення Індикатора.**

Заняття 4.3. Підходи до аналізу та інтерпретації даних

Вид заняття: практичне заняття.

Тривалість заняття: 1 академічна година.

Місце проведення: навчальна кімната.

Необхідні ресурси: фліп-чарт, фломастери, роздатковий матеріал.

Умови проведення заняття: наявність попередньої підготовки з питань, запланованих для розгляду на занятті. Для цього слухачі курсу повинні:

- використати лекційні матеріали, методичні вказівки до занять 4.1 та 4.2, рекомендовану літературу (модуль 6, с. 90–106 посібника «Як зробити краще: Керівництво з покращення якості»);
- ознайомитися з Додатками 4.3.1 та 4.3.2 до поточного заняття.

Навчальна мета: сформувати навички аналізу та інтерпретації даних у рамках проекту з поліпшення якості на прикладі аналізу динамічних графіків даних моніторингу впровадження змін.

План проведення практичного заняття	Час, хвилин
1. Ознайомлення слухачів з темою, метою, завданням, планом та порядком проведення практичного заняття.	5
2. Інформування слухачів про завдання і правила роботи в малих групах.	5
3. Робота в малих групах (аналіз даних).	20
4. Обговорення результатів справи в загальній групі.	10
5. Заключне слово викладача та його оцінка практичного значення виконаної роботи.	5
Разом	45

Форма проведення

практичного заняття: робота в малих групах, виконання запропонованого завдання (аналіз зібраних даних моніторингу впроваджених змін згідно з паспортом індикатора) та обговорення в загальній групі слухачів.

Короткий вступ до практичного заняття

Графік можна інтерпретувати двома способами: шляхом нестатистичної або статистичної інтерпретації.

Статистична інтерпретація передбачає застосування статистичних тестів для ідентифікації візуальних структур графіка, які б свідчили про статистично значущі відмінності в досліджуваних показниках. На практиці для проведення складних статистичних тестів немає можливостей, але в цьому немає й потреби, тому що визначення структурних змін на графіках цілком можливе шляхом їх нестатистичної інтерпретації.

При **нестатистичній** інтерпретації розглядається лише досягнення з плином часу бажаної ефективності процесу (мети/завдання поліпшення). **Зрушення** (зсув) і **тенденція** (напрямок) є найбільш важливими структурними змінами для інтерпретації графіків, які вказують на статистично значущі відмінності в показниках. Тому в багатьох випадках їх достатньо для визначення достовірності результатів, які було отримано при впровадженні змін.

Зрушення можна встановити з використанням «правила шістки»: вони спостерігаються, коли на графіку шість підряд точок елементів даних розміщено вище або нижче медіани базових показників. П'ять точок підряд, які утворюють висхідну або низхідну лінію відносно медіанної лінії, свідчать про наявність **тенденції**.

Зрушення і тенденція є структурами графіка, що вказують на наявність статистично значущої відмінності в ефективності процесу. Залежно від напрямку, ця відмінність може бути як поліпшенням, так і погіршенням. Оскільки значущі зміни в ефективності не виникають без внесення змін до процесу, поява будь-якої зі структур має бути викликана зміною. Інколи трапляється, що зрушення або тенденції виникають унаслідок незапланованих змін або на тлі їх впровадження, тому для ефективного аналізу змін, які впроваджуються, окрім

даних, необхідно враховувати й аналізувати всі наявні процеси та обставини. Поява тих чи інших обставин або непередбачуваних змін може відобразитися на індикаторах, за якими ведеться спостереження. На Рис.1 наведено приклад тенденції.

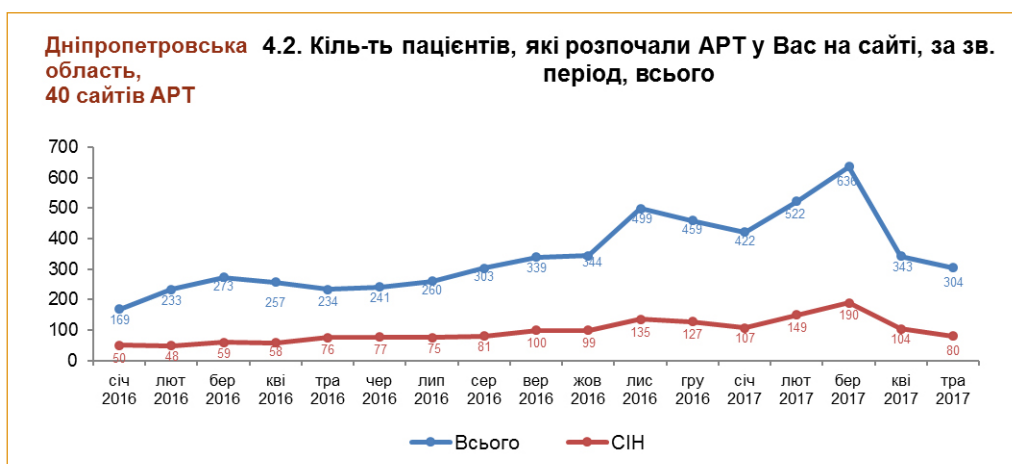


Рисунок 1. Приклад тенденції (напряму)

Правило «Напряму»: 5 або більше послідовних точок, які рухаються вгору або вниз.

Інтерпретація графіка демонструє, що покращення відбулося:

- стосовно усіх пацієнтів, які розпочинають АРТ на сайті (період травень–жовтень 2016 року): 7 точок, які рухаються послідовно вгору;
- стосовно пацієнтів-СІН, які розпочинають АРТ на сайті (період квітень–вересень 2016 р.): 6 точок, які рухаються послідовно вгору.

На Рис 2. наведено приклад зрушення.

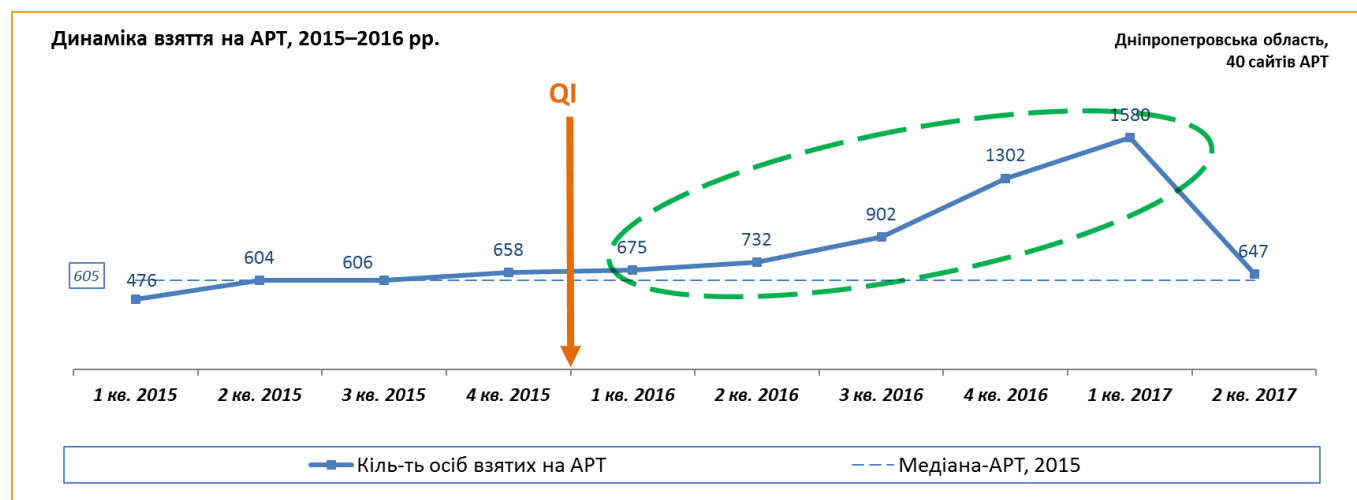


Рисунок 2. Приклад зрушення (зсуву)

Правило «Зрушення»: 6 або більше послідовних точок, розташованих вище/нижче серединної лінії (медіани).

Інтерпретація графіка демонструє, що покращення відбулося. З моменту початку впровадження зміни (01.01.2016) кількість пацієнтів, які розпочинають АРТ щокварталу упродовж 2016–2017 рр., вища за медіану 2015 р.

Аналізуючи графіки і враховуючи контекст, у якому впроваджувалися зміни, можна зробити висновок, що зміна **привела** до поліпшення:

- якщо індикатори результату свідчать про поліпшення, а індикатори процесу вказують, що зміни було впроваджено так, як було заплановано.

Встановити, що зміна **не привела** до поліпшення, можна в таких випадках:

- якщо індикатори результату не свідчать про поліпшення, а індикатори процесу свідчать про те, що було впроваджено ті зміни, які планували;
- якщо індикатори результату свідчать про поліпшення, а індикатори процесу свідчать про те, що зміни було впроваджено не так, як планували.

Висновок про те, чи може зміна привести до поліпшення, зробити **неможливо**, якщо індикатори результату свідчать про те, що не було досягнуто жодного поліпшення, а індикатори процесу свідчать про те, що жодної зміни, яку планували, не було впроваджено.

Завдання для роботи в малих групах.

1. Проаналізуйте приклади тенденції та зрушення для інтерпретації даних моніторингу, використовуючи **Додаток 4.3.1** до заняття 4.3. Чи можете ви навести приклади тенденції та зрушення?
2. Уважно розгляньте графічне відображення показників з проекту поліпшення якості сайту N у регіоні N (див. **Додаток 4.3.2**). Опишіть, що відображено на графіках, та проінтерпретуйте результати моніторингу.

Робота в групах: проводиться за описаною вище методикою протягом 20 хвилин. Представники від кожної малої групи доповідають про результати обговорення загальній групі слухачів.

Слухачі повинні знати:

- методику збору даних з тестування змін;
- способи інтерпретації динамічних графіків.

Слухачі повинні вміти:

- на практиці в своїй команді проаналізувати дані, отримані в рамках моніторингу індикаторів, та сформулювати висновки щодо тестування змін;
- обґрунтувати досягнення в ході впровадження змін, знаходячи тенденції та зрушення.

Додатки

1. Додаток 4.3.1. Приклади проміжного аналізу даних моніторингу впроваджених змін. Проекти з поліпшення якості у восьми пілотних регіонах Проекту USAID RESPOND, 2015–2017 рр.
2. Додаток 4.3.2. Підходи до аналізу та інтерпретації даних моніторингу впровадження змін.

Література

1. Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження / За ред. І. Семененко. – К.: Поліграф плюс, 2015. – Модуль 6, с. 90–106.
2. Методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751.
3. Керівництво для наставника з питань поліпшення якості. Міжнародна організація сімейного здоров'я (FHI360). Київ, 2013.
4. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я в Україні (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб). Методичні рекомендації. Київ, 2017.
5. О. Балакірєва, Т. Бондар, Ю. Грамотна та ін. Робота зі стратегічною інформацією у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні. Практичний посібник. – К: ТОВ «Поліграф плюс», 2015. – 120 с.
<http://respond.org.ua/files/attachments/Practical%20Guide%20on%20the%20use%20of%20strategic%20information.pdf>.

Додаток 4.3.1. Приклади проміжного аналізу даних моніторингу впроваджених змін. Проекти з поліпшення якості у восьми пілотних регіонах Проекту USAID RESPOND, 2015 – 2017 рр.

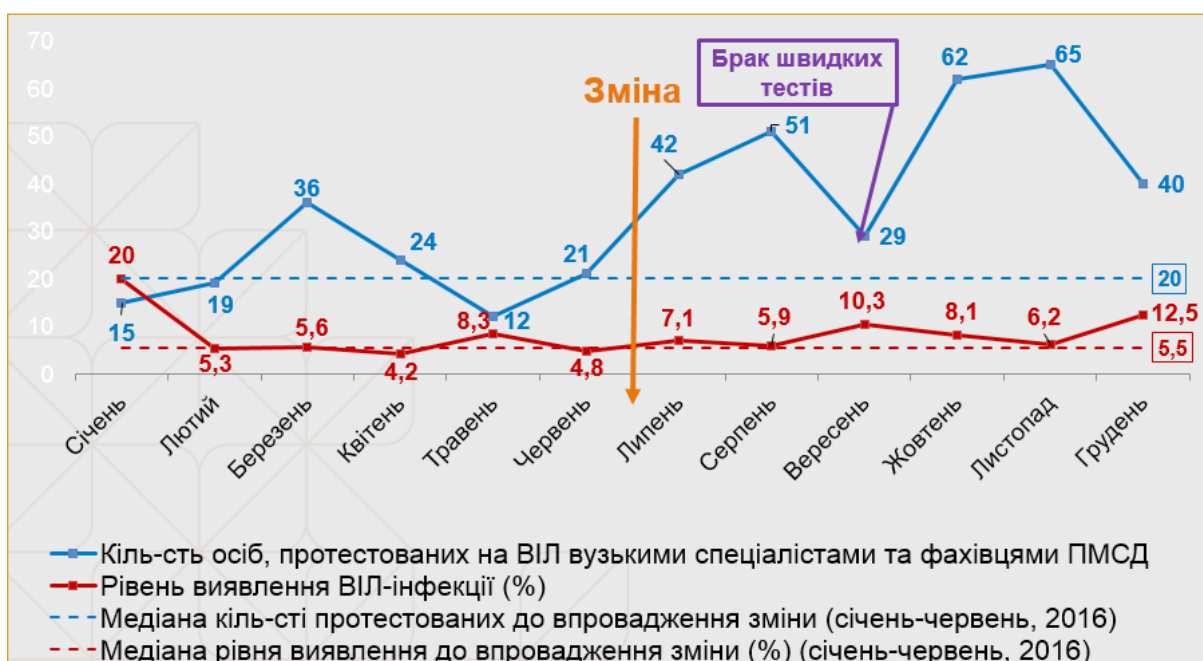
I. Заповнення прогалини в тестуванні

- Зміна: скринінг пацієнтів на ризиковану поведінку та клінічні показання для тестування на ВІЛ.
- Зміна: тестування на ВІЛ за ініціативою медичного працівника лікарями первинної ланки або вузькопрофільними спеціалістами.
- Зміна: тестування статевих партнерів ЛЖВ.

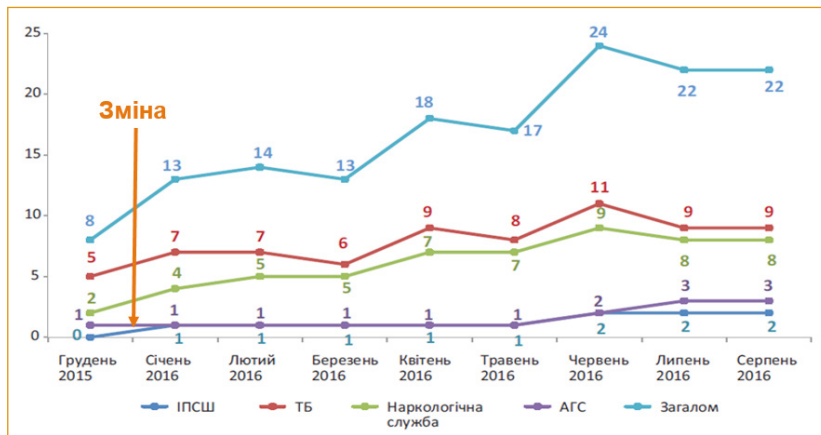
Кількість направлень на тестування на ВІЛ, здійснених вузькопрофільними спеціалістами, Мало-висківський, Долинський та Олександрійський райони Кіровоградської області, 2016 р.



Кількість осіб, протестованих на ВІЛ вузькопрофільними спеціалістами та фахівцями ПМСД, Велико-михайлівський та Окнянський райони, Одеська область, 2016 р.



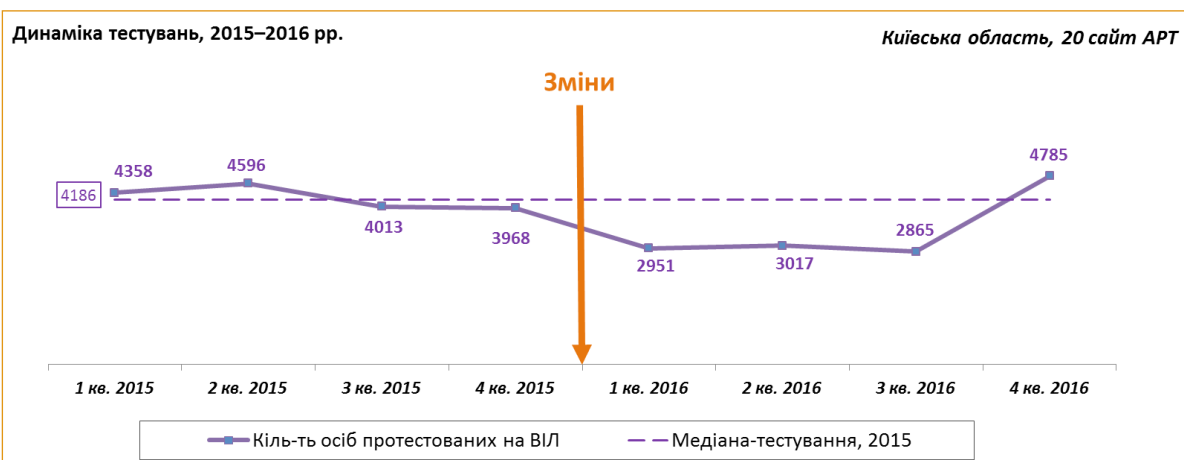
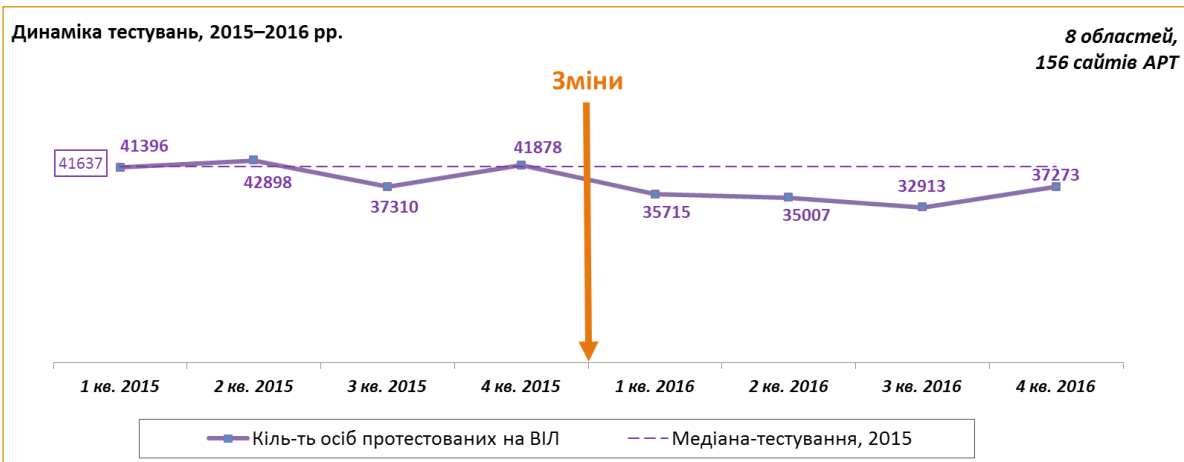
Кількість ЛЖВ, діагностованих у рамках тестування на ВІЛ за ініціативою медичного працівника, з розподілом за службами, які направили на тестування, місто Біла Церква, Київська область, грудень 2015–2016 рр.

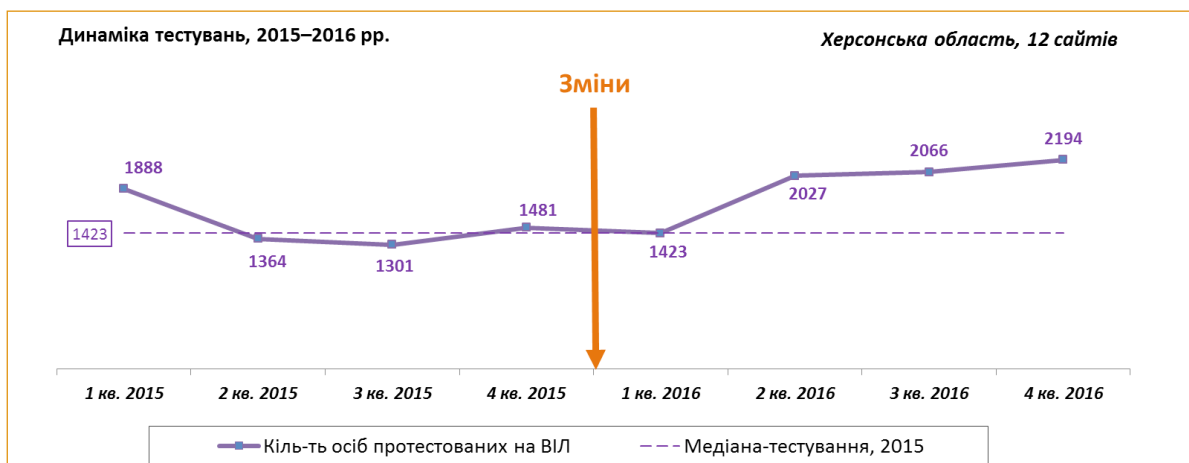


Кількість тестувань: у 2016 р. кількість тестувань на сайтах АРТ знизилась на 14%.

Можливі причини:

- Недостатнє направлення лікарями ПМСД та/або вузькопрофільними спеціалістами пацієнтів на послуги КІТ?
- Недостатній скринінг на ризиковану поведінку?
- Брак ІФА та швидких тестів?

