ЯК ПОКРАЩИТИ ПЕРИНАТАЛЬНУ ДОПОМОГУ В УКРАЇНІ?

Досвід Україно-Швейцарської Програми «Здоров'я матері та дитини 2008-2010 рр.»

Київ 2011

УДК 618.2+616-053.3](477)
ББК 57.16+57.33
Я44
ISBN 978-966-2333-11-4

За підтримки Швейцарської Конфедерації
Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Дане видання підготовлено в межах впровадження Україно-Швейцарської Програми „Здоров'я матері та дитини". Автори висловлюють подяку Швейцарській агенції розвитку та співробітництва (донор Програми) за надану Швейцарською Конфедерацією фінансову і технічну допомогу, завдяки якій було впроваджено Програму та здійснено друк видання.

Відповідальність за зміст публікації покладається на авторів. Їх погляди та ідеї, висловлені в цьому виданні, можуть не обов'язково відображати позицію донора.

За загальною редакцією

Моісеєнко Р.О., к.мед.н., начальник Головного управління охорони здоров'я КМДА, національний координатор Програми 2005-2010 рр.

Рааб М., спеціаліст з технологічного менеджменту, Швейцарський Центр Міжнародної Охорони Здоров'я, м. Базель, Швейцарія, керівник Програми.

Як покращити перинатальну допомогу в Україні? Досвід Україно-Швейцарської Програми «Здоров'я матері та дитини 2008-2010 рр.» – Запоріжжя: ТОВ "Друкарня "Друкарський світ", 2011 р. – 100 с.

Дане видання містить узагальнення досвіду впровадження Україно-Швейцарської Програми „Здоров'я матері та дитини" протягом 2008-2010 рр. Результати діяльності Програми представлено у формі опису чотирьох моделей. Кожна модель висвітлює специфічні аспекти надання перинатальної допомоги та пропонує інноваційні підходи до її вдосконалення. Всі чотири моделі органічно пов'язані між собою; досвід Програми показав, що покращити перинатальні практики можливо завдяки комплексному впровадженню описаних у даному виданні підходів та інструментів.

Аналіз та шляхи подолання проблем перинатальної допомоги ґрунтуються на сучасних міжнародних принципах організації та управління громадським здоров'ям і перинатальною допомогою зокрема. Рекомендації по впровадженню моделей зорієнтовані на практичне використання та враховують особливості національної системи охорони здоров'я України.

Беручи до уваги великий обсяг інформації, додатки до опису моделей подано на диску CD-R, який є невід'ємною складовою частиною видання. У додатках містяться презентації, зразки медичної документації, схеми, рекомендації клінічним фахівцям і управлінцям тощо. Диск розміщено наприкінці книги.

Видання стане в нагоді управлінцям і організаторам охорони здоров'я всіх рівнів, фахівцям соціальних служб і служб у справах сім'ї та молоді, працівникам міжнародних проектів, студентам, які вивчають управління в охороні здоров'я.

При використанні тексту або його частини, малюнків, схем, додатків тощо посилання на дане видання є обов'язковим.

Дане видання розповсюджуються безкоштовно, комерційне використання (продаж) заборонено.

© Швейцарський Інститут тропічної медицини та охорони здоров'я, Україно-Швейцарська Програма „Здоров'я матері та дитини"

КОЛЕКТИВ АВТОРІВ:

