

unit, stages and frequency of its reorganization formation. Also the importance of extracorporeal detoxification methods is reflected.

Keywords: *history of unit, hemosorption, plasmapheresis, ultraviolet blood irradiation, ultrafiltration, hemodialysis, hemodiafiltration, therapeutic system to maintain liver function, renal failure, toxemia, efferent therapies.*

УДК 614.2:006.1(477)

Розроблення та впровадження індикаторів якості оцінки медичної допомоги військовослужбовцям з артеріальною гіпертензією

Г.З. МОРОЗ, Т.А. БІБІК, І.М. ТКАЧУК

Резюме. *У статті узагальнено результати використання індикаторів якості для оцінки медичної допомоги військовослужбовцям з артеріальною гіпертензією на амбулаторному етапі.*

Ключові слова: *індикатори якості, медична допомога, артеріальна гіпертензія, військовослужбовці*

Питання якості медичної допомоги посідають пріоритетне місце серед напрямків розвитку медицини в Україні. Наказ Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України № 454 від 1 серпня 2011 р. «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 р.» передбачає забезпечення нормативно-правової підтримки під час впровадження політики якості у систему надання медичної допомоги. Проте багато питань потребують розроблення і уточнень. Визначальними характеристиками якості є адекватність, доступність, послідовність і безперервність, безпека, результативність, ефективність, дієвість, своєчасність, задоволення очікувань і потреб, стабільність процесу і результату, постійне вдосконалення та поліпшення [2]. Актуальні питання управління якістю медичної допомоги активно розробляють у Головному військово-медичному клінічному центрі «Головний військовий клінічний госпіталь» (ГВМКЦ «ГВКГ») та в інших військових медичних закладах [1, 3, 5]. Система забезпечення якості та ефективності медичної допомоги у військових лікувально-профілактичних закладах складається з двох основних елементів: заходів із контролю стану якості та ефективності медичної допомоги в лікувально-профілактичних закладах і заходів, спрямованих на поліпшення якості та ефективності медичної допомоги [3]. Актуальною лишається проблема розроблення та викорис-

тання індикаторів для оцінки якості медичної допомоги з урахуванням вимог доказової медицини.

Мета: провести оцінку лікування військовослужбовців з артеріальною гіпертензією (АГ) за допомогою використання індикаторів якості медичної допомоги (ІЯМД).

Матеріали і методи

Проведено оцінку якості надання медичної допомоги в умовах денного стаціонару (ДС) клініки амбулаторної допомоги (КАД) ГВМКЦ «ГВКГ» військовослужбовцям з АГ за допомогою використання ІЯМД.

ІЯМД було розроблено на підставі аналізу відібраних методом випадкової вибірки 92 медичних карток стаціонарних хворих (1-ше дослідження).

Через 3 міс. було проведено 2-ге дослідження: аналіз 61 медичної картки хворих з АГ, яким надавали медичну допомогу в умовах ДС у КАД ГВМКЦ «ГВКГ», з використанням ІЯМД. За результатами дослідження сформовано комп'ютерну базу даних.

Для формування бази даних і статистичної обробки результатів використано програму Microsoft Excel 2007. Статистичний аналіз отриманого матеріалу проводили за допомогою методу оцінки достовірності, що базується на розподілі різниці відносних частот.

Результати та їх обговорення

До методології оцінки якості медичної допомоги великий внесок зробив А. Donabedian, який запропонував трикомпонентну модель оцінки якості, яку використовують і зараз [13]:

- оцінка структури – характеристика умов, в яких надають медичну допомогу;
- оцінка процесу – тип допомоги, яку надають у цих умовах;
- оцінка кінцевого результату – стан хворого після медичного втручання.

Одне з основних питань – розроблення ІЯМД. Для аналізу необхідно використовувати параметри, які можна узагальнити та якість яких не викликає сумніву. Тому питання оцінки якості медичної допомоги тісно пов'язані з питаннями стандартизації в медицині [9, 12].

В Україні цей підхід тільки починає розвиватись. Розроблено та затверджено відповідними наказами МОЗ України клінічні протоколи ведення хворих за окремими спеціальностями, проте в них чітко не визначено клінічні ІЯМД. Певних результатів було досягнуто під час виконання в Україні проекту ТАСІС під егідою Європейського Союзу «Підтримка розвитку системи медичних стандартів в Україні». У рамках виконання проекту на основі доказової медицини, ураховуючи світовий досвід, у тісній

співпраці з МОЗ України було розроблено і опубліковано медичні стандарти [6]. Під час створення медичних стандартів в їхню структуру закладають систему клінічних індикаторів, які відповідають критеріям якості.

ІЯМД – показник, який визначають ретроспективно для оцінки наданої медичної допомоги, стосовно якого існують докази чи консенсус щодо його безпосереднього впливу на якість медичної допомоги [9]. Використання клінічних ІЯМД регламентовано наказом МОЗ України № 795/75 від 3 листопада 2009 р. «Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина друга)». Наказом МОЗ України, НАМН України від 11 травня 2011 р. № 141/21 затверджено методичні рекомендації «Уніфікована методика розробки індикаторів якості медичної допомоги», у яких зазначено, що для кожної служби на кожній території для кожного типу лікувальної установи, поряд із загальноприйнятим переліком, мають бути свої індикатори, що дозволяють оцінювати виконання актуальних для них завдань.

З урахуванням вимог доказової медицини нами розроблено підходи до оцінки якості медичної допомоги хворим з АГ в умовах КАД ГВМКЦ «ГВКГ».

Якість лікування АГ залежить від впровадження у клінічну практику рекомендацій, яких відповідають сучасному науково доведеному рівню допомоги пацієнту. Результати досліджень, які відповідають критеріям доказової медицини, показали, що виконання рекомендацій з лікування АГ призводить до суттєвого зменшення ускладнень, пов'язаних з АГ, та смертності [1]. Тому під час визначення ІЯМД особливу увагу було приділено дотриманню лікарями вимог доказової медицини. Для підвищення поінформованості лікарів щодо сучасних вимог до лікування АГ нами було розроблено та запроваджено методичні рекомендації «Організаційно-методичні підходи щодо впровадження заходів вторинної профілактики АГ у військовослужбовців на засадах доказової медицини» [7]. Крім того, важливе місце відведено забезпеченню обов'язкового обсягу надання медичної допомоги: наявність у медичних картках стаціонарного хворого «Карти оцінки чинників ризику (ЧР) серцево-судинних ускладнень та їх корекції у хворих з АГ (доповнення до медичної карти стаціонарного хворого)», відмітки про отримання пацієнтом інформаційного листа «Рекомендації для пацієнта з АГ для профілактики серцево-судинних ускладнень», консультації з модифікації способу життя та відмови від тютюнокуріння, дотримання програми обстеження та лікування. До ІЯМД, які визначають результат, належать такі показники, як досягнення цільових рівнів артеріального тиску (АТ) та загального холестеролу (ХС), що відповідає вимогам доказової медицини (табл. 1).

Індикатори якості медичної допомоги хворим з АГ

№ з/п	Клінічні індикатори
1.	Заповнено і внесено до карточки «Карту оцінки ЧР»
2.	Дотримання програми обстеження
Наявність у медичних картках відмітки про призначення корекції ЧР:	
3.	Консультація з модифікації стилю життя
4.	Консультація з відмови від тютюнокуріння
5.	Відмітка про отримання пацієнтом «Інформаційного листа»
6.	Відмітка про диспансерне обстеження
Медикаментозна корекція:	
7.	Антигіпертензивні препарати I ряду
8.	Гіполіпідемічні препарати
9.	Ацетилсаліцилова кислота (АСК)/клопідогрел
10.	Досягнення цільового АТ
11.	Досягнення цільового рівня загального ХС
Виникнення ускладнень:	
12.	Гіпертензивний криз
13.	Інфаркт міокарда
14.	Інсульт
	Інші:

Якість надання медичної допомоги оцінювали з використанням класичного підходу – аналізу медичних карт стаціонарних хворих, що проходили лікування в умовах денного стаціонару КАД. При цьому особливу увагу приділено аналізу клінічних індикаторів структури і процесу, що і визначає якість надання медичної допомоги. Клінічні індикатори результату й ускладнення краще відображають ефективність медичної допомоги і залежать не тільки від якості надання медичної допомоги, але й від низки інших чинників, насамперед від індивідуальних характеристик хворого, його прихильності до лікування, віку, наявності коморбідних розладів і супутньої патології.

Проведено оцінку надання медичної допомоги військовослужбовцям з АГ за результатами впровадження методичних рекомендацій з використанням ІЯМД (табл. 2). Для цього до та після впровадження проаналізовано відповідно 92 та 61 медичну картку пацієнтів, що лікувались в ДС КАД ГВМКЦ «ГВКГ».

**Оцінка медичної допомоги хворим з АГ
з використанням індикаторів якості (%)**

№ з/п	ІЯМД	1-ше дослідження	2-ге дослідження
1.	Заповнено і внесено до карточки «Карту оцінки ЧР»	0	100
2.	Дотримання програми обстеження	44,6	85,9*
Наявність у медичних картках відмітки про призначення корекції ЧР			
3.	Консультація з модифікації стилю життя	5,4	96,7*
4.	Консультація з відмови від тютюнокуріння	3,3	69,6*
5.	Відмітка про отримання пацієнтом «Інформаційного листа»	0	73,8*
Медикаментозна корекція			
6.	Антигіпертензивні препарати I ряду	96,7	95,1
7.	Гіполіпідемічні препарати	25	41**
8.	АСК/клопідогрел	34,8	67,2*
9.	Досягнення цільового АТ	95,6	95,1

Примітка.* Вірогідність різниці порівняно з 1-м дослідженням $p < 0,001$.** Вірогідність різниці порівняно з 1-м дослідженням $p < 0,05$.

Під час 1-го аналізу медичних карток було визначено, що лікування АГ проводили без урахування ЧР серцево-судинних захворювань (ССЗ) та визначення індивідуального ризику серцево-судинних ускладнень. Переважна більшість пацієнтів отримували антигіпертензивні препарати 1-го ряду з метою зниження АТ, тільки 5,4% хворих поряд з антигіпертензивною терапією отримували поради щодо модифікації способу життя та 3,3% – щодо відмови від тютюнокуріння (див. табл. 2).

Крім того, ми проаналізували недоліки, виявлені у виконанні програми обстеження хворих з АГ (табл. 3).

Як видно із даних табл. 3, впровадження методичних рекомендацій сприяло достовірному покращенню якості обстеження пацієнтів з АГ.

Модифікація стилю життя є першочерговим заходом для всіх хворих з АГ і передбачає усунення ЧР ССЗ, які можливо модифікувати (тютюнокуріння, надмірне вживання алкоголю, низька рухова активність, підвищене споживання солі та підвищена маса тіла) [4, 10, 14].

Основні недоліки у виконанні програми обстеження хворих з АГ (%)

№ з/п	Назва недоліку	1-ше дослідження	2-ге дослідження
1.	Відсутність дослідження ліпідного профілю	38	4,9*
2.	Відсутність дослідження рівня глюкози в крові	35,9	11,5*
3.	Відсутність ультразвукового дослідження нирок та щитовидної залози	10,9	0*
4.	Відсутність ехокардіографічного дослідження	22,8	0*

Примітка. * Вірогідність різниці порівняно з 1-м дослідженням, $p < 0,001$.

Під час 2-го дослідження було встановлено, що 96,7% пацієнтам лікарі призначали модифікацію способу життя (порівняно з 1-м дослідженням, $p < 0,001$), 73,8% пацієнтам для підвищення поінформованості надавали «Інформаційний лист». Під час 1-го дослідження у переважній більшості (96,7%) медичних карток були відсутні відомості щодо статусу куріння у хворих з АГ, і тільки у 3,3% випадків надано консультативну допомогу з відмови від тютюнокуріння. Порівняно з попереднім дослідженням, 2-ге дослідження виявило достовірне ($p < 0,001$) збільшення кількості випадків консультативної допомоги курцям з АГ (див. табл. 2).

З позиції доказової медицини, медикаментозне лікування хворих з АГ базується на призначенні антигіпертензивних препаратів I ряду, статинів та антиагрегантів [11]. Антигіпертензивна терапія передбачає зниження АТ до цільового рівня, що забезпечує зниження ризику ССЗ та уповільнення прогресування ураження органів-мішеней [8]. Не виявлено достовірної різниці ($p > 0,05$) у призначенні антигіпертензивних препаратів 1-го ряду у 1-му та 2-му дослідженнях та досягненні цільового рівня АТ (95,6% порівняно з 95,1% відповідно, $p > 0,05$).

Проте у 2-му дослідженні достовірно збільшилась кількість призначень антиагрегантних препаратів та статинів (див. табл. 2), що можна пояснити визначенням ризику розвитку ССЗ та розробленням індивідуальної лікувальної стратегії лікування АГ.

Під час 1-го та 2-го дослідження ми не аналізували такі ІЯМД, як «наявність у медичних картках відмітки про проведену диспансеризацію» та «досягнення цільового рівня ХС». Це зумовлено тим, що ми оцінювали якість лікування пацієнтів, яке проводили в умовах ДС (впродовж 2–3 тижнів). У подальшому дослідження буде продовжено.

Висновки

1. Показано, що використання індексів якості медичної допомоги у хворих з АГ дозволяє в динаміці аналізувати відповідність надання медичної допомоги вимогам доказової медицини, своєчасно виявляти проблеми і вносити корективи в організацію лікувально-діагностичної роботи.

2. Доведено підвищення якості надання медичної допомоги військово-службовцям з АГ: достовірно підвищилась якість проведення обстеження ($p < 0,001$); для кожного пацієнта визначено ризик розвитку серцево-судинних ускладнень та розроблено індивідуальну програму лікування. Модифікацію способу життя призначено 96,7% пацієнтам ($p < 0,001$ порівняно з 1-м дослідженням). Покращилось лікування асоційованих станів, підвищилась частота призначення антиагрегантних препаратів (з 34,8% у 1-ому дослідженні до 67,2% у 2-му дослідженні, $p < 0,001$) та статинів (з 25 до 41%, $p < 0,05$), що дає змогу рекомендувати впровадження розроблених медико-організаційних заходів в роботу лікувально-профілактичних закладів Збройних сил України.

Література

1. Безюк Н.Н. Что такое хорошо и что такое плохо, или Как оценить качество лечения артериальной гипертензии / Н.Н. Безюк // Здоров'я України. – 2008. – № 18 (199). – С. 52–53.
2. Глоссарий. Россия – США. – 1991. – 61 с.
3. Голик Л.А. Управління якістю медичної допомоги – стратегія оптимізації діяльності військових лікувально-профілактичних закладів України / Л.А. Голик, Я.Ф. Радиш // Військова медицина України. – 2002. – № 1. – С. 16–22.
4. Горбась І.М. Фактори ризику серцево-судинних захворювань: поширеність і контроль / І.М. Горбась // Здоров'я України. – 2007. – № 21/1 (додатковий). – С. 62–63.
5. Карташов В.Т. Управление качеством диспансеризации военнослужащих Вооруженных Сил РФ и офицеров запаса (в отставке) / В.Т. Карташов // Международная научно-практическая конф. «Управление качеством медицинской помощи на основе стандартизации и доказательной медицины». – Красногорск, 2004. – С. 29–39.
6. Медичні стандарти первинної і вторинної медичної допомоги населенню / під заг. ред. Г. Росс та ін. / NICARE. – К., 2006. – 238 с.
7. Мороз Г.З. Організаційно-методичні підходи щодо впровадження заходів вторинної профілактики артеріальної гіпертензії у військовослужбовців на засадах доказової медицини: методичні рекомендації / Г.З. Мороз, Т.А. Бібік, І.М. Ткачук. – К., 2008. – 26 с.
8. Несукай Е.Г. Статины в лечении кардиоваскулярной патологии / Е.Г. Несукай // Здоров'я України. – 2009. – № 11–12 (216–217). – С. 23.
9. Посібник для розробників клінічних рекомендацій / медичних стандартів / під заг. ред. О.М. Новічкова, Г. Росс, А.В. Степаненко / NICO. – 2007. – 71 с.

10. Рекомендації Української Асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії: посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії / Є.П. Свіщенко та ін. – 4-те вид. – К. : ПП ВМБ, 2008. – 80 с.

11. Сіренко Ю.М. Гіпертонічна хвороба й нирки: як лікувати більш ефективно / Ю.М. Сіренко // *Новости медицины и фармации*. – 2008. – № 19 (261). – С. 20–22.

12. Степаненко А.В. Медицинская стандартизация в Украине: процесс начался? / А.В. Степаненко // *Здоров'я України*. – 2008. – № 10. – С. 37.

13. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? / A. Donabedian // *JAMA*. – 1988. – V. 260. – P. 1743–1748.

14. 2007 European Society of Hypertension – European Society of cardiology guidelines for management of arterial hypertension // *J. Hypertension*. – 2007. – Vol. 25. – P. 1105–1187.

**Разработка и внедрение индикаторов качества
для оценки медицинской помощи военнослужащим с артериальной гипертензией**

Г.З. МОРОЗ, Т.А. БИБИК, И.М. ТКАЧУК

Резюме. *В статье обобщены результаты использования индикаторов качества для оценки медицинской помощи военнослужащим с артериальной гипертензией на амбулаторном этапе.*

Ключевые слова: *индикаторы качества, медицинская помощь, артериальная гипертензия, военнослужащие*

**Development and implementation of quality indicators
for evaluation of health care for military personnel with hypertension**

G. MOROZ, T. BIBIK, I. TKACHUK

Summary. *The article summarized the results of using quality indicators for evaluation of health care for military personnel with hypertension.*

Keywords: *quality indicators, health care, hypertension, military personnel.*