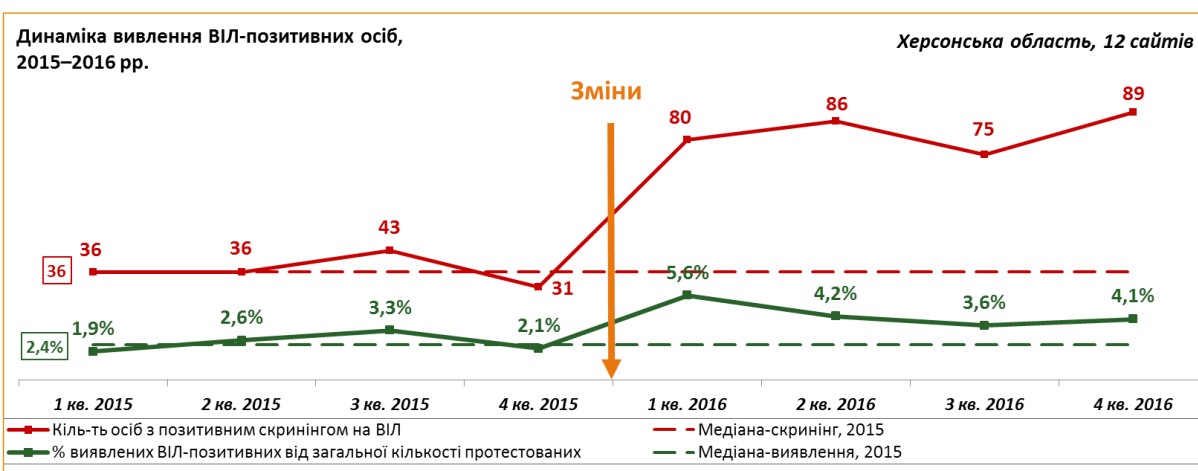
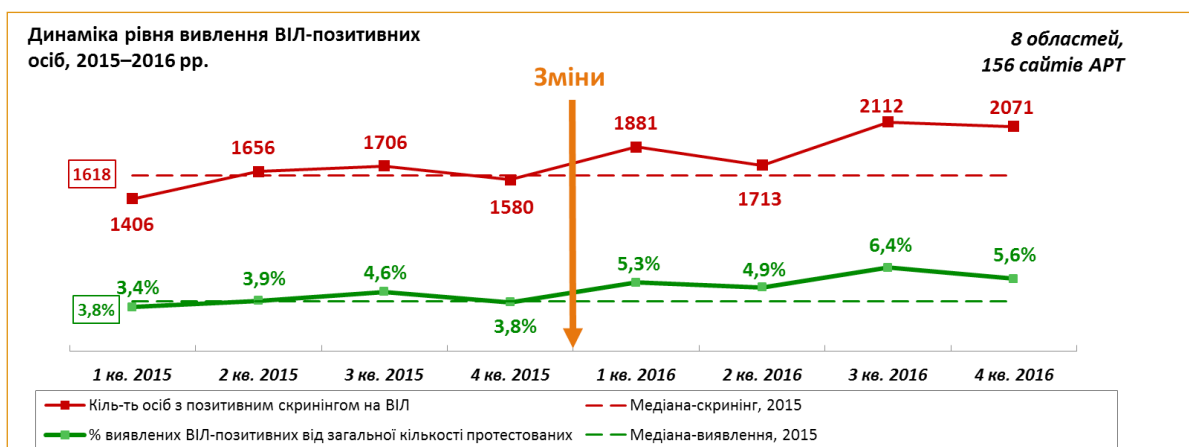


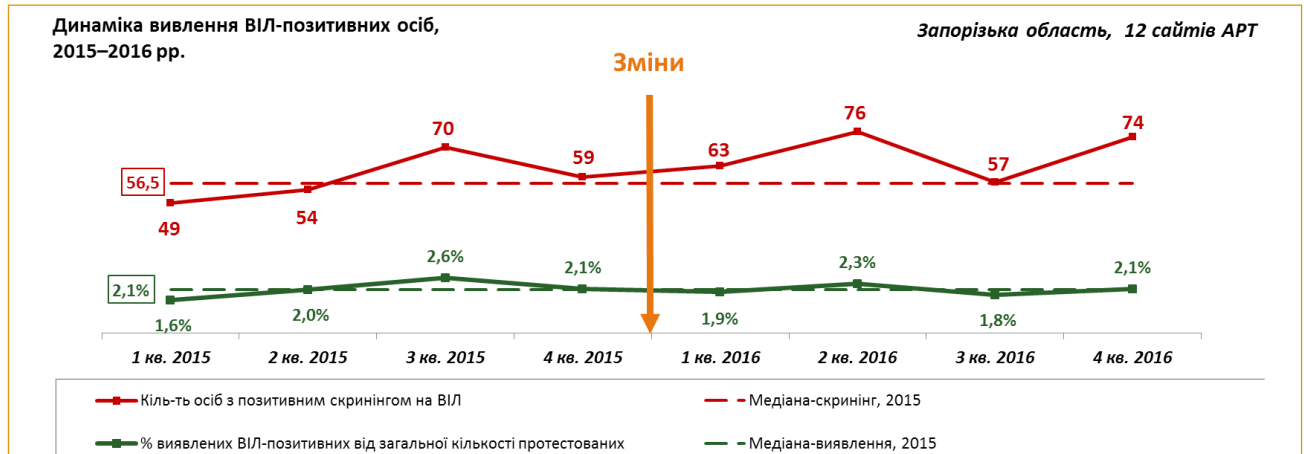
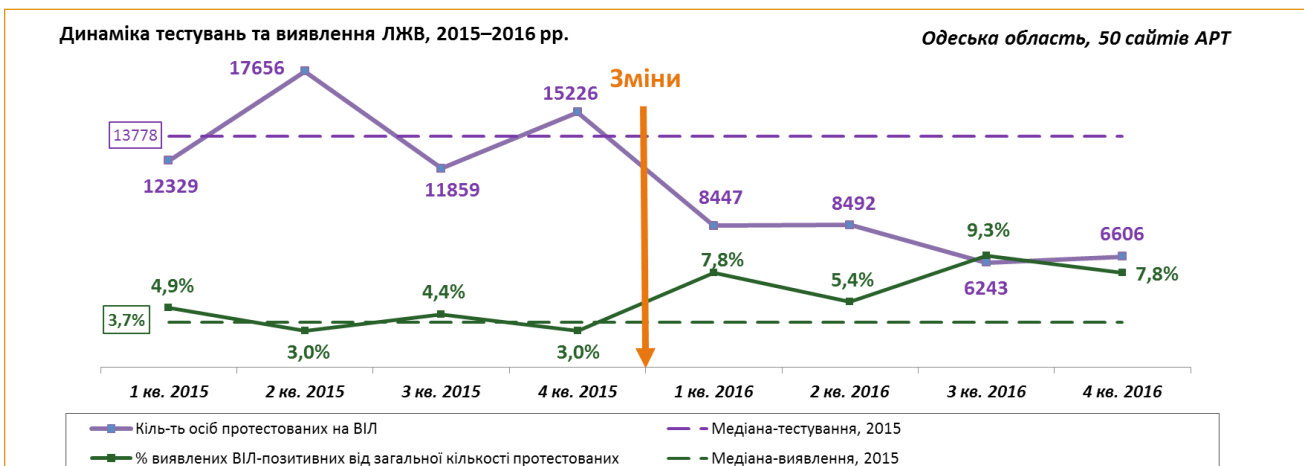
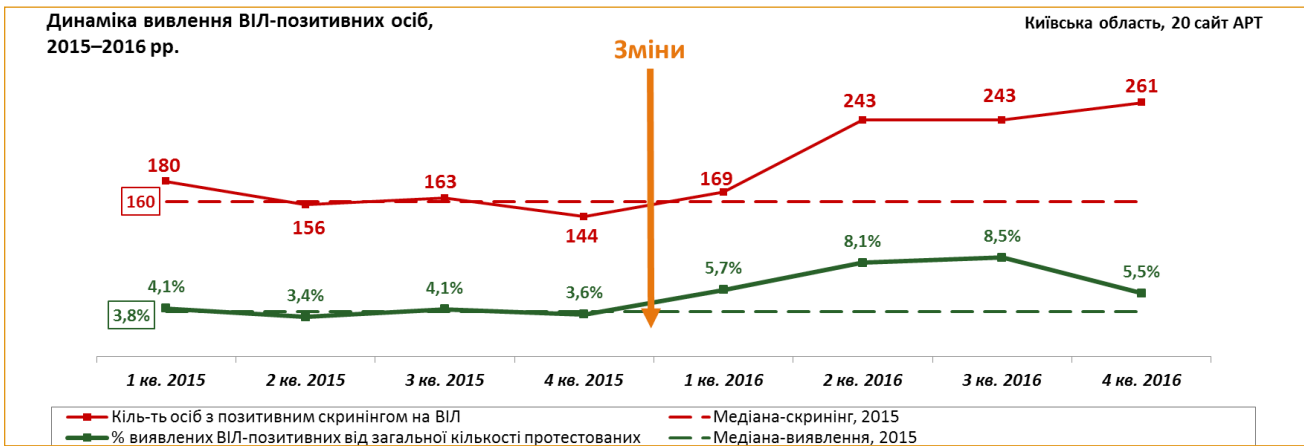


Виявлення ВІЛ: кількість та відсоток виявлених ЛЖВ в 2016 р. – понад медіаною 2015 р. У 2016 р. виявлено на 23% більше ЛЖВ, ніж у 2015 р.

Можливі причини:

- Покращився скринінг на ризиковану поведінку?
- Тестування на сайтах АРТ пацієнтів з позитивним результатом ШТ у ПМСД або вузькопрофільного спеціаліста?





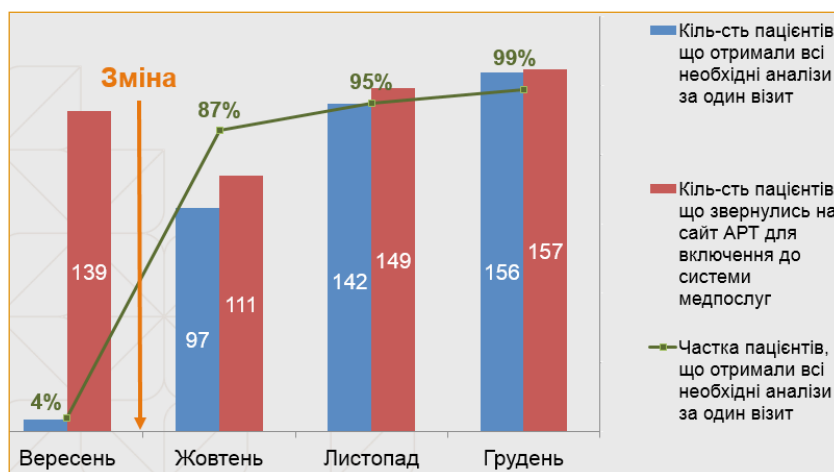
II Заповнення прогалини в залученні до послуг

- Зміна: необхідно забезпечити лабораторне тестування пацієнта в рамках одного візиту на сайт АРТ.
- Зміна: збільшення кількості годин роботи сайтів АРТ/кабінетів «Довіра» та покращення логістики між сайтами АРТ і лабораторіями.
- Зміна: тестування на ВІЛ стаціонарних хворих зі взяттям на диспансерний облік до моменту виписки з лікарні.
- Зміна: СМС-повідомлення і телефонні дзвінки пацієнтам.
- Зміна: залучення служби ПМСД до медичного нагляду за ЛЖВ.

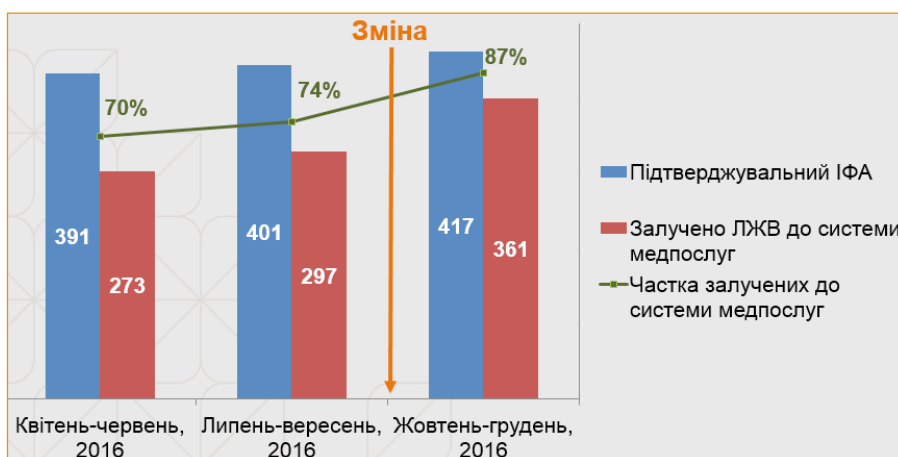
Кількість та відсоток пацієнтів, які пройшли всі лабораторні тести в рамках одного візиту на сайт АРТ, Херсонська область, 11 сайтів, грудень 2015 – серпень 2016 рр.



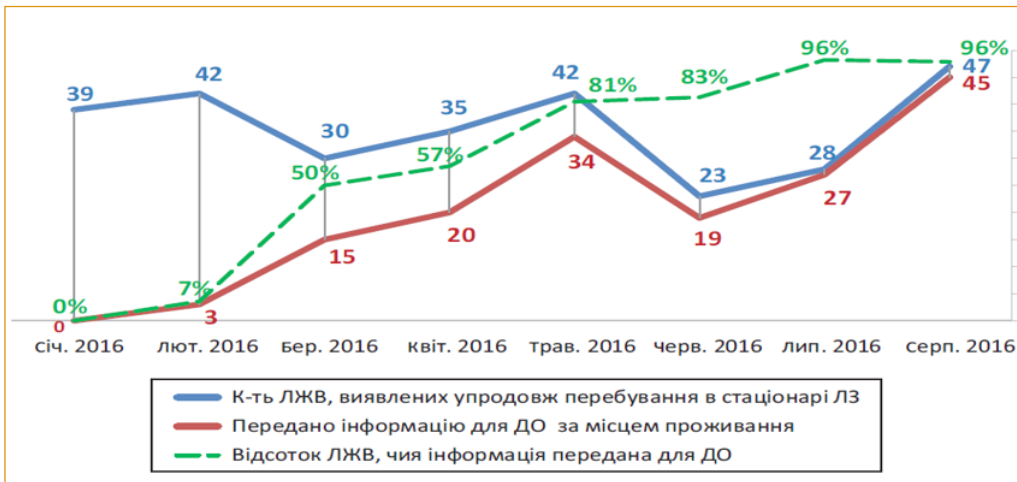
Кількість і частка ЛЖВ, які отримали всі необхідні аналізи за один візит, м. Київ (4 сайти АРТ), 2016 р.



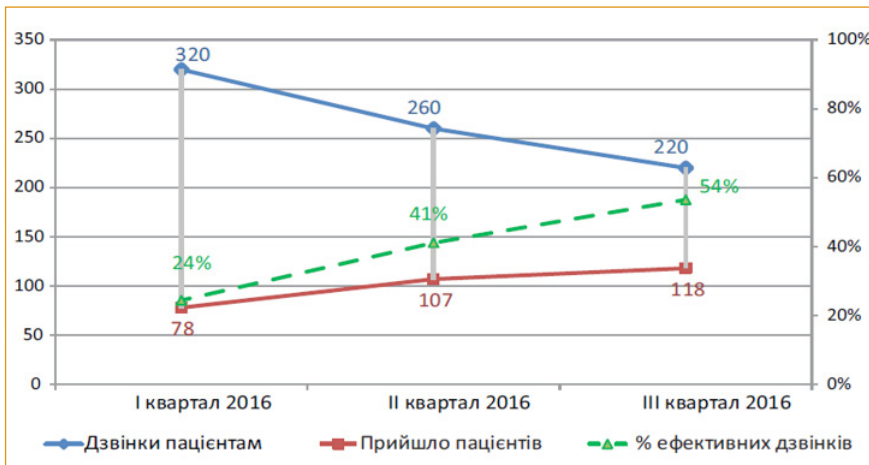
Кількість і частка ЛЖВ, виявлених і зареєстрованих у службі СНІДу, м. Київ, II–IV квартали 2016 р.



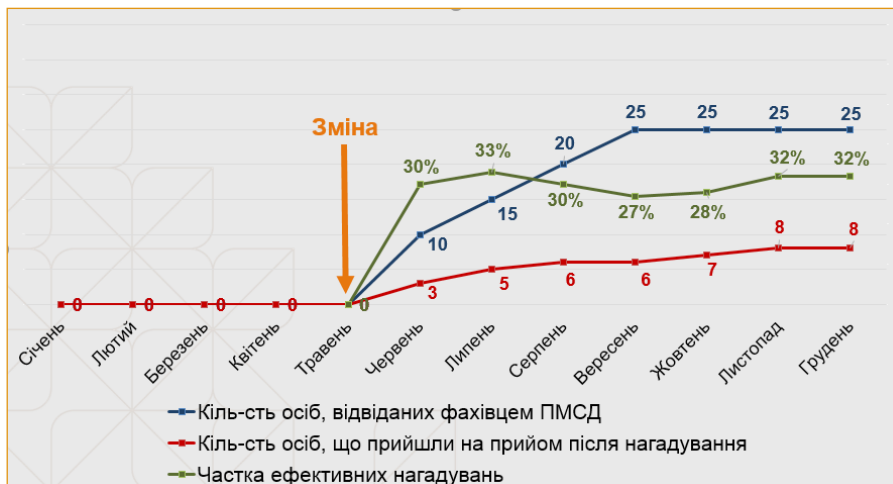
Залучення до служби СНІДу ЛЖВ, які проходять лікування у стаціонарі, перед випискою з протитуберкульозних і наркологічних диспансерів, Дніпропетровська область, січень–серпень 2016 р.



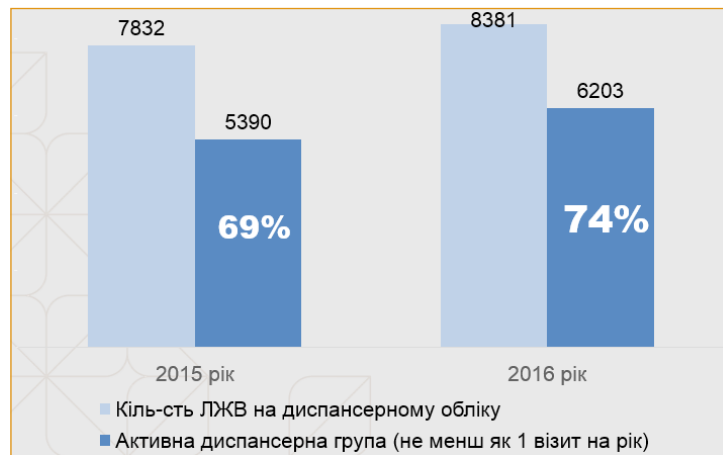
Кількість і частка ЛЖВ, втрачених для подальшого нагляду, з якими було встановлено зв'язок за допомогою СМС-повідомлень або телефонних дзвінків і які після цього відвідували лікаря, Миколаївська область, 2016 р.



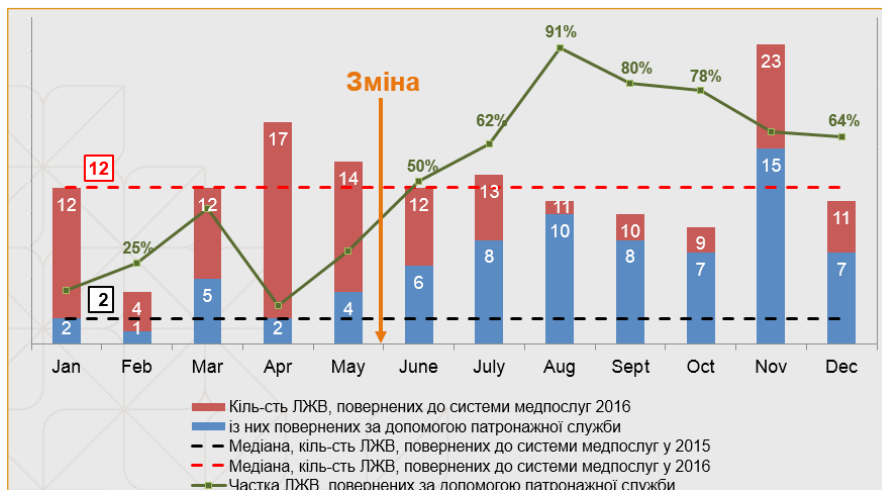
Кількість і частка ЛЖВ, які повернулись до активної диспансерної групи після нагадування службою ПМСД, Баштанський сайт АРТ, Миколаївська область, 2016 р.



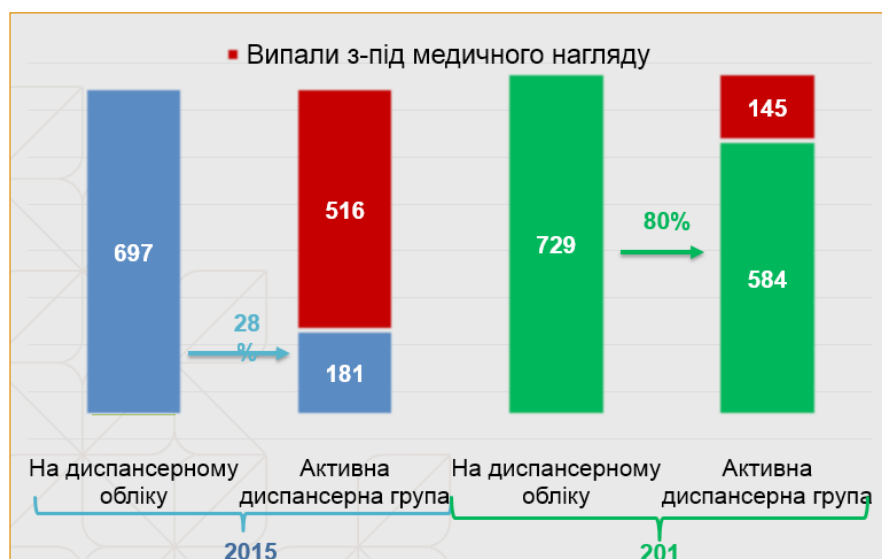
Кількість і частка ЛЖВ, які повернулись до активної диспансерної групи після нагадування службою ПМСД, Баштанський сайт АРТ, Миколаївська область, 2016 р.



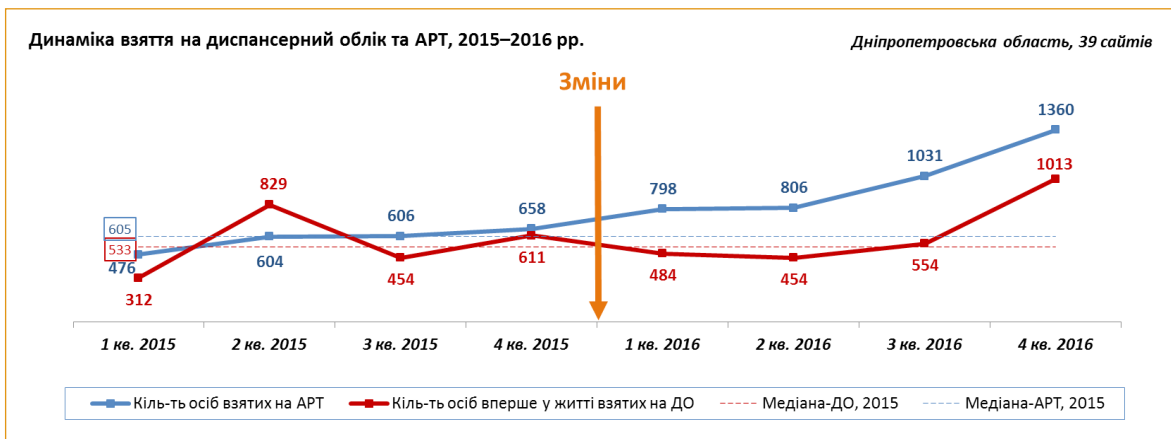
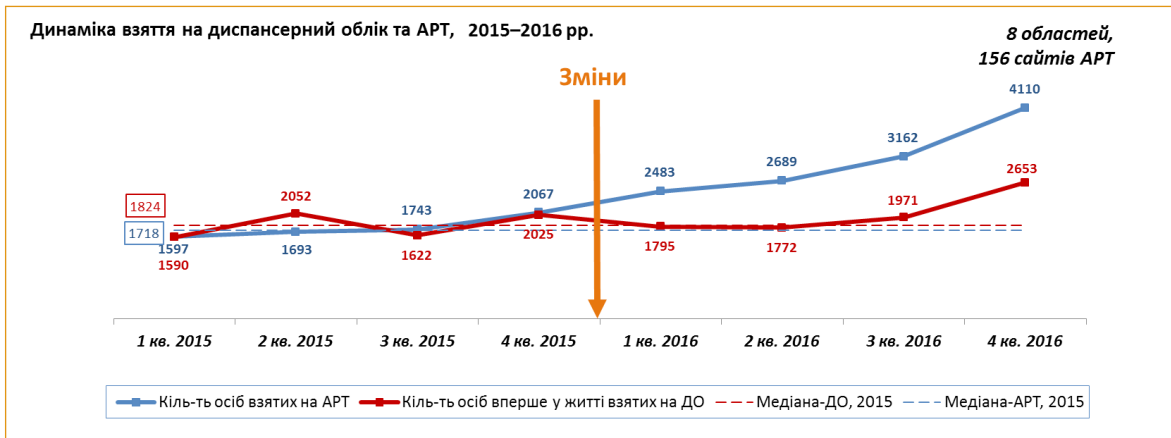
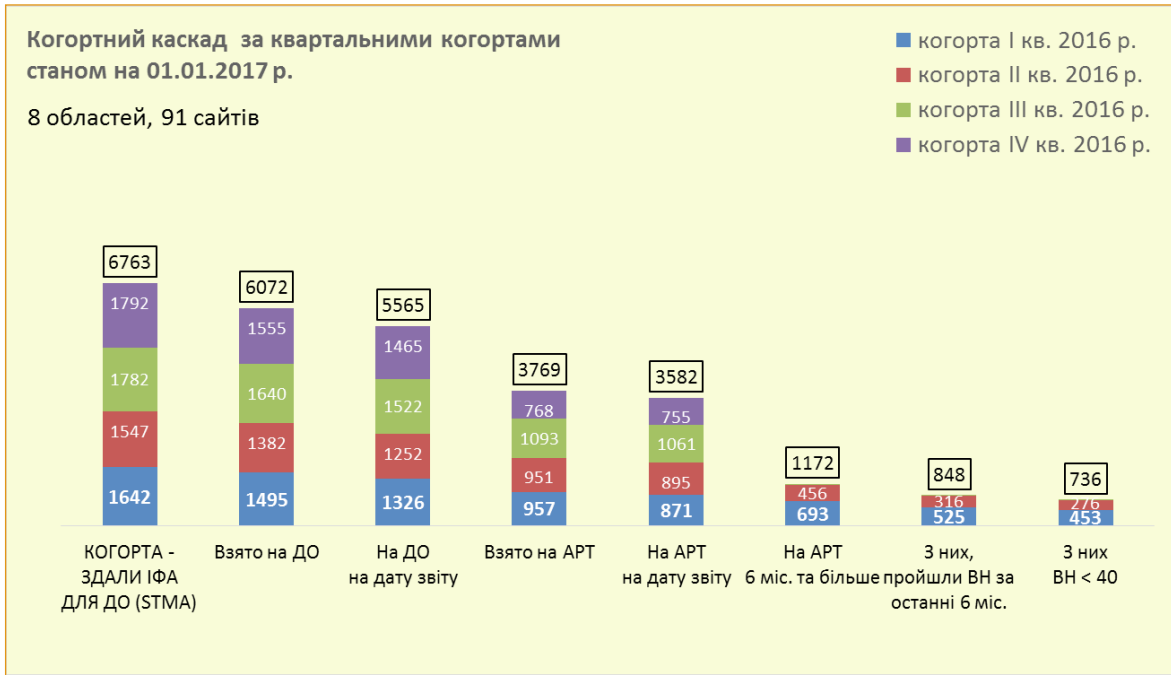
Кількість і частка ЛЖВ, повернених до активної диспансерної групи, Мелітопольський сайт АРТ, 2015 та 2016 рр.

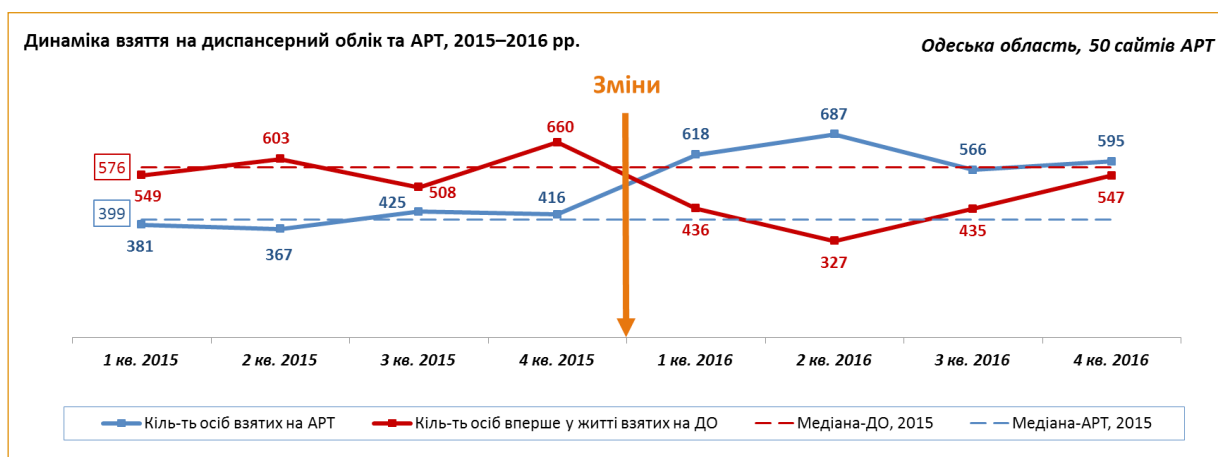
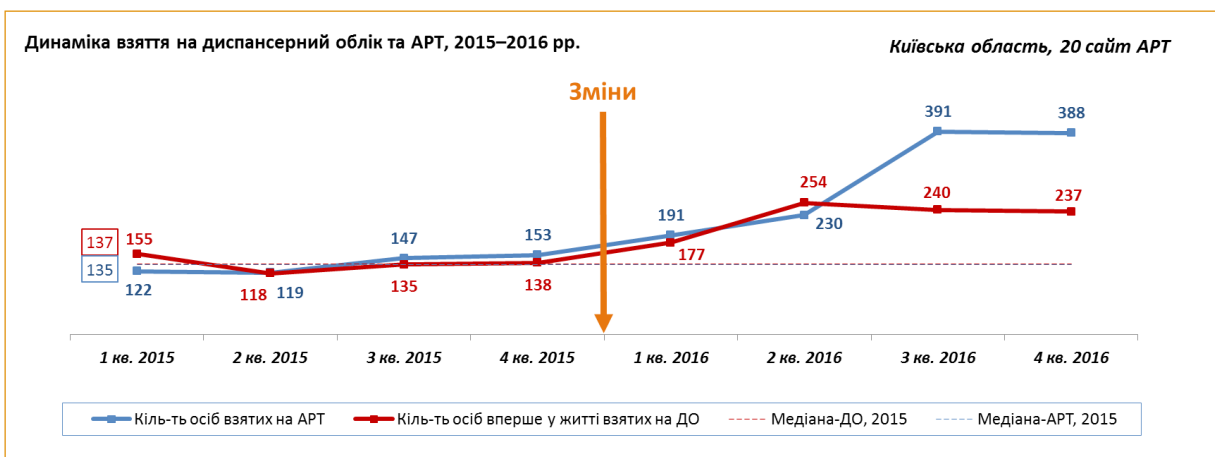


Кількість і частка ЛЖВ з активної диспансерної групи стосовно кількості ЛЖВ на диспансерному обліку, Мелітопольський сайт АРТ, 2015 та 2016 рр.



Заповнення прогалини в залученні до послуг за 12 місяців (90% ЛЖВ, які було виявлено на сайтах АРТ, було взято на ДО), 91 сайт АРТ, 8 областей, станом на 01.01.2017



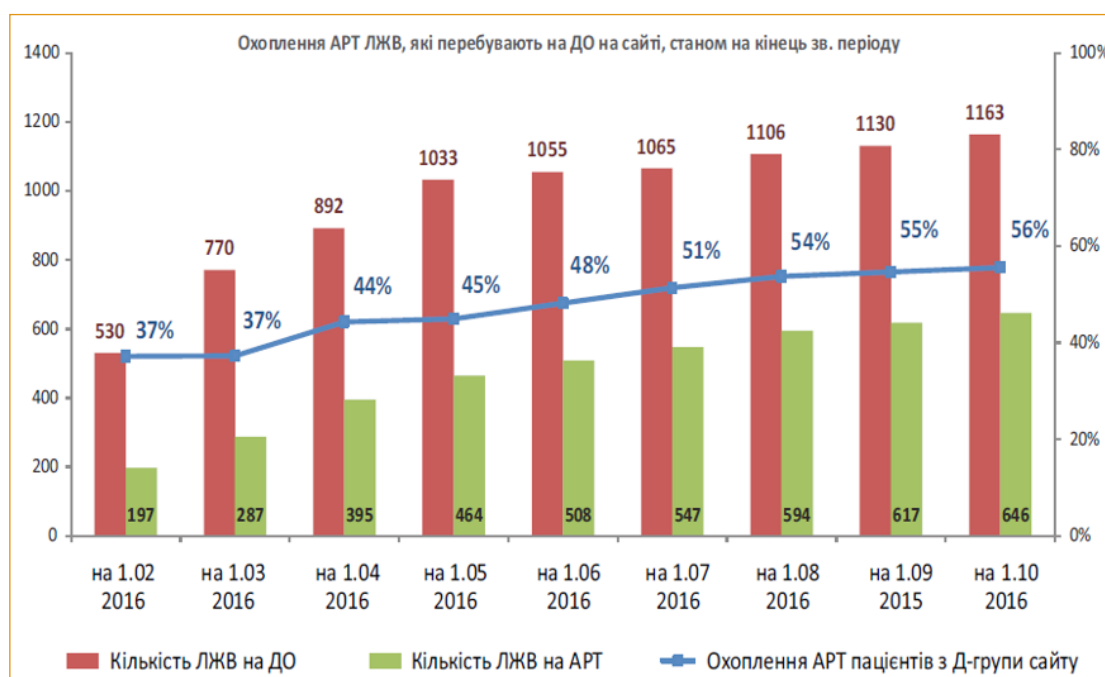


III Заповнення прогалини в лікуванні

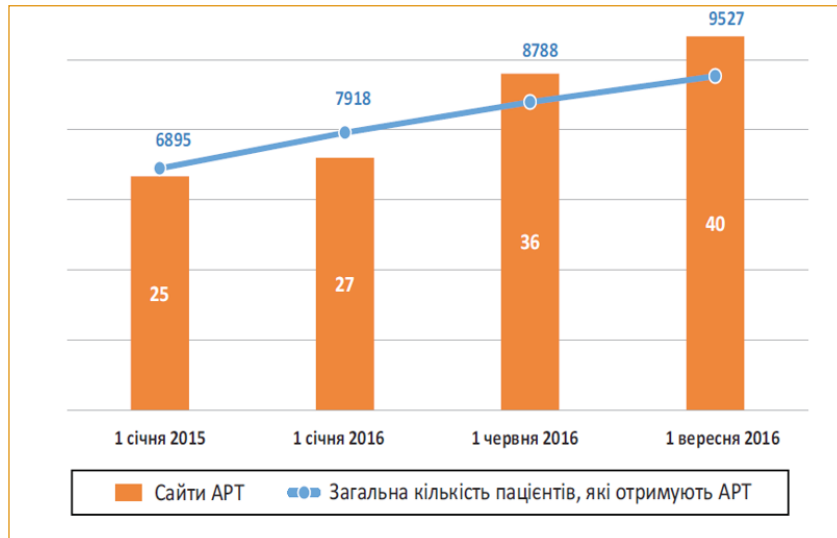
- Зміна: збільшення мережі сайтів АРТ: відкрито 23 нові сайти.
- Зміна: децентралізація призначення та ведення АРТ від обласних центрів СНІДу до місцевих сайтів АРТ.

Протягом 2016 р. залучено до АРТ 12 444 ЛЖВ, що на 75% більше, ніж у 2015 р.

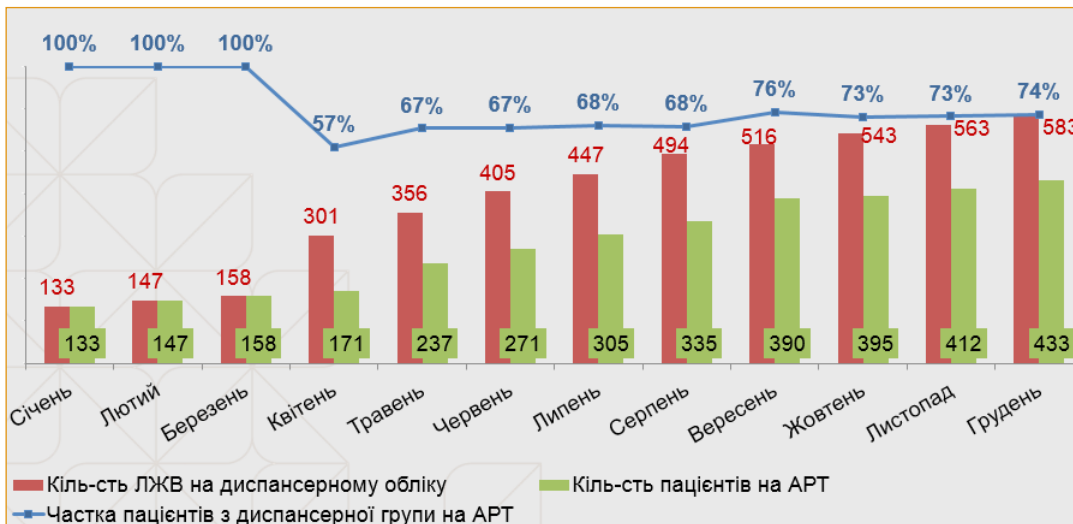
Охоплення АРТ на сайті АРТ Дніпровського району, місто Київ, 2016 р.



Кількість сайтів АРТ, на яких починають і надають АРТ, та кількість ЛЖВ на АРТ, Одеська область, січень 2015 – вересень 2016 рр.



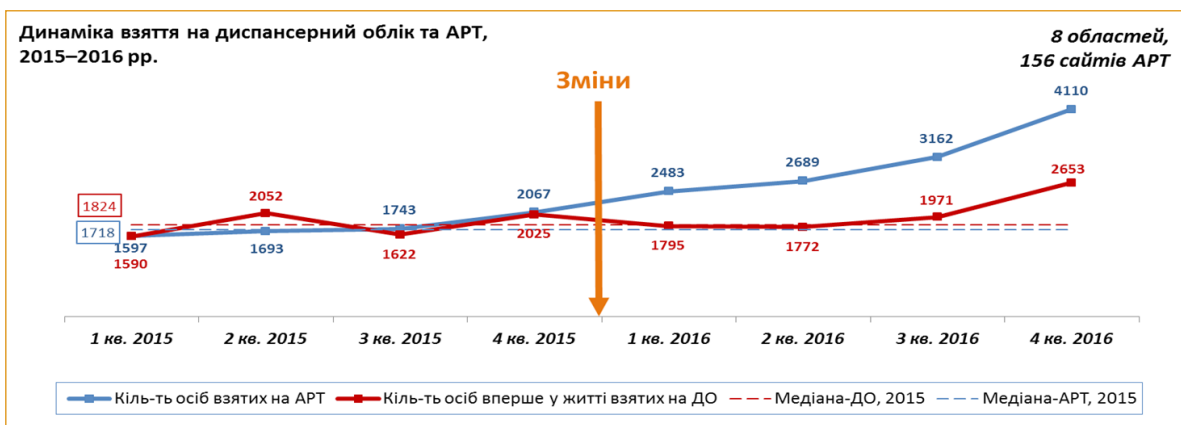
Кількість і частка ЛЖВ на АРТ, Криворізький шкірно-венерологічний диспансер, 2016 р.



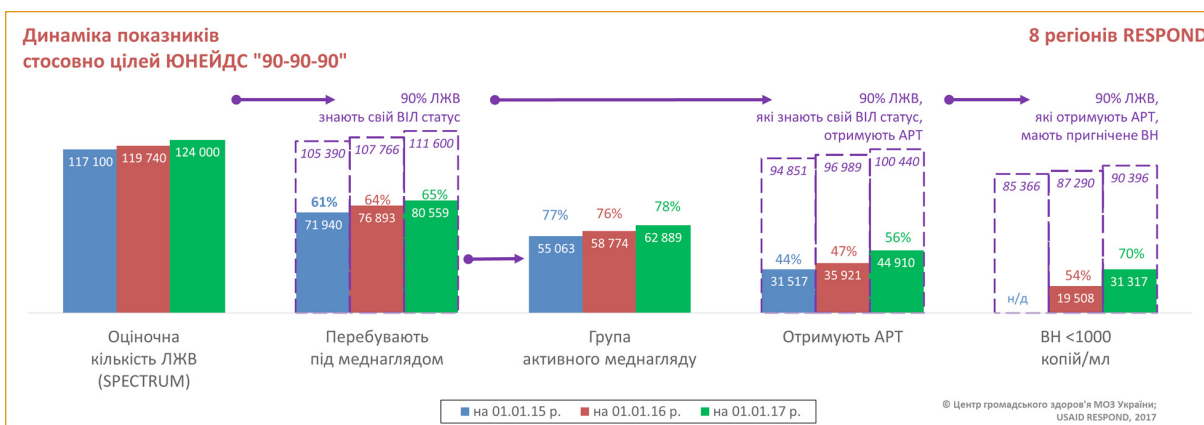
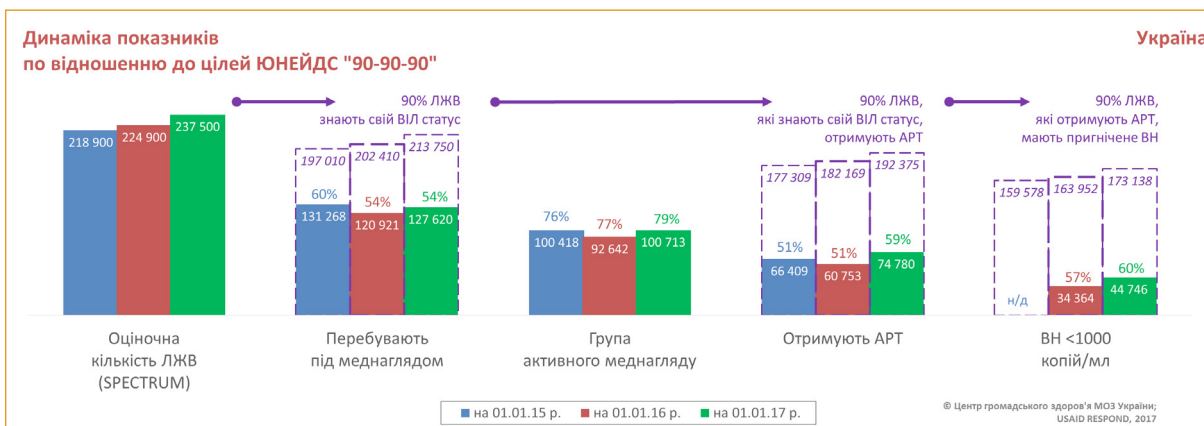
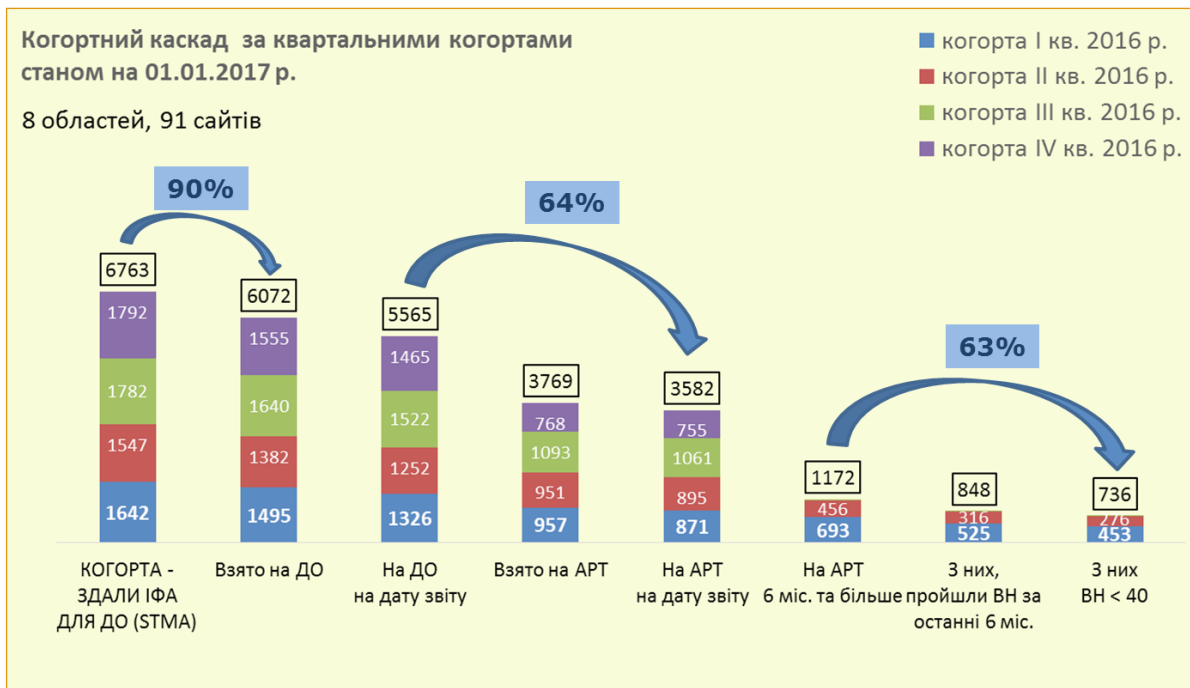
Заповнення прогалини в лікуванні

Можливі причини:

- Втілення змін з покращення?
- Оновлення протоколу МОЗ з АРТ?
- Постачання препаратів PEPFAR?



За 12 місяців 64% ЛЖВ, які перебували на диспансерному обліку, також отримували АРТ, 91 сайт АРТ, 8 областей, станом на 01.01.2017



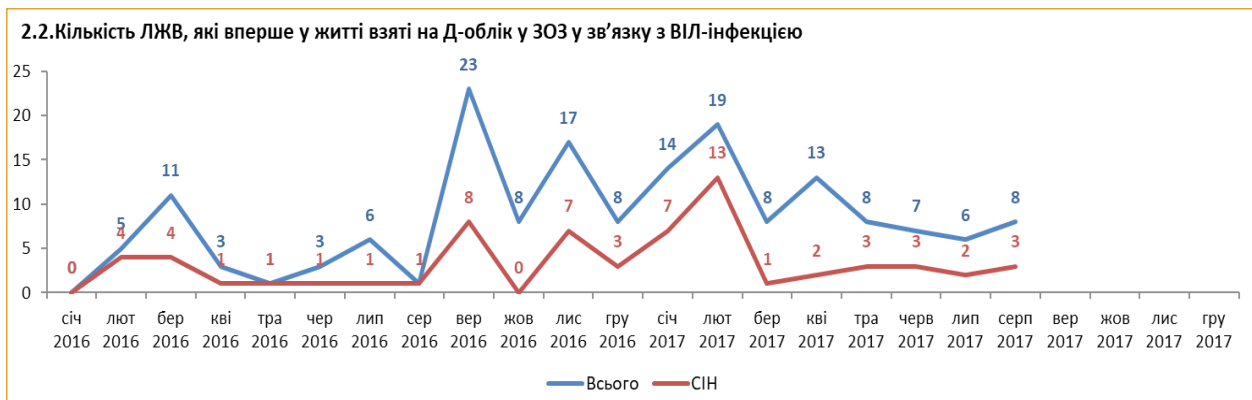
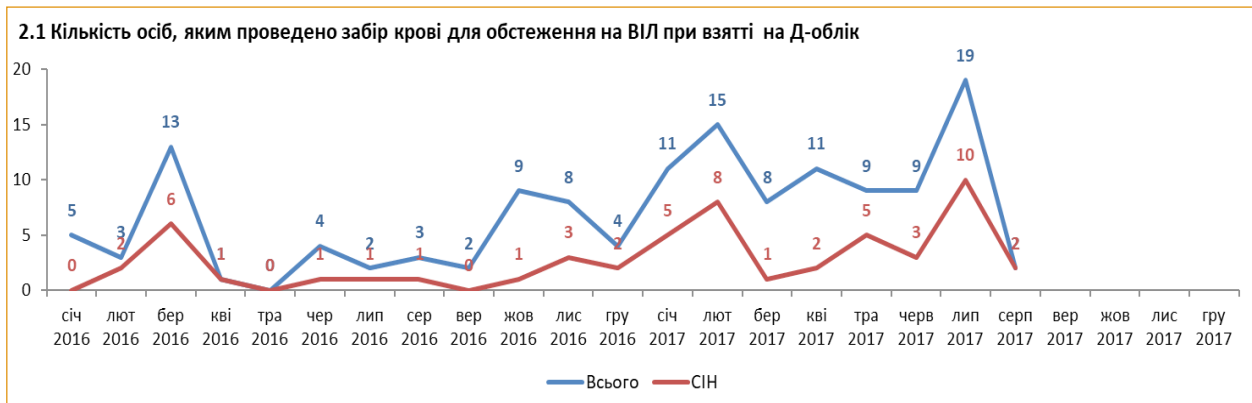
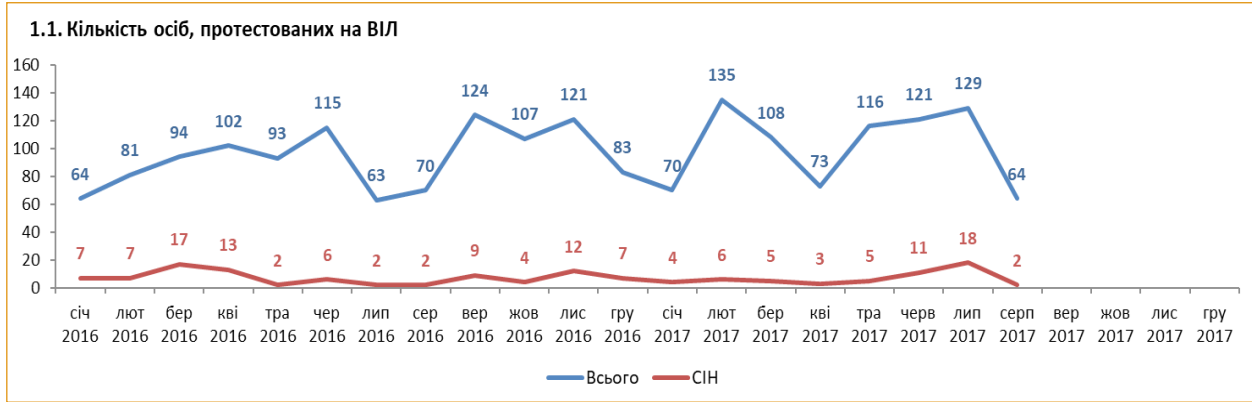
Висновки