МОДЕЛЬ 1

Авельцева Т.П.	голова управи Дніпропетровського відділення Всеукраїнського комітету захисту дітей, тренер-консультант Українського фонду «Благополуччя дітей».
Боднар С.В.	викладач кафедри практичної психології Тернопільського національного педагогічного ун-ту ім. В.Гнатюка, тренер-консультант Українського фонду «Благополуччя дітей».
Братусь І.В.	к. пед. н., старший викладач кафедри соціальної роботи та практичної психології Академії праці і соціальних відносин ФПУ, магістр соціальної роботи Манчестерського університету, перинатальний психолог, тренер-консультант Українського фонду «Благополуччя дітей».
Винницька О.І.	консультант із впровадження компоненту 1 «Міжсекторна модель сприяння здоров'ю матері та дитини» в Івано-Франківській області.
Гур'єва Л.І.	консультант із впровадження компоненту 1 «Міжсекторна модель сприяння здоров'ю матері та дитини» в АР Крим.
Денисюк Т.В.	викладач Волинського Національного університету ім. Л. Українки, тренер-консультант Українського фонду «Благополуччя дітей».
Довгалюк І.С.	консультант із впровадження компоненту 1 «Міжсекторна модель сприяння здоров'ю матері та дитини» у Вінницькій області.
Захорка М.	магістр у галузі громадського здоров'я, експерт Програми, Швейцарський Центр Міжнародної Охорони Здоров'я.
Звєрєва І.Д.	д.пед.н. професор, директор Українського Фонду «Благополуччя дітей».
Зимівець Н.В.	к. пед. н., координатор-консультант із впровадження компонента 1 «Міжсекторна модель сприяння здоров'ю матері та дитини».
Нагула О.Л.	викладач кафедри практичної психології Інституту психології і соціальної педагогіки КУ ім. Б. Грінченка, тренер-консультант Українського фонду «Благополуччя дітей».
Петрович В.С.	к. пед. н., доцент, консультант із впровадження компоненту 1 «Міжсекторна модель сприяння здоров'ю матері та дитини» у Волинській області.

МОДЕЛЬ 2

Гойда Н.Г.	професор, д.мед.н., проректор з лікувальної роботи Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, експерт Програми.
Кулик О.О.	обласний спеціаліст з акушерства та гінекології УОЗтаК Вінницької ОДА, координатор із впровадження Програми у Вінницькій області.
Рябцева Н.С.	магістр менеджменту в охороні здоров'я, координатор з впровадження та моніторингу Програми.
Солодаренко А.Г.	к.мед.н., керівник офісу з впровадження Програми.
Ціхонь З.О.	к.мед.н., заступник начальника ГУОЗ Івано-Франківської ОДА, начальник управління організації медичної допомоги населенню та медицини катастроф, координатор Програми в Івано-Франківській області.
Чопко О.І.	лікар ВІТН Луцького клінічного пологового будинку, клінічний консультант Програми з неонатології.
Шунько Є.Є.	професор, д.мед.н., завідуюча кафедрою неонатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, експерт Програми.

МОДЕЛЬ 3

Блуньє Марк	спеціаліст з ІКТ і технологій в охороні здоров'я, експерт Програми, Швейцарський Центр Міжнародної Охорони Здоров'я.
Гогоша М.І.	заступник начальника УОЗ Волинської ОДА, координатор із впровадження Програми у Волинській області.
Добрянський Д.Д.	д.мед.н., професор кафедри педіатрії Львівського державного медичного університету ім. Данила Галицького, експерт Програми.
Краснов В.В.	к.пед.н., доцент кафедри медичної інформатики Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, експерт Програми.
Римаренко К.П.	магістр менеджменту в охороні здоров'я, координатор із впровадження та моніторингу Програми.
Щавій І.В.	спеціаліст з інформаційно-комунікаційних технологій, УОЗ Волинської ОДА, консультант Програми.

МОДЕЛЬ 4

Захорка М.	магістр у галузі громадського здоров'я, експерт Програми, Швейцарський Центр Міжнародної Охорони Здоров'я.
Зауг К.	біомедичний інженер, експерт Програми, Швейцарський Центр Міжнародної Охорони Здоров’я.
Мусаєв. Т.А.	заступник міністра охорони здоров’я АР Крим, координатор із впровадження Програми в АР Крим.
Римаренко К.П.	магістр менеджменту в охороні здоров'я, координатор з впровадження та моніторингу Програми.
Щавій І.В.	спеціаліст з інформаційно-комунікаційних технологій, УОЗ Волинської ОДА, консультант Програми.

ПОДЯКА ПАРТНЕРАМ

Автори висловлюють подяку партнерам з української сторони, які брали активