

І.Г. Мудренко

**АНАЛІЗ ЯКОСТІ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ  
У СУМСЬКОМУ ОБЛАСНОМУ КЛІНІЧНОМУ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНОМУ ДИСПАНСЕРІ  
ЗА 2012–2014 РОКИ ТА КРИТЕРІЇ ЇЇ ОЦІНКИ**

Сумський державний університет, м. Суми

mudrenko\_sopnd@mail.ru

**Ключові слова:**

психіатрична допомога, якість лікування, контроль якості, внутрішній аудит, індикатори якості, показники результативності, показники дефектів, модель кінцевих результатів.

Метою даного дослідження стало вивчення динаміки індикаторів якості надання медичної допомоги хворим психіатричного профілю в Сумському обласному клінічному психоневрологічному диспансері протягом 2012–2014 років. Ми вивчали наступні показники діяльності (індикатори): летальність, захворюваність, поширеність психічних хвороб серед населення міста Суми, первинний вихід на інвалідність, обіг ліжка, тривалість лікування, кількість скарг на медичну допомогу на підставі анонімного анкетування. Як джерело інформації використовували первинну медичну документацію (історії хвороби, амбулаторні картки) та статистичні звіти за визначений період часу. Аналіз результатів свідчить про високу якість лікування, низьку летальність, але спостерігається ріст первинного виходу на інвалідність протягом останніх років у зв'язку з недофінансуванням закладу на медикаменти та низькою соціальною захищеністю психічно хворих. Впровадження аудиту індикаторів якості дасть змогу домогтися максимального рівня Стандарту надання медичної допомоги, рекомендованого Міністерством охорони здоров'я України.

Контроль якості – обов'язкова складова лікувально-діагностичного процесу, що ґрунтується на принципі зворотного зв'язку між пацієнтом (користувачем послуг) та суб'єктом управління (надавачем послуг). За допомогою оцінки якості визначається рівень відповідності наданої медичної допомоги в кожному окремому випадку або в цілому стандартам медичних технологій, очікуванням та потребам пацієнтів. Для кожної нозології рекомендується визначати свої (специфічні) індикатори якості [1, 2]. Зовнішній контроль якості проводиться шляхом акредитації та ліцензування закладів охорони здоров'я, внутрішній – шляхом аудиту та моніторингу індикаторів якості. Моніторинг індикаторів якості медичної допомоги дає змогу визначити найслабші ланки в організації лікувально-діагностичного процесу та удосконалити його.

Законодавчим підґрунтям аудиту є наступні накази Міністерства охорони здоров'я України: «Про порядок контролю якості медичної допомоги» від 28.09.2012 року № 752; «Про затвердження концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» від 01.08.2011 № 454; «Про затвердження індикаторів якості медичної допомоги» від 02.11.2011 року № 743; «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги» від 11.09.2013 № 795.

Оцінювали якість роботи за кінцевим результатом з урахуванням динаміки основних показників діяльності (індикаторів якості медичної допомоги) диспансеру у співвідношенні до моделей кінцевих результатів (МКР). Основу МКР склали загалом показники, які характеризують роботу диспансеру та структурних підрозділів з урахуванням дотримання стандартів якості лікувально-профілактичної роботи.

Для цього ми використовували два різновиди показників (індикаторів): показники результативності (ПР) і показники дефектів (ПД).

Ці показники відображають для кожного підрозділу ступінь досягнення поставлених цілей та виконання основних функцій шляхом визначення відповідності реально досягнутих ПР запланованим нормативним значенням.

Контроль якості проводили на всіх етапах надання медичної допомоги. Етапи контролю:

Перший етап – рівень самоконтролю, здійснюється лікарем, який веде перевірку виконання профілактичних, лікувальних, реабілітаційних заходів відповідно до затверджених стандартів.

Другий етап – здійснюється завідувачем структурного підрозділу, який оцінює якість обстеження, лікування та реабілітації всіх хворих, які закінчили лікування, з урахуванням вимог затверджених стандартів, локальних клінічних протоколів та маршрутів пацієнта.

Третій етап – здійснюється медичною радою внутрішнього контролю та управління якістю медичної допомоги шляхом експертної оцінки 10% медичних карт хворих, які закінчили лікування. На розгляд ради зазвичай виносяться всі випадки летальності та ускладненого перебігу захворювань; випадки надання медичної допомоги, які супроводжуються скаргами хворих та/або їхніх родичів; випадки подовженого терміну тимчасової втрати працездатності; випадки суїцидів, суспільно-небезпечних дій серед психічно хворих, які перебувають на обліку в закладі; первинного виходу на інвалідність [3, 4].

Порівняння показників якості, які враховуються на другому та третьому рівнях контролю, дає змогу оцінити

якість контролю з боку завідувача структурного підрозділу. Оцінка структурного підрозділу у цілому на третьому рівні контролю здійснюється шляхом порівняння досягнутих результатів з нормативними значеннями показників результативності МКР з урахуванням ПД. Результати третього рівня контролю розглядаються на оперативних нарадах у головного лікаря (оформляються протоколи) – четвертий рівень контролю.

Зовнішній контроль за якістю надання допомоги в закладі проводиться клініко-експертною комісією управління охорони здоров'я за спеціальністю «Психіатрія» та шляхом акредитації та ліцензування закладу. Лікуючі лікарі, завідувачі відділень, заступник головного лікаря з медичної частини проводять оцінку надання допомоги пролікованим пацієнтам заповнюючи карту експертної оцінки різного рівня контролю I, II, III.

**Метою дослідження** є моніторингування кількісних показників діяльності Сумського обласного клінічного психоневрологічного диспансеру впродовж 2012–2014 років та вивчення суб'єктивної думки користувачів психіатричної допомоги шляхом анонімного анкетування (якісний показник).

## Матеріали та методи дослідження

У закладі визначені наступні індикатори якості медичної допомоги.

### I. Для амбулаторної служби

#### 1. Показники результативності (кількісні індикатори якості):

- захворюваність на психічні розлади;
- поширеність розладів психіки та поведінки;
- первинний вихід на інвалідність.
- повнота охоплення диспансерним наглядом хворих з окремими захворюваннями:
- всього з психічними розладами:
  - в т. ч. шизофренія;
  - розлади психіки та поведінки внаслідок епілепсії.

#### 2. Показники дефектів (якісні індикатори):

- задоволеність наданням амбулаторної допомоги (за даними анкетування);
- частота скарг на медичну допомогу (за даними анкетування);

### II. Для стаціонарної допомоги

#### Показники результативності (кількісні індикатори якості):

- летальність у стаціонарі;
- кількість пролікованих хворих;
- обіг ліжка;
- середня тривалість лікування хворого на ліжку;
- середнє число днів роботи ліжка;

#### Показники дефектів (якісні індикатори):

- частота скарг на медичну допомогу в стаціонарі (за даними соціологічних досліджень);
- задоволеність наданням медичної допомоги (за даними соціологічних досліджень).

**Джерела інформації для обрахунку індикаторів:** медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о); медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о), контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о), статистична карта хворого, який вибув із психіатричного (наркологічного) стаціонару (форма 066-1/о), звіт про захворювання осіб

з розладами психіки та поведінки (форма № 10), затверджений наказом МОЗ від 10.07.2007 р. № 378, звіт про захворювання, зареєстровані у пацієнтів, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу (форма № 12), затверджений наказом МОЗ від 10.07.2007 р. № 378, звіт лікувально-профілактичного закладу (форма № 20), затверджений наказом МОЗ від 10.07.2007 р. № 378.

Усім пацієнтам (їх законним представникам) під час перебування в стаціонарі або при проведенні амбулаторного лікування пропонували заповнити «Анкету анонімного опитування» для з'ясування їх задоволеності умовами перебування в лікарні, ставленням персоналу, якістю обстеження та лікування. За даними соціологічного опитування визначали суб'єктивну думку пацієнтів про якість надання медичної допомоги (якісний індикатор надання медичної допомоги) [2, 3].

### Формули, за якими проводилися розрахунки:

#### 1. Летальність

$$\frac{\text{Число хворих, які померли в лікарні (відділенні)}}{\text{Загальне число (виписаних + померлих)}} \times 100.$$

#### 2. Обіг ліжка

$$\frac{\text{Число госпіталізованих (напівсума госпіталізованих, виписаних і померлих хворих у лікарні (відділенні))}}{\text{Середньорічне число ліжок}}$$

#### 3. Середня тривалість лікування

$$\frac{\text{Число ліжко-днів, проведених виписаними хворими}}{\text{Число виписаних хворих}}$$

#### 4. Середнє число днів роботи ліжка

$$\frac{\text{Число ліжко-днів, проведених усіма хворими}}{\text{Середньорічна кількість ліжок}}$$

#### 5. Повнота охоплення хворих диспансерним наглядом

$$\frac{\text{Число хворих на окрему хворобу, що перебувають на диспансерному обліку на початок року + число взятих на облік протягом року - число знятих з обліку}}{\text{Число зареєстрованих хворих на дану хворобу}} \times 100.$$

#### 6. Первинний вихід на інвалідність

$$\frac{\text{Кількість осіб, які вперше визнані інвалідами}}{\text{Середньорічна численність населення}} \times 100000.$$

#### 7. Захворюваність

$$\frac{\text{Загальна кількість осіб, зареєстрованих з вперше в житті встановленим діагнозом}}{\text{Середньорічна численність населення}} \times 100000.$$

#### 8. Поширеність

$$\frac{\text{Число первинних звернень у році}}{\text{Середньорічна численність обслуговуваного населення}} \times 100000.$$

#### 9. Задоволеність наданням медичної допомоги (за даними соціологічних досліджень)

$$\frac{\text{Кількість осіб, задоволених наданням допомоги}}{\text{Кількість наданих анкет}} \times 100000.$$

#### 10. Частота скарг на медичну допомогу (за даними соціологічних досліджень)

$$\frac{\text{Кількість осіб, які поскаржилися на медичну допомогу}}{\text{Кількість наданих анкет}} \times 100\%.$$

## Результати та їх обговорення

У 2014 році розроблено клінічні індикатори якості медичної допомоги та затверджено порядок їх моніторингу у відповідності до наказу МОЗ №795 від 11.09.2013 з метою оцінки досягнення рекомендованого рівня медичної допомоги з окремих нозологій.

У таблиці 1 наведено результати аналізу діяльності Сумського обласного клінічного психоневрологічного диспансеру в динаміці за останні три роки згідно з визначеними нами індикаторами якості медичної допомоги.

Аналіз кінцевих результатів роботи закладу (табл. 1) виявив стабільно низьку летальність протягом останніх трьох років (0,2–0,3), порівняно із загальнодержавним рівнем (1,1), показник обігу ліжка виявився високим (20,1–21,4).

Низький рівень летальності в стаціонарі зумовлений повнотою клінічного обстеження із залученням сучасної лабораторної, інструментальної, променевої діагностики супутньої патології, консультацій спеціалістів суміжних спеціальностей (невролога, окуліста, гінеколога, терапевта, стоматолога).

Усі випадки смерті хворих в стаціонарі рецензовані співробітниками курсу психіатрії, наркології, медичної психології Сумського державного університету, докладно розглянуті на медичних радах з контролю та управління якістю медичної допомоги, патанатомічних конференціях.

Поряд з лабораторною діагностикою застосовуються наступні методи інструментальної, променевої, функціональної діагностики:

- Рентгенографія;
- Рентгеноскопія;
- Рентгенівська лінійна томографія;
- Флюорографія;
- Комп'ютерна томографія в звичайному режимі та з підсиленням;
- Мамографія;
- Стереотаксична мамобіопсія;
- Електрокардіографія;
- Електроенцефалографія;

- Реоенцефалографія;
- Спірографія;
- Холтеровський моніторинг;
- Ехоенцефалографія;
- Ультразвукова діагностика;
- Ендоскопічне дослідження шлунково-кишкового тракту.

Працює **фізіотерапевтичний кабінет**, у якому використовується весь спектр фізіотерапевтичного лікування: електролікування (ампліпульстерапія, діадинамотерапія, електростимуляція з електродіагностикою тону м'язів, комбінована магнітотерапія, інгаляції, аромотерапія, світлолікування, електрофорез, електросон).

У структурі поліклініки діє денний стаціонар, розрахований на 40 місць. Хворі отримують медикаментозне, психотерапевтичне та фізіотерапевтичне лікування, мають можливість за короткий період часу пройти лабораторні, інструментальні та функціональні обстеження. За звітний період у денному стаціонарі проліковано: в 2012 році – 548 осіб, в 2013 році – 463 особи, в 2014 році – 447 осіб.

Завдяки тісній співпраці з лікарем-психотерапевтом, пацієнти з невротичними, пов'язаними зі стресом, соматоформними розладами мають можливість отримувати сеанси раціональної психотерапії, сеанси аутогенного тренування та м'язової релаксації, музикотерапію, елементи когнітивно-поведінкової психотерапії.

Для пацієнтів з шизофренією, шизотиповими та маячними розладами, з легкою та помірною розумовою відсталістю проводяться навчальні семінари та психоосвітні програми, направлені на оптимізацію соціального функціонування, поліпшення психоемоційного стану. Психоло-

Таблиця 1. Модель кінцевих результатів надання медичної допомоги в Сумському обласному клінічному психоневрологічному диспансері за 2012–2014 роки

Індикатори якості медичної допомоги	2012 р.	2013 р.	2014 р.
<b>СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА</b>			
<b>Показники результативності</b>			
Летальність в стаціонарі (див. формулу)	0,2	0,2	0,3
в т. ч. дорослих хворих за вузькими спеціальностями терапевтичного профілю (психіатричні)	0,2	0,2	0,3
Кількість ліжок, шт.	60	60	60
Проліковано хворих, осіб	1278	1257	1205
Обіг ліжка (див. формулу)	21,4	20,9	20,1
Середня тривалість лікування хворого на ліжку, днів	15,6	15,6	14,9
Середнє число днів роботи ліжка	332,2	312,0	314,9
<b>Показники дефектів</b>			
Частота скарг на медичну допомогу в стаціонарі (за даними соціологічних досліджень), %	4,1	3,9	8,9
Задоволеність наданням медичної допомоги (за даними соціологічних досліджень), %	95,9	96,1	91,1
<b>АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА</b>			
<b>Показники результативності</b>			
Захворюваність на психічні розлади, всього (на 100 000 нас.)	223,0	256,9	214,8
Поширеність розладів психіки та поведінки, всього (на 100 000 нас.)	2687,4	2666,5	2501,6
Первинний вихід на інвалідність (на 10 000 нас.)	29,8	40,2	41,3
Повнота охоплення диспансерним наглядом хворих з окремими захворюваннями: Всього з психічними розладами, %	29,8	28,7	30,2
В т. ч. шизофренія, %	72,3	70,0	72,0
Епілепсія, %	38,6	40,5	45,0
<b>Показники дефектів</b>			
Задоволеність наданням медичної допомоги (за даними соціологічних досліджень), %	100	97,9	94,6
Частота скарг на медичну допомогу (за даними соціологічних досліджень), %	2	2,7	1,5

Таблиця 2. Якість стаціонарного лікування хворих в Сумському обласному клінічному психоневрологічному диспансері

Роки	Поступило	Вибуло	Одужання		Явне поліпшення		Поліпшення		Без змін		Погіршення		Смерть		Виявлено здорових	
			Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
2012	1296	1296	9	0,7	29	2,24	953	73,5	300	23,2	-	-	3	0,22	2	0,14
2013	1245	1257	6	0,48	25	1,98	938	74,6%	280	22,3	1	0,08	2	0,16	5	0,4
2014	1207	1205	3	0,25	16	1,4	996	82,5	172	14,3	2	0,15	4	0,3	12	1,1

гами впроваджено метод арт-терапії, як один із сучасних методів терапії психічних та поведінкових розладів.

Аналіз результатів стаціонарного лікування в госпіталі психіатричного відділення (табл. 2) свідчить про низький відсоток хворих, виписаних з повним одужанням. Це пояснюється контингентом пацієнтів, серед яких переважають хворі на шизофренію, та специфікою хронічного перебігу психічних захворювань, вродженими вадами розвитку. Переважно пацієнтів виписували з покращенням (70–82,7%) та рекомендаціями продовжувати приймати амбулаторно підтримувальне лікування.

Результати опитування свідчать, що в стаціонарному відділенні більшість хворих задоволені якістю надання медичної допомоги, ставленням персоналу, харчуванням, проте є поодинокі скарги на матеріально-побутові умови, оскільки відділення потребує капітального ремонту.

Показники надання амбулаторно-поліклінічної допомоги демонструють ріст первинного виходу на інвалідність з 29,8 у 2012 році до 41,3 в 2014 році.

Аналізуючи результати експертизи медичних карт стаціонарних хворих необхідно зазначити, що є деякі недоліки при оформленні титульної сторінки, обґрунтованості первинного діагнозу, якості та регулярності щоденникових записів лікарів, своєчасності виконання призначень лікарів-консультантів, повноти рекомендацій в епікризах. Усі виявлені недоліки доведено до відома лікарів, обговорено на оперативних нарадах за участю головного лікаря.

## Висновки

1. Впровадження системи контролю якості дало змогу оцінити суб'єктивну думку пацієнтів про високу якість

надання допомоги (рівень задоволеності, за даними анкетування, 91–96%).

2. Виявлено недостатнє охоплення динамічним спостереженням хворих на епілепсію – 38–45% від загальної кількості.

3. Виявлено позитивний ефект від запровадження напівстаціонарної допомоги для хворих психоневрологічного профілю.

