



RESPOND



ЗАСТОСУВАННЯ МОДЕЛІ ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ ПОСЛУГ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

на прикладі поліпшення континууму послуг
для ВІЛ-інфікованих осіб

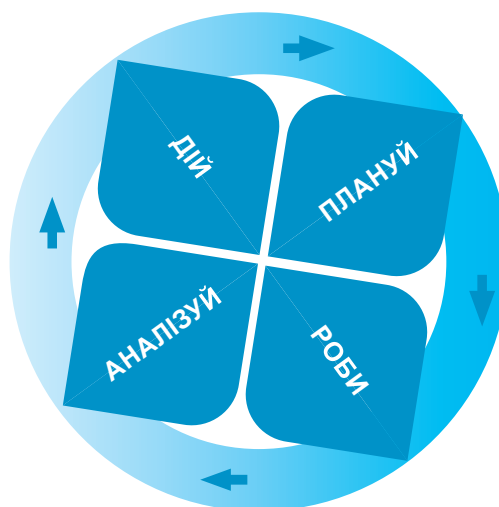
Методичні рекомендації (проект)

МОДЕЛЬ ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІ*

Чого ми намагаємося
досягти?

Які зміни ми намагаємося
запровадити з метою покращення?

Звідки ми знаємо про те,
що зміни є покращенням?



* Langley, G.J., Moen, R.D., Nolan, K.M., Nolan, T.W., Norman, C.L. & Provost, L.P., 2009. The Improvement Guide - A Practical Approach to Enhancing Organisational Performance. 2nd ed. Jossey-Bass, San Francisco, USA

Установи-розробники:

Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»

Проект USAID RESPOND «Покращення послуг у сфері ВІЛ/СНІД серед представників груп найвищого ризику в Україні»

Авторський колектив:

Над документом також працювали:

експерти міжнародної організації FHI 360

Б. Буше, Н. Рахманова

члени консультативно-експертної робочої групи з оцінки та забезпечення якості медичних послуг ВІЛ-інфікованим пацієнтам в Україні

Л. Гетьман, Р. Йорік, О. Міщенко, К. Надута-Скринник, Я. Соболева, С. Рябоконт, К. Думчев

Публікація стала можливою завдяки ширій 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. Проект впроваджується міжнародною організацією Пакт у партнерстві з FHI 360 за фінансової підтримки Надзвичайного плану Президента США з надання допомоги у боротьбі зі СНІДом (PEPFAR).

Зміст

Вступ.....	6
Розділ 1. Опис моделі поліпшення якості	8
Розділ 2. Очікувані переваги застосування моделі поліпшення якості для управління закладами охорони здоров'я України	12
2.1. На рівні закладу	13
2.2. На територіальному рівні	13
Розділ 3. Етапи планування, впровадження, моніторингу та аналізу проекту з поліпшення якості в умовах закладу охорони здоров'я.....	13
3.1. Перший етап: ініціювання в закладі охорони здоров'я процесу впровадження змін з метою поліпшення якості надання послуг	13
3.1.1. Організаційні заходи	13
3.2. Другий етап: генерування ідеї для змін, які можуть привести до поліпшення	14
3.2.1. Мозковий штурм та діаграми спорідненості ідеї	14
3.2.2. Оцінка причинно-наслідкових зв'язків	14
3.2.3. Визначення першопричин проблеми (застосування інструменту «П'ять “Чому?”»).....	15
3.2.4. Застосування інструменту SWOT	15
3.2.5. Застосування інструменту SMART для вивчення якості сформульованого завдання впровадження	15
3.3. Третій етап: створення та аналіз схеми процесу	15
3.3.1. Чому потрібно створювати схему процесу?	15
3.3.2. Які бувають схеми процесів?	16
3.3.3. Як скласти схему процесу?.....	16
3.3.4. Як аналізувати схему процесу?.....	17
3.4. Четвертий етап: вибір індикаторів, які допоможуть дізнатися, чи є зміна поліпшенням	17
3.5. П'ятий етап: планування циклу «Плануй–роби–аналізуй–дій» та його тестування.....	18
3.5.1. Складові циклу ПРАД «Плануй–роби–аналізуй–дій».....	18
3.5.2. Документування результатів тестування циклів ПРАД	21
3.6. Шостий етап: моніторинг впроваджуваних змін.....	22
3.6.1. Завдання моніторингу, індикатори процесу та результату	22
3.6.2. Побудова графіків	22
3.6.3. Інтерпретація графіків	23
3.7. Сьомий етап: забезпечення сталості змін та поширення поліпшення.....	25
3.7.1. Навчальні сесії.....	25
3.7.2. Закріплення успішної зміни для рутинного застосування	28
Висновки	31
Перелік рекомендованої літератури	31
Додатки.....	33
Додаток 1. Шаблон конспекту циклу ПРАД (PDSA).....	33
Додаток 1А. Приклад конспекту циклу ПРАД (PDSA)	33
Додаток 2. Шаблон паспорта індикаторів процесу та результату	33

Додаток 2А. Приклад паспорта індикаторів процесу та результату	33
Додаток 3. Приклад історії успіху впровадження змін на рівні ЗОЗ.....	33
Додаток 4. Шаблон Приклад інструменту SMART	33
Додаток 5. Шаблон та приклад застосування інструменту SWOT.....	33
Додаток 6. Шаблон інструменту «Риб'ячий скелет» (fish-bone)	33
Додаток 6А. Приклад застосування інструменту «Риб'ячий скелет» (fish-bone)	33
Додаток 7. Приклад пакету змін з поліпшення якості континууму послуг для ЛЖВ	33
Додаток 8. Шаблон Приклад динамічного графіка моніторингу впровадження зміни.....	33
Додаток 9. Приклад плану зустрічі локальної команди з впровадження змін	33
Додаток 10. Приклад аналізу процесних діаграм впровадження змін	33
Додаток 11. Приклад програми навчальної сесії.....	33
Додаток 12. Приклад функціональних обов'язків особи, відповідальної за поліпшення якості (наставника з якості)	33

Список скорочень

АРТ	Антиретровірусна терапія
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ЛЖВ	Люди які живуть з ВІЛ
МОЗ	Міністерство з охорони здоров'я (України)
ПРАД (PDSA)	Цикл тестування змін «Плануй–роби–аналізуй–дій» (Plan–Do–Study–Act)
FHI360	Family Health International 360 – Міжнародна організація сімейного здоров'я 360
ІНІ	Institute for Healthcare Improvement – Інститут покращення 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 (S trengths), слабких сторін (W eaknesses), можливостей (O pportunities), загроз (T hreats)
USAID	United States Agency for International Development – Агентство США з міжнародного розвитку

Вступ

На сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я України якість надання медичних послуг є ключовим критерієм оцінки діяльності закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) на всіх рівнях надання медичної допомоги населенню.

Впровадження нової моделі фінансування галузі охорони здоров'я за базовим принципом «гроші йдуть за пацієнтом» є основою формування ефективних систем управління якістю медичної допомоги, адже саме якість надання окремих медичних послуг і медичної допомоги загалом стане одним з головних критеріїв вибору пацієнтами як закладів охорони здоров'я, так і власне лікуючих лікарів. Впровадження в закладі охорони здоров'я системи безперервного поліпшення якості надання медичних послуг створює умови для конкурентоздатності закладу на ринку медичних послуг, який зараз формується в Україні.

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.

При підготовці цих методичних рекомендацій робоча група проаналізувала та опрацювала основні нормативно-правові документи, що регламентують діяльність закладів охорони здоров'я України у сфері управління якістю медичної допомоги:

- Концепцію управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року, затверджену наказом МОЗ України від 01.08.2011 № 454;
- 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»;
- 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);
- наказ МОЗ України від 02.11.2011 № 743 «Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги»;
- 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);
- 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».

Є багато способів поліпшити системи та процеси (Lean, SixSigma). Ми застосовуємо підхід, розроблений та впроваджений Інститутом покращення охорони здоров'я (Institute for Healthcare Improvement, США) – світовим лідером у сфері поліпшення якості впродовж більше ніж 25 років, який зробив фундаментальний внесок у розвиток науки поліпшення якості.

Більшість прикладів у цьому документі наведено з досвіду покращення континууму послуг, які надаються пацієнтам з ВІЛ-інфекцією/СНІДом в Україні. **Проте ці методичні рекомендації можуть застосовуватися для поліпшення надання будь-яких інших медичних послуг.**

Наш досвід свідчить, що важливий ключ до успіху – це наявність в організації, котра планує проекти з поліпшення якості, лідера та однодумців – членів команди впровадження,

які регулярно беруть участь у наставництві з питань поліпшення якості. При застосуванні особливо треба звернути увагу на:

- лідерство;
- командну роботу;
- комплексність послуг, які надаються;
- залучення пацієнтів та їхніх представників;
- наявність і застосування електронної системи обліку та моніторингу.

У цих методичних рекомендаціях подано інформацію про основні етапи та інструменти планування і реалізації проектів з поліпшення якості надання медичних послуг на рівні закладу охорони здоров'я.

Розділ 1 висвітлює основні поняття процесу вдосконалення та описує модель поліпшення якості. Розділ 2 описує переваги застосування моделі поліпшення якості для управління закладами охорони здоров'я. Розділ 3 фокусується на етапах планування, тестування, моніторингу та аналізу результатів впровадження. У низці додатків наведено шаблони інструментів моделі поліпшення якості та приклади їх застосування для тестування і впровадження змін на рівні закладу охорони здоров'я.

Мета методичних рекомендацій – представлення методики розробки та впровадження проектів з безперервного поліпшення якості надання медичних послуг на рівні закладу охорони здоров'я для забезпечення ефективного управління якістю медичної допомоги та підвищення конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я на ринку медичних послуг.

Методичні рекомендації призначено для керівників закладів охорони здоров'я, їхніх заступників та фахівців, відповідальних за забезпечення управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я та його структурних підрозділах.

Розділ 1. Опис моделі поліпшення якості

Методичні рекомендації щодо застосування моделі поліпшення якості надання послуг створено на основі **Посібника з поліпшення якості**, підготовленого за підтримки Центрів з контролю та профілактики захворювань США (CDC) та Інституту покращення охорони здоров'я (IH) США, та **Керівництва для наставника з питань поліпшення якості**, підготовленого Міжнародною організацією сімейного здоров'я (FHI360). Обидва документи було розроблено для країн з обмеженими економічними можливостями з метою впровадження інструментів та методів поліпшення якості в систему охорони здоров'я та адаптовано для контексту України Проектом USAID RESPOND¹.

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 (див. **Рис. 1.1**):

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.

¹ Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження. / За ред.: І. Семененко. – К.: Поліграф плюс, 2015. – 192 с.



Рисунок 1.1. Модель поліпшення

Спираючись на наявні комплексні підходи із забезпечення якості (такі як сучасні стандарти надання медичних послуг, стандартні операційні процедури, закріплені відповідними наказами, виконання яких підтверджується внутрішніми й зовнішніми перевітками та моніторингом, акредитація медичних закладів та постійне навчання персоналу), модель безперервного поліпшення якості ідеально підходить для вирішення складних проблем, які виникають регулярно, мають багато причин і потребують залучення багатьох зацікавлених сторін. 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 ключовим для 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**: планування (перший етап – «**Плануй**»), реалізації запланованого в малому масштабі за невеликий проміжок часу (другий етап – «**Роби**»), вивчення отриманих результатів та, за потреби, внесення відповідних змін (третій етап – «**Аналізуй**») і власне дії (четвертий етап – «**Дій**»), тобто впровадження в більшому масштабі, в інших умовах або відмова від змін та пошук і перевірка нової ідеї. Цей простий інструмент дозволяє дізнатись, чи приводять заплановані зміни до поліпшення. Перевірка також дозволяє за потреби модифікувати початкову ідею зміни перед її остаточним затвердженням. Перевірка змін – це своєрідний невеликий

експеримент, який спочатку відбувається в дуже малих масштабах (наприклад, упродовж кількох годин чи днів або на невеликій кількості пацієнтів) для перевірки перспективності запланованих змін.

Перед початком втілення моделі з поліпшення якості найважливішим і часто найскладнішим завданням є встановлення мети, тобто визначення того, чого ми намагаємося досягти. Для того щоб досягти будь-якої мети, потрібно, щоб вона відповідала критеріям SMART, а саме була конкретною, вимірюваною, досяжною, реалістичною та визначеною в часі (див. **Розділ 3.2.5**).

Друге запитання, яке постає під час втілення моделі з поліпшення якості, стосується змін, які можна запровадити з метою поліпшення. Часто такі зміни називають ідеями змін: ви розумієте, що вас не задовольняє стан справ і треба щось змінити на краще. Однак не кожна зміна є поліпшенням, і варто визначити ті зміни, які гарантовано будуть успішними. Для цього використовують такі методики:

- порівняти себе з тими, хто щось робить краще, і з'ясувати, що саме вони роблять краще. Це називається бенчмаркінгом;
- проаналізувати наявну систему, яку ви намагаєтесь покращити, за допомогою блок-схеми процесів та порівняти її з ідеальною моделлю; визначити на блок-схемі, де виникають втрати, і запропонувати ідеї для покращення процесів та системи загалом;
- провести дослідження за участю експертів, попросити їх поділитися найкращим відомим досвідом і надати поради;
- застосувати інструменти аналізу першопричин, щоб спробувати з'ясувати основну причину проблем. Простими, але ефективними є такі інструменти аналізу, як «П'ять “Чому?”» та діаграма «Риб'ячий скелет» (діаграма Ішикави). Після з'ясування причин проблем можна запропонувати зміни для їх усунення;
- переглянути списки концепцій змін (наприклад, «Перерозподіл обов'язків», «Економія» та інші), щоб знайти підказки стосовно того, що можна робити по-іншому.

Модель поліпшення заохочує до використання циклів ПРАД, щоб перевірити зміни і ще до початку їх реалізації визначити, наскільки ефективно вони забезпечують поліпшення (див. **Рис. 1.2**).