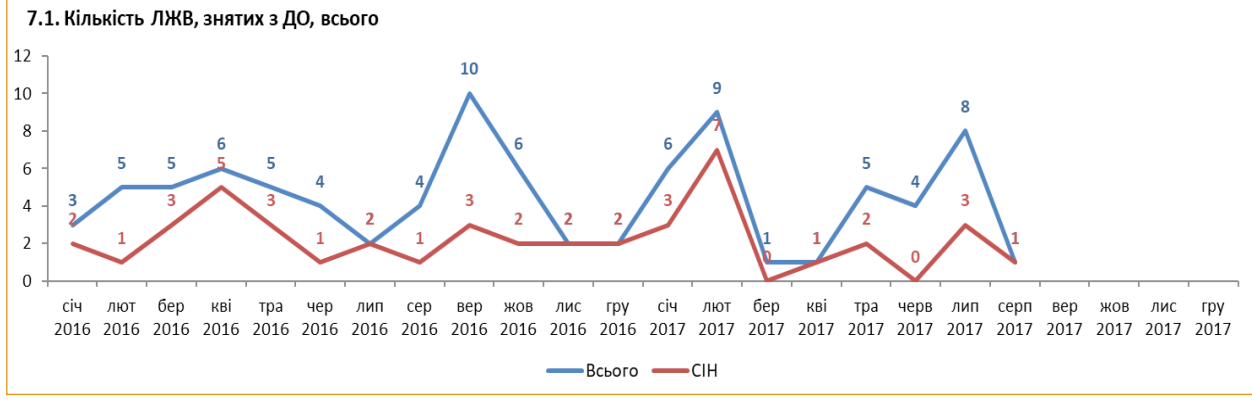
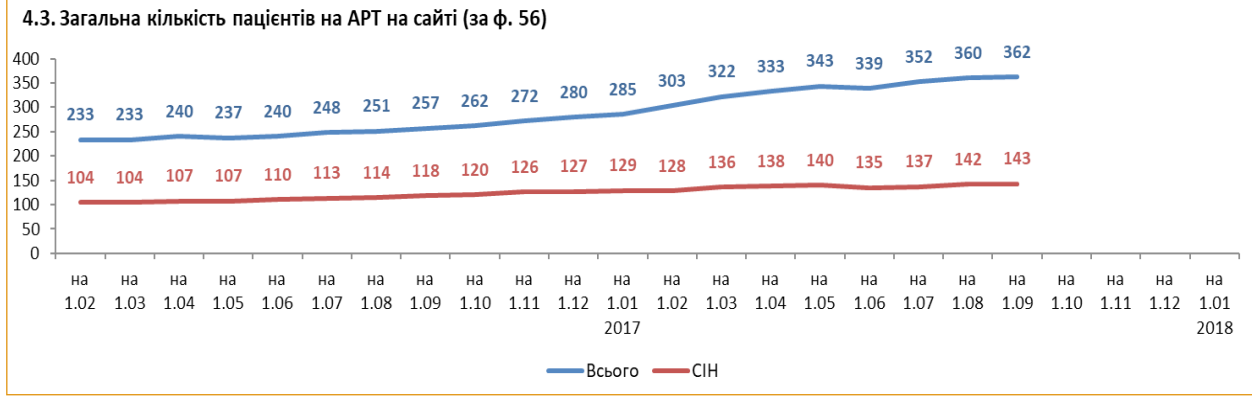
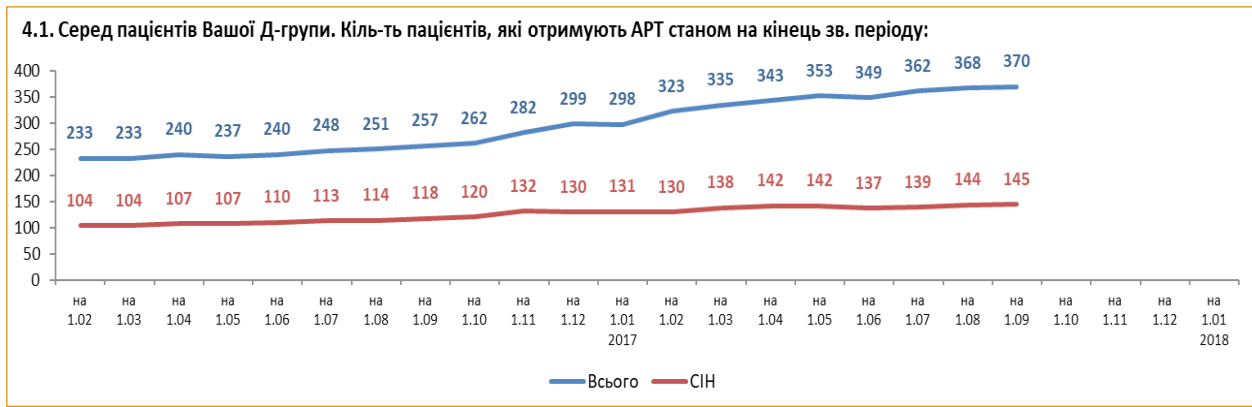
Зміни, втілені колаборативом з поліпшення якості, привели до:

- підвищення ефективності тестування на ВІЛ;
- збільшення частки ЛЖВ на диспансерному обліку в порівнянні з іншими регіонами;
- збільшення частки ЛЖВ на АРТ;
- підвищення ефективності лікування.

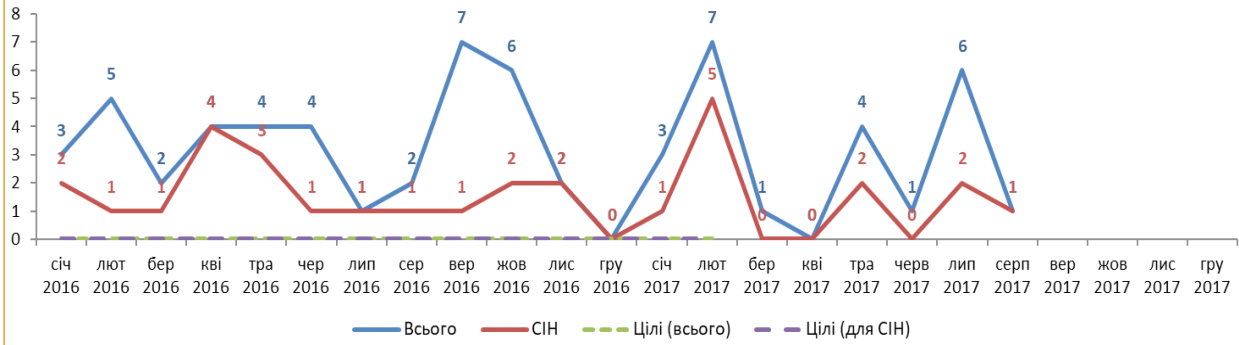
Додаток 4.3.2. Підходи до аналізу та інтерпретації даних моніторингу впровадження змін

Сайт N, регіон L

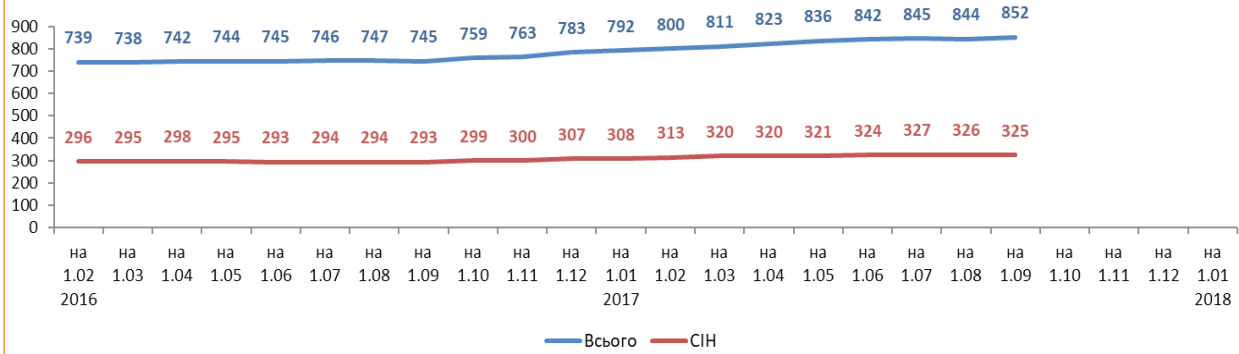




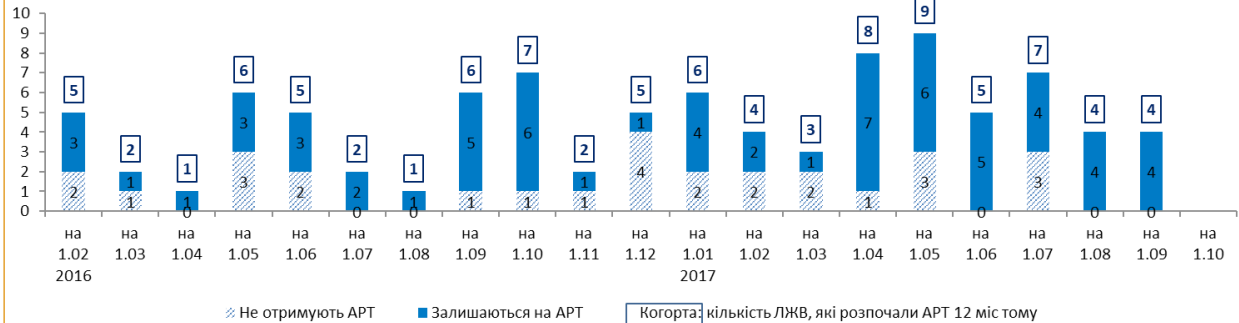
7.2. Кількість ЛЖВ, знятих з ДО, у зв'язку зі смертю



8.1. Кількість людей, які перебувають на ДО, станом на кінець звітної періоду



5.1.К. Кількість ЛЖВ, які через 12 місяців після початку АРТ продовжують терапію (станом на кінець звітної періоду) за місячними когортами ЛЖВ, які розпочали АРТ 12 місяців тому



Заняття 4.4. Побудова динамічних графіків для індивідуального проекту

Вид заняття:	практичне заняття.
Тривалість заняття:	2 академічні години.
Місце проведення:	навчальна кімната.
Необхідні ресурси:	фліп-чарт, фломастери, роздатковий матеріал.
Умови проведення заняття:	наявність попередньої підготовки з питань, запланованих для розгляду на занятті. Для цього слухачі курсу повинні: <ul style="list-style-type: none"> • використати: • лекційні матеріали попередніх занять; • результати роботи на заняттях 4.1, 4.2 та 4.3; • рекомендовану літературу (модуль 6, с. 90–106 посібника «Як зробити краще: Керівництво з покращення якості»; • ознайомитися з Додатком 4.4.1 до поточного заняття.
Навчальна мета:	відпрацювати навички побудови динамічних графіків для індивідуального проекту з поліпшення якості.

План проведення практичного заняття	Час, хвилин
1. Ознайомлення слухачів з темою, метою, завданням, планом та порядком проведення практичного заняття.	5
2. Інформування слухачів про завдання і правила роботи в малих групах (побудова динамічних графіків).	10
3. Робота в малих групах.	50
4. Обговорення результатів справи в загальній групі.	20
5. Заключне слово викладача та його оцінка практичного значення виконаної роботи.	5
Разом	90

Форма проведення

практичного заняття: робота в малих групах, виконання запропонованого завдання (побудова динамічних графіків) за темою фінального проекту та обговорення результатів у загальній групі слухачів.

Короткий вступ до практичного заняття

Графік – важливий інструмент поліпшення якості, що дозволяє відстежувати просування до запланованих цілей. За допомогою графіка можна візуально відобразити показники впродовж певного часу. Графіки доповнюють традиційну описову статистику (середні значення, медіани та діапазони), відображаючи зміни параметрів з плином часу. На графіках фіксуються зміни в ході процесу під впливом зовнішніх чинників, такі як зрушення, тенденції та цикли. Ці варіанти розвитку можна використати для виявлення проблем (виявлення тенденції, що веде до відхилення від бажаного результату) і спостереження за ходом подій при впровадженні рішень (позитивні тенденції після впровадження змін/проведення втручання).

Кроки побудови графіків

Крок 1. Зберіть елементи даних (показники) із зазначенням часу проведення кожного вимірювання. Наведіть дані у хронологічному порядку.

Крок 2. Розташуйте елементи даних на вертикальній осі. Визначте її масштаб так, щоб він становив 1,5 величини діапазону коливань даних. Вкажіть на осі назву, шкалу та одиницю виміру.

Крок 3. Накресліть горизонтальну вісь і нанесіть на неї одиниці часу (дні, тижні, місяці). Вкажіть на осі назву, шкалу та одиницю виміру.

Крок 4. Розставте в сітці координат точки даних і послідовно з'єднайте їх між собою прямими лініями.

Крок 5. На графіку проведіть пунктирну лінію – **медіанне значення** показників до початку внесення зміни в процес. Медіанне значення показників – це **серединний результат ряду значень**, розташованих за зростанням або спаданням. Він не є середнім арифметичним значенням, тому що виключає вплив на показник випадково замалих або завеликих значень.

Щоб **знайти медіану**, треба розташувати всі значення в порядку зростання або спадання, а потім знайти середнє число.

Крок 6. На графіку проведіть іншу пунктирну лінію – медіанне значення показників після впровадження зміни в цей процес.

Крок 7. Нанесіть на графік лінію, яка відображає мету, поставлену перед початком впровадження зміни.

Крок 8. Вкажіть назву графіка так, щоб у ній було відображено те, за чим ведеться спостереження, де саме і за який проміжок часу.

Крок 9. Додайте нотатки до графіка, які ілюструють, коли і що саме було впроваджено (яку конкретну зміну). Нотатки зручно розміщувати у прямокутниках, а стрілками вказувати на елемент даних, коли зміна почала впроваджуватись.

Крок 10. Перевірте, чи правильно було введено дані, вказано назви осей, нотатки, цілі та медіани базового рівня і поточних результатів. Буде корисно, якщо хтось інший оцінить результати вашої роботи і зможе зрозуміти подану інформацію. На Рис. 1 наведено приклад графіка з поясненням.

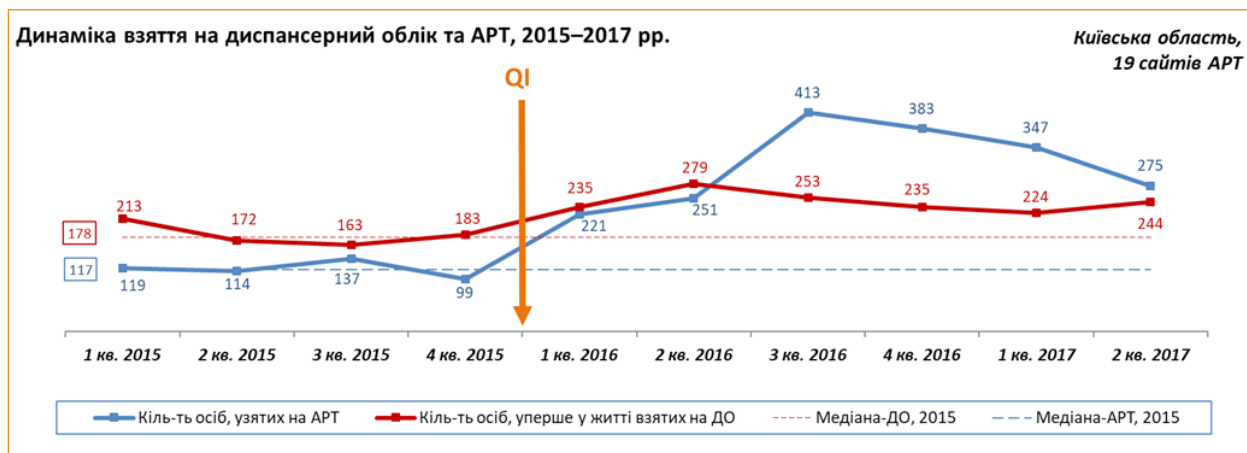


Рисунок 1. Приклад графіка з поясненням

Завдання для роботи в малих групах

1. Проаналізуйте приклади застосування медіани, використовуючи **Додаток 4.3.1** до заняття 4.3. Обговоріть роль медіани в інтерпретації даних моніторингу.
2. Зобразіть на папері можливий вигляд динамічних графіків для індикаторів індивідуального проекту з поліпшення якості, розроблених вашою малою групою на занятті 4.2.
3. Сплануйте обчислення базового значення медіани до початку впровадження змін (за темою вашого проекту).

При виконанні практичного завдання слухачам рекомендовано користуватися результатами їхньої роботи з попередніх занять 4.2 та 4.3.

Робота в групах: проводиться за описаною вище методикою протягом 50 хвилин. Результати роботи обговорюються в загальній групі слухачів.

Слухачі повинні знати:

- методику побудови динамічних графіків для проектів з поліпшення якості.

Слухачі повинні вміти:

- використовувати на практиці в своїй команді методику побудови динамічних графіків та планування аналізу результатів збору даних проекту з поліпшення якості,
- розраховувати медіану.

Додатки

1. Додаток 2.3.1. Успішні зміни у сфері покращення якості. Приклади з пріоритетних регіонів Проекту USAID RESPOND (модуль 2, заняття 2.3).
2. Додаток 4.4.1. Як виглядає електронний інструмент.
3. Додаток 4.3.1. Приклади проміжного аналізу даних моніторингу впроваджених змін. Проекти з поліпшення якості у восьми пілотних регіонах Проекту USAID RESPOND, 2015–2017 рр. (модуль 4, заняття 4.3).

Література

1. Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження / За ред. І. Семененко. – К.: Поліграф плюс, 2015. – Модуль 6, с. 90–106.
2. Методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 №751.
3. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я в Україні (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб). Методичні рекомендації. Київ, 2017.
4. О. Балакірева, Т. Бондар, Ю. Грамотна та ін. Робота зі стратегічною інформацією у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні. Практичний посібник. – К: ТОВ «Поліграф плюс», 2015. – 120 с.
<http://respond.org.ua/files/attachments/Practical%20Guide%20on%20the%20use%20of%20strategic%20information.pdf>.

Додаток 4.4.1. Як виглядає електронний інструмент

КС_301 пример - Excel

File Home Insert Page Layout Formulas Data Review View Tell me what you want to do

A17

Форма збору інформації для розрахунку показників діяльності з покращення якості					Години роботи сайту			Перерва			
Регіон:	КИЇВ				Понеділок	8:30 - 18:00	-	18:00	-	-	-
Сайт:	КМКЛ №5 КМЦ СНІДУ				Вівторок	8:30 - 18:00	-	18:00	-	-	
Код сайту (як у назві файлу)	КС_301				Середа	8:30 - 18:00	-	18:00	-	-	
Адреса:	вул. Відпочинку, 11				Четвер	8:30 - 18:00	-	18:00	-	-	
Наставник:	XXXXX XXXXXXXXXX				П'ятниця	8:30 - 18:00	-	18:00	-	-	
Ел. адреса:	xxxx@xxxx.xxx				Субота	8:30 - 18:00	-	18:00	-	-	
Телефон:	0000000000				Всього робочих годин сайту 47 год. 30 хв.						
Сайт АРТ функціонує на базі Кабінета "Довіри" Так											
ІНТЕРВЕНЦІЇ проекту USAID RESPOND, які впроваджуються на сайті / в регіоні					Термін впровадження		Географія		Виконавець		Контактна
RESPOND Посилення континенту ВІЛ-послуг для ЛЖВ	Виявлення ЛЖВ, їх залучення до лікування та утримання на АРТ				1 жов 16 - 30 вер 17 (12)		Київський міський центр СНІДУ		Благодійна організація «100 відсотків життя. Київський регіон»		Контактна о
RESPOND Знайди-тестуй-лікуй (ЧСЧ)					1 гру 2015 - 30 вер 2017 (22)		Місто Київ		Громадська організація "АЛЬЯНС.ГЛОБАЛ"		Контактна о
RESPOND Здоров'я партнера (СН)	Тестування партнерів ЛВІН на ВІЛ, виявлення ЛЖВ та залучення їх до меднагляду				1 гру 15 - 31 гру 16 (13 місяців)		Місто Київ		Міжнародний благодійний фонд «Вертикаль»		Контактна о
RESPOND Залучення ЧСЧ до ПТВ, догляду та підтримки	Залучення ЧСЧ до послуг тестування на ВІЛ шляхом онлайн-консультації, а також послуг з догляду та підтримки ЧСЧ-ЛЖВ				1 гру 2015 - 30 вер 2017 (22)		Місто Київ		Громадська організація "АЛЬЯНС.ГЛОБАЛ"		Контактна о

Ready

КС_301 пример - Excel

File Home Insert Page Layout Formulas Data Review View Tell me what you want to do