4. Внаслідок систематичної роботи покращилися рівень діагностики, лікування у відповідності до медико-технологічних документів та задоволеність пацієнтів якістю надання медичної допомоги (за результатами анонімного анкетування).

5. Впровадження системи контролю якості та внутрішнього аудиту лікувально-діагностичного процесу дасть змогу домогтися максимального рівня виконання Стандарту, затвердженого медико-технологічними документами МОЗ.

## Список використаної літератури

1. Вороненко Ю. В. Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я [Текст]: методичні рекомендації / Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гайда. – Київ, 2013. – 42 с.
2. Smiianov V. A. Problems of medical care quality in public health of Ukraine / V. A. Smiianov // Bulletin of Sumy State University. Medicine. – 2010. – № 2. – P. 200–205. Retrieved from: <http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/3405>.
3. Medical social model of management of health care quality for health care institution / V. A. Smiianov, S. V. Tarasenko, O. I. Smiianova, N. V. Demikhova // Scientific statements BSU. Medical series. Pharmacy. – 2014. – № 18 (27). – P. 178–182. Retrieved from: <http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/3405>.
4. Smiianov V. A. The quality of care management model implementation at the health care facility on the basis of the medico-social approach of the internal audit / V. A. Smiianov, V. Y. Petrenko, S. V. Tarasenko // J. of clinical and experimental medical research. – 2013. – № 1 (2). P. 201–208. Retrieved from: <http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/33198>.

### АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СУМСКОМ ОБЛАСТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ ЗА 2012–2014 ГОДЫ И КРИТЕРИИ ЕЕ ОЦЕНКИ И. Г. Мудренко

Целью данного исследования явилось изучение динамики индикаторов качества оказания медицинской помощи в Сумском областном клиническом психоневрологическом диспансере за последние три года. Мы мониторили следующие показатели работы (индикаторы): летальность, заболеваемость, распространенность психических болезней среди населения города Сумы, первичный выход на инвалидность, оборот койки, длительность лечения в стационаре, и на основе анонимного анкетирования – количество жалоб на качество медицинской помощи. Как источник информации использовали первичную медицинскую документацию (истории болезни, амбулаторные карты) и статистические отчеты за последние три года. Анализ результатов исследования свидетельствует о высоком качестве лечения, низкой летальности, но наблюдается рост первичного выхода на инвалидность в последние годы в связи с недофинансированием заведения на приобретение медикаментов и низкой социальной защищенностью психически больных. Внедрение аудита индикаторов качества в перспективе максимально приблизит оказание медицинской помощи к Министерскому Стандарту.

**Ключевые слова:** психиатрическая помощь, качество лечения, контроль качества, внутренний аудит, индикаторы качества, показатели результативности, показатели дефектов, модель конечных результатов.

### THE ANALYSIS OF QUALITY OF MENTAL HEALTH CARE AT SUMY REGIONAL CLINICAL PSYCHONEUROLOGICAL DISPENSARY FOR 2012–2014 I. Mudrenko

Quality control – is the important part of the diagnostic and treatment process which gives the ability to assess the results of medical care, to identify ineffective methods of treatment and to make adequate management decisions in proper time. The system of quality control is based on the principle of inverse relationships between patient, his expectations and the subject of management. The aim of the research is studying the dynamics of indicators of the medical care quality provided to patients at Sumy Regional Clinical Psychoneurological Dispensary for 2012–2014. We studied the following quality indicators: lethality, statistics of sickness, prevalence of mental diseases among the population of Sumy region, primary departure because of disability, amount of patients (bed turnover), duration of treatment and the number of complaints about medical treatment on the basis of anonymous questioning. The primary medical documentation was used as the source of information (case history, outpatient card), statistical reports, and patients' questionnaires. The analysis of results testifies about high quality of treatment, low rate of lethality, but the increase of primary departure because of disability is observed for the last years in connection with underfunding the dispensary for medicines and low social security of the patients with mental illness. The majority of patients is discharged from the hospital with improvement (70–82 %) and continues maintaining treatment in the outpatient conditions. The minimum quantity of patients gets better completely due to chronic course of mental diseases. Treatment in half stationary conditions (day care) with the involvement of psychotherapist, psychologist, physiotherapeutic procedures contributes to the faster cure of patients. Complaints about attitude of the personnel, nourishment and treatment are rare. The further use of quality indicators gives the possibility to reach the maximum level of the implementation of the Standards of Medical Aid recommended by the Ministry of Healthcare of Ukraine.

**Key words:** mental health care, quality of treatment, quality control, internal audit, quality indicators, indicators of result, indicators of defects, the model of final results.