Визначення проблеми та оцінка потреби у змінах в закладі охорони здоров'я

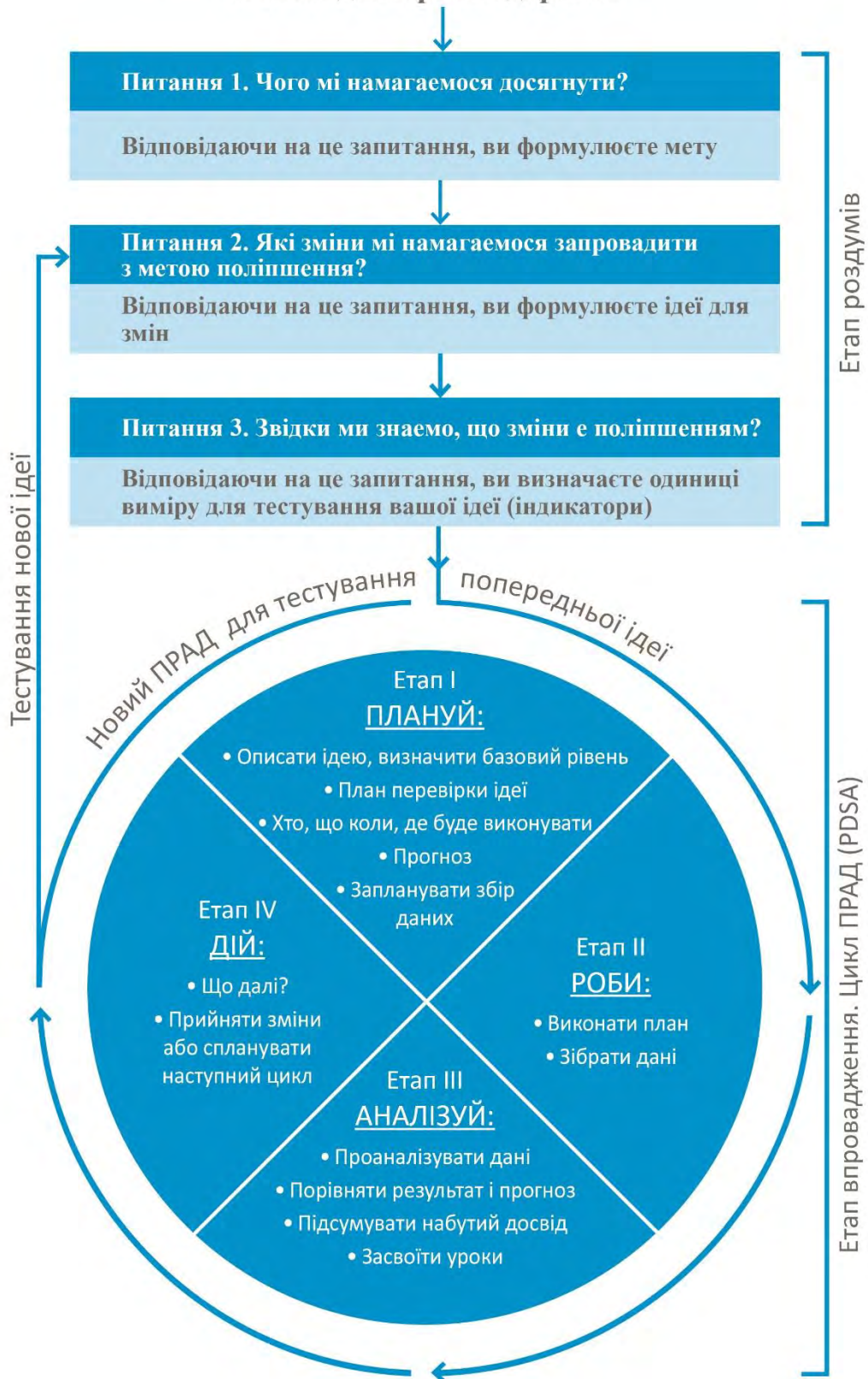


Рис. 1.2. Етапи планування та тестування змін стосовно циклу ПРАД

Для того щоб дізнатися, що впроваджені зміни привели до поліпшення, в моделі поліпшення якості передбачено вимірювання. Потрібно знайти спосіб вимірювання того, що свідчатиме 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 відповідають очікуванням. Аналіз причин допоможе прийняти правильне рішення щодо подальших дій.

Зміна привела до поліпшення, якщо індикатори результату свідчать про те, що поліпшення є, а індикатори процесу свідчать про те, що було впроваджено саме ті зміни, які планували.

Зміна не привела до поліпшення, якщо індикатори результату не свідчать про поліпшення, а індикатори процесу свідчать про те, що було впроваджено саме заплановані зміни.

Невідомо, **чи може зміна привести до поліпшення**, 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.

Для зручного аналізу отриманих результатів у моделі поліпшення якості використовується побудова графіків для вимірювання результату і процесу. Це дає змогу простежити, якими були результати діяльності до змін; зрозуміти, що відбувається під час впровадження змін; оцінити результати діяльності після впровадження змін та переконатися, що результати діяльності зберігаються на сталому рівні після поліпшення.

Спочатку зміни плануються для певної вибірки або для обмеженого часу, а потім потрібно виконувати заплановане та фіксувати, що відбувалося. Після виконання плану слід зупинитися і проаналізувати спостереження та індикатори. Про що свідчать отримані дані? Чи було помічено поліпшення при вимірюванні результату під час перевірки? Чи вдалося впровадити заплановані зміни? Чи були якісь неочікувані позитивні чи негативні наслідки, пов'язані з впровадженням змін?

Вже після цього настає час діяти. Що треба робити далі? Якщо зміна перспективна, але потребує невеликої корекції для успішного впровадження, її необхідно адаптувати і знову перевіряти в невеликому масштабі. Якщо ідея спрацювала дуже добре і не потребує адаптації, можна збільшити вибірку і перевіряти знову. Якщо після змін жодного поліпшення не настало, можна вирішити відмовитися від них і перевірити інші зміни.

Цикли ПРАД за потреби повторюються спочатку для перевірки адаптованих змін, а потім – для збільшеного масштабу, щоб переконатися, чи працюватимуть зміни у випадку більшої кількості або тривалішого часу. Зміну, можливо, доведеться в подальшому модифікувати, щоб урахувати збільшення масштабу. Далі необхідно перевіряти зміну за цілої низки різних умов, щоб переконатися, чи все ще вона приводить до поліпшення.

Розділ 2. Очікувані переваги застосування моделі поліпшення якості для управління закладами охорони здоров'я України

У липні 2016 року на колегії МОЗ України було затверджено Концепцію побудови нової національної системи охорони здоров'я України. Одним з основних принципів ефективної системи охорони здоров'я названо управління якістю медичної допомоги. Запровадження системи управління якістю медичної допомоги, її адаптацію до вимог

нормативного регулювання Європейського Союзу рекомендовано здійснювати на засадах дотримання ідеології безперервного поліпшення якості. Тому рутинне застосування моделі поліпшення якості в управлінні якістю медичної допомоги є першочерговим як для органів управління охороною здоров'я районного та обласного рівнів, так і для адміністрацій ЗОЗ.

2.1. На рівні закладу

Основними перевагами використання моделі поліпшення якості на рівні ЗОЗ 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.

2.2. На територіальному рівні

Заклади охорони здоров'я, які використовують модель поліпшення якості, будуть найбільш привабливими для районних та обласних органів управління охороною здоров'я.

Основними перевагами застосування моделі поліпшення якості на рівні органів управління охороною здоров'я є:

- забезпечення ефективного впровадження нових медико-технологічних документів на засадах доказової медицини;
- впровадження системи моніторингу індикаторів якості медичної допомоги;
- формування мережі ЗОЗ регіону, 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.

Розділ 3. Етапи планування, впровадження, моніторингу та аналізу проекту з поліпшення якості в умовах закладу охорони здоров'я

3.1. Перший етап: ініціювання в закладі охорони здоров'я процесу впровадження змін з метою поліпшення якості надання послуг

3.1.1. Організаційні заходи

Для забезпечення процесу безперервного поліпшення якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я необхідно створити умови, які сприятимуть плануванню, тестуванню та впровадженню на постійній основі тих змін, які вже сформульовано і які є частиною стратегії його організаційного розвитку. Ці умови включають:

- 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.

3.1.2. Формування команди з поліпшення

Склад команди з поліпшення якості в медичному закладі формується з урахуванням проблеми, на вирішення якої спрямовано зусилля команди, та мети бажаної зміни. У команду 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 стикаються пацієнти при зверненні по медичні послуги, тому вони допоможуть актуалізувати роботу з покращення якості медичної допомоги та організації процесу її надання.

3.1.3. Планування і проведення зустрічей команди з поліпшення

- Частота зустрічей та особливості порядку денного.

3.2. Другий етап: генерування ідеї для змін, які можуть привести до поліпшення

Поліпшення якості медичної допомоги вимагає впровадження змін, які приведуть до такого поліпшення. Локальна команда ЗОЗ з поліпшення якості має регулярно аналізувати ситуацію, даючи відповідь на запитання: «Які зміни ми можемо запровадити, щоб досягти поліпшення?» Для визначення переліку змін команда застосовує допоміжні інструменти генерування та організації ідей, такі як мозковий штурм та діаграми спорідненості ідеї; оцінка причинно-наслідкових зв'язків; визначення першопричин проблеми («П'ять Чому?»); SWOT-аналіз, інструмент SMART тощо.

3.2.1. Мозковий штурм та діаграми спорідненості ідеї

Мозковий штурм є одним з найпростіших інструментів генерування та організації ідей для змін, впровадження яких має привести до поліпшення. Під час цієї вправи на першому етапі всі учасники діляться своїми ідеями, які фіксуються без обговорення. На другому етапі всі ідеї групуються за спорідненістю та змістом. Ідеї змін, які найчастіше озвучувала група, зазвичай і обираються для впровадження. Такі ідеї мають широкую підтримку та більшу ймовірність бути реалізованими.

3.2.2. Оцінка причинно-наслідкових зв'язків

Цей інструмент допомагає визначити перешкоди, які заважають досягненню бажаного поліпшення, та проаналізувати причини їх виникнення. Правильно визначені перешкоди та причини їх виникнення є основою для формування змін, які мають привести до поліпшення. Вправа проводиться за допомогою мозкового штурму шляхом визначення:

- 1) мети поліпшення;
- 2) ключових перешкод, які заважають досягти мети поліпшення;
- 3) причин виникнення кожної перешкоди.

Саме аналіз причинно-наслідкових зв'язків між бажаним поліпшенням (результатом) і причинами, які заважають його досягти, є основою для формування змін, які мають привести до поліпшення.

3.2.3. Визначення першопричин проблеми (застосування інструменту «П'ять «Чому?»»)

Першопричини проблеми, яку ми намагаємось вирішити, аналізуються за допомогою відповіді на п'ять ключових запитань «Чому?». Почавши з запитання «Чому виникла проблема?», робоча група ЗОЗ з поліпшення якості продовжує ставити це запитання до щойно отриманої відповіді і робить так п'ять разів, доки не дійде до першопричини. Визначивши проблему та її першопричини, робоча група зможе визначитися з можливим переліком змін для досягнення поліпшення.

3.2.4. Застосування інструменту SWOT

Для систематизації наявної інформації, оцінки факторів 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).

3.2.5. Застосування інструменту SMART для вивчення якості сформульованого завдання впровадження

Встановлена мета впровадження визначає, чого ми намагаємось досягти. Щоб досягти будь-якої мети, потрібно, щоб вона відповідала критеріям **SMART**, а саме була **конкретною, вимірюваною, досяжною, реалістичною та визначеною в часі**.

Конкретна мета означає встановлення того, хто має отримати користь і що саме буде досягнуто.

Вимірювана мета означає, що дізнатися про її досягнення можна за об'єктивними критеріями або даними, які буде використано до початку впровадження змін, під час їх впровадження і наприкінці, під час підбиття підсумків.

Для того щоб мета була **досяжною**, навіть коли невідомо, як до неї йти, треба, окрім бажання, мати деякі ідеї та засоби для їх реалізації.

Мета повинна мати сенс для інших, насамперед для тих, хто отримує користь від неї, тобто мета має бути **реалістичною**. Це має особливе значення, коли на шляху до досягнення мети знадобляться додаткові ресурси чи підтримка.

Для досягнення будь-якої мети дуже важливо, щоб вона була **визначена в часі**, коли заплановано її досягти. Якщо мета має віддалений термін досягнення, то можна визначити проміжні цілі або етапи, щоб не втратити мотивації й темпу.

3.3. Третій етап: створення та аналіз схеми процесу

3.3.1. Чому потрібно створювати схему процесу?

Будь-яка медична допомога надається відповідно до загальних стандартів надання допомоги, які формуються на засадах доказової медичної практики. Загальні стандарти не можуть передбачити всіх умов надання тієї чи іншої медичної послуги, тому на практиці виконання стандарту може відбуватися з певними змінами і зумовлювати неочікувані результати. Часто це відбувається через неналежну структурування процесів, які забезпечують виконання стандарту. Кожен процес передбачено для отримання найкращого результату, тому важливо розуміти, як відбуваються процеси і який результат вони дають.

У багатьох колективах прийнято вважати, що всі співробітники знайомі з процесами і належно їх виконують (або мають виконувати), а якщо отримані результати не відповідають очікуванням, то це означає, що хтось виконує свої обов'язки не дуже сумлінно. А насправді нечітка організація процесів призводить до збоїв у наданні послуг та незадовільних результатів. Тому всі члени колективу, які беруть участь у цьому процесі і хочуть його покращити, повинні проаналізувати його, щоб зрозуміти, де може відбуватися

збій у роботі, та внести відповідну зміну. Для ефективного аналізу процесу важливо скласти схему процесу.

3.3.2. Які бувають схеми процесів?

Схема будь-якого процесу – це графічне зображення того, як працює процес, тобто відображення як мінімум послідовності кроків. Схема допомагає прояснити те, як ідуть справи в певний момент (реальний процес) і як їх можна поліпшити (ідеальний процес). Вона також допомагає у визначенні ключових елементів процесу, окреслюючи чіткі межі того, де завершується один процес і починається наступний. Розробка схеми стимулює комунікацію між учасниками і формує загальне розуміння процесу. За допомогою схеми:

- виявляють зайві, відсутні або несвоєчасні кроки;
- визначають, яких членів команди необхідно залучити до процесу поліпшення, хто для кого забезпечує витрати або ресурси;
- встановлюють етапи, важливі для моніторингу або збору даних, та ділянки для поліпшення або підвищення продуктивності;
- генерують гіпотези щодо причин прогалин;
- перевіряють потоки пацієнтів, інформації, матеріалів, клінічної допомоги або комбінації цих процесів.

Рекомендується будувати схеми процесів шляхом керованої дискусії, оскільки окремі люди часто не знають процесу загалом, а комунікація між усіма залученими до процесу людьми сприяє його поліпшенню.

3.3.3. Як скласти схему процесу?

Незалежно від типу схеми процесу, є кілька загальних кроків для її побудови.

Крок 1. Визначте, якою є мета створення схеми і який формат для неї найбільше підходить.

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

- Що вказує на початок цього процесу?
- З чого складається сам процес?
- Що вказує на кінець процесу?
- Які є його кінцеві результати?

Крок 3. Визначте елементи схеми процесу, відповівши на запитання:

- Хто забезпечує внесок у виконання цього кроку? Що роблять із цими внесками?
- Який результат цього кроку? Хто його використовує і для чого?

Якщо схему процесу створюють для того, щоб визначити слабкі сторони в наявних процесах, кроки і точки прийняття рішень повинні відображати реальний процес (те, що відбувається насправді, а не те, що має відбуватися). Ретельність при створенні схеми забезпечить можливість побачити, що може або має бути покращено. На цьому етапі важливо зосередитись на коректному відображенні кроків процесу та не обговорювати ідей для поліпшення, але їх можна записати для майбутньої дискусії.

Крок 4. Розгляньте перший чорновий варіант схеми, щоб переконатися, що кроки розташовано в їхній логічній послідовності. Неясні ділянки можна зобразити у вигляді хмарок, щоб пізніше їх уточнити.

Крок 5. Через день-два ще раз перегляньте з командою блок-схему, щоб переконатися в тому, що всі задоволені результатом. Запитайте думку залучених до процесу: чи вважають вони, що схема правильно відображає те, що вони роблять?

При побудові схем процесів використовують спеціальні символи для позначення сутності кроку (тобто чи є він початковою/кінцевою точкою процесу, чи видом діяльності, чи точкою прийняття рішень), які пов'язують між собою стрілками на позначення напрямку руху. Символ точки прийняття рішень доречний, коли учасники процесу приймають рішення, котре вплине на те, як процес рухатиметься далі. Текст у блоці символу точки

прийняття рішень вимагає відповіді «ТАК» або «НІ», щоб блок-схема була логічною. Якщо крок неясний, можна використовувати зображення хмарки замість прямокутника.

3.3.4. Як аналізувати схему процесу?

Після створення схеми, що показує, як насправді працює процес, необхідно перевірити потенційно проблемні ділянки або ділянки для поліпшення, використовуючи один або декілька з наведених нижче методів.

- **Перевірити процес загалом:** Чи є потік логічним? Чи є неясні місця або місця, де процес іде в нікуди? Чи є паралельні ланцюжки? Чи є для цього слушне пояснення?
- **Перевірити кожен символ діяльності:** Чи не є цей крок зайвим? Чи підвищує він цінність послуги? Чи є він проблемним? Чи можна уникнути помилок у цій діяльності?
- **Перевірити кожен символ точки прийняття рішень:** Чи спрямовано цей крок на перевірку того, що все йде так, як заплановано? Чи є він ефективним? Чи не є він зайвим?
- **Перевірити кожен перехід, де одна людина завершує свою частину процесу і передає його наступній:** Хто залучений? Що може піти не так? Чи відповідають проміжний продукт або послуга потребам наступної в процесі людини?

Схеми процесів поліпшення якості завжди повинні відображати реальний процес (те, що насправді відбувається), а не ідеальний процес. Під час розробки схеми процесу необхідно залучати людей, які його добре знають. Слід переконатися в тому, що блок-схема справді фокусується на проблемі, яку було ідентифіковано для поліпшення. Поширеною помилкою є відображення процесу, який перебуває поза фокусом завдань поліпшення: наприклад, коли на схемі відображено процес усередині закладу, а проблемним аспектом визначено втрату зв'язку з пацієнтами після лікування (пацієнти, які не прихильні до лікування).

3.4. Четвертий етап: вибір індикаторів, які допоможуть дізнатися, чи є зміна поліпшенням

Зміни, які впроваджуються, мають на меті поліпшення якості медичної допомоги. Щоб зрозуміти, чи приводять ці зміни до бажаного поліпшення, команда з поліпшення якості медичної допомоги ЗОЗ має визначити два типи індикаторів. Індикатор якості медичної допомоги – це кількісний або якісний показник, відносно якого існують докази чи консенсус щодо його безпосереднього впливу на якість медичної допомоги; визначається ретроспективно.

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

Приклади індикаторів

	Приклад 1	Приклад 2
Мета	До 1 травня 2017 року схуднути на 10 кг.	До грудня 2019 року охопити АРТ лікуванням 90% ЛЖВ, які мешкають у місті ХХХ.
Ідея зміни	Обмежити кількість спожитих протягом дня калорій до 1 200.	Призначення АРТ новим пацієнтам, зміна схеми лікування лікарем-інфекціоністом безпосередньо на сайті АРТ за місцем мешкання пацієнта.

Індикатор результату	Кількість втрачених кілограмів	Відсоток пацієнтів, охоплених АРТ в місті ХХХ до грудня 2019 р.
Індикатор процесу	Кількість калорій, спожитих упродовж дня	Кількість пацієнтів, які розпочали АРТ на сайті АРТ за місцем мешкання в період ХХХ.
Джерело даних	Щоденник харчування	Форма № 030-5/о «Контрольна карта диспансерного нагляду за ВІЛ-інфікованою особою». Форма № 510-3/о «Журнал реєстрації пацієнтів, які перебувають на антиретровірусній терапії у закладі охорони здоров'я».
Частота збору	Щоденно	Щоквартально на рівні сайту АРТ.
Відповідальний за збір даних	Самостійно	Особа, відповідальна за збір даних на сайті АРТ (медсестра або лікар), за підтримки особи, відповідальної за управління якістю в ЗОЗ.

Також до кожного індикатора необхідно визначити джерело даних, частоту їх збору (щодня, щотижня, щомісяця, щокварталу, щороку) та відповідального 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. Наприклад, ми ставимо за мету збільшення кількості звернень до кабінету «Довіра» і для цього хочемо перевірити, як збільшення годин роботи кабінету протягом місяця вплине на кількість звернень. У цьому випадку дані про відвідання кабінету пацієнтами необхідно збирати щодня, щоб відстежити, чи відбулося збільшення пацієнтів та в які саме дні.

Частота збору індикаторів повинна бути достатньою для накопичення необхідних даних, щоб порівняти їх з базовими оцінками (значення показника до впровадження зміни). Порівняння даних з базовим значенням декілька разів упродовж впровадження зміни дає змогу визначити тенденцію та оцінити, чи приводить зміна до бажаного поліпшення. Для цього необхідно зібрані дані відобразити на графіку, і шість або більше послідовних точок введення даних, які розташовано вище або нижче медіани (це називається «зрушенням» або «зсувом»), демонструють ефективність або неефективність зміни. Якщо значення збігається з медіаною, це означає, що зібраних даних недостатньо для оцінки ефективності зміни, і в такому разі необхідно продовжити пілотування зміни та збір даних для її оцінки.

3.5. П'ятий етап: планування циклу «Плануй–роби–аналізуй–дій» та його тестування

3.5.1. Складові циклу ПРАД «Плануй–роби–аналізуй–дій»

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.

Одним з ефективних інструментів перевірки запланованих змін є цикли тестування змін під назвою ПРАД – «Плануй–роби–аналізуй–дій» (Рис. 3.5.1.1).

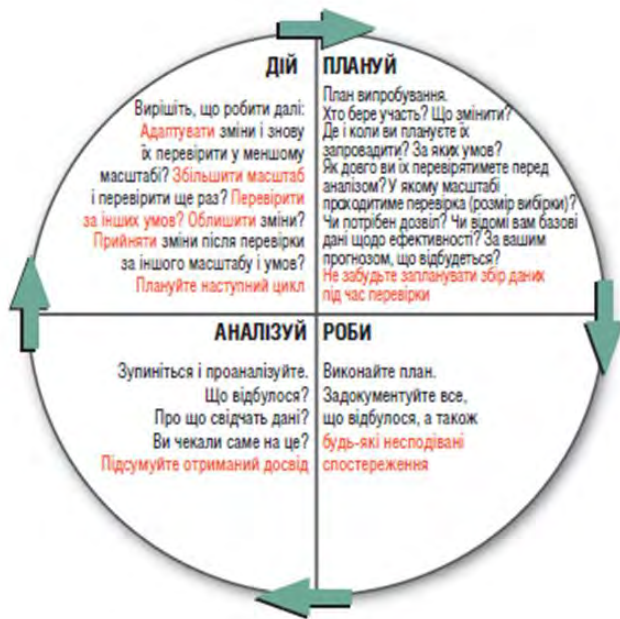


Рисунок 3.5.1.1. Цикл тестування змін «Плануй–роби–аналізуй–дій» (ПРАД)

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.

Перевірку запланованих змін необхідно проводити в таких випадках:

- якщо при плануванні змін ми не впевнені в результаті і лише робимо припущення про те, що саме ці зміни приведуть до очікуваного нами поліпшення;
- якщо є позитивний досвід впровадження аналогічних змін, але ми не знаємо, чи спрацюють ці зміни в нашому випадку;
- якщо заплановані зміни потребують залучення широкого кола осіб, які наразі не брали участі в їх розробці та не є прихильниками якихось змін у своїй роботі взагалі;
- якщо наслідки невдачі запланованих нами змін можуть бути значними і ми не можемо дозволити собі ризикувати.

Загальна характеристика складових циклу ПРАД

ПЛАНУЙ: складіть план випробування зміни.

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 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 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» (див. **Розділ 3.5.2**). Для об'єктивної оцінки ефективності чи неефективності змін, що тестуються, варто скористатись таким інструментом, як опитування задоволеності пацієнтів медичними послугами. Таке опитування варто проводити як до початку впровадження змін, так і після закінчення етапу тестування. Порівняння отриманої інформації допоможе оцінити, чи вплинула зміна на задоволеність клієнтів якістю, доступністю та прийнятністю медичних послуг, які ми прагнемо поліпшити.

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**.

Якою повинна бути тривалість перевірки змін? Тривалість 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 12-18 місяців.

Чинники, які впливають на тривалість перевірки змін

Часові та фінансові обмеження. Часові обмеження можуть визначатися різними чинниками, в тому числі політичними чи програмними зобов'язаннями. Важливо управляти очікуваннями щодо того, коли і чого можна досягти. Також впровадження змін може вимагати додаткових фінансових ресурсів, що може вплинути як на масштаби, так і на тривалість перевірки ефективності зміни.

Втрата запалу. Якщо зміна, що впроваджується протягом року, не демонструє очікуваного поліпшення, команда починає втрачати запал.

Кількість основних заходів/тем зміни. Якщо кількість тем, які необхідно впровадити протягом одного періоду «РОБИ», перевищує дві-три, це може виснажити команду і

затягнути період впровадження. Період «РОБИ» зазвичай триває 3-4 місяці, протягом якого і перевіряється зміна. Але також треба враховувати час, необхідний для того, щоб ці зміни вплинули на загальну ситуацію і привели до бажаного поліпшення.

Стратегія поширення. Те, як і коли ви плануєте поширювати успішні зміни, може визначати час, який ви маєте на їх пілотування.

3.5.2. Документування результатів тестування циклів ПРАД

Документування результатів тестування запланованих змін за допомогою циклу ПРАД є необхідним компонентом, без якого неможливо отримати відповідь на основне запитання перевірки змін: «Чи приведе запланована вами зміна до покращення?» Процес документування необхідно розпочинати вже на етапі планування – розробки плану перевірки зміни (див. **Розділ 3.5.1**).

У будь-якому випадку, якщо не забезпечити ефективного документування отриманих результатів на етапі циклу ПРАД «РОБИ», реалізація наступних етапів – «АНАЛІЗУЙ» та «ДІЙ» – стає неможливою, адже їх здійснення засноване на отриманих результатах практичного тестування обраної зміни.

З метою документування результатів ПРАД було розроблено низку різних шаблонів (див. **Додаток 1**). **Приклад** заповненого шаблону **циклу ПРАД** тестування змін з метою покращення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб наведено в **Додатку 1А**.

Ви можете надати перевагу створенню своїх власних шаблонів, але не забувайте використовувати нові шаблони для кожного циклу ПРАД.

Незалежно від того, використовуєте ви запропоновані шаблони чи створюєте власні, при документуванні результатів ПРАД необхідно дотримуватися загальних принципів документування результатів тестування змін:

1. Чітко визначте загальну мету змін, які ви тестуєте (відповідно до критеріїв SMART (див. **Розділ 3.2.5**), та мету конкретного циклу ПРАД.

2. Опишіть план перевірки: хто і що робитиме, як, коли, як довго, скільки осіб буде охоплено, за яких умов? Які дані ви будете фіксувати і яким чином? Чи є у вас базові дані?

3. Опишіть, що відбулося під час перевірки. Які результати ви отримали? (Важливо проводити документування відповідно до обраних вами індикаторів результату і процесу, див. **Розділ 3.4**).

4. Задokumentуйте результати аналізу отриманих результатів перевірки та ідеї, які виникли в команді під час їх обговорення.

5. Задokumentуйте, що ви вирішили зробити на етапі «ДІЙ»: адаптувати, збільшити масштаб, перевірити за інших умов, прийняти зміну чи відмовитися від неї? Чому і на підставі чого було прийнято таке рішення?

Важливо врахувати, що перевірка зміни з використанням циклу ПРАД практично ніколи не обмежується однією перевіркою (одним циклом ПРАД).

Так, на початку циклу ПРАД ви вирішуєте, чи має зміна ознаки поліпшення. Якщо це так, вам, можливо, буде потрібно адаптувати її, щоб отримати ще кращі результати. З кожною адаптацією ви будете запускати інший цикл ПРАД, зазвичай з використанням тих самих масштабів, що і в попередньому циклі. Після того як вас повністю влаштують результати зміни і ви зрозумієте, що більше жодних подальших змін вносити не треба, ви збільшите масштаб і перевіряєте ще раз. Зі збільшенням масштабу вам доведеться адаптувати ідею, яку перевіряєте. Зміна масштабу може автоматично спричинити появу цілої низки нових умов. За потреби ви здійснюєте адаптацію і продовжуєте проводити цикли ПРАД з необхідною адаптацією, збільшуючи масштаби перевірки і проводячи її в різних умовах, доки не матимете ґрунтовних доказів того, що зміна працює.

Для кожного нового циклу ПРАД під час багаторазової перевірки запланованої вами зміни необхідно проводити моніторинг результатів ПРАД як обов'язкової умови оцінки результатів тестування зміни.

3.6. Шостий етап: моніторинг впроваджуваних змін

3.6.1. Завдання моніторингу, індикатори процесу та результату

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

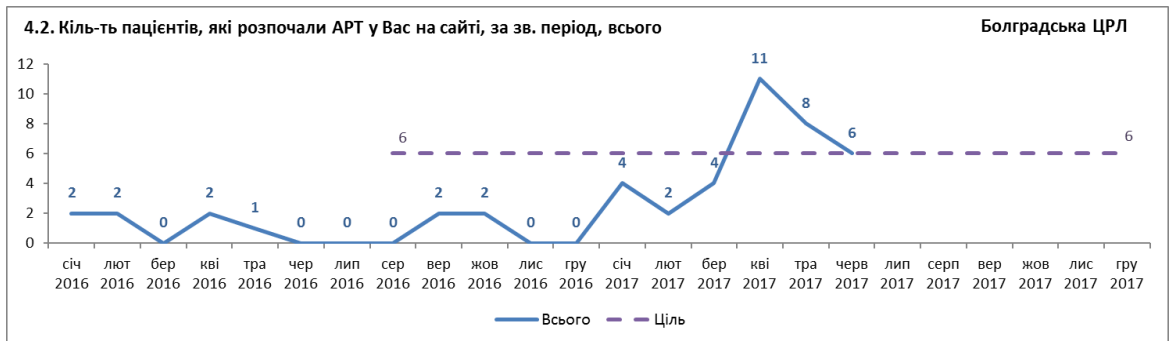


Рисунок 3.6.1.1. Приклад графіка моніторингу запланованого індикатора

Для успішного впровадження змін необхідно бути впевненими, що зміни впроваджуються так, як було заплановано, і це має відобразитися в індикаторах процесу впровадження зміни. Якщо показники індикаторів процесу свідчать, що зміну було впроваджено, це має вплинути на індикатор результату, тобто відобразитися на меті, до якої було спрямовано зусилля. Індикатор результату є інтегрованим показником впровадження тих змін, які перевіряються в моделі поліпшення якості. Наявність і стале функціонування системи моніторингу впровадження змін та отриманих результатів є одним з ключових принципів поліпшення якості, за своєю суттю – навігаційним засобом методології.

Під час розгляду тих чи інших процесів часто з'ясовується, що вони ніколи не вимірювались, тому оцінка цих процесів мала скоріше суб'єктивний характер. Для того щоб втілення зміни було успішним, важливо оцінювати процеси неупереджено, тобто проводити вимірювання їхніх складових. Якщо перед початком внесення змін у процеси не проводилось їх вимірювання, то слід насамперед провести вимірювання базових (початкових) індикаторів процесу. Знання об'єктивного рівня того, з чого починалось впровадження змін, і порівняння з даними, отриманими після їх впровадження, дасть змогу відповісти на запитання, чи справді зміни було впроваджено та чи привели вони до поліпшення результату і запланованої мети.

Вимірювання індикаторів процесів допоможе також з'ясувати причини у випадку, якщо отримані результати не відповідатимуть очікуваним. Аналіз причин допоможе прийняти правильне рішення щодо наступних дій. Зміни привели до поліпшення, якщо індикатори результату свідчать про те, що поліпшення є, а індикатори процесу свідчать про те, що було впроваджено саме ті зміни, які планували.

3.6.2. Побудова графіків

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 відображаються 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. Розмістіть дані в 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 в процес зміни. 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 звеликих значень.

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 впровадженням 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. 3.6.2.1** наведено приклад графіка з поясненням.

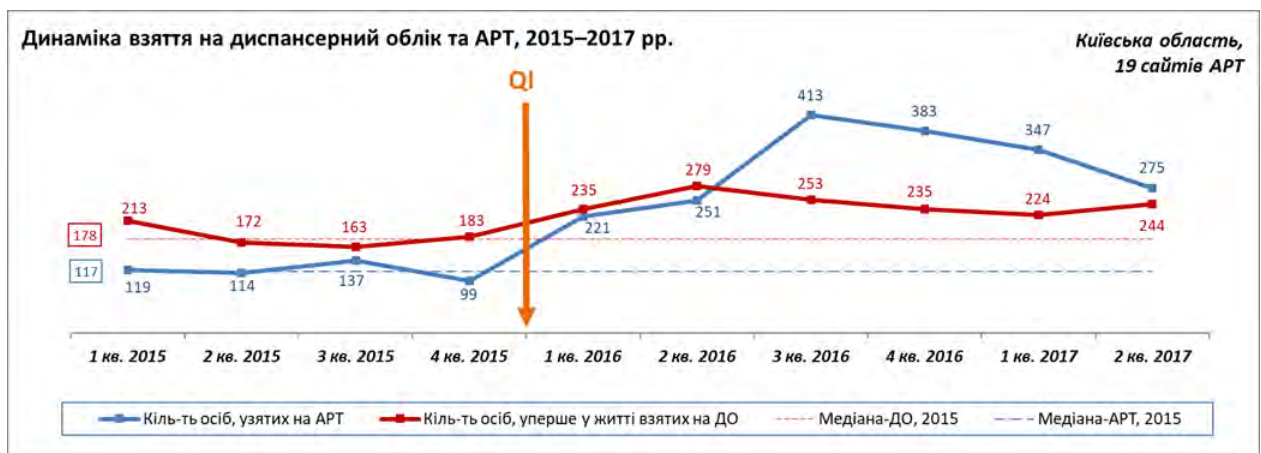


Рисунок 3.6.2.1. Приклад графіка з поясненням

3.6.3. Інтерпретація графіків

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 шістьки»: 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. 3.6.3.1** наведено приклад тенденції і зрушення.

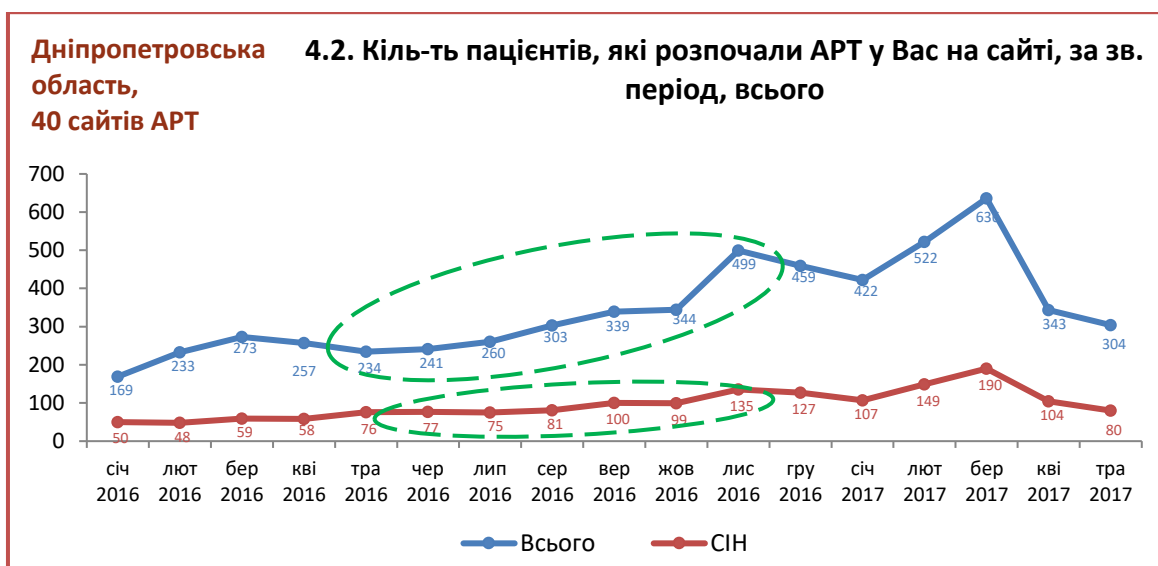


Рисунок 3.6.3.1. Приклад тенденції (напрямок)

Правило «Напрямок»: 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.

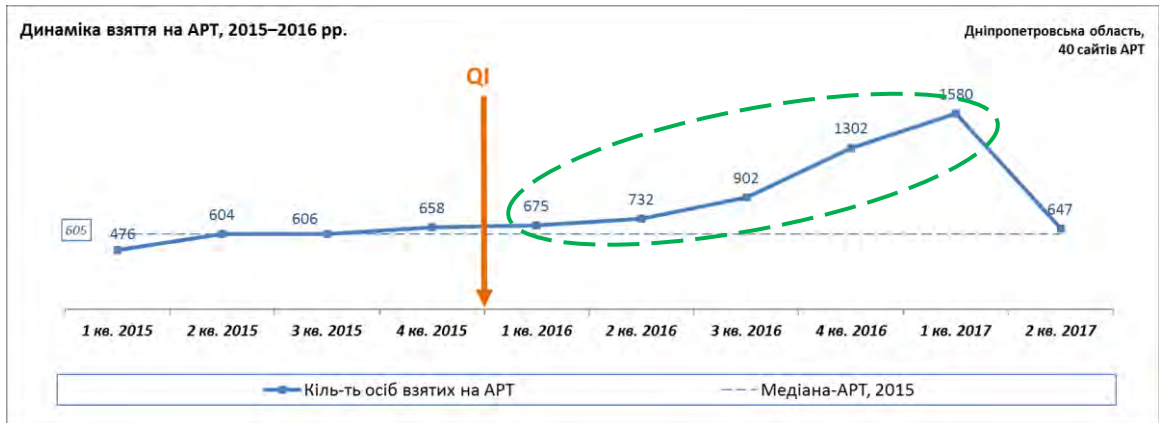


Рисунок 3.6.3.2. Приклад зрушення (зсув)

Правило «Зсув»: 6 або більше послідовних точок, які знаходяться вище/нижче серединної лінії (медіани).

Інтерпретація графіка демонструє, що покращення відбулося. Починаючи з початку впровадження зміни (01.01.2016 р.) кількість пацієнтів, які розпочинають АРТ шокварталу 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 покращення:

- 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.

3.7. Сьомий етап: забезпечення сталості змін та поширення поліпшення

3.7.1. Навчальні сесії

Впровадження проектів з поліпшення якості медичної допомоги вимагає залучення значної кількості медичного персоналу з різним рівнем підготовки, розуміння проблем та шляхів їх вирішення, а також з різними цінностями і ставленням до своїх обов'язків. Тому ефективність впроваджуваних змін і досягнення поліпшення великою мірою залежать від розуміння командою цих змін, процедурних питань, ролі кожного члена і злагодженої роботи команди загалом. Саме поширення та узгодження бачення майбутніх змін, відпрацювання єдиних підходів, алгоритмів роботи, системи моніторингу та оцінки впроваджуваних змін та аналіз проведеної роботи відбувається під час навчальних сесій з поліпшення якості.

Зазвичай проводиться декілька навчальних сесій з інтервалом у три-чотири місяці. У період між сесіями відбувається пілотування змін, а під час наступної навчальної сесії обговорюють аналіз пілоту, засвоєні уроки і найкращий досвід, після чого, в разі необхідності, здійснюють коригування змін та/або заходів з їх впровадження.

Підготовка та програма навчальних сесій

1. Керівництво чи робоча група ЗОЗ мають визначити загальну мету проекту з поліпшення якості і теми для змін. Це можуть бути заходи, спрямовані на поліпшення як профілактики та діагностики захворювань, так і залучення населення до медичної допомоги та ефективності лікування.

2. Наступним кроком є визначення цільової аудиторії – переліку спеціалістів, відділень чи ЗОЗ, які буде охоплено проектом з поліпшення якості. Саме вони будуть учасниками навчальних сесій.

3. Ще одним важливим етапом підготовки є збір базових даних за всіма індикаторами результату і процесу. Ці дані забезпечать огляд поточної ситуації та допоможуть у встановленні цілей та визначенні необхідних змін. Якщо дані не вдалося зібрати і проаналізувати до початку навчальної сесії, ви можете попросити учасників самостійно зібрати і презентувати ці дані під час навчальної сесії, але тоді вам необхідно виділити час у програмі для представлення та аналізу цих даних. Більш детально про збір та аналіз даних див. **Розділ 3.6.**

4. Основним завданням першої навчальної сесії є формування підтримки та прихильності до загальної мети проекту з поліпшення. Учасники сесії мають зрозуміти важливість проекту, поточний стан своєї діяльності, наслідки для пацієнтів, до яких може призвести їхня бездіяльність, а також найкращий досвід, який можна взяти за основу для змін. Якщо учасники не погоджуються з метою проекту, вони не відчуватимуть відповідальності за її досягнення. Як показує практика, ефективний спосіб забезпечити прихильність до поліпшення – це запросити на сесію пацієнта, який опише, як він отримує послуги за нинішніх умов.

5. Програма **першої навчальної сесії** включає такі теми для обговорення:

- Ознайомлення з проектом з поліпшення якості та його методологією.
- Обґрунтування необхідності поліпшення, включаючи огляд поточної діяльності закладів, наслідки відмови від поліпшення для пацієнтів, будь-які нормативні, політичні вимоги та можливості для поліпшення показників.
- Чого очікувати? Окреслення структури і термінів впровадження проекту, очікування організацій учасників та команд з поліпшення якості, користі від участі в проекті.
- Погодження загальної мети проекту. Важливо, щоб усі учасники поділяли спільну мету: від цього залежатиме, чи візьмуть вони на себе відповідальність за її досягнення.
- Демонстрація найкращого досвіду за темами, обраними для поліпшення (це може бути як міжнародний, так і місцевий успішний досвід).
- Дослідження прогалів між поточною діяльністю та найкращим досвідом. Використовуючи інструменти поліпшення (другий етап), учасники мають проаналізувати результати власної діяльності й визначитись, які зміни вони можуть впровадити, щоб досягти поліпшення.
- Планування перевірки ідей змін. Бажано, щоб кожна команда з поліпшення вибрала для пілотування не більше двох змін. На початковому етапі бажано обирати зміни, легкі в аспектах впровадження та отримання результатів. Впровадження складних змін, які не приведуть до поліпшення за короткий проміжок часу, може демотивувати команду в подальшому та звести роботу нанівець.
- Для перевірки ефективності змін та досягнення поліпшення кожна команда має розробити детальний план дій, використовуючи методологію «Плануй–роби–аналізуй–дій» (п'ятий етап).
- Визначення подальших кроків і дати проведення наступної навчальної сесії.

6. За результатами першої навчальної сесії кожна команда з поліпшення повинна:

- погодитись брати активну участь у проекті і працювати заради загальної мети;

- погодити цілі проекту з поліпшення;
- вибрати максимум дві теми змін, над якими вона працюватиме протягом наступного періоду;
- проаналізувати й визначити ідеї змін для кожної теми;
- розробити план дій для пілотування обраних змін;
- погодитися сформувати команду з поліпшення якості медичних послуг, якщо такої команди ще не було сформовано;
- узяти на себе зобов'язання поінформувати персонал ЗОЗ про проект з поліпшення, результати навчальної сесії, цілі, обрані теми, зміни та план для перевірки ефективності проекту з поліпшення якості.

7. Формат другої й наступних навчальних сесій подібний до першої сесії, однак має декілька суттєвих відмінностей:

- Метою другої і наступних навчальних сесій є аналіз роботи команд з поліпшення за попередній період. Команди мають презентувати ідеї змін, які вони перевірили, та результати, яких вони досягли. Аналіз має базуватись на даних та індикаторах процесу й результату.
- Важливо сформувати перелік успішних змін та після аналізу зрозуміти, чому одні зміни дали бажаний ефект, а інші – ні; чому одні й ті самі зміни спрацювали в одному закладі, але не приводять до бажаного поліпшення в іншому.
- Для визначення того, чи є зміна ефективною, необхідні принаймні п'ять точок введення даних після впровадження зміни, але зазвичай під час другої навчальної сесії (проводиться через три місяці після початку впровадження змін) інформації для висновків недостатньо, отже, команда може говорити лише про певні позитивні чи негативні тенденції впровадженої зміни.
- Після обговорення результатів роботи за попередній період учасники мають вирішити, що робити далі. Якщо вони вже досягли своїх цілей, тоді наступним кроком стане впровадження змін та забезпечення їхньої сталості. Якщо цілей ще не досягнуто, учасникам необхідно врахувати набутий досвід, за потреби внести зміни до плану дій та продовжити впроваджувати зміни або обрати нові зміни для перевірки в наступному періоді.
- Друга половина другої сесії й наступні навчальні сесії фокусуються на обґрунтуванні нових тем змін, визначенні та погодженні нових цілей з урахуванням результатів поточної діяльності команди з поліпшення. Також необхідно визначити нові зміни та розробити детальний план дій, використовуючи методологію «Плануй–роби–аналізуй–дій» (п'ятий етап).

8. Заключна навчальна сесія також передбачає представлення та аналіз результатів роботи команд, формування переліку та документування успішних змін.

9. Варто запросити на заключну сесію керівництво закладу чи управління охорони здоров'я, щоб відсвяткувати досягнення загальної мети проекту та цілей окремих змін, висловити подяку медпрацівникам та учасникам проекту за їхні ідеї та наполегливу працю для досягнення мети поліпшення.

10. Часто навчальна сесія поєднується з початком етапу поширення. Якщо цільову групу для поширення вже обрано, варто запросити і членів цієї групи, щоб вони з перших вуст почули про досягнення проекту та успішні зміни.

11. Ключовим питанням цієї сесії має стати забезпечення сталості успішних змін. Для цього необхідно розробити план контролю за діяльністю і забезпечення сталості поліпшення, а також розглянути питання фінансування процесу управління якістю на рівні ЗОЗ. На етапі пілотування функції контролю виконує команда з поліпшення якості, але для

забезпечення сталості поліпшення ця функція має виконуватись на постійній основі керівником закладу та відповідним управлінням охорони здоров'я (залежно від географії реалізації проекту з поліпшення).

12. Необхідно організувати збір даних за індикаторами результату на постійній основі для забезпечення управління та ранньої профілактики в разі погіршення ефективності роботи.

3.7.2. Закріплення успішної зміни для рутинного застосування

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 межах різних відділень 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. Ось декілька корисних порад:

1. **Відзначайте позитивні зміни та «святкуйте»:** це допоможе колективу усвідомити досягнення, які відбулися завдяки змінам, і сприйняти їх як щось позитивне, світле, хороше. Момент святкування є маркером, який нагадує людям, що те, що вони мають зараз, справді краще, ніж те, що було колись.
2. **Відмовтеся від старих практик:** люди бояться змін, і навіть якщо вони відкрито підтримують нововведення, все ще може існувати спокуса залишити все як було, тому що стара система виглядає більш комфортно в застосуванні. Щоб цього не допустити, необхідно унеможливити застосування старої системи.
3. **Продовжуйте вимірювати:** продовжуйте стежити, чи досягаєте ви поставленої мети (**вимірювання результату**). Це важливо для отримання об'єктивних доказів того, чи вдасться вам забезпечити сталість поліпшення. Зниження ефективності може свідчити про ненадійну реалізацію ідеї зміни або самої зміни в новому середовищі.
4. **Впроваджуйте підхід:** розробіть стандартні процедури для відображення змін у практиці (регламенти, функціональні обов'язки, посадові інструкції тощо). Проводьте навчання персоналу, в посадових інструкціях якого з'явилися нові обов'язки.
5. **Створіть такі умови, в яких буде важко не дотримуватися нових процесів:** обмежуйте використання старих облікових форм чи препаратів (більше не зберігайте їх у закладі). Забезпечивши відділення новими обліковими формами та препаратами, ви створюєте можливості для дотримання нових процесів.
6. **Слухайте не лише розумом, а й серцем:** інколи медичний персонал впроваджує нові підходи тому, що просто виконує інструкції, а не тому, що вірить у їхню правильність. Отже, важливо донести до працівників переваги змін таким чином, щоб вони перегукувалися з їхніми цінностями та переконаннями. Такий підхід підвищує ймовірність того, що працівники будуть правильно впроваджувати зміни незалежно від наявності контролю за ними.
7. **Розробіть план дій у виняткових ситуаціях:** коли умови впровадження змін можуть відрізнятись від умов, у яких їх тестували, це може знизити їхню ефективність. Для нівелювання можливих ризиків може знадобитись внесення певних змін у систему або впровадження додаткових процесів, щоб забезпечити ефективність змін.

8. **Плануйте постійне вдосконалення:** середовище, в якому ми працюємо, постійно змінюється, формуючи нові виклики. Навчившись ставити цілі, визначати ідеї змін та вимірювати досягнення поліпшень, ми можемо продовжувати застосовувати цю методологію для подальшого поліпшення якості медичної допомоги.
9. **Залучайте керівництво.** Хто відповідає за забезпечення сталості поліпшення? Зазвичай це ті працівники ЗОЗ, які володіють процесом. Вони перевіряли та впроваджували поліпшення з самого початку. Але без залучення керівництва відділення та лікарні хороші ідеї можуть так і залишитися ідеями. Важлива роль керівників полягає у створенні умов, наданні підтримки та здійсненні нагляду за виконанням робіт.
10. **Оцініть діяльність закладу з використанням моделі поліпшення якості.** Проведення оцінки діяльності закладу може бути рекомендовано, якщо:
- керівництво закладу прагне до покращення якості послуг або хоче ініціювати процес поліпшення якості послуг, які надає заклад;
 - у закладі виявлено проблеми, які слід вирішити;
 - керівництво закладу бажає підвищити рівень акредитації;
 - керівництво закладу прагне долучитися до процесу безперервного поліпшення якості.

Для оцінки кожного з етапів циклу впровадження та отриманих результатів пропонуємо критерії якості, наведені в таблиці. Також у таблиці виділено стовпчик для внесення коментарів за результатами перевірки.

Перелік критеріїв якості для оцінки застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я

№	Положення	Критерії якості	Коментарі
3.1.1.	Нормативні акти з питань поліпшення якості	<ul style="list-style-type: none"> - Наявність у ЗОЗ відповідальної особи, в чій посадові обов'язки входять питання управління якістю медичної допомоги. - Наявність внутрішнього наказу про впровадження в ЗОЗ моделі поліпшення якості медичної допомоги. - Затверджений план дій з питань поліпшення якості з обґрунтуванням. - Наявність документального підтвердження проходження особою, відповідальною за якість надання медичної допомоги в ЗОЗ, курсів тематичного удосконалення з питань застосування моделі поліпшення якості на рівні ЗОЗ у вищому медичному навчальному закладі післядипломної освіти. 	
3.1.2.	Нормативні акти	<ul style="list-style-type: none"> - Затверджено робочу групу з питань поліпшення якості на рівні ЗОЗ та перелік її обов'язків. 	

3.1.3.	Документування процесу застосування моделі поліпшення якості в ЗОЗ	- Порядок роботи та проведення зустрічей локальної команди ЗОЗ з поліпшення якості. - Електронні протоколи результатів зустрічей локальної команди.	
3.2.1.	Генерація переліку змін, впровадження яких має привести до поліпшення	- Перелік ідей, згрупований за спорідненістю та змістом. - Наявність затвердженого порядку виявлення дефектів якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я.	
3.2.2.	Визначення мети та аналіз проблем, які заважають її досягненню	- Наявність заповненої діаграми причинно-наслідкових зв'язків (наприклад, «Риб'ячий скелет»).	
3.2.3.	Визначення проблеми та причин її виникнення	- Наявність сформульованої проблеми та проаналізованої першопричини її виникнення завдяки відповідям на п'ять запитань «Чому?».	
3.2.4.	Визначення сильних і слабких сторін, загроз та можливостей для поліпшення (SWOT-аналіз)	- Наявність результатів проведеного SWOT-аналізу з визначенням сильних і слабких сторін ЗОЗ, загроз та можливостей для впровадження змін та досягнення поліпшення.	
3.3.4.	Створення та аналіз схеми процесу	- Наявність розробленої схеми процесу, який потребує покращення.	
3.4.1.	Визначення індикаторів процесу до кожної зміни, яка впроваджується	- Дані за індикаторами процесу збираються на регулярній основі. - Наявність паперових або електронних таблиць для збору даних за індикаторами процесу стосовно впроваджуваних змін.	
3.4.2.	Визначення індикаторів результату проекту з поліпшення якості	- Наявність паперових або електронних таблиць для збору даних за індикаторами стосовно впроваджуваних змін.	
3.5.2.	Документування впровадження змін стосовно циклу ПРАД і його тестування	- Наявність протоколу впровадження змін або зміни у вигляді конспекту циклу ПРАД.	
3.6.3.	Моніторинг впровадження змін	- Наявність електронних або паперових таблиць моніторингу індикаторів процесу та результату впровадження змін. - Наявність протоколів оцінки документування змін.	
3.7.	Процес поширення змін на рівні ЗОЗ	- Наявність програми навчальної сесії та реєстрації присутніх учасників.	

		- Наявність резолюції навчальної сесії як результату представлення та аналізу роботи команди з поліпшення якості та документування успішної зміни або змін.	
3.7.2.	Наявність у закладі охорони здоров'я завершених та активних програм з поліпшення якості надання медичних послуг	- Наявність затверджених на основі програм з поліпшення якості оновлених локальних протоколів, стандартних операційних процедур, алгоритмів, маршрутів тощо. - Матеріали доповідей, презентацій керівництва ЗОЗ про результати впроваджених змін на нарадах в органі управління охороною здоров'я. - Публікації результатів змін, впроваджених у закладі.	

Висновки

У рекомендаціях докладно описані етапи планування та впровадження проектів щодо поліпшення якості послуг, які надаються в закладах охорони здоров'я. Діяльність щодо поліпшення якості послуг з використанням циклу ПРАД (PDSA) може бути рекомендовано для:

- забезпечення ефективного управління якістю медичної допомоги на місцевому та регіональному рівнях системи охорони здоров'я;
- поширення досвіду з поліпшення якості та впровадження змін на інші заклади охорони здоров'я;
- підвищення конкурентоспроможності закладу на ринку медичних послуг;
- підвищення рівня акредитації закладу охорони здоров'я.

При практичному застосуванні моделі поліпшення треба звертати увагу на прогресивне ставлення керівництва закладу до управління якістю, наявність у закладі команди із впровадження змін, залучення пацієнтів та їхніх представників до визначення проблем та оцінки потреби у змінах на рівні закладу, наявність і застосування електронної системи обліку та моніторингу.

Для того щоб впровадження змін відбувалося ефективно і відповідало світовій практиці, необхідно здійснювати підготовку персоналу у форматі безперервної професійної освіти з питань застосування моделі поліпшення якості для покращення надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я.

Перелік рекомендованої літератури

1. Використання методики Clinical Assessment for System Strengthening (CLASS) для моніторингу діяльності закладів охорони здоров'я України за напрямом протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Методичні рекомендації. – К.: КІМ, 2016. – 136 с.

2. Керівництво для наставника з питань поліпшення якості. Міжнародна організація сімейного здоров'я (FHI360). Київ, 2013.
3. Концепція побудови нової національної системи охорони здоров'я, схвалена колегією МОЗ України від 15 липня 2016 року. URL: http://www.moz.gov.ua/docfiles/pre_20160715_a_concept.pdf.
4. Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року, затверджена наказом МОЗ України від 01.08.2011 № 454.
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. Постанова Кабінету Міністрів України від 02.02.2011 № 389 «Про затвердження Програми розвитку інвестиційної та інноваційної діяльності в Україні».
7. Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження / За ред. І. Семененко. – К.: Поліграф плюс, 2015. – 192 с.