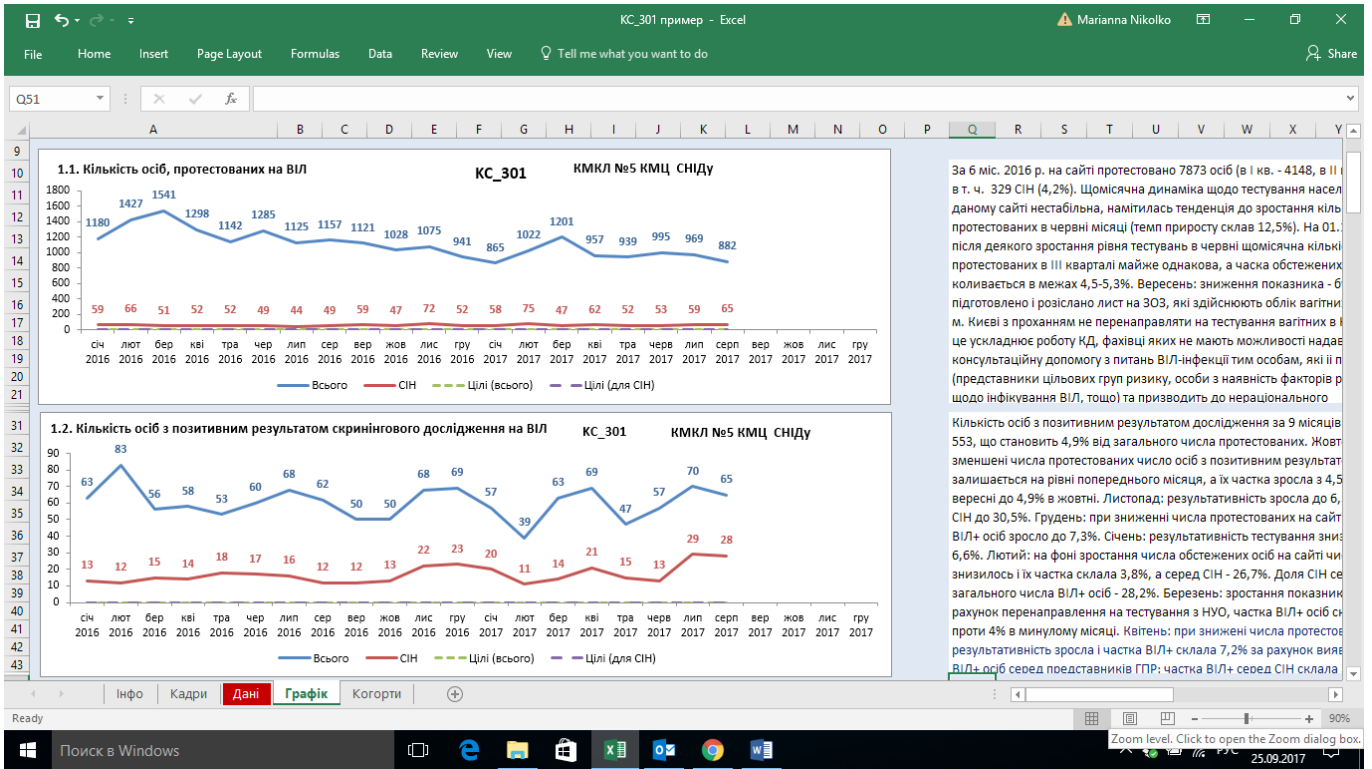
H8 інфекційні хвороби

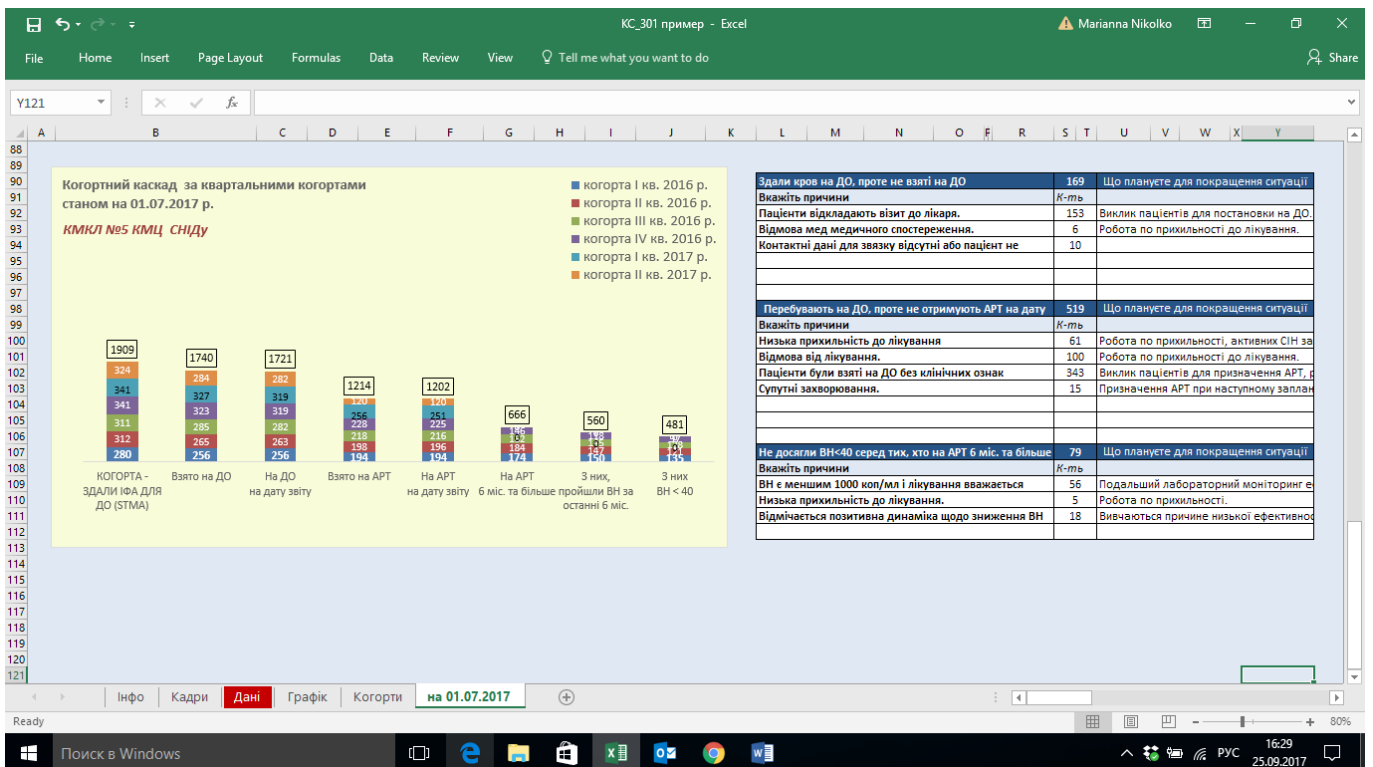
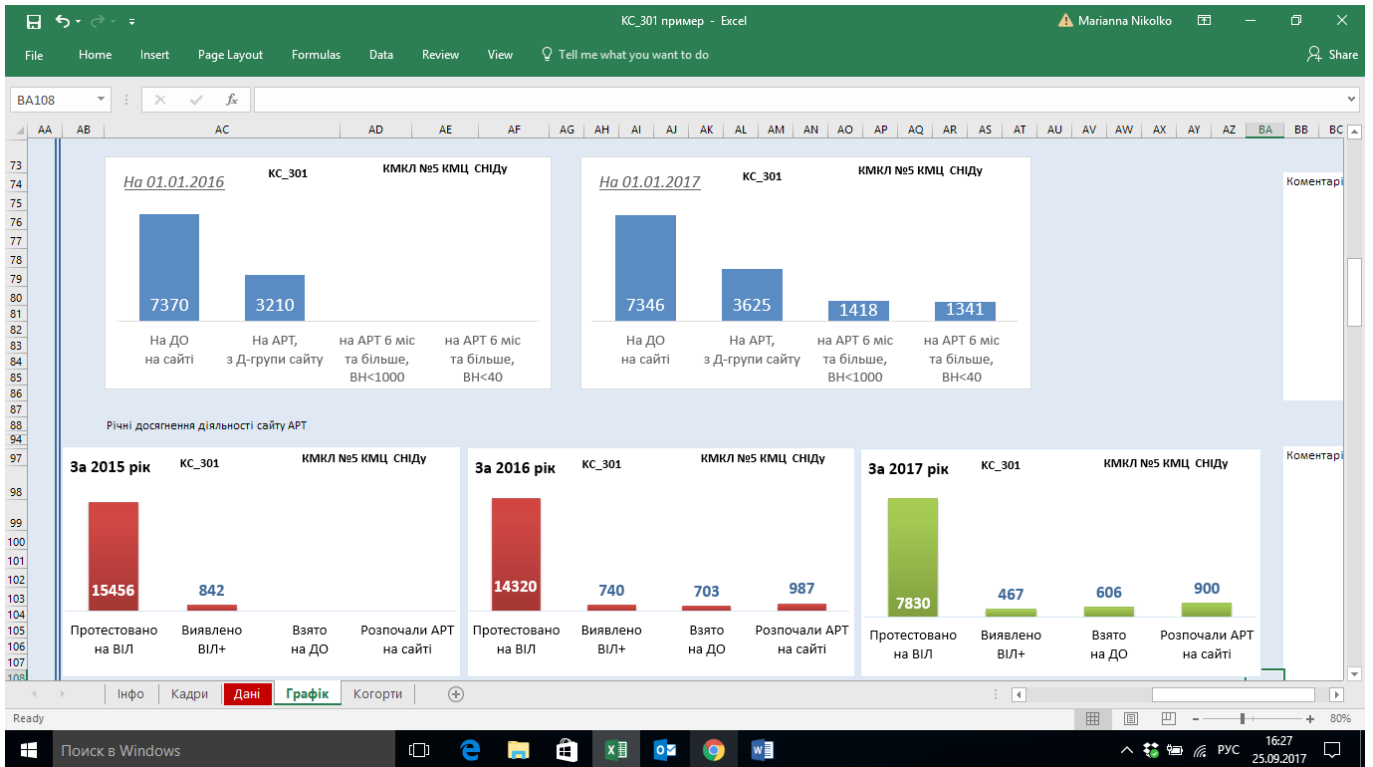
ФАХІВЦІ САЙТУ АРТ			Штатних одиниць (0,1...1,75) (Пояс для сайту, які працюють на базі Кабінету "Довіри".		Фізичних осіб, к-ть	ПОСАДА згідно штатного розпису/ запису в трудовій книжці	Спеціальність	К-ть робочих годин на тиждень	Дотестовані консультувалися	Зазначте у % внесок кожного працівника у виконанні цієї функції на сайті	Тестувалися	Зазначте у % внесок кожного працівника у виконанні цієї функції на сайті	Післятестові консультувалися	Зазначте у % внесок кожного працівника у виконанні цієї функції на сайті	Дисверсійні випадки груп ЛЖВ	Зазначте у % внесок кожного працівника у виконанні цієї функції на сайті
1. ЛІКАРІ		ЛОДАПІ	ВИЦАЛПІІ													
1	лікар-інфекціоніст	інфекційні	36,60	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Так	10%	
2	лікар-інфекціоніст	інфекційні	36,60	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Так	10%	
3	лікар-інфекціоніст	інфекційні	36,60	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Так	10%	
4	лікар-інфекціоніст	інфекційні	36,60	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Так	10%	
5	лікар-психолог	медична психологія	36,60	Так	15%	Ні	Ні	Так	15%	Ні	Ні	Ні	Ні	Так	5%	
6	лікар-психолог	медична психологія	36,60	Так	15%	Ні	Ні	Так	15%	Ні	Ні	Ні	Ні	Так	5%	
7	лікар-інфекціоніст дитячий	дитячі інфекційні	53,40	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Так	10%	
8	лікар-педіатр	педіатрія	17,80	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Так	5%	
9	лікар-педіатр	педіатрія	17,80	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Так	5%	
10	лікар-фтизіатр	пульмонологія та фтизіатрія	36,60	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Так	6%	
11	лікар акушер-гінеколог	акушерство та гінекологія	36,60	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Так	5%	
12	лікар акушер-гінеколог	акушерство та гінекологія	36,60	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Так	5%	
13	лікар акушер-гінеколог	акушерство та гінекологія	36,60	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Так	5%	
14	лікар дерматовенеролог	дерматовенерологія	36,60	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Так	2%	
15	лікар-терапевт	терапія	36,60	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Так	2%	

Ready

Excel window titled 'КС_301 пример - Excel'. The interface includes a ribbon with 'File', 'Home', 'Insert', 'Page Layout', 'Formulas', 'Data', 'Review', and 'View'. The formula bar shows '= 7758'. The main area contains a complex data table with columns for months from 2016 to 2017 and rows for various HIV screening metrics. The bottom taskbar shows the Windows Start button, search bar, and taskbar icons for Edge, File Explorer, HomeGroup, and Office apps. The system tray on the right displays the time as 16:20 on 25.09.2017.

A second Excel window, also titled 'КС_301 пример - Excel', showing a different view of the data table. The formula bar still shows '= 7758'. This view highlights specific rows and columns, including a detailed breakdown of HIV screening results by quarter (I, II, III, IV) for 2016 and 2017. The table columns include 'Всього', 'СН', 'чол', 'жін', and age groups like 'до 15 р', 'до 15 р', '15+'. The bottom taskbar shows the time as 16:21 on 25.09.2017.





Заняття 5.1. Які зміни ми можемо зробити, щоб досягти поліпшення? Тестування змін з використання циклу ПРАД

Вид заняття:	семінар.
Тривалість заняття:	1 академічна година.
Місце проведення:	навчальна кімната.
Необхідні ресурси:	проектор, комп'ютер, фліп-чарт, фломастери, роздатковий матеріал, приклад циклу ПРАД.
Умови проведення семінару:	наявність попередньої підготовки з питань, запланованих для розгляду на занятті. Для цього слухачі курсу повинні використати лекційні матеріали, рекомендовану літературу, методичні вказівки.
Навчальна мета:	поглибити знання та розуміння послідовності етапів циклу планування і впровадження змін ПРАД (PDSA).

План проведення практичного заняття	Час, хвилин
1. Ознайомлення слухачів з темою, метою, завданням, планом та порядком проведення семінарського заняття.	5
2. Вступне слово до теми семінарського заняття.	10
3. Робота в малих групах.	15
4. Загальне обговорення результатів роботи малих груп.	10
5. Підбиття підсумків обговорення, заключне слово викладача.	5
Разом	45

Форма проведення

практичного заняття: розгорнута бесіда за планом, робота в малих групах, обговорення в загальній групі.

Короткий вступ до практичного заняття

Одним з ефективних інструментів перевірки запланованих змін є цикли тестування змін під назвою ПРАД – «Плануй–роби–аналізуй–дій».

Важливо розуміти, що перевірка (тестування) змін завжди проводиться в малих масштабах, на обмеженому переліку «майданчиків тестування» і впродовж визначеного періоду часу (наприклад, декількох годин або днів) або на невеликій кількості пацієнтів. Мета перевірки запланованих змін проста: отримати відповідь на запитання про те, чи приведуть заплановані нами зміни до очікуваного поліпшення.

Тривалість перевірки змін визначається насамперед кількістю тем і заходів змін, які необхідно опрацювати, перш ніж очікувати загального покращення. Чим більше тем і заходів, тим більше часу знадобиться на їх впровадження. Як показує практика, цей період може тривати від місяця до 12-18 місяців.

Загальна характеристика складових циклу ПРАД

«ПЛАНУЙ»: складання плану випробування змін.

Вам необхідно отримати відповіді на такі основні запитання:

- Що саме ви збираєтеся робити?
- Коли і як ви збираєтеся це зробити?
- За яких умов? На початку циклів перевірки ви вибираєте найбільш сприятливі умови для досягнення успіху, але якщо ви адаптуєте ідею та/або збільшите масштаб перевірки, ви навмисно будете намагатися змінити умови – ускладнити або урізноманітнити їх, щоб з'ясувати, чи зможете ви досягти успіху під час перевірки.
- Хто братиме участь?



Рисунок 1. Цикл тестування змін «Плануй–роби–аналізуй–дій» (ПРАД)

- Як довго або на скількох об'єктах ви збираєтеся провести перевірку чи міні-експеримент?
- Чи відбуватиметься саме те, що ви передбачили, і чому?
- Як ви збиратимете дані, щоб дізнатися, чи досягли ви змін, на які розраховували?

«**РОБИ**»: виконання розробленого плану перевірки змін.

Протягом цієї фази ви будете фіксувати, наскільки легко було впроваджувати зміни, хто їх здійснював, які були результати, а також занотовувати будь-які додаткові спостереження і дані, які можуть допомогти вам вирішити, чи буде зміна корисною.

«**АНАЛІЗУЙ**»: аналіз отриманих даних експерименту і з'ясування того, про що вони свідчать.

Порівняйте те, що відбулося насправді, з тим, що ви планували. Чи отримали ви очікувані результати під час тестування? Важливо ретельно документувати отриманий під час перевірки досвід для того, щоб прийняти правильне рішення на етапі «ДІЙ».

«**ДІЙ**»: визначення подальших кроків.

За результатами аналізу необхідно прийняти рішення щодо варіанта подальшої долі тестованої зміни:

- відмовитися від зміни: якщо факти свідчать, що зміна не є поліпшенням, а ви не можете вигадати жодного способу її вдосконалення;
- адаптувати зміну: впровадження зміни є перспективним, але необхідно внести певні корективи до вашої початкової ідеї, щоб її вдосконалити;
- залишити зміну такою, як є, але збільшити масштаб експерименту і перевірити знову: зміни іноді добре працюють у невеликому масштабі, а при збільшенні масштабу може виникнути потреба у внесенні деяких змін до плану дій;
- залишити зміну такою, як є, але перевірити за інших умов: можливо, ви отримали чудові результати за певних умов, але чи можна їх відтворити за інших умов?

Після того як ви перевірили зміни у великому масштабі і за ширшого діапазону умов, ви можете бути готові прийняти зміни, тобто запровадити їх як постійну частину процесу.

Завдання для роботи в малих групах

Кожна група слухачів вибирає фасилітатора дискусії та майбутнього доповідача результатів роботи групи. Група працює над завданням протягом наданого часу. За результатами роботи в малій групі необхідно підготувати відповіді на такі запитання:

1. Чому присвячено етап 1 циклу ПРАД? На які питання слід відповісти локальній групі з поліпшення якості?
2. Чому присвячено етап 2 циклу ПРАД? Що є основою етапу «Роби»?
3. Чому присвячено етап 3 циклу ПРАД? Яким чином ми дізнаємося, що ми досягли поліпшення?
4. Чому присвячено етап 4 циклу ПРАД? Які можуть бути основні висновки тестування зміни?

При виконанні практичного завдання рекомендовано використовувати зразок циклу ПРАД, який є в роздаткових матеріалах (див. **Додаток 5.2.2, заняття 5.2**), і напрацювання групи протягом попередніх практичних та семінарських занять.

Робота в групах: проводиться за описаною вище методикою протягом 15 хвилин. Для більш ефективного використання часу на обговорення в загальній групі варто розподілити 4 етапи циклу ПРАД між доповідачами. Інші учасники доповнюватимуть висновки доповідачів.

За результатами проведеного семінарського заняття:

слухачі повинні знати:

- послідовність етапів циклу ПРАД, їхню мету та зміст;

слухачі повинні вміти:

- визначати зміст кожного з чотирьох етапів циклу ПРАД і відмінності між ними.

Додатки

1. Додаток 5.2.2. Шаблон конспекту циклу ПРАД.

Література

1. Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження / За ред. І. Семененко. – К.: Поліграф плюс, 2015. Модуль 5, с. 72–88.
2. Керівництво для наставника з питань поліпшення якості. Міжнародна організація сімейного здоров'я (FHI360). Київ, 2013.
3. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я в Україні (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб). Методичні рекомендації. Київ, 2017.
4. Rakhmanova N, Bouchet B. Quality improvement handbook: a guide for enhancing performance of healthcare systems. Washington, DC: FHI 360; 2017.

Заняття 5.2. Розробка плану заходів з поліпшення якості

Вид заняття:	практичне заняття.
Тривалість заняття:	1 академічна година.
Місце проведення:	навчальна кімната.
Необхідні ресурси:	фліп-чарт, фломастери, роздатковий матеріал.
Умови проведення заняття:	наявність попередньої підготовки з питань, заплановані для розгляду на занятті. Для цього слухачі курсу повинні використати лекційні матеріали, рекомендовану літературу, методичні вказівки.
Навчальна мета:	відпрацювати методику планування заходів з поліпшення якості (перший цикл ПРАД) - <i>хто, коли, де, як, моніторинг</i>

План проведення практичного заняття	Час, хвилин
1. Ознайомлення слухачів з темою, метою, завданням, планом та порядком проведення практичного заняття.	5
2. Робота в малих групах.	20
3. Представлення результатів роботи в малих групах для загальної групи.	15
4. Заключне слово викладача та його оцінка практичного значення виконаної роботи.	5
Разом	45

Форма проведення практичного

заняття: робота в малих групах (виконання завдання (заповнення шаблону циклу ПРАД) на тему фінального проекту малої групи) та представлення результатів для загальної групи слухачів.

Короткий вступ до практичного заняття

Критично важливим компонентом моделі безперервного поліпшення якості є перевірка змін та одночасний моніторинг індикаторів результату і процесу. Ще до запровадження широкомасштабних змін необхідно відповісти на ключове запитання: «Чи приведуть заплановані зміни до поліпшення?» Ця перевірка також дозволяє за потреби змінити оригінальну ідею перед її остаточним затвердженням та реалізацією.

Важливо розуміти, що перевірка (тестування) змін завжди проводиться в малих масштабах, на обмеженому переліку «майданчиків тестування» і впродовж визначеного періоду часу (наприклад, декількох годин або днів) або на невеликій кількості пацієнтів. Мета перевірки запланованих змін проста: отримати відповідь на запитання про те, **чи приведуть заплановані нами зміни до очікуваного поліпшення.**

Основні складові розділу «ПЛАНУЙ» – це план випробування змін.

Основні запитання:

- Що саме ви збираєтеся робити?
- Коли і як ви збираєтеся це зробити?
- За яких умов? На початку циклів перевірки ви оберете найбільш сприятливі умови для досягнення успіху, але якщо ви адаптуєте ідею та/або збільшите масштаб перевірки, ви навмисно будете намагатися змінити умови – ускладнити або урізноманітнити їх, щоб з'ясувати, чи зможете ви досягти успіху під час перевірки.
- Хто братиме участь?
- Як довго або на скількох об'єктах ви збираєтеся проводити перевірку чи міні-експеримент?
- Чи відбуватиметься саме те, що ви передбачили, і чому?
- Як ви збиратимете дані, щоб дізнатися, чи досягли ви змін, на які розраховували?

Завдання

Кожна група слухачів вибирає фасилітатора дискусії та майбутнього доповідача результатів роботи групи. Група виконує завдання протягом визначеного часу на заздалегідь розданих шаблонах розділу «ПЛАНУЙ» циклу ПРАД (**Додаток 5.2.3**). Результатом роботи групи є відповіді на питання шаблону та висвітлення цих відповідей для загальної групи.

1. Перелік заходів, які планується впровадити для досягнення мети фінального проекту (стовпчик «ПЛАНУЙ» шаблону циклу ПРАД).
2. Термін, протягом якого буде проводитися перевірка (тестування зміни) (стовпчик «Термін»).
3. Виконавці заходу (стовпчик «Відповідальні»).
4. Моніторинг: індикатори процесу та результату (стовпчик «Примітки»).

При виконанні практичного завдання слухачам рекомендовано використовувати приклад циклу ПРАД (**Додаток 5.2.1**) і напрацювання групи протягом попередніх занять.

Робота в групах: проводиться за описаною вище методикою протягом 20 хвилин.

Слухачі повинні знати:

- методику планування (з використанням методології циклу ПРАД) заходів для реалізації змін, які можуть привести до покращення.

Слухачі повинні вміти:

- використовувати на практиці методологію циклу ПРАД як складову методики планування заходів для реалізації змін, які можуть привести до покращення.

Додатки

1. Додаток 5.2.1. Приклад циклу ПРАД.
2. Додаток 5.2.2. Повний шаблон циклу ПРАД, який використовується у проектах з поліпшення якості.

Література

1. Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження / За ред. І. Семененко. – К.: Поліграф плюс, 2015. Модуль 5, ст. 72-88.
2. Керівництво для наставника з питань поліпшення якості. Міжнародна організація сімейного здоров'я (FHI360). Київ, 2013.
3. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я в Україні (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб). Методичні рекомендації. Київ, 2017.
4. Rakhmanova N, Bouchet B. Quality improvement handbook: a guide for enhancing performance of healthcare systems. Washington, DC: FHI 360; 2017.

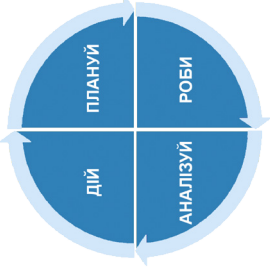
Додаток 5.2.1. Приклад циклу ПРАД

Конспект циклу Демінга ПРАД-1. Етап впровадження: 3-й

Область: _____ Період: 3 квартал 2017 року.

Загальна мета проекту покращення якості в _____ області: поліпшити в регіоні континуум послуг для ЛЖВ (зокрема ЛЖВ/СІН) шляхом застосування моделі покращення якості.

Мета циклу: тестування на ВІЛ та направлення для постановки на ДО: до 30 вересня 2017 року 76% СІН/ЛЖВ (602 особи від оціночної кількості на всіх сайтах) знають свій ВІЛ-позитивний статус.



Зміна	К-сть сайтів	Планує	Термін	Відповідальні	Примітки
1.2. Тестування на ВІЛ за допомогою 2 ШТ або ІФА вузькопрофільними спеціалістами та/або лікарями ПМСД	5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Забезпечення лікарів швидкими тестами двох видів 2. Тестування на ВІЛ 2 ШТ та проведення після-тестового консультування. 3. Заповнення облікової документації (згідно з наказами МОЗ). 4. При позитивному результаті – активне направлення до кабінету «Довіра» / сайту АРТ з використанням купонів переадресації. 5. Наказ керівника ЗОЗ про проведення тестування вузькопрофільними спеціалістами та лікарями ПМСД. 6. Щомісячний моніторинг наявності ШТ, (замовлення, закупівля). 7. Звіт про використання ШТ у закладі та подання заявки на закупівлю ШТ на наступний період. 	01.04.2017-30.09.2017	Наставник, члени локальної команди	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наявність наказу керівника ЗОЗ про проведення КІТ вузькопрофільними спеціалістами. 2. Наявність локального протоколу з КІТ з маршрутом пацієнта. 3. Ведення відповідної облікової документації згідно з наказами МОЗ. 4. Наявність швидких тестів у вузькопрофільних спеціалістів. 5. Частка пацієнтів, узятих на Д-облік/АРТ на сайті, яких було протестовано (виявлено) вузькопрофільними спеціалістами. 6. Наявність сертифіката про надання КІТ у вузькопрофільного спеціаліста.

Роби:

1. НУО виділила 100 тестів «Алер-Детерміне» і 10 тестів «Профітест». Тести було розподілено між 10 вузькопрофільними спеціалістами з розрахунку 10 одиниць «Алер-Детерміне» та 1 «Профітест» на спеціаліста.
2. Розроблено локальний протокол з маршрутом пацієнта з КІТ для фахівців лікарні та для ЦПМСД. Протокол затверджено спільним наказом керівників лікарні та ЦПМСД. Відповідно до протоколу, вузькопрофільні спеціалісти проводять дотестове консультування щодо ВІЛ особам, які мають клінічні ознаки та/або ризиківану щодо ВІЛ поведінку. Особи (пацієнти) з позитивним результатом першого тесту проходять тестування другим тестом (використовується «Профітест»). При двох позитивних результатах тестів пацієнт отримує післятестове консультування та активне (шляхом супроводу або повідомлення по телефону про виявлення пацієнта з ВІЛ-інфекцією) направлення до кабінету «Довіра».
3. 50% вузькопрофільних спеціалістів лікарні (7 з 14 осіб) та 30% сімейних лікарів (6 із 18 осіб) пройшли навчання з КІТ та отримали відповідний сертифікат. Решта пройшла підготовку на тренінгах, проведених лікарем-інфекціоністом.
4. Протягом першого кварталу вузькопрофільні та сімейні лікарі прийняли з первинним зверненням 1 560 осіб, з них пройшли тестування на ВІЛ 96 пацієнтів (6,2%).
5. За звітний період було виявлено та взято на диспансерний облік у кабінеті «Довіра» 5 осіб.

Додаток 5.2.1. Приклад циклу ПРАД (продовження)

Аналізуй:

1. Спеціалісти обмежені в часі для встановлення ризикованої поведінки пацієнтів.
2. Спеціалістам важко ставити запитання про поведінку пацієнтів.
3. Не всі спеціалісти проводять тестування на ВІЛ (лише 5 із 14), інші забувають його проводити.
4. Порівняно з попереднім періодом збільшилась кількість тестувань на ВІЛ на території (всі заклади), але відсутні дані про обстеження у стаціонарних відділеннях.
5. Показник виявлення ВІЛ з використанням швидких тестів склав 5,2% , але тільки 30% спеціалістів (5 із 14 осіб) проводять обстеження.

Дій:

Протягом наступного кварталу продовжувати впровадження зміни з залученням усіх спеціалістів.

Для членів команди з покращення провести навчання (з використанням рольових ігор) з проведення скринінгу на ризиковану поведінку і до- та післятестового консультування. Охопити навчанням членів команди протягом двох місяців з розрахунку 10 осіб за навчання, яке проводити раз на тиждень. Замовити в НУО 200 тестів на другий квартал.

Провести зустріч зі спеціалістами, які «забувають» проводити КІТ, за допомогою пошуку кореневих причин встановити причини такого забування, розробити план дій та перевірити його в малому масштабі. Оцінити отримані результати та адаптувати їх для наступних кроків (ПРАД).

Індикатори результату і процесу:

Кількість осіб, протестованих на ВІЛ вузькопрофільними спеціалістами та /або лікарями ПМСД за допомогою ШТ або методом ІФА (з дезагрегацією за спеціалістами, лікарями ПМСД).

Кількість осіб, направлених до кабінету «Довіра» вузькопрофільними спеціалістами.

Кількість осіб, які дійшли до кабінету «Довіра» від вузькопрофільних спеціалістів.

Відсоток осіб, направлених вузькопрофільними спеціалістами та/або лікарями ПМСД, які дійшли до кабінету «Довіра».

Інструменти збору даних для показників:

Форма 1000 (щомісячна).

Форма 58 (щоквартальна).

Амбулаторна картка, форма 025/о.

Історія хвороби, форма 003-5/о.

Журнали ДКТ, які ведуть вузькопрофільні спеціалісти.

Графіки, які ведуть вузькопрофільні спеціалісти або наставники (раз на місяць).

Прогноз:

До 30 вересня 2017 року частка представників груп ризику, які пройшли тестування на ВІЛ і знають свій позитивний ВІЛ-статус, збільшиться на 5% – до 76% (602 особи від оціночного числа на всіх сайтах).

Додаток 5.2.2. Шаблон концепту циклу ПРАД¹

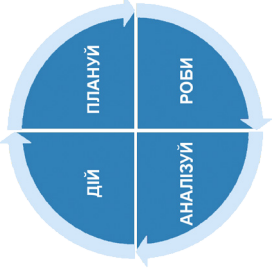
Конспект циклу Демінга 1 (ПРАД-1). Етап впровадження: 1-й.

Документування етапів підготовки, тестування змін, отриманих результатів та сталості змін є найважливішим у процесі поліпшення якості. Можна використовувати власні шаблони. Але обов'язково використовуйте шаблони для кожного циклу ПРАД.

Область: _____ Період: 3 квартал 2017 року.

Загальна мета проекту покращення якості в _____ закладі/області (вказіть, чого ви намагаєтесь досягти, в якому обсязі, до якого періоду):

Мета циклу: (занотуйте, якого результату ви намагаєтесь досягти після перевірки змін в рамках цього циклу ПРАД)



Зміна	Плануй	Термін	Відповідальні	Примітки
(чітко визначте ідею зміни, яку ви маєте намір перевірити)	(вказіть конкретні кроки/заходи для впровадження екзаної зміни. Які дані ви будете фіксувати і яким чином?)			

Роби: коротко опишіть, що відбулося під час виконання запланованого, та показники, які буде підраховано при підготовці до першої навчальної сесії. Які результати ви отримали?

- 1.
- 2.
- 3.

Аналізуй: вкажіть, на що ви звертали увагу при аналізі результатів тестування змін, графіків, діаграм тощо. Задokumentуйте результати обговорення.

- 1.
- 2.
- 3.

¹ Адаптовано з видання «Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження».

Додаток 5.2.2. Шаблон концепту циклу ПРАД (продовження)

Дій: запишіть, що ви вирішили зробити зі зміною: адаптувати, збільшити масштаб, перевірити за інших умов, прийняти зміну або відмовитися від зміни?

- 1.
- 2.
- 3.

Індикатори результату і процесу: наведіть індикатори результату, які свідчать про те, чи досягли ви своєї мети, та індикатори процесу, які свідчать про те, чи досягли ви запланованої зміни

- 1.
- 2.
- 3.

Інструменти збору даних для показників: статистичні форми, бланки, талони, історії хвороби, амбулаторні картки, електронні реєстри тощо.

- 1.
- 2.
- 3.

Прогноз: стисло опишіть, як буде, на вашу думку, відбуватися перевірка і чому.

- 1.
- 2.
- 3.

Заняття 6.1. Формування команди з поліпшення якості на рівні закладу охорони здоров'я

- Вид заняття:** семінар.
- Тривалість заняття:** 2 академічні години.
- Місце проведення:** навчальна кімната.
- Обладнання:** проектор, комп'ютер, фліп-чарт, фломастери, роздатковий матеріал, цикли ПРАД малих груп учасників.
- Умови проведення семінару:** наявність попередньої підготовки з питань, запланованих для розгляду на занятті (ознайомитися зі змістом Модуля 7 посібника «Як зробити краще: Керівництво з покращення якості»). Крім цього, слухачі курсу повинні використати лекційні матеріали, рекомендовану літературу, методичні вказівки, власний досвід управління якістю в закладі охорони здоров'я.
- Навчальна мета:** напрацювати розуміння процесу і навички формування ефективної локальної команди з поліпшення якості на рівні закладу охорони здоров'я.
- Завдання заняття:**
1. Ознайомитися з методикою та підходами до формування локальної команди з поліпшення якості на рівні закладу охорони здоров'я.
 2. Опрацювати в малих групах можливі варіанти складу локальної команди з поліпшення якості на рівні закладу охорони здоров'я для реалізації фінального проекту з поліпшення якості.
 3. Напрацювати ролі та функції членів локальної команди з поліпшення якості за темою фінального проекту групи.
 4. Провести обговорення загальною групою напрацювань малих груп щодо складу та функцій членів локальної команди з поліпшення якості за темами фінальних проектів.
 5. Провести доопрацювання (заповнення відповідних розділів) циклів ПРАД малих груп за темами фінальних проектів.

План проведення семінару	Час, хвилин
1. Ознайомлення слухачів з темою, метою, завданням, планом та порядком проведення заняття.	
2. Короткий вступ до теми семінарського заняття: презентація базових понять та принципів формування локальної команди проекту з поліпшення якості.	5
3. Визначення формату роботи і питань для опрацювання в малих групах.	15
4. Робота в групах.	5
5. Виступи учасників семінарського заняття з питань, винесених на обговорення.	30
6. Підбиття підсумків та обговорення результатів роботи в групах.	20
7. Заключне слово викладача та його оцінка практичного значення виконаної роботи.	10
	5
Разом	90

- Форма проведення семінару:** презентація, робота в малих групах, доповіді результатів роботи малих груп, обговорення та підбиття підсумків у загальній групі.

Короткий вступ до теми семінарського заняття

У вступі до теми семінарського заняття слід наголосити на тому, що склад команди з поліпшення якості в медичному закладі формується з урахуванням проблеми, на вирішення якої спрямовано зусилля команди, та мети бажаної зміни.

До складу команди включають адміністративний, допоміжний та медичний персонал закладу, залучений до процесу, який ви намагаєтесь поліпшити. Як показує досвід, найбільшого успіху досягають команди, до складу яких входять як представники керівництва медичного закладу і безпосередні надавачі послуг, так і отримувачі послуг (клієнти і пацієнти). Саме представники спільнот пацієнтів добре знають потреби та перешкоди, з якими вони стикаються при зверненні по медичні послуги, тому вони допоможуть актуалізувати роботу з покращення якості медичної допомоги та організації процесу її надання.

Презентація до заняття 6.1

Слайд 1



Цикл тематичного удосконалення «Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я в Україні (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб)»

Формування команди з поліпшення якості на рівні закладу охорони здоров'я

Презентація до заняття 6.1

Слайд 2

Переваги командного підходу до впровадження проектів з поліпшення якості

Підвищення рівня знань і мудрості сприяє аналізу проблеми, яку ви намагаєтесь вирішити.

Збільшується кількість потенційних ідей, які можуть привести до поліпшення.

Підвищуються залученість і прихильність до ваших заходів з поліпшення.

Розподіляється робоче навантаження.





Слайд 3


Структура успішної команди з поліпшення якості (колаборативу)




Слайд 4

Етапи організації успішної команди (колаборативу)


1. Визначити всі зацікавлені сторони, залучені до системи (процесу), який ми поліпшуємо.
2. Визначитися з ролями та обов'язками зацікавлених сторін у команді відповідно до її структури.
3. Розробити чіткий алгоритм комунікації та взаємодії всіх членів команди (учасників колаборативу).



Слайд 5

Команда з поліпшення якості


1. **Управління** (керівник закладу, підрозділу): особа, яка має право приймати рішення.
2. **Наставник** (лідер команди, менеджер): особа, відповідальна за ті процеси (систему), які поліпшуються.
3. **Безпосередні виконавці**: особи, які безпосередньо виконують певні функції в процесах, що поліпшуються.
4. **Експерт з технічних питань**: особа, добре обізнана щодо процесу, який поліпшується.
5. **Пацієнт** (або його представник).
6. **Усі інші зацікавлені** особи в закладі.



Слайд 6

Орієнтовні роль та функції управлінця (керівника закладу, підрозділу)

- Бути обізнаним про хід впровадження ініціативи з поліпшення якості.
- Давати поради лідерам команди.
- Підтримувати поширення ефективного втручання.
- Сприяти інституціалізації ефективних змін.
- Розглядати питання та підтримувати стійкість змін.
- Сприяти внесенню необхідних змін до нормативних документів.
- Відвідувати навчальні семінари.
- Підтримувати комунікацію з вищими посадовими особами, які приймають рішення.
- Забезпечувати необхідними ресурсами.



Питання для опрацювання в малих групах та представлення результатів для загальної групи:

1. Який саме склад локальної команди з поліпшення якості буде найбільш раціональним та ефективним для реалізації фінального проекту з поліпшення якості, обраного малою групою?
2. Які ролі та функції планується покласти на кожного з визначених членів локальної команди з поліпшення якості при реалізації фінального проекту з поліпшення якості?
3. Проведіть доопрацювання розроблених циклів ПРАД малих груп за темами фінальних проектів з поліпшення якості.

Робота в групах: слухачі працюють у своїх малих групах. Кожна група вибирає фасилітатора дискусії та майбутнього доповідача результатів роботи групи. Група працює над завданням протягом визначеного часу та готує на заздалегідь розданих шаблонах склад локальної команди з поліпшення якості на рівні закладу охорони здоров'я для реалізації фінального проекту з поліпшення якості (**Додаток 6.1.2**) та ролі і функції членів команди (**Додаток 6.1.3**).

Опрацювання прикладів, наданих малим групам, проводиться за переліком питань, наведених вище.

При виконанні практичного завдання слухачам рекомендовано використовувати приклад типової посадової інструкції наставника з поліпшення якості в закладі охорони здоров'я (**Додаток 6.1.1**) і матеріали презентації.

За результатами проведеного семінарського заняття:

слухачі повинні знати:

- методику та підходи до формування локальної команди з поліпшення якості на рівні закладу охорони здоров'я;

слухачі повинні вміти:

- формувати склад локальної команди з поліпшення якості на рівні закладу охорони здоров'я з урахуванням мети проекту з поліпшення якості;
- визначати ролі та функції членів локальної команди з поліпшення якості для досягнення мети проекту з поліпшення якості.

Додатки

1. Додаток 6.1.1. Приклад типової посадової інструкції наставника з поліпшення якості в закладі охорони здоров'я.
2. Додаток 6.1.2. Шаблон складу локальної команди з поліпшення якості на рівні закладу охорони здоров'я.
3. Додаток 6.1.3. Шаблон опису ролей та функцій членів локальної команди з поліпшення якості на рівні закладу охорони здоров'я.
4. Цикли ПРАД за темами фінальних проектів малих груп учасників.

Література

1. Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження / За ред. І. Семененко. – К.: Поліграф плюс, 2015. Модуль 7, с. 108-116.
2. Керівництво для наставника з питань поліпшення якості. Міжнародна організація сімейного здоров'я (FHI360). Київ, 2013.
3. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я в Україні (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб). Методичні рекомендації. Київ, 2017.
4. Rakhmanova N, Bouchet B. Quality improvement handbook: a guide for enhancing performance of healthcare systems. Washington, DC: FHI 360; 2017.

Додаток 6.1.1. Приклад типової посадової інструкції наставника з поліпшення якості в закладі охорони здоров'я

1. Загальні положення

1.1. Посада наставника з поліпшення якості передбачає відповідальність за управління командою з поліпшення якості, розбудову її спроможності в процесі впровадження нею моделі поліпшення якості з використанням відповідних інструментів.

1.2. Наставником з поліпшення якості може бути керівник закладу або особа, призначена керівником закладу з числа посадовців, які можуть приймати рішення на рівні підрозділу чи закладу.

2. Завдання та обов'язки

Наставник з поліпшення якості в закладі охорони здоров'я:

- 2.1. Надає командам з поліпшення якості підтримку з питань поліпшення у формі навчання, сприяння заходам з поліпшення, консультування в конкретних випадках.
- 2.2. Керує роботою команди щодо визначення мети і завдань поліпшення, а також під час розробки і вдосконалення дорожньої карти.
- 2.3. Проводить зустрічі команди з поліпшення якості (не рідше одного разу на місяць).
- 2.4. Оцінює діяльність членів команди, переглядає робоче навантаження і надає конструктивний зворотний зв'язок.
- 2.5. Збирає та аналізує дані; інтерпретує графіки та здійснює причино-наслідковий аналіз.
- 2.6. Здійснює забезпечення якості показників покращення (проводить верифікацію даних).
- 2.7. Сприяє команді у плануванні й тестуванні змін та документуванні процесу їх втілення.
- 2.8. Підтримує регулярний зв'язок з членами команди через різні засоби комунікації (електронну пошту, дзвінки, зустрічі).
- 2.9. Сприяє команді у плануванні та розширенні використання найкращого досвіду.
- 2.10. Підтримує командну роботу, орієнтує на досягнення результату, а також допомагає у вирішенні системних проблем.
- 2.11. Готує необхідні для впровадження змін документи (протоколи, накази, маршрути пацієнта тощо).
- 2.12. Визначає проблеми в діяльності команди та сприяє їх вирішенню.
- 2.13. Проводить оцінку зусиль команди та сприяє поширенню набутого досвіду.

3. Знання, навички та вміння

- 3.1. Досвід проведення навчання на робочих місцях і навчання медичного персоналу.
- 3.2. Досвід управління сферою охорони здоров'я.
- 3.3. Знання моделі та інструментів поліпшення якості.

Додаток 6.1.3. Шаблон опису ролей та функцій членів локальної команди з поліпшення якості на рівні закладу охорони здоров'я.**Тема фінального проекту (мета поліпшення якості)**

303:

№	Член локальної команди	Функції в команді для виконання проекту з поліпшення якості
		1. 2. 3. 4.
		1. 2. 3. 4.

Заняття 6.2. Зустріч локальної команди з поліпшення якості

- Вид заняття:** рольова гра.
- Тривалість заняття:** 2 академічні години.
- Місце проведення:** навчальна кімната.
- Обладнання:** фліп-чарт, фломастери, роздатковий матеріал – сценарії для кожної групи.

Умови проведення заняття: наявність попередньої підготовки з питань, запланованих для розгляду на занятті (ознайомитися з Модулем 7 посібника «Як зробити краще. Керівництво з покращення якості»). Крім цього, слухачі курсу повинні використати лекційні матеріали, рекомендовану літературу, методичні вказівки, власний досвід управління якістю в закладі охорони здоров'я.

Навчальна мета: сформувати навички управління роботою групи (команди).

План проведення семінару	Час, хвилин
1. Ознайомлення слухачів з темою, метою, завданням, планом та порядком проведення заняття.	5
2. Визначення формату роботи та питань для опрацювання в малих групах.	15
3. Робота в групах.	35
4. Виступи учасників заняття з питань, винесених на обговорення.	20
5. Підбиття підсумків та обговорення результатів роботи в групах.	10
6. Заключне слово викладача та його оцінка практичного значення виконаної роботи.	5
Разом	90

Форма проведення заняття: рольова гра в малих групах за наданими сценаріями, обговорення результатів роботи, обговорення та підбиття підсумків у загальній групі.

Короткий вступ до теми семінарського заняття

Сучасні організації дуже часто залучаються до короткотермінових команд або проектів, у складі яких працюють представники різних підрозділів. У подібних ситуаціях керівник не має формальної влади, щоб сказати людям, що саме вони повинні робити. Щоб бути успішним, недостатньо лише технічних умінь і навичок. Успішне виконання роботи вимагає вміння будувати стосунки з іншими працівниками.

Поради керівнику

- Щоб підвищити продуктивність праці в групі, важливо забезпечити надання винагород за досягнення в діяльності як групи загалом, так і окремих працівників.
- Необхідно вилучати застарілі групові норми, які вносять розлад у роботу групи.
- Чітко окреслювати завдання взаємозалежних груп, щоб уникнути непорозумінь та конфліктів.
- Враховувати власні можливості вирішення конфліктів.
- Враховувати, з ким спілкуються члени групи всередині групи і поза нею.
- Враховувати відмінності у статусі членів групи і вплив цих відмінностей на участь окремих людей у прийнятті рішень групою, на продуктивність праці.
- Застосовувати різноманітні прийоми прийняття рішень (наприклад, мозковий штурм).
- Забезпечувати розуміння членами групи, навіщо створено їхню групу, яка роль групи в організації, якого конкретного внеску чекають від кожної окремої людини.
- Вчасно помічати симптоми шаблонного мислення і вживати заходів для їх подолання.
- При проведенні зустрічі локальної команди повинен пам'ятати про такі принципи:
 - на початку зустрічі зупинитись на досягнутих успіхах та визначити завдання, яке стоїть перед учасниками;

- допомогти членам локальної команди почуватися вільно у спілкуванні один з одним;
- встановити основні правила проведення групового обговорення;
- якомога раніше на початку зустрічі заслухати звіт кожного члена групи, якому було дано певне доручення;
- підтримувати проведення зустрічей шляхом демонстрації наочного матеріалу;
- керувати ходом обговорення так, щоб усі члени групи мали змогу висловитися;
- закриваючи зустріч, підбити підсумок того, що було зроблено, і повторити завдання, які поставлено перед групою на наступний період.

Питання для опрацювання в малих групах та подальшого обговорення в загальній групі

1. Основні переваги командного підходу до впровадження змін.
2. Основні загрози для ефективного роботи локальної групи з поліпшення якості.

Робота в групах: слухачі працюють у малих групах за наданим сценарієм. Опрацювання наданих малим групам прикладів проводиться відповідно до питань, винесених на обговорення (див. вище).

Група № 1

Ви фасилітатор зустрічі локальної команди.

Проблема, яку вам потрібно обговорити з командою: недостатнє виявлення ВІЛ, при цьому більшість виявлених випадків – це пізні стадії ВІЛ-інфекції. Це свідчить про низький рівень настороженості вузькопрофільних спеціалістів і, відповідно, невчасне виявлення ВІЛ-позитивних людей.

У вас є дані, які свідчать про низьке виявлення на сайті. Ви можете їх продемонструвати.

У вас на зустрічі присутні: медична сестра кабінету «Довіра», заступник головного лікаря з медичних питань, нарколог, фтизіатр, гінеколог, дерматовенеролог, сімейний лікар. Фтизіатр і нарколог вперше у вас на зустрічі локальної команди.

Вам необхідно обговорити причини проблеми і визначити заходи для того, щоб змінити ситуацію.

Ролі в команді:

Фтизіатр: ви вперше на зустрічі локальної команди. Намагаєтесь вникнути, але не можете зрозуміти, чого від вас хочуть, і граєте роль «моя хата скраю – я нічого не знаю», весь час повторюєте, що сумлінно виконуєте свою роботу, за яку вам платять.

Нарколог: ви вперше на зустрічі локальної команди. Поводитесь більше як свідок, ніж як учасник того, що відбувається. Не дуже вникаєте, але готові робити те, що скажуть. Переважно відмовчуєтеся.

Дерматовенеролог: ви вже не вперше на зустрічі локальної команди, намагаєтесь підтримувати все, що відбувається, говорите про те, як важливо тестувати всіх, кому це потрібно, підтримуєте фасилітатора, але ви дуже балакучі: багато і довго говорите, повторюєте весь час одне й те саме.

Гінеколог: ви не вперше на зустрічі локальної команди, намагаєтесь підтримувати все, що відбувається, особливо фасилітатора. Ви не можете зрозуміти пасивності колег у їхньому небажанні проводити тестування на ВІЛ, іноді вступаєте з ними у словесні перепалки, але загалом поводитесь дуже інтелігентно.