Додатки

- Додаток 1. Шаблон конспекту циклу ПРАД (PDSA)
- Додаток 1А. Приклад конспекту циклу ПРАД (PDSA)
- Додаток 2. Шаблон паспорта індикаторів процесу та результату
- Додаток 2А. Приклад паспорта індикаторів процесу та результату
- Додаток 3. Приклад історії успіху впровадження змін на рівні ЗОЗ
- Додаток 4. Шаблон Приклад інструменту SMART
- Додаток 5. Шаблон та приклад застосування інструменту SWOT
- Додаток 6. Шаблон інструменту «Риб'ячий скелет» (fish-bone)
- Додаток 6А. Приклад застосування інструменту «Риб'ячий скелет» (fish-bone)
- Додаток 7. Приклад пакету змін з поліпшення якості континууму послуг для ЛЖВ
- Додаток 8. Шаблон Приклад динамічного графіка моніторингу впровадження зміни
- Додаток 9. Приклад плану зустрічі локальної команди з впровадження змін
- Додаток 10. Приклад аналізу процесних діаграм впровадження змін
- Додаток 11. Приклад програми навчальної сесії
- Додаток 12. Приклад функціональних обов'язків особи, відповідальної за поліпшення якості (наставника з якості)

ДОДАТОК 1.**Шаблон конспекту циклу ПРАД (PDSA)**

(адаптовано з видання «Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження»)

КОНСПЕКТ Циклу Демінга 1 (ПРАД 1) - ЕТАП ВПРОВАДЖЕННЯ 1

Документування етапів підготовки, тестування зміни, отриманих результатів, та сталості змін – є найважливішим в процесі поліпшення якості. Можливо використовувати свої власні шаблони. Но обов'язково використовуйте шаблони для кожного циклу ПРАД.



Загальна мета проекту покращення якості в _____закладі/області:

(напишіть тут що ви намагаєтеся досягти, в якому обсязі, до якого періоду)

Мета циклу:

(занотуйте, якого результату ви намагаєтеся досягти після перевірки зміни в рамках цього циклу ПРАД)

Зміна <i>(чітко визначить ідею зміни, яку ви маєте намір перевірити)</i>	Плануй <i>(необхідно вказати конкретні кроки/заходи, які команда планує здійснити для впровадження вказаної зміни. Які дані ви будете фіксувати і яким чином?)</i>	Термін	Відповідальні	Примітки

Роби: коротко опишіть, що відбулося під час виконання запланованого та ті позиції, які будуть підраховані при підготовці до першої навчальної сесії. Які результати ви отримали?

- 1.
- 2.
- 3.

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

- 1.
- 2.
- 3.

Дій: запишіть, що ви вирішили зробити – адаптувати, збільшити масштаб, перевірити за інших умов, прийняти зміну або облишити?

- 1.

ДОДАТОК 1.

Шаблон конспекту циклу ПРАД (PDSA)

(адаптовано з видання «Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження»)

2.

3.

Показники (результат і процес): *докази, чи досягли ви своєї мети; і показники 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: *коротко опишіть, як буде, на вашу думку, відбуватися перевірка і чому*

1.

2.

3.

КОНСПЕКТ Циклу Демінга ПРАД 1 - ЕТАП ВПРОВАДЖЕННЯ 3

Область ХХХХ 1 КВАРТАЛ 2017 РОКУ

Загальна мета проекту покращення якості в ХХХХХХХХ області: Поліпшити континуум послуг для ЛЖВ в регіоні, зокрема ЛЖВ/СІН, шляхом застосування моделі покращення якості

Мета циклу: тестування на ВІЛ та скерування – 31 вересня 2017 року 76% (602 особи від оціночної кількості по всім сайтам) СІН/ЛЖВ знають свій ВІЛ-позитивний статус



Зміна	Кіл-ть сайтів	Плануй (необхідно вказати конкретні кроки/заходи, які команда планує здійснити для впровадження вказаної зміни. Які дані ви будете фіксувати і яким чином?)	Термін	Відповідальні	Примітки
1.2 Тестування на ВІЛ за допомогою 2-х ШТ або ІФА вузькими спеціалістами та/або лікарями ПМСД	5	<ol style="list-style-type: none"> 1.Забезпечити лікарів ШТ двох видів (Алере-Детерміне і ПРОФІ). 2. Тестування на ВІЛ 2-ма ШТ та проведення післятестового консультування. 3. Заповнення облікової документації (накази МОЗ) 4. При позитивному результаті – активне скерування до кабінету Довіра/АРТ сайту із застосуванням купонів переадресації. 5. Наказ по ЗОЗ щодо проведення тестування вузькими спеціалістами та лікарями ПМСД. 6. Щомісячний моніторинг наявності ШТ, замовлення, закупівля. 7. Звіт про використання та заявка на ШТ на звітний період в межах закладу. 	01.04. 2017- 31.09. 2017	наставник, члени локальної команди	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наявність наказу про проведення КіТ вузькими спеціалістами по закладу. 2.Наявність локального протоколу з КіТ з маршрутом пацієнта. 3. Ведення відповідної облікової документації згідно наказів МОЗ. 4. Наявність швидких тестів у вузьких спеціалістів. 5. Відсоток пацієнтів, що було взято на Д облік/ АРТ по сайту котрі були протестовані (виявлені) вузькими спеціалістами. 6. Наявність сертифікату по КІТ у вузького спеціаліста.

Роби: коротко опишіть, що відбулося під час виконання запланованого та ті позиції, які будуть підраховані при підготовці до наступної навчальної сесії. Які результати ви отримали?

1. НУО виділила 100 швидких тестів Алере-Детерміне і 10 ПРОФІ. Тести були розподілені між 10 вузькими спеціалістами по 10 штук Алере-Детерміне і по одному ПРОФІ тесту.
3. Розроблено локальний протокол з маршрутом пацієнта з КіТ для фахівців лікарні та для ЦПМСП. Протокол затверджено наказом по лікарні і по ЦПМСД. Згідно протоколу вузькі спеціалісти проводять до-тестове консультування з ВІЛ особам, які мають клінічні ознаки та/або мають ризиковану поведінку. Особи (пацієнти) в яких отримано першій позитивний тест, проходять тестування другим тестом (ПРОФІ). При двох позитивних тестах пацієнт отримує після-тестове консультування та активно (ескортування, або повідомлення по телефону про виявлення пацієнта з ВІЛ-інфекцією) скеровується до кабінету Довіри.
4. 50% вузьких спеціалістів лікарні (7/14) пройшли навчання з КіТ та отримали відповідний сертифікат решта пройшла підготовку на тренінгах, які були проведені лікарем-інфекціоністом. Лише 30% (6/18) сімейних лікарів пройшли навчання з КіТ і отримали сертифікат і решта пройшла навчання, яке було проведено лікарем-інфекціоністом.
5. Протягом першого кварталу вузькими лікарями і сімейними лікарями було прийнято з первинним зверненням 1560 осіб з них пройшли обстеження на ВІЛ-інфекцію 96 пацієнтів (6,2%).
6. За звітний період було виявлено та взято на диспансерний облік в кабінеті Довіра 5 осіб.

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

1. Фахівці обмежені в часі для встановлення ризикованої поведінки пацієнтів.
2. Фахівцям важко задавати питання щодо поведінки пацієнтів.
3. Не всі спеціалісти проводять тестування (з 14 лише 5), інші забувають проводити обстеження на ВІЛ.
4. В порівнянні з попереднім періодом відмічається тенденція щодо збільшення кількості обстежень на ВІЛ по території (усі заклади), але відсутні дані по обстеженню в стаціонарних відділеннях.
5. Виявляємось ВІЛ-інфекції склала 5,2% з використанням швидких тестів, але тільки 30% (5 з 14) спеціалістів проводять обстеження

Дій: запишіть, що ви вирішили зробити – адаптувати, збільшити масштаб, перевірити за інших умов, прийняти зміну або облишити?

1. Продовжувати впровадження зміни з залученням усіх спеціалістів протягом наступного кварталу.
2. Провести навчання з використанням ролевих ігор з проведення скринінгу на ризиковану поведінку та до- та після-тестове консультування для членів команди з покращення. Охопити усіх протягом двох місяців по 10 осіб один раз на тиждень.
3. Замовити 200 тестів на другий квартал від НУО.

4. Провести зустріч з фахівцями які "забувають" проводити КіТ та за допомогою пошуку кореневих причин встановити, що є причинами такого забування та розробити план дій та перевірити його в малому масштабі. Оцінити отримані результати та адаптувати для наступних кроків. (ПРАД)

Показники (результат і процеси): *представити показники результату, які свідчать про те, чи досягли ви своєї мети, і показники процесу, які свідчать про те, чи досягли ви запланованої зміни?*

1. Кількість осіб, протестованих на ВІЛ вузькими спеціалістами та /або лікарями ПМСД за допомогою ШТ або забір крові на ІФА (з дезагрегацією за вузькими спеціалістами, лікарями ПМСД)
2. Кількість осіб, які були направлені до кабінету Довіра вузькими спеціалістами.
3. Кількість осіб, які дійшли до кабінету Довіра від вузьких спеціалістів
4. Відсоток осіб скерованих вузькими спеціалістами та/або лікарями ПМСД, які дійшли до кабінету «Довіра»

Інструменти збору даних для показників:

1. Щомісячна ф.1000
- 2 Щоквартальна ф 58.
3. Амбулаторна картка ф 025/0
4. Історія хвороби 003-5/0
5. Вузькі спеціалісти ведуть журнали ДКТ
6. Графіки що ведуть вузькі спеціалісти/або наставники (раз на місяць)

Прогноз:

1. Кількість представників груп ризику, які пройшли тестування на ВІЛ та знають свій позитивний ВІЛ статус збільшиться на 5% до 76% (602 особи від оціночного числа з розрахунку всіх сайтів) до 31 березня 2017

Розробка індикаторів результату та процесу проекту з покращення якості		
ОПИС		
Визначення:		
Чисельник:		
Знаменник:		
Одиниця вимірювання:		
ЗБІР ДАНИХ		
Джерело даних:		
Метод збору даних:		
Частота звітності:		
Особа(и) відповідальна за збір даних:		
ЦІЛІ		
Початкове 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 установи:		
Аналіз на рівні територіально-адміністративної одиниці (місто/район/область):		

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, 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**

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, ПРОТЕСТОВАНИХ НА ВІЛ.

1.1. КІЛЬКІСТЬ ОСІБ, ПРОТЕСТОВАНИХ НА ВІЛ	
Прогалина виявлення: частка ЛЖВ, які не знають свого ВІЛ-статусу.	
ОПИС	
<p>Визначення: показник відображає кількість осіб, які пройшли скринінгове тестування на ВІЛ на сайті, включаючи дітей, протестованих на сайті. Показник розраховується на базі кількості зразків крові з отриманим результатом (відповідь з лабораторії).</p>	
Одиниця вимірювання: кількість осіб.	
<p>Дезагрегація:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Вид тесту (ШТ – швидкий тест, ІФА/ІБ – імуноферментний аналіз/іmunний блот). 2. Споживачі наркотичних речовин ін'єкційним шляхом – СІН (код 102). 	
ЗБІР ДАНИХ	
Сайти збору даних: сайт АРТ, який проводить скринінгові тестування на ВІЛ.	
<p>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.</p>	
<p>Метод збору даних: 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 всіх рядків журналів № 498-9/о, № 510-6/о, які відповідали критеріям.</p>	
Частота звітності: щомісячно, щоквартально на рівні сайту АРТ.	
<p>Дата надання звітності: щомісяця до 7-го числа місяця, наступного за звітним місяцем; щоквартально до 10-го числа місяця, наступного за звітним кварталом.</p>	
Особа(и), відповідальна за збір даних: наставник з покращення якості в межах сайту АРТ за підтримки регіонального куратора з якості даних.	
ЦІЛІ	
Початкове значення індикатора	Цільове значення індикатора на кінець Проекту
Грудень 2015 року	
ОБМЕЖЕННЯ ДАНИХ	
<p>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, що особа може бути протестована, але не відмічена як така, що пройшла тестування на ВІЛ. Також деякі сайти не ведуть звітності про використання швидких тестів.</p>	

Приклад паспорта індикатору процесу

Якщо метою заходів з покращення якості медичної допомоги є збільшення кількості осіб які знають свій ВІЛ статус, а зміною що тестується є залучення вузьких спеціалістів та лікарів ПМСД до обстеження на ВІЛ за допомогою швидких тестів, індикатором процесу може бути: **КІЛЬКІСТЬ ОСІБ, ПРОТЕСТОВАНИХ НА ВІЛ ВУЗЬКИМИ СПЕЦІАЛІСТАМИ ТА/АБО ЛІКАРЯМИ ПМСД ЗА ДОПОМОГОЮ ШВИДКИХ ТЕСТІВ.**

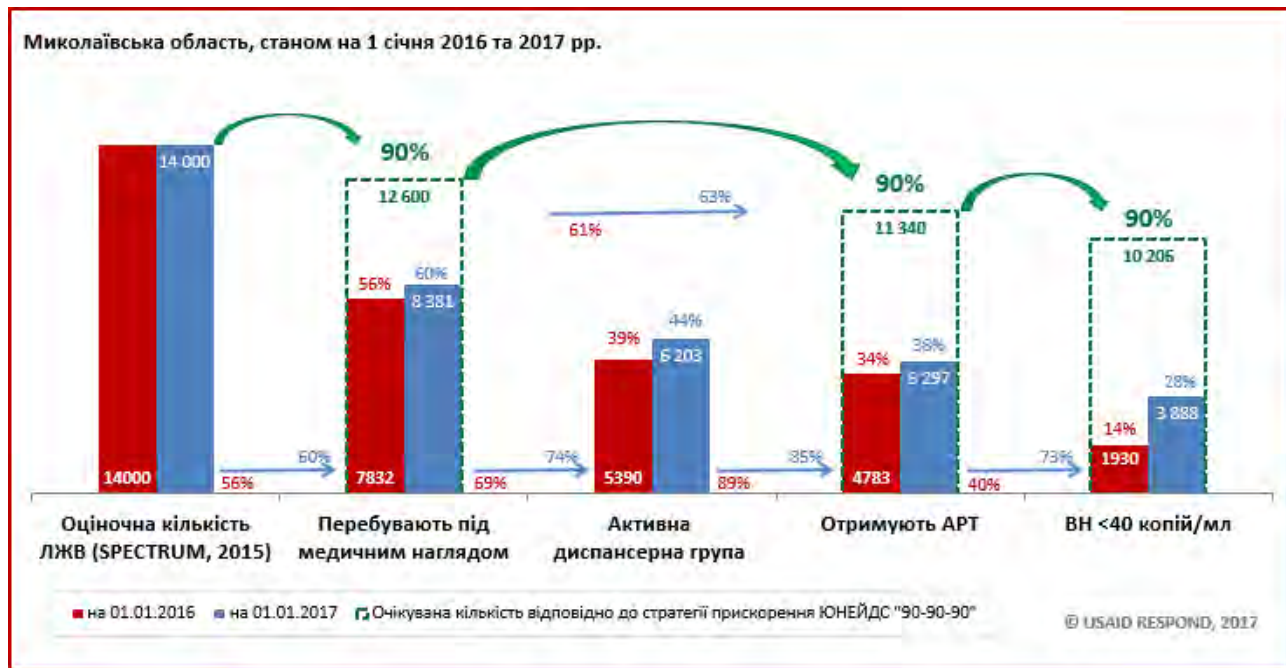
1.1. КІЛЬКІСТЬ ОСІБ, ПРОТЕСТОВАНИХ НА ВІЛ ВУЗЬКИМИ СПЕЦІАЛІСТАМИ ТА/АБО ЛІКАРЯМИ ПМСД ЗА ДОПОМОГОЮ ШВИДКИХ ТЕСТІВ
Прогалина виявлення: частка ЛЖВ, які не знають свого ВІЛ-статусу.
ОПИС
Визначення: показник відображає залучення до тестування на ВІЛ вузькими спеціалістами та/або лікарями ПМСД. Показник розраховується на базі кількості протестованих на ВІЛ за допомогою швидких тестів.
Одиниця вимірювання: кількість осіб.
Деагрегація: 1. Вузькі спеціалісти (спеціалізація лікаря), лікарі ПМСД
ЗБІР ДАНИХ
Сайти збору даних: робоче місце вузького спеціаліста та лікаря ПМСД, який проводить скринінгові тестування на ВІЛ за допомогою ШТ.
Джерела даних: (форма № 510-6/о) «Журнал реєстрації результатів досліджень за допомогою швидких тестів»; звіти про ШТ для АНФ.
Метод збору даних: 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 (вузькі спеціалісти та лікарі ПМСД) за підтримки регіонального куратора з якості даних.
Базове (початкове) значення індикатора: вказати дані за останній місяць до впровадження зміни. (Наприклад: грудень 2015 року – протестовано 0 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, що особа може бути протестована, але не відмічена як така, що пройшла тестування на ВІЛ. Також деякі сайти не ведуть звітності про використання швидких тестів.

Зміна: **Залучення лікарів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) до медичного нагляду за ЛЖВ**

Прогалина: **Залучення до системи медичних послуг**

Опис проблеми і завдання щодо покращення

У Миколаївській області станом на 1 січня 2016 року різниця між кількістю ЛЖВ на диспансерному обліку та активною диспансерною групою складала понад 2 400 осіб, або 31%. Завдання регіональної команди з покращення якості полягає у збільшенні активної диспансерної групи станом на березень 2017 року.



Системні питання та протестовані зміни

Регіональна команда з покращення якості у Миколаївській області визначила відсутність нагадувань пацієнтам про прийом на сайті АРТ як одну з ключових причин того, що пацієнти «випадають» з континууму послуг. Для вирішення даної проблеми було запроваджено систему відстеження пацієнтів. Вона орієнтована на тих, хто перебуває на диспансерному обліку, але не з'являється на прийом (прогалина в утриманні в системі послуг), а також на пацієнтів, які проживають у сільській місцевості або далеко від сайтів АРТ.

Впровадження системи відстеження/нагадування пацієнтам включало наступні кроки:

- Отримання згоди лікарів ПМСД у сільській місцевості на їх участь у поверненні до медичного нагляду пацієнтів, які з нього «випали».

- Складання фахівцями сайтів АРТ щомісячних списків пацієнтів, які пропускають прийом, з подальшою передачею цих списків до служби ПМСД.
- Домашні візити лікарів ПМСД до пацієнтів з метою нагадування про заплановані або пропущені прийоми на сайтах АРТ.

Запорукою успіху стали ефективна співпраця між керівництвом служб ПМСД та профілактики і боротьби зі СНІДом, чітко визначені стандарти та процедури, а також регулярні координаційні зустрічі фахівців обох служб.

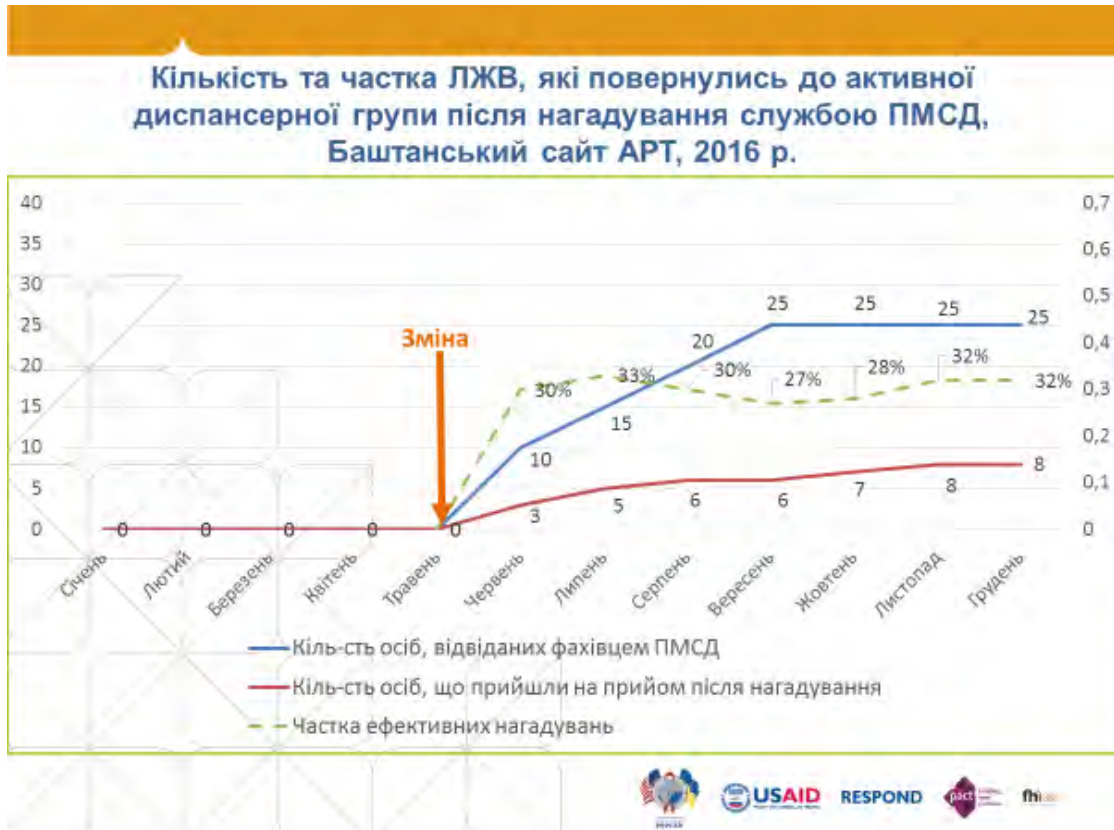
Масштаби заходів з покращення

Сім з одинадцяти сайтів АРТ у Миколаївській області впроваджували дану зміну: локальна команда у Баштанці розпочала впровадження у червні 2016 року, ще шість команд долучились із серпня 2016 року.

Заходи з покращення: опис та результати

Регіональна команда з покращення якості відстежувала впровадження зміни за двома індикаторами, представленими на графіку:

- Кількість ЛЖВ, відвіданих на дому фахівцями ПМСД з метою нагадування про прийом на сайті АРТ.
- Кількість пацієнтів, що прийшли на прийом після візиту лікаря.



Графік показує результати системи відстеження пацієнтів за сім місяців на Баштанському сайті АРТ. Впровадження описаної зміни сприяло зростанню на 30% частки ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом.

Як результат, на Баштанському сайті АРТ активна диспансерна група збільшилась із 52% від загальної кількості пацієнтів на диспансерному обліку у 2015 році до 91% у 2016 році.



Решта шість сайтів продемонстрували збільшення активної диспансерної групи від, у середньому, 73,4% у 2015 році до 83,4% у 2016.

Засвоєні уроки та наступні кроки

На рівні області дані зміни сприяли зменшенню прогалини у частці активної диспансерної групи від загальної кількості ЛЖВ з 31% у 2015 році до 26% до кінця 2016 року.



Систему відстеження пацієнтів буде інституціолізовано та поширено на інші 4 сайти АРТ. Окрім того, командою з покращення якості у Миколаївській області заплановано організацію видачі АРТ фахівцями ПМСД, додатково до системи нагадувань та відстеження пацієнтів.

Інструмент SMART Встановлення цілей / Визначення задач

Specific (конкретна)	Чи чітко визначено, що саме відноситься до даної мети? – 5W What (що?): Що саме я хочу досягти? Why (чому?): Навіщо мені та/або організації це потрібно? Who (хто?): Хто буде приймати участь у досягненні цілі? Where (де?): Де найкраще реалізувати завдання? Which (який?): Які вимоги та обмеження існують для виконання завдання?
Measureable (вимірювана)	Чи побачим і як виміряємо результати після завершення проекту? – визначення критеріїв оцінки успіху: в грошах, штуках, тестах, пацієнтах, історіях хвороби – як вам зручніше.
Achievable (досяжна) Agreed (доречна)	Чи можливо практично виконати заплановану роботу в повному об'ємі, не зважаючи на усі труднощі? – це не означає «синиця в руках», а скоріше мова йде про віру з досягнення мети – чи співпадає визначена мета з метою закладу, програми загалом?
Realistic (реалістична)	Як може бути досягнута поставлена мета? - аналіз необхідних ресурсів для її досягнення.
Time – bound (визначена у часі)	Коли необхідно завершити проект? – наявність терміну реалізації мети, графіку етапів її реалізації.

Якщо ви не сформулювали, які повинні бути результати, то вам не буде що вимірювати і ви не правильно виконаєте роботу.

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

S Конкретна	Що? - залучити до медичних послуг (взяття на ДО, призначення АРТ) ВІЛ-позитивних осіб Навіщо? – для збільшення 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 Вимір	Відсоток ОБМП - 90% (оціночна чисельність ОБМП – 2400, інфікованість ВІЛ 10%) - залучити 220.
A Досяжна	визначена мета співпадає з метою програми розширення медичних послуг з ВІЛ в районі
R – Реалістична	аналіз необхідних ресурсів для досягнення мети свідчить про її реалістичність
T Час	3 роки (2017 - 2020 роки)

SWOT – аналіз

- це процес встановлення зв'язків між найхарактернішими для організації слабкими та сильними сторонами, можливостями та загрозами, результати якого в подальшому можуть бути використані для постановки задач.

Сильні сторони – Strengths	Слабкі сторони – Weaknesses
Можливості – Opportunities	Загрози – Threats

ПРИКЛАД**ІДЕЯ ПОКРАЩЕННЯ:**

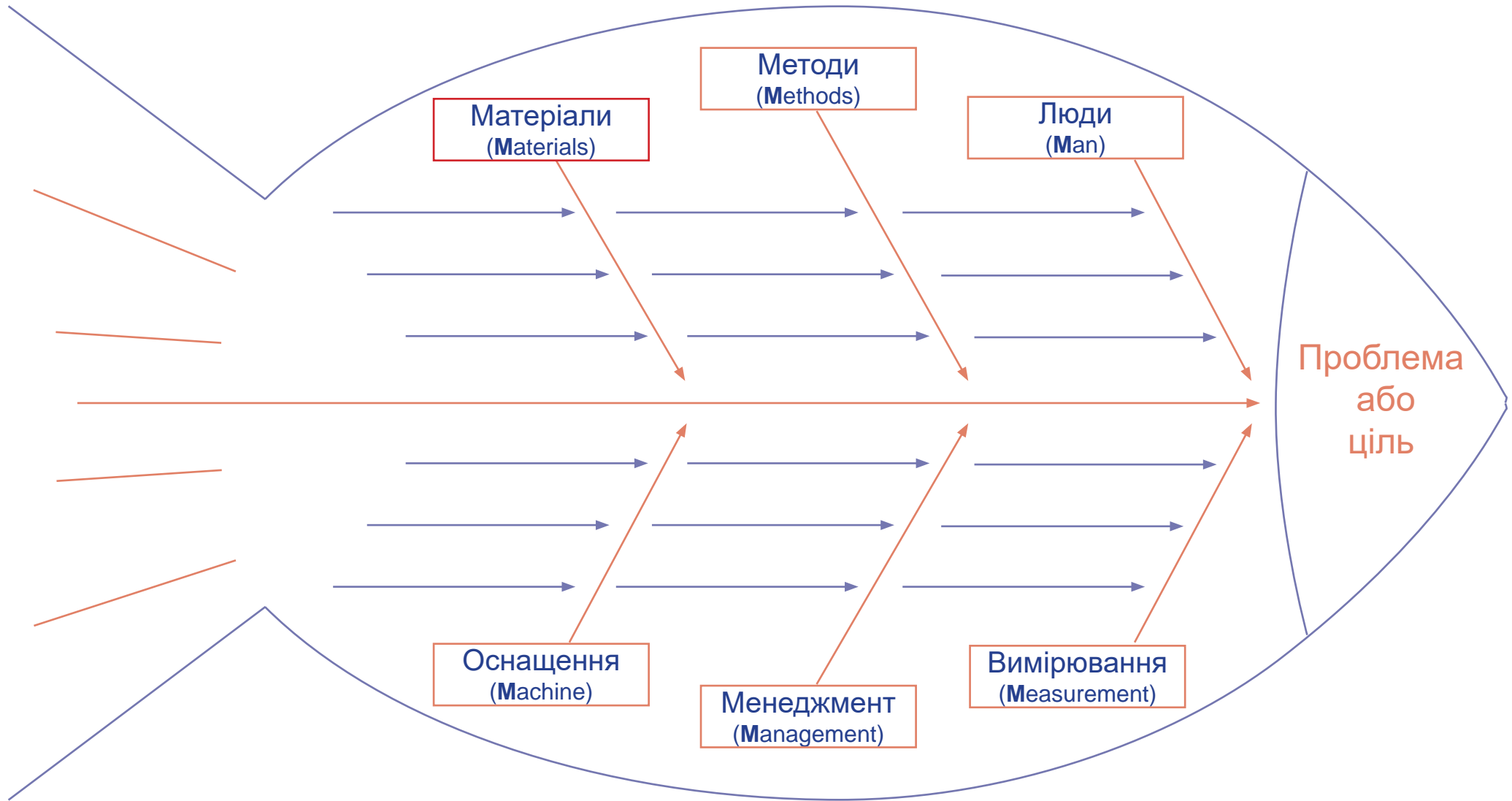
«Забезпечити покращення процесу постановки на диспансерний облік ВІЛ-позитивних пацієнтів»

<p style="text-align: center;">S – сильні сторони</p> <p>Кваліфікований персонал. Наявність ШТ Наявність лабораторій(б\х, клін., РІМА) Наявна діагностична база. Прихильність адміністрації. Локальні протоколи з визначеним маршрутом пацієнтів. Внутрішня нормативна база. Можливість придбання ШТ та витратних матеріалів</p>	<p style="text-align: center;">W –слабкі сторони</p> <p>Неукомплектованість штатних посад фізичними особами. Відсутність фінансування на реактиви для біохімічних досліджень. Віддаленість обласної діагностичної лабораторії.</p>
<p style="text-align: center;">O – можливості</p> <p>Співпраця з НОА. Забезпеченість ШТ, ІФА. Забезпеченість матеріалами. Мотиваційні набори. Співпраця з іншими ЛПЗ щодо доставки біоматеріалів та отримання результатів. Залучення ЗМІ до просвітницької роботи</p>	<p style="text-align: center;">T – загрози</p> <p>Прийняття діагнозу пацієнтом. Стигма. Недосконалість системи закупівель. Соціальний статус пацієнта. Зміна конфіденційності. Віддаленість лабораторії (дороги, транспорт).</p>

Додаток 6. Шаблон інструменту інструменту «Риб'ячий скелет» (fish-bone)

Оцінювання виробничих процесів.

Діаграма причинно-наслідкових зв'язків.



Під кожним «М» впишіть перелік

ДОДАТОК 6А Приклад застосування інструменту «Риб'ячий скелет» (fish-bone)



ДОДАТОК 7

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., Запорізька обл., Кіровоградська обл.)

Прогалина	Зміни
1. 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

ДОДАТОК 7

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., Запорізька обл., Кіровоградська обл.)

Прогалина	Зміни
	3.9. Взяття на АРТ при постановці на диспансерний облік
	3.10. Забезпечення якості з прихильності до АРТ - забезпечить 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 (звернуть 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

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: Кількість ВІЛ-позитивних, які стоять на обліку, кількість ВІЛ-позитивних активної диспансерної групи, потребують АРТ; кількість пацієнтів, з якими втрачений зв'язок, тощо	
3. Зустріньтеся з керівником Вашого закладу: проінформуйте, що відбуватиметься на зустрічі, запросіть керівника (по можливості), узгодьте з ним його роль (за необхідності)	
4. Зв'яжіться з членами вашої команди: повідомте про зустріч; узгодьте дату та час; складіть список закладів та ключових осіб	
5. Роздрукуйте щонайменше одну копію (по можливості): таблиці індикаторів, трьох циклів ПРАД з планування зміни, зборщик індикаторів за останній період	
6. Підготуйте: папір, маркери, стікери клейку стрічку (скотч).	
7. 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 с циклами ПРАД. ♦ Перешкоди для покращення.
45 хв	♦ Обговорення та аналіз динамічних графіків ♦ Аналіз взаємодії з НУО

15 хв	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Отримані уроки ♦ Обговорення наступних кроків команди
10 хв.	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Підведення підсумків. ♦ Погодження дати наступного візиту (через місяць) ♦ Список локальної команди (учасників зустрічі)

Список локальної команди

Район _____

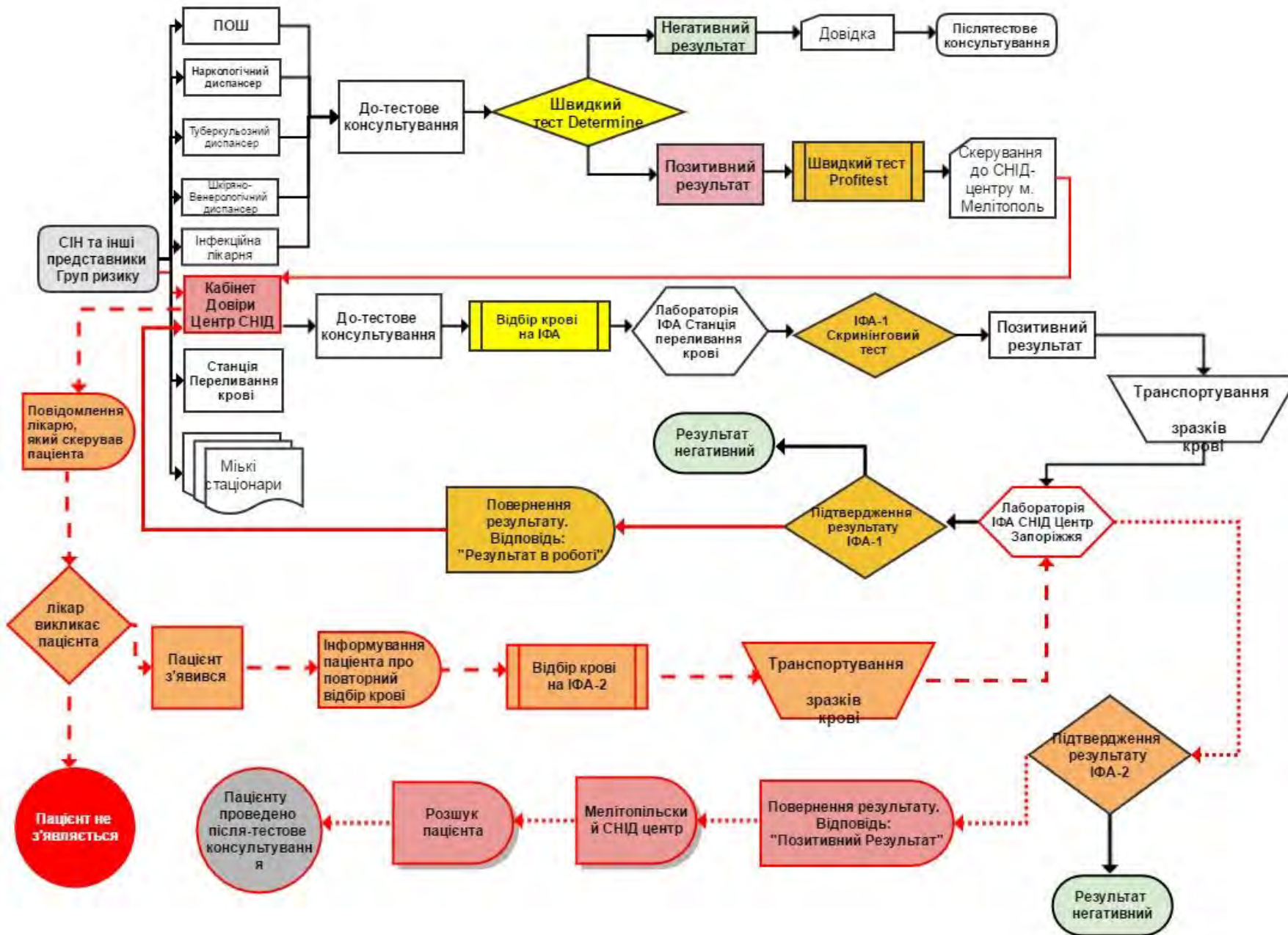
Наставник _____

Назва закладу/ організації	ПІБ фахівця	Посада	Телефон	Email

ДОДАТОК 10

Приклад аналізу процесних діаграм впровадження змін

Маршрут пацієнта (СІН та інші представники ГНР): тестування на ВІЛ в Мелітопольському районі Запорізькій області в 2014р.



Навчальна сесія з покращення
континууму ВІЛ-послуг у Запорізькій області

15-16 березня 2016 року
м. Запоріжжя

ПРОГРАМА СЕСІЇ

Вівторок		15 березня 2016 року
09:30 – 10:00	Реєстрація учасників зустрічі. Кава, чай. Підготовка дошок успіху	
10:00 – 10:10	Привітання <ul style="list-style-type: none">• Департамент охорони здоров'я Запорізької обласної адміністрації• КУ «Запорізький обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом» ЗОР	
10:10 – 10:30	Знайомство Цілі та завдання навчальної сесії Огляд програми <i>Дмитро Михайленко, RESPOND</i>	
10:30 – 11:00	Огляд очікувань PEPFAR <i>Олена Герасимова, RESPOND</i>	
11:00 – 11:20	Огляд моделі покращення якості <i>Олена Новічкова, RESPOND</i>	
11:20 – 11:50	Досвід впровадження змін з покращення континууму ВІЛ-послуг у м. Мелітополі та Мелітопольському районі <i>Лариса Саприкіна, КУ «Мелітопольський центр з профілактики та боротьби зі СНІДом» ЗОР</i>	
11:50 – 12:30	Процес тестування змін з покращення континууму ВІЛ-послуг у Запорізькій області та перші результати <i>Олена Велигодська, КУ «Запорізький обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом» ЗОР</i>	
12:30 – 13:30	Збір і використання даних та система моніторингу покращення: <ul style="list-style-type: none">• Коротка презентація RESPOND про необхідність моніторингу, який був ініційований <i>Марина Ніколко, RESPOND</i>• Коротка презентація куратора з якості даних про хід збору даних. <i>Тетяна Скибіна, КУ «Запорізький обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом» ЗОР</i>	

- Обговорення проблем/бар'єрів, пов'язаних зі збором даних

13:30 – 14:30	ОБІД
14:30 – 15:30	Презентації процесу впровадження змін локальними командами <ul style="list-style-type: none"> • Локальна команда Токмацького району • Локальна команда Пологівського району • Локальна команда м. Бердянськ • Локальна команда м. Енергодар <p style="text-align: right;"><i>Уляна Снідевич, RESPOND</i></p>
15:30 – 16:00	КАВА-ПАУЗА
16:00-17:00	Презентації процесу впровадження змін локальними командами <ul style="list-style-type: none"> • Локальна команда м. Мелітополя • Локальна команда м. Запоріжжя • Локальна команда Василівського району <p style="text-align: right;">Пленарне обговорення <i>Уляна Снідевич, RESPOND</i></p>
17:00 – 17:45	Презентація результатів опитування пацієнтів <i>Олена Новічкова, RESPOND</i>
17:45-18:00	Підсумки дня

ВЕЧЕРЯ

Середа

16 березня 2016 року

08:30 – 09:00	Огляд попереднього дня
09:00 – 10:45	Залучення до тестування та лікування СІН та їхніх статевих партнерів <ul style="list-style-type: none"> • Стратегії та підходи до залучення СІН у програми профілактики, догляду та підтримки, які використовують НУО <p style="text-align: right;"><i>Денис Тимофєєв, БФ «Все можливо»</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Робота в малих групах • Обговорення в локальних командах • Пленарне обговорення <p style="text-align: right;"><i>Дмитро Михайленко, RESPOND</i></p>
10:30 – 11:15	КАВА-ПАУЗА
11:15 – 13:15	Планування змін локальними командами <i>Робота в локальних командах</i> <p style="text-align: right;"><i>Уляна Снідевич, RESPOND</i></p>
13:15 – 14:00	ОБІД
14:00 – 14:30	Визначення наступних кроків щодо впровадження змін з покращення якості

Групове обговорення

14:30 – 16:00

Аналіз випадку
Практикум

16:00-16:15

Підведення підсумків

16:15

Кава та від'їзд

Типова посадова інструкція 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 ж особа призначена керівником закладу з числа посадовців, які можуть приймати рішення на рівні підрозділу, чи закладу.

2. Завдання та обов'язки

- 2.1. Надає підтримку з поліпшення якості у формі навчання, сприяння заходам з поліпшення, надання консультацій в конкретних випадках командам з поліпшення;
- 2.2. Скеровує команду у визначенні мети та завдань поліпшення, а також в процесі розробки і вдосконалення дорожньої карти;
- 2.3. Проводить зустрічі команди з поліпшення якості (не рідше одного разу на місяць).
- 2.4. Оцінює їх діяльність, переглядає робоче навантаження і надає конструктивний зворотній 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 та тестуванні змін та документуванні процесу їх втілення;
- 2.8. Підтримує регулярний зв'язок з членами команди через різні засоби зв'язку (електронну пошту, дзвінки, зустрічі);
- 2.9. Сприяє команді у плануванні і розширенні використання кращих практик;
- 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 пацієнтів тощо)
- 2.12 Визначає проблеми у діяльності команди з ПЯ та сприяє їх вирішенню;
- 2.13 Проводить оцінку зусиль з ПЯ та сприяє поширенню накопиченого досвіду.

3. Знання, навички та вміння

- 3.1 Досвід проведення навчання на робочих місцях і навчання медичного персоналу
- 3.2. Досвід роботи в управлінні у сфері охорони здоров'я
- 3.3. Знання моделі поліпшення якості та інструментів .