Сімейний лікар: ви не вперше на зустрічі локальної команди, вам подобається, що вас запросили на зустріч вузькопрофільних спеціалістів, але ви не до кінця розумієте свою роль. Вам намагатимуться пояснити, а ви повинні весь час ставити уточнювальні запитання і навіть іноді трохи сердитися, бо не розумієте, як вам з ними всіма співпрацювати, хоча ви й не проти цього.

Група № 2

Ви фасилітатор зустрічі локальної команди.

Проблема, яку вам потрібно обговорити з командою: дуже мала кількість людей, яких направляють на тестування вузькопрофільні спеціалісти. Це може свідчити про відсутність скринінгу на ризиковану поведінку, а також ігнорування медичних показань для тестування.

У вас є дані, які свідчать про низьку кількість протестованих на сайті. Ви можете їх продемонструвати.

У вас на зустрічі присутні: медична сестра кабінету «Довіра», заступник головного лікаря з медичних питань, нарколог, фтизіатр, гінеколог, дерматовенеролог, сімейний лікар. Сімейний лікар вперше у вас на зустрічі локальної команди. Вам довго не вдавалося його запросити.

Вам необхідно обговорити причини проблеми і визначити заходи для того, щоб змінити ситуацію.

Ролі в команді:

Фтизіатр: ви не вперше на зустрічі локальної команди, ви знаєте процедуру зустрічі, цілком підтримуєте фасилітатора, розповідаєте, як добре тестує фтизіатрична служба, і вимагаєте такого самого підходу від інших колег. Ви намагаєтеся повчати колег, іноді це робите досить агресивно, не реагуєте на зауваження фасилітатора, але вболіваєте за спільну справу.

Нарколог: ви не вперше на зустрічі локальної команди, поводитесь більше як свідок, ніж як учасник того, що відбувається. Не дуже вникаєте, але готові робити те, що скажуть. Переважно відмовчуєтеся і весь час стверджуєте, що у вас усі наркомани і навіть алкоголіки протестовані, і не знаєте, чому в колег такі малі показники тестування.

Дерматовенеролог: ви не вперше на зустрічі локальної команди, намагаєтеся підтримувати все, що відбувається під час зустрічі, говорите про те, як важливо тестувати всіх, але про себе нічого не розповідаєте і не пояснюєте, чому не направляєте людей на тестування. Весь час намагаєтеся розповідати якісь професійні історії та анекдоти, чим відволікаєте команду від обговорення.

Гінеколог: ви не вперше на зустрічі локальної команди, зі своїми колегами поводитесь трохи зверхньо. Не знаєте, як можна до тестування залучати більше, ніж ви залучаєте.

Сімейний лікар: ви вперше на зустрічі локальної команди, вам подобається, що вас запросили на зустріч вузькопрофільних спеціалістів, але ви не до кінця розумієте свою роль. Вам будуть намагатися пояснити, а ви повинні весь час задавати уточнювальні питання і навіть іноді трохи сердитися, бо не розумієте, як вам з ними всіма співпрацювати, хоча ви й не проти цього.

Група № 3

Ви фасилітатор зустрічі локальної команди.

Проблема, яку вам потрібно обговорити з командою: в абсолютних числах сайт тестує багато людей, але рівень виявлення дуже низький. Це може свідчити про те, що тестують не тих, кого потрібно, неправильно проводять або не проводять скринінг на ризиковану поведінку, а також ігнорують медичні показання для тестування.

У вас є дані, які свідчать про велику кількість протестованих і низьке виявлення. Ви можете їх продемонструвати.

У вас на зустрічі присутні: медична сестра кабінету «Довіра», заступник головного лікаря з медичних питань, нарколог, фтизіатр, гінеколог, дерматовенеролог, сімейний лікар.

Вам необхідно обговорити причини проблеми і визначити заходи для того, щоб змінити ситуацію.

Ролі в команді:

Фтизіатр: ви не вперше на зустрічі локальної команди, знаєте процедуру зустрічі, цілком підтримуєте фасилітатора, розповідаєте, як добре тестує фтизіатрична служба, і вимагаєте такого самого підходу від інших колег. Ви намагаєтеся повчати колег, іноді це робите досить агресивно, не реагуєте на зауваження фасилітатора, але вболіваєте за спільну справу.

Нарколог: ви не вперше на зустрічі локальної команди, поводитесь більше як свідок, ніж як учасник того, що відбувається. Не дуже вникаєте, але готові робити те, що скажуть. Переважно відмовчуєтеся і весь час стверджуєте, що у вас усі давно протестовані, тому що відправляєте на тестування навіть алкоголіків.

Дерматовенеролог: ви не вперше на зустрічі локальної команди, намагаєтеся підтримувати все, що відбувається, говорите про те, як важливо тестувати всіх, і стверджуєте, що направляєте на тестування дуже багато своїх пацієнтів. Поводитесь трохи агресивно з фасилітатором та іноді – з колегами. Гінекологу намагаєтеся закидати, що він тестує не тих.

Гінеколог: ви не вперше на зустрічі локальної команди, зі своїми колегами поводитесь трохи зверхньо. Не знаєте, як можна до тестування залучати більше, ніж ви залучаєте. Часто відмовчуєтеся і не реагуєте на закиди колег, що ви тестуєте не тих, кого треба.

Сімейний лікар: ви не вперше на зустрічі локальної команди, вам подобається, що вас запросили на зустріч вузькопрофільних спеціалістів, ви намагаєтеся повідомити, що направляєте всіх на тестування, адже це дуже важливо, щоб люди знали свій статус.

Група № 4

Ви фасилітатор зустрічі локальної команди.

Проблема, яку вам потрібно обговорити з командою: на сайті високий рівень виявлення, але в абсолютних числах сайт тестує дуже мало людей. Це може свідчити про те, що вузькопрофільні спеціалісти не проводять

скринінгу на ризиковану поведінку і направляють на тестування вже тоді, коли медичні показання до тестування є очевидними.

У вас є дані, які свідчать про малу кількість протестованих і високе виявлення. Ви можете їх продемонструвати. У вас на зустрічі присутні: медична сестра кабінету «Довіра», заступник головного лікаря з медичних питань, нарколог, фтизіатр, гінеколог, дерматовенеролог, сімейний лікар. Сімейний лікар вперше на зустрічі локальної команди. Вам необхідно обговорити причини проблеми і визначити заходи для того, щоб змінити ситуацію.

Ролі в команді:

Фтизіатр: ви не вперше на зустрічі локальної команди, знаєте процедуру зустрічі, цілком підтримуєте фасилітатора, розповідаєте, як добре тестує фтизіатрична служба, і вимагаєте такого самого підходу від інших колег. Ви намагаєтеся повчати колег, іноді це робите досить агресивно, не реагуєте на зауваження фасилітатора, але вболіваєте за спільну справу.

Нарколог: ви не вперше на зустрічі локальної команди, поведіться більше як свідок, ніж як учасник того, що відбувається. Не дуже вникаєте, але готові робити те, що скажуть. Весь час стверджуєте, що у вас усі давно протестовані. Часто намагаєтеся розповісти про інші актуальні проблеми медицини, які «конкурують» з ВІЛ.

Дерматовенеролог: ви не вперше на зустрічі локальної команди, намагаєтеся підтримувати все, що відбувається, говорите про те, як важливо тестувати всіх, і стверджуєте, що направляєте на тестування дуже багато своїх пацієнтів. Ви дуже балакуча людина, вас важко зупинити.

Гінеколог: ви не вперше на зустрічі локальної команди, поведіться з колегами дуже приязно. Не знаєте, як можна залучати більше до тестування, ніж ви залучаєте. Часто відмовчуєтеся.

Сімейний лікар: ви вперше на зустрічі локальної команди, вам подобається, що вас запросили на зустріч вузькопрофільних спеціалістів, намагаєтеся розповісти про свою важку роботу і велике навантаження. Не знаєте, як направляти ваших пацієнтів на тестування. Весь час сумніваєтеся, що вам вдасться запрошувати своїх пацієнтів на тестування.

Група № 5

Ви фасилітатор зустрічі локальної команди.

Проблема, яку вам потрібно обговорити з командою: негативна динаміка кількості людей, яких направляють на тестування вузькопрофільні спеціалісти. Загалом ситуація з тестуванням на сайті дуже хороша: тестують досить багато, добре виявляють, але протягом останнього кварталу в кількості протестованих помітна негативна динаміка. Це може свідчити про те, що знизилася настороженість лікарів щодо скринінгу на ризиковану поведінку, а також ігнорування медичних показань до тестування.

У вас є дані, які свідчать про негативну динаміку кількості протестованих і стабільне виявлення. Ви можете їх продемонструвати.

У вас на зустрічі присутні: медична сестра кабінету «Довіра», заступник головного лікаря з медичних питань, нарколог, фтизіатр, гінеколог, дерматовенеролог, сімейний лікар.

Вам необхідно обговорити причини проблеми і визначити заходи для того, щоб змінити ситуацію.

Ролі в команді:

Фтизіатр : ви не вперше на зустрічі локальної команди, знаєте процедуру зустрічі, цілком підтримуєте фасилітатора, розповідаєте, як добре тестує фтизіатрична служба, і вимагаєте такого самого підходу від інших колег. Ви намагаєтеся повчати колег, іноді це робите досить агресивно, не реагуєте на зауваження фасилітатора, але вболіваєте за спільну справу. Стверджуєте, що показники тестування не знизились.

Нарколог: ви не вперше на зустрічі локальної команди, поведіться більше як свідок, ніж як учасник того, що відбувається. Не дуже вникаєте, але готові робити те, що скажуть. Переважно відмовчуєтеся і весь час стверджуєте, що тестуєте всіх.

Дерматовенеролог: ви не вперше на зустрічі локальної команди, намагаєтеся підтримувати все, що відбувається, говорите про те, як важливо тестувати всіх, і стверджуєте, що направляєте на тестування дуже багато своїх пацієнтів. Поводіться трохи агресивно з фасилітатором та іноді – з колегами. Намагаєтеся закидати сімейному лікареві, що той міг би запрошувати на тестування більше людей.

Гінеколог: ви не вперше на зустрічі локальної команди, зі своїми колегами поведіться трохи зверхньо. Не знаєте, як можна до тестування залучати більше, ніж ви залучаєте. Часто намагаєтеся виголошувати довгі промови про свою роботу і не даєте себе зупинити.

Сімейний лікар: ви не вперше на зустрічі локальної команди, вам подобається, що вас запросили на зустріч вузькопрофільних спеціалістів, ви намагаєтеся повідомити, що направляєте всіх на тестування, адже це дуже важливо, щоб люди знали свій статус.

За результатами проведеного заняття:

слухачі повинні знати:

- методику та підходи до формування локальної команди з поліпшення якості на рівні закладу охорони здоров'я;

слухачі повинні вміти:

- створювати робочу атмосферу в групі;
- забезпечувати взаємодію членів групи;
- забезпечувати порозуміння та сприйняття мети діяльності групи;
- слухати членів групи і надавати їм інформацію;
- запобігати непорозумінням та долати їх;
- приймати (узагальнювати) групове рішення;
- оцінювати роботу групи;
- розподіляти завдання в групі.

Додатки

1. Додаток 6.2.1. Зустріч локальної команди на рівні АРТ сайту - *приклад для самостійного вивчення*

Література

1. Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження / За ред. І. Семененко. – К.: Поліграф плюс, 2015. Модуль 7, с. 108–116.
2. Керівництво для наставника з питань поліпшення якості. Міжнародна організація сімейного здоров'я (FHI360). Київ, 2013.
3. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я в Україні (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб). Методичні рекомендації. Київ, 2017.
4. Rakhmanova N, Bouchet B. Quality improvement handbook: a guide for enhancing performance of healthcare systems. Washington, DC: FHI 360; 2017.

Додаток 6.2.1. Зустріч локальної команди на рівні АРТ сайту

Мета зустрічі: Проаналізувати з локальною командою результати її роботи з покращення якості послуг у сфері ВІЛ/СНІДу для ЛЖВ (включаючи СІН/ЛЖВ) та визначити наступні кроки

Відповідальний за зустріч: наставник АРТ сайту

Етап підготовки зустрічі: наприклад

Активності по підготовці	Відмітьте якщо зроблено
1. Обговорити зустріч з куратором з покращення якості: обговоріть та затвердить програму зустрічі	
2. Зберіть інформацію по району: 3. Кількість ВІЛ-позитивних, які стоять на обліку, кількість ВІЛ-позитивних активної диспансерної групи, потребують АРТ; кількість пацієнтів, з якими втрачений зв'язок, тощо	
4. Зустріньтеся з керівником Вашого закладу: проінформуйте, що відбуватиметься на зустрічі, запросіть керівника (по можливості), узгодьте з ним його роль (за необхідності)	
5. Зв'яжіться з членами вашої команди: повідомте про зустріч; узгодьте дату та час; складіть список закладів та ключових осіб	
6. Роздрукуйте щонайменше одну копію (по можливості): таблиці індикаторів, трьох циклів ПРАД з планування зміни, зборщик індикаторів за останній період	
7. Підготуйте: папір, маркери, стікери клейку стрічку (скотч).	
8. Зв'яжіться з куратором (у разі виникнення питань)	

Типова програма

Орієнтовний час – 2 години

Учасники: лікар (наставник з покращення якості) та медична сестра АРТ сайту, 1 лікар або 1 медична сестра із кожного залученого закладу (ТБ, нарколог, дерматолог.....), представник НУО.

Час	Заходи
10 хв	Підготовка до зустрічі
10 хв	Вступ Представлення мети зустрічі Представлення учасників зустрічі - членів команди
30 хв	Ввідна презентація (по наявності) Обговорення роботи локальної команди з покращення якості Обговорення змін, які тестуються, згідно з циклами ПРАД. Перешкоди для покращення.
45 хв	Обговорення та аналіз динамічних графіків Аналіз взаємодії з НУО
15 хв	Отримані уроки Обговорення наступних кроків команди
10 хв.	Підведення підсумків. Погодження дати наступного візиту (через місяць) Список локальної команди (учасників зустрічі)

СПИСОК ЛОКАЛЬНОЇ КОМАНДИ

Район _____

Наставник з поліпшення _____

Назва закладу/ організації	ПІБ фахівця	Посада	Телефон	Email

Заняття 7.1. Забезпечення сталості та поширення поліпшення

Вид заняття: семінар.

Тривалість заняття: 1 академічна година.

Місце проведення: навчальна кімната.

Обладнання: проектор, комп'ютер, фліп-чарт, фломастери.

Умови проведення семінару:

наявність попередню підготовку з питань, запланованих для розгляду на занятті (ознайомитися з **Модулем 9** посібника «Як зробити краще: Керівництво з покращення якості»). Крім цього, слухачі курсу повинні використати лекційні матеріали, рекомендовану літературу, методичні вказівки, власний досвід управління якістю в закладі охорони здоров'я та впровадження інновацій у практику.

Навчальна мета: ознайомитися з методиками забезпечення сталості змін в організації та напрацювати навички поширення впроваджених поліпшень.

Завдання заняття:

1. Ознайомитися з методами та підходами до забезпечення сталості змін з поліпшення якості на рівні закладу охорони здоров'я або його окремого підрозділу.
2. Опрацювати в малих групах можливі варіанти заходів з забезпечення сталості протестованих і впроваджених змін на рівні закладу охорони здоров'я за темою фінального проекту з поліпшення якості.
3. Напрацювати заходи, які буде впроваджувати локальна команда з поліпшення якості з метою вертикального та горизонтального поширення ефективних змін за темою фінального проекту групи.
4. Провести обговорення загальною групою напрацювань малих груп.
5. Сформулювати положення щодо забезпечення сталості та підходів до поширення змін до фінального проекту з поліпшення якості, який розробляє група.

План проведення семінару	Час, хвилин
1. Ознайомлення слухачів з темою, метою, завданням, планом та порядком проведення заняття.	5
2. Короткий вступ до теми семінарського заняття: презентація базових понять і принципів забезпечення сталості змін та поширення поліпшення.	10
3. Визначення формату роботи і питань для опрацювання в малих групах.	2
4. Робота в малих групах.	10
5. Виступи учасників семінарського заняття. Обговорення в загальній групі.	15
6. Підбиття підсумків роботи в групах та обговорення результатів їхньої діяльності.	3
Разом	45

Форма проведення

семінару: презентація, робота в малих групах, доповіді результатів роботи в малих групах, обговорення та підбиття підсумків загальною групою.

Короткий вступ до теми семінарського заняття

У вступі до теми семінарського заняття слід наголосити на тому, що зміна та покращення вимагають зусиль. Після успішної перевірки та впровадження ідей, які сприяють покращенню, повернення до старого рівня ефективності деморалізує сильніше. Як приклад можна навести людину, котра після значної втрати зайвої ваги знову її набрала.

Якщо зміни було перевірено і за результатами моніторингу доведено, що їх впровадження привело до поліпшення якості медичної допомоги, такі зміни варто закріпити, забезпечивши їхню сталість, і поширити для застосування в більшому масштабі.

Поширення успішних змін може відбуватись як горизонтально, так і вертикально. Горизонтальне поширення передбачає, що успішні зміни поширюються в таких самих відділеннях/кабінетах інших закладів охорони здоров'я на певній території (наприклад, в інфекційних кабінетах міста, району, області). Вертикальне поширення змін – це їх впровадження в різних відділеннях одного лікувального закладу.

Для забезпечення сталості успішних змін необхідно виконати певні заходи, що сприятимуть сталості поліпшення та створять умови, за яких повернення до старих схем роботи стає неможливим.

Еверет Роджерс, визнаний експерт з поширення інновацій, припускає, що кожна група складається з людей, які більшою чи меншою мірою схильні до змін. Він класифікує осіб на підставі того, як швидко вони приймають нові ідеї чи продукти. Крива дифузії інновацій зображає ці різні категорії та їхні переваги у групі.

Новатори, які становлять приблизно 2,5% групи, першими приймають зміну. Для того щоб впровадити будь-яку нову ідею в цільовій групі, ми повинні насамперед визначити та передати ідею новаторам. Завдяки її сприйняттю ідея стає видимою для інших, підвищує їхню обізнаність і дозволяє більш обережним послідовникам вчитися на досвіді новаторів.

Презентація до заняття 7.1

Слайд 1

Цикл тематичного удосконалення
«Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я в Україні (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб)»

Забезпечення сталості та поширення поліпшення

Презентація до заняття 7.1

Слайд 2

Сталість і поширення

«Сталість – це не «проект» з кінецьною точкою. Шлях до неї лежить через етапи для впровадження «Міни у покращенні роботи»»

Сталість – це поширення. Послуги для людей з пошкодженнями слуху та інтелектуальною інвалідністю в Україні.

Команда з поширення покращення

Слайд 3

Забезпечення сталості покращення: життєздатність

Як не дати системі повернутися до старих, звичних шаблонів у роботі?

- Святкуйте! Важливо підкріпити успішну поведінку визнанням!
- Відмовтеся від старих систем: необхідно усунути будь-яке можливе використання старої системи.
- Продовжуйте вимірювати: продовжуйте стежити, чи досягаєте ви поставленої мети (вимірювання результату).
- Впроваджуйте підхід: процедури, функціональні обов'язки, посадові інструкції.
- Створіть такі умови, щоб було важко не дотримуватися нових процесів: обмеження і можливості.
- Слухайте не лише розум, а й серце: мотивація співробітників.
- Розробіть план дій у виняткових ситуаціях: ефективний ризик-менеджмент.
- Плануйте постійне вдосконалення: середовище, в якому ми працюємо, безперервно змінюється.

Слайд 4

Поширення покращень

Горизонтальне поширення

Вертикальне поширення

Як зробити крок: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження, 2015.

Слайд 5

Партнери в поширенні покращень

Крива дифузії інновацій Роджерса

Іноватори 2.5% | Ранні дослідники 13.5% | Рання більшість 34% | Пізня більшість 34% | Труїті 16%

Слайд 6

Практична робота

Слайд 7

РОБОТА В МАЛИХ ГРУПАХ:

розробка стратегії забезпечення сталості покращення в закладі (структурі) його впровадження (20 хвилин)

У малих групах:

- проведіть спільну розробку стратегії забезпечення сталості – життєздатності покращень, визначених у темі фінального проекту групи;
- виділіть групи заходів, які ви будете впроваджувати в пілотному ЗОЗ для збереження покращень.

Слайд 8

Представлення результатів роботи груп

(20 хвилин)

Кожна група представляє результати своєї роботи (5 хвилин).

Питання для обговорення в малих групах та подальшої презентації у виступах учасників заняття від кожної малої групи

1. Які заходи планує локальна команда з поліпшення якості для забезпечення сталості змін фінального проекту з поліпшення якості, обраного малою групою?
2. Які заходи локальної команди з поліпшення якості необхідно реалізувати для вертикального та горизонтального поширення ефективних змін за темою фінального проекту групи?
3. Проведіть доопрацювання в малих групах фінальних проектів з поліпшення якості з метою забезпечення сталості змін та поширення впроваджених поліпшень.

Робота в групах: слухачі працюють у малих групах. Кожна група слухачів вибирає фасилітатора дискусії та майбутнього доповідача результатів роботи групи. Група працює над завданням протягом визначеного часу та готує на заздалегідь розданих аркушах блокнота від фліп-чарту відповіді на питання для обговорення (див. вище).

Із напрацьованого переліку заходів група визначає найбільш ефективні і перспективні (на її думку) заходи та презентує їх для обговорення загальною групою слухачів.

Обговорення в загальній групі: після завершення роботи в малих групах слухачі визначають особу, яка нотуватиме на фліп-чарті найбільш ефективні заходи для забезпечення сталості змін фінального проекту з поліпшення якості та поширення поліпшень. Представники малих груп презентують напрацювання своїх груп, які обговорює загальна група. Найкращі (на думку слухачів) заходи вносяться до фінальних проектів груп.

За результатами проведеного семінарського заняття:

слухачі повинні знати:

- методи та підходи до забезпечення сталості змін з поліпшення якості на рівні закладу охорони здоров'я або його окремого підрозділу;

слухачі повинні вміти:

- напрацьовувати в команді заходи з забезпечення сталості протестованих і впроваджених змін на рівні закладу охорони здоров'я за темою фінального проекту з поліпшення якості та поширення ефективних змін.

Література

1. Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження / За ред. І. Семененко. – К.: Поліграф плюс, 2015.
 - Модуль 8, ст. 118-149.
 - Модуль 9, ст. 152-172.
2. Керівництво для наставника з питань поліпшення якості. Міжнародна організація сімейного здоров'я (FHI360). Київ, 2013.
3. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я в Україні (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб). Методичні рекомендації. Київ, 2017.
4. Rakhmanova N, Bouchet B. Quality improvement handbook: a guide for enhancing performance of healthcare systems. Washington, DC: FHI 360; 2017.

Заняття 7.2. Як використовувати психологію та будувати ефективну комунікацію для підтримки поліпшень

- Вид заняття:** семінар.
- Тривалість заняття:** 2 академічні години.
- Місце проведення:** навчальна кімната.
- Обладнання:** проектор, комп'ютер, фліп-чарт, фломастери, роздатковий матеріал.
- Умови проведення семінару:** наявність попередньої підготовки з питань, запланованих для розгляду на занятті (ознайомитися з **Модулем 10** посібника «Як зробити краще: Керівництво з покращення якості»). Крім цього, слухачі курсу повинні використати лекційні матеріали, рекомендовану літературу, методичні вказівки, власний досвід управління персоналом у закладі охорони здоров'я та досвід роботи з колегами при впровадженні інновацій у закладі охорони здоров'я або його структурному підрозділі.
- Навчальна мета:** опрацювати психологічні аспекти впровадження та підтримки змін у колективі, методи ефективної комунікації для підтримки впроваджених поліпшень.
- Завдання заняття:**
1. Ознайомитися з психологічними аспектами підтримки змін у колективі, основними психологічними причинами опору змінам та методами мотивації співробітників до впровадження й підтримки змін.
 2. Ознайомитися з принципами та підходами до формування ефективної комунікації з метою підтримки змін, що привели до поліпшення.
 3. Опрацювати в малих групах можливі варіанти заходів з метою формування мотивації до підтримки змін та подолання бар'єрів до забезпечення життєздатності змін серед осіб, залучених до процесу змін на базі закладу охорони здоров'я за темою фінального проекту групи.
 4. Провести обговорення загальною групою напрацювань малих груп.
 5. Удосконалити навички фасилітації дискусії в малій групі учасників (локальній команді впровадження змін на базі закладу охорони здоров'я).

План проведення семінару	Час, хвилин
1. Ознайомлення слухачів з темою, метою, завданням, планом та порядком проведення заняття.	5
2. Короткий вступ до теми семінарського заняття: презентація базових понять і принципів психологічних аспектів та комунікації для забезпечення підтримки змін.	20
3. Визначення формату роботи і питань для опрацювання в малих групах.	5
4. Робота в малих групах.	25
5. Виступи учасників семінарського заняття. Обговорення в загальній групі.	25
6. Підбиття підсумків та обговорення результатів роботи в групах	10
Разом	90

- Форма проведення семінару:** презентація, робота в малих групах, доповіді результатів роботи в малих групах, обговорення та підбиття підсумків загальною групою.

Короткий вступ до теми семінарського заняття

У вступі до теми семінарського заняття слід наголосити на тому, що зміни були б легкими, якби не призналися для людей! Всі ми по-різному реагуємо на зміни, і в деякого вони можуть викликати відчуття тривоги і безсилля. Однак існує низка психологічних теорій, які можна використати для того, щоб полегшити процес зміни і навіть зробити його приємним. Одним з найважливіших моментів, які необхідно пам'ятати, є те, що людям набагато простіше прийняти зміни, якщо вони відчують над ними контроль і якщо зміна відбувається завдяки їм та з їхньою участю, а не поза ними.

Цей процес залучення часто може здаватися занадто складним і вимагати багато часу, але якщо зміна

повинна бути сталою, він є обов'язковим. Що ми як координатори та агенти змін можемо зробити, щоб люди брали участь у всіх необхідних змінах та контролювали їх?

Модель етапів зміни характеризує зміну як процес із визначеними етапами, через які проходять люди. Ця модель описує п'ять окремих етапів: відсутність усвідомлення проблеми, усвідомлення проблеми, підготовка, дія та підтримання.

Рецидив і явище набутої безпорадності. Явище набутої безпорадності – це безпорадна і депресивна поведінка людини. Вважається, що вона виникає, коли люди думають, що не мають контролю над негативними подіями у своєму середовищі. Така поведінка зберігається навіть тоді, коли можливість контролю повертається. Ця пасивність і байдужість до несприятливих явищ може спостерігатися серед співробітників організації, які, на їхню думку, не мають контролю над ворожим середовищем. Навчання методології покращення може надати працівникам сил для відновлення контролю шляхом покращення свого робочого місця. Розуміння того, як можна змінити основні аспекти своєї роботи, може зламати негативну модель набутої безпорадності.

Мотивація людей до змін. Для вироблення у співробітників мотивації до змін можна застосувати такі методи,:

- **складання планів:** люди, які складають плани, ймовірно досягнуть успіху, ніж ті, що цього не роблять;
- **віра у зміни:** люди змінюються серед інших людей: вони вірять у те, що можуть змінитися, якщо в це вірять інші. У групах, де зміна видається можливою, суттєво зростає ймовірність того, що людина справді зміниться;
- **відчуття контролю над тим, що ти робиш:** коли люди відчувають себе господарями власної справи і знають, що їхні рішення мають вагу, вони вкладатимуть у свою працю у стократ більше енергії та зусиль;
- **отримання задоволення від змін;**
- **похвала за досягнення;**
- **відвертий аналіз невдач.**

Комунікація – це процес створення та передачі значущих повідомлень у неформальній бесіді, груповій взаємодії або публічному виступі.

Комунікативні бар'єри:

- **бар'єр взаєморозуміння:** може виникати через похибки в процесі передачі інформації: наприклад, коли комунікатор говорить невиразно, надто швидко, нечітко або вживає велику кількість звуків-паразитів;
- **семантичний бар'єр:** виникає тоді, коли одне і те саме слово різні люди розуміють по-різному, вкладають у них свій власний сенс внаслідок особливостей особистісного сприйняття або професійної діяльності;
- **стилістичний бар'єр:** виникає тоді, коли стиль мовлення мовця не відповідає ситуації спілкування, стилю мовлення або стану слухача;
- **логічний бар'єр:** виникає тоді, коли логіка думок мовця або занадто складна для розуміння слухача, або здається йому неправильною, суперечить властивій йому манері доказів;
- **соціально-культурний бар'єр:** його причиною стають соціальні, політичні, релігійні та професійні розбіжності в поглядах, звичках, традиціях, які призводять до різного пояснення і сприйняття тих чи інших понять і явищ;
- **бар'єр авторитету:** іноді перешкодою може стати несприйняття мовця через його неавторитетність в очах слухача, або ж навпаки, під час спілкування з людиною, яка є для співрозмовника дуже авторитетною, він може губитися, бути неуважним, не знати, що відповісти;
- **бар'єр відносин:** ідеться про виникнення почуття ворожості, недовіри до мовця, а потім – і до інформації, яку він надає.

Фасилітація – це полегшення, допомога, сприяння. Це одночасно процес і група навичок, які дозволяють ефективно організувати обговорення складної проблеми або суперечливої ситуації. Фасилітація – це полегшення взаємодії всередині групи.

Презентація до заняття 7.2

Слайд 1



Цикл тематичного удосконалення
«Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я в Україні (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб)»


Як використовувати психологію та будувати ефективну комунікацію для підтримки поліпшень

Презентація до заняття 7.2

Слайд 2


Поліпшення якості та зміни

- Процес поліпшення якості – це зміни.
- Чи готові ви до змін?
- Якою є ваша готовність?
 - Ви роздумуєте над змінами?
 - Ви вже чітко запланували дії?
 - Ви вже щось почали робити?
 - Ви вже досягли очевидних змін?



Слайд 3

- Що ви робили, щоб спонукати інших робити зміни?
- Як інші добивалися від вас змін?

Слайд 4

Опір змін

Чому люди опираються змінам?



Слайд 5

Зміна – це процес



Adapted from Prochaska, J., & DiClemente, C. (1986). Towards a comprehensive model of change. In W. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Process of change*. New York: Plenum Press.



Слайд 6

Набута безпорадність


- Стан людини або тварини, в якому індивід не робить спроб до поліпшення свого стану (не намагається уникнути негативних стимулів або отримати позитивні), хоча має таку можливість.
- З'являється після декількох невдалих спроб впливати на негативні обставини середовища (або уникнути їх).
- Основні ознаки: пасивність, відмова від дії, небажання змінювати вороже середовище або уникати його, навіть коли з'являється така можливість.



Слайд 7

Що мотивує людей до змін?


- **Складання планів:** люди, які складають плани, ймовірніше досягнуть успіху, ніж ті, що цього не роблять.
- **Віра у зміни:** люди змінюються серед інших людей. Вони вірять у те, що можуть змінитися, якщо в це вірять інші.
- **Відчуття контролю** над тим, що ти робиш.
- **Отримання задоволення** від змін.
- **Похвала** за досягнення.
- **Відвертий аналіз невдач.**



Слайд 8

Комунікація

- Комунікація – це процес створення та передачі значущих повідомлень у неформальній бесіді, груповій взаємодії або публічному виступі.
- Цей процес включає:
 - учасників,
 - контекст,
 - повідомлення,
 - канали,
 - наявність шумів та
 - зворотний зв'язок.



Презентація до заняття 7.2. (продовження)

Слайд 9

Комунікація



Слайд 10

Комунікативні бар'єри

- Бар'єр взаєморозуміння.
- Семантичний бар'єр.
- Стилiстичний бар'єр.
- Логічний бар'єр.
- Соціально-культурний бар'єр.
- Бар'єр авторитету.
- Бар'єр відносин.



Слайд 11

Таким чином, потрібно:

- Хотіти змін!
- Вірити у зміни!
- Розмовляти про зміни!
- Робити зміни!



Слайд 12

Тепер про фасилітацію



Слайд 13

Хто такий фасилітатор?



Слайд 14

Визначення фасилітації

- Слово «**фасилітація**» в англійській мові походить від дієслова *facilitate* – «полегшувати», «допомагати», «сприяти».
- Це одночасно процес і група навичок, які дозволяють ефективно організувати обговорення складної проблеми або суперечливої ситуації.
- Фасилітація – полегшення взаємодії всередині групи.



Слайд 15

Роль фасилітатора

Головна роль фасилітатора полягає в тому, щоб усі учасники групи **відчували себе потрібними**:

- що вони мають право голосу;
- що їхні думки важливі;
- що до них прислухаються і приймають їхню точку зору.



Слайд 16

Що робить фасилітатор?

- Мотивує людей до участі у процесі.
 - Забезпечує ефективні комунікації між учасниками.
- Чого не робить фасилітатор?**
- Не критикує пропозицій/ідей учасників.
 - Не нав'язує власної думки.
 - Не оцінює і не пропонує власних рішень.



Презентація до заняття 7.2. (продовження)

Слайд 17

Навички фасилітації (1)

- Ставити відкриті запитання.
- Позитивно реагувати на будь-який сигнал, що йде від групи та її учасників.
- Заохочувати індивідуальні висловлювання учасників.
- Забезпечувати ясність позицій учасників у конфліктних або просто заплутаних дискусіях.



Слайд 18

Навички фасилітації (2)

- Отримувати відповіді учасників групи, переадресовувати групі та окремим учасникам запитання та коментарі.
- Допомогати групі робити висновки та приймати рішення.
- Отримувати зворотний зв'язок від учасників.



Слайд 19

Які є труднощі в роботі фасилітатора?



Слайд 20

Труднощі в роботі фасилітатора

- Замкнутість та інертність членів групи, небажання або неготовність спілкуватися.
- Надмірна говірливість деяких учасників.
- Домінування у розмові декількох осіб, об'єднаних спільним інтересом (який не обов'язково поділяють учасники групи).
- Деструктивна поведінка: грубощі, нетактовність, пасивна агресивність, особисті образи.



Слайд 21

«Якщо хочеш побудувати корабель, не треба скликати людей, щоб усе спланувати, розподілити роботу, знайти інструменти і рубати дерева. Треба заразити їх прагненням до безкрайнього моря. Тоді вони самі побудують корабель».

А. де Сент-Екзюпері



Слайд 22

Питання для обговорення в малих групах та представлення в загальній групі

1. Які бар'єри з боку співробітників закладу охорони здоров'я, залучених до процесу змін, можуть виникнути і в майбутньому перешкоджати стійкості впроваджених змін фінального проекту з поліпшення якості, обраного малою групою?
2. Які заходи локальної команди з поліпшення якості необхідно реалізувати з метою мотивації медичного персоналу до усунення психологічних бар'єрів щодо забезпечення стійкості змін за темою фінального проекту групи (на прикладі одного обраного бар'єру).
3. Відпрацюйте навички ефективної фасилітації дискусії на визначену тему в малій групі.

Робота в групах: слухачі працюють у малих групах. Кожна група вибирає фасилітатора дискусії та майбутнього доповідача результатів роботи групи.

Завдання фасилітатора – провести ефективну фасилітацію дискусії в малій групі на запропоновану тему. При цьому необхідно дотримуватися основних правил ефективної фасилітації, наведених у презентації до семінарського заняття.

Група працює над завданням протягом визначеного часу та готує на заздалегідь розданих аркушах блокноту від фліп-чарту відповіді на питання, винесені для обговорення (див. вище).

Спочатку проводиться визначення ймовірних психологічних бар'єрів у співробітників закладу охорони здоров'я (залучених до процесу впровадження змін), що можуть призвести до втрати стійкості певної зміни (повернення до старого, звичного після завершення тестування). Рекомендується використовувати приклад такого бар'єру (**Додаток 7.2.1**).

Із отриманого переліку необхідно обрати один найважливіший (найбільш ймовірний) бар'єр, з яким група продовжить роботу при визначенні заходів мотиваційного характеру (питання для обговорення № 2).

Група пропонує заходи мотивації медичного персоналу для усунення обраного психологічного бар'єру і записує їх на аркуш блокнота від фліп-чарту для подальшої презентації та обговорення в загальній групі.

Фасилітатор також готує коротку інформацію про труднощі, які виникли в нього під час фасилітації дискусії в малій групі (дотримання правил ефективної фасилітації).

Обговорення в загальній групі: представники малих груп (фасилітатор або інший доповідач) доповідають про напрацювання своїх груп: перелік ймовірних психологічних бар'єрів змін за темою фінального проекту; заходи з мотивації виконавців щодо одного обраного бар'єру. Проводиться обговорення в загальній групі.

Підбиття підсумків роботи в групах: фасилітатори малих груп коротко інформують про труднощі, які, на їхню думку, виникли під час фасилітації дискусії в малих групах. Проводиться обговорення виявлених труднощів.

За результатами проведеного семінарського заняття:

слухачі повинні знати:

- психологічні аспекти підтримки змін у колективі;
- основні психологічні причини опору змінам;
- методи мотивації співробітників до впровадження та підтримки змін;

слухачі повинні вміти:

- напрацьовувати в команді заходи з мотивації співробітників до впровадження та підтримки змін.

Додатки

1. Додаток 7.2.1. Приклад психологічного бар'єру, який потенційно перешкоджає забезпеченню сталості впроваджених змін у закладі охорони здоров'я.

Література

1. Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження / За ред. І. Семененко. – К.: Поліграф плюс, 2015. Модуль 10, с. 174-190.
2. Керівництво для наставника з питань поліпшення якості. Міжнародна організація сімейного здоров'я (FHI360). Київ, 2013.
3. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я в Україні (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб). Методичні рекомендації. Київ, 2017.
4. Rakhmanova N, Bouchet B. Quality improvement handbook: a guide for enhancing performance of healthcare systems. Washington, DC: FHI 360; 2017.

Додаток 7.2.1. Приклад психологічного бар'єру, який потенційно перешкоджає забезпеченню сталості впроваджених змін у закладі охорони здоров'я

**ПРИКЛАД
психологічного бар'єру з боку безпосередніх виконавців процесу зміни
в закладі охорони здоров'я**

У закладі охорони здоров'я командою з поліпшення якості впроваджено та протестовано зміни, які привели до покращення.

Однією зі змін (заходів) у комплексі протестованих змін було впровадження нової форми реєстрації відвідувачів поліклініки, яка дає інформацію, необхідну для поліпшення організації роботи поліклініки, що знайшло підтвердження після аналізу індикаторів процесу та результату.

Після завершення тестування зміни прийнято рішення про її впровадження на постійній основі та поширення на інші підрозділи закладу охорони здоров'я.

Але за результатами опитування середнього медичного персоналу (медичних реєстраторів), які безпосередньо здійснюють заповнення реєстраційних форм поліклініки, виявлено думку про те, що форма досить складна, громіздка та незручна для роботи: «Раніше було краще!»

Оцінка витрат робочого часу на заповнення нової форми показала, що вони не перевищують витрат часу на заповнення старої форми. Медичні реєстратори не були учасниками локальної команди з поліпшення якості.

Тест вхідного/вихідного контролю циклу тематичного удосконалення

Шановний учаснику!

Дякуємо за Вашу участь у циклі тематичного удосконалення «Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб)»!

Просимо заповнити тест. Аналіз Ваших відповідей допоможе визначити рівень Ваших знань до та після проведення навчання.

Вам не потрібно вказувати своє прізвище на цій формі – Ваші відповіді будуть анонімними. Прохання тільки придумати чотиризначний код і запам'ятати його для вихідного контролю.

Код анкети: _____

1. Як Ви вважаєте, яким чином цей цикл може допомогти у Вашій роботі? Які нові знання або інші вигоди Ви очікуєте отримати?

2. Чи є такі питання, які б Ви хотіли додати до програми навчання, що починається сьогодні? Якщо так, то напишіть їх, будь ласка, а організатори спробують врахувати Ваші побажання, якщо це буде можливо.

1. Такі питання є (*запишіть нижче*). 2. Таких питань немає.

ОЦІНКА ПОІНФОРМОВАНІСТІ ЩОДО ТЕМАТИКИ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ

3. У грудні 2013 р. Координаційна рада ЮНЕЙДС затвердила нові цільові індикатори боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу на глобальному рівні: «90–90–90». Які три індикатори характеризують такі відсотки в каскаді послуг для ЛЖВ?

1. 90% усіх людей, які живуть з ВІЛ, знають свій ВІЛ-статус.
2. 90% усіх людей, які живуть з ВІЛ, охоплено профілактичними програмами.
3. 90% усіх людей з діагнозом ВІЛ-інфекції отримують АРТ.
4. 90% усіх людей з діагнозом ВІЛ-інфекції отримують АРТ через 12 місяців після призначення терапії.
5. 90% усіх людей, які отримують АРТ, мають пригнічене вірусне навантаження.

99. *Важко відповісти.*

4. Поставте, будь ласка, в логічному порядку прогалини в каскаді послуг з ВІЛ (пронумеруйте відповіді від 1 до 6).

- ___ Прогалина в лікуванні
- ___ Прогалина в утриманні в системі послуг
- ___ Прогалина у виявленні
- ___ Прогалина в ефективності лікування
- ___ Прогалина в залученні до системи послуг
- ___ Прогалина в утриманні на лікуванні

99. *Важко відповісти.*

5. Які переваги використання циклу ПРАД («Плануй–роби–аналізуй–дій», PDSA)? *Оберіть один варіант відповіді.*

1. Пропонує дослідницький підхід до впровадження змін, який базується на аналізі даних та доказах.
2. Дозволяє тестувати зміни та адаптувати їх до контексту (ситуації).
3. Робить процес впровадження змін легшим.

99. *Складно відповісти.*

6. Ви плануєте впровадження нового протоколу з ТБ/ВІЛ у медичному закладі. Що із вказаного нижче Ви зробите на етапі «Аналізуй» циклу ПРАД («Плануй–роби–аналізуй–дій»)? Оберіть один варіант відповіді.

1. Розробите план впровадження протоколу.
 2. Проведете аналіз зібраної інформації.
 3. Проведете дослідження процесу впровадження.
99. *Складно відповісти.*

7. Ви плануєте мозковий штурм з групою впровадження проекту з поліпшення Вашого закладу охорони здоров'я. Вам необхідно застосувати інструмент, що допоможе виявити причинно-наслідкові зв'язки проблеми, яку треба вирішити. Який з перелічених нижче інструментів підійде Вам найкраще? Оберіть один варіант відповіді.

1. Контрольна карта
 2. Діаграма Парето
 3. Гістограма
 4. Діаграма Ішикави
 5. Діаграма розсіювання
99. *Складно відповісти.*

8. Основними компонентами якості в тріаді А. Донабедіана є всі, крім компоненту:

1. Якість ресурсів
 2. Якість результату
 3. Якість структури
 4. Якість процесу
99. *Складно відповісти.*

9. Який інструмент Ви будете застосовувати для оцінки формулювання завдання з поліпшення?

1. STREET
 2. SWOT
 3. SMART
 4. Діаграма Ішикави
99. *Складно відповісти.*

10. Які переваги надає електронний реєстр (база даних) пацієнтів? Оберіть 4 відповіді, які вважаєте слушними.

1. Дозволяє оперативно отримати інформацію за запитом.
 2. Дозволяє отримувати інформацію в релевантному вигляді.
 3. Дозволяє уникати подвійного введення пацієнтів.
 4. Дозволяє відстежувати рух пацієнта в системі.
 5. Дозволяє уникнути ведення паперових форм.
 6. Не має жодних переваг перед паперовою документацією.
99. *Складно відповісти.*

11. Зустріч локальної команди спрямована на:

1. Залучення більшої кількості пацієнтів до послуг
 2. Покращення співпраці між спеціалістами для забезпечення континууму послуг
 3. Розподіл робочого навантаження між членами команди
 4. Підготовку звіту про якість надання медичних послуг для керівництва закладу охорони здоров'я
99. *Складно відповісти.*

12. Який етап з підготовки до проведення зустрічі локальної команди пропущено (вказіть його):

1. Запросити учасників.
2. Підготувати програму.
3. Проаналізувати дані за період.
4. _____

99. *Складно відповісти.*

13. Зустрічі локальної команди мають проводитися:

1. Щотижня
2. Раз на два тижні
3. Раз на місяць
4. Раз на квартал
5. За потреби

99. *Складно відповісти.*

14. Фасилітація – це:

1. Ведення засідання згідно з порядком денним
2. Полегшення взаємодії у групі
3. Визначення головного в дискусії
4. Контроль дискусій згідно з розпорядженням керівництва

99. *Складно відповісти.*

15. Головна роль фасилітатора полягає в тому, щоб:

1. Усі питання порядку денного було розглянуто.
2. Усі учасники групи відчували, що вони залучені до дискусії та їхні думки важливі.
3. Усі проблемні питання було вирішено.
4. Довести до відома учасників дискусії свою точку зору.

99. *Складно відповісти.*

16. До складу локальної команди з поліпшення якості повинні входити:

1. Фахівці закладу, де реалізується проект із поліпшення якості.
2. Фахівці різних закладів системи охорони здоров'я регіону та неурядових організацій, які беруть участь у проекті з поліпшення якості.
3. Середні та молодші медичні фахівці, лікарі та керівники закладу охорони здоров'я.
4. Медичні фахівці з великим досвідом роботи в системі охорони здоров'я.

99. *Складно відповісти.*

Дякуємо!

Фінальна оцінка циклу тематичного удосконалення

Матеріали цього оцінювання призначені для внутрішнього використання і мають на меті зібрати інформацію про ефективність і якість наданих знань. Анкетування є анонімним.

Чим саме корисним було для Вас навчання на циклі тематичного удосконалення?

З яких питань щодо застосування моделі поліпшення якості в закладі охорони здоров'я Ви відчуваєте потребу в подальшому навчанні?

Які теми були особисто для Вас найбільш корисними? Чому?

Які теми були особисто для Вас мало корисними? Чому?

Як Ви плануєте застосовувати набуті знання та вміння? Назвіть ТРИ засвоєні Вами речі, які Ви будете використовувати в своїй роботі.

Ваші рекомендації організаторам навчання. Які зміни або доповнення Ви б внесли до цього циклу?

Щиро дякуємо за співпрацю та Вашу особисту думку. Сподіваємося, що Ваша оцінка та коментарі допоможуть нам у плануванні подальшої роботи.

МИРОНЮК Іван Святославович
НОВІЧКОВА Олена Миколаївна

Застосування моделі поліпшення якості надання послуг у закладах охорони здоров'я (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків)

Навчальний посібник

Інститут післядипломної освіти НМУ імені О. О. Богомольця МОЗ України
Факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»



RESPOND



fhi360
THE EFFECT OF BUSINESS IDEAS

Публікація стала можливою завдяки щирій підтримці американського народу, наданій через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID). Зміст не обов'язково відображає погляди USAID або Уряду США. Видано в рамках Проекту USAID RESPOND (Покращення послуг у сфері ВІЛ/СНІД серед представників груп найвищого ризику в Україні). Проект впроваджується міжнародною організацією Пакт, Інк. у партнерстві з FHI 360 за фінансової підтримки Надзвичайного плану Президента США з надання допомоги у боротьбі зі СНІДом (PEPFAR).

Літературний редактор *Світлана Глущик*
Ілюстрації *Лариса Курашина*
Комп'ютерна верстка *Едуард Авраменко*

Формат 64 x 90¹/₈. Ум. друк. арк. 18,15. Обл.-вид. арк. 11,33.
Підписано до друку 16.10.2017 р.
Папір мелований. Друк офсетний. Наклад 127 прим. Зам. №0245.

Видавець Федоров О. М., «Друкарський двір Олега Федорова»
Адреса: а/с24, Київ-205, 04205, Україна, e-mail: relaks-oleg@yandex.ru
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру видавців,
виготовлювачів і розповсюджувачів видавничої продукції
серія ДК № 3668 від 14.01.2010 р.

Віддруковано в друкарні ТОВ «Гнозіс»
Адреса: 04080, вул. Межигірська, 82-А, м. Київ
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру видавців,
виготовлювачів і розповсюджувачів видавничої продукції
серія ДК № 2328 від 26. 10. 2005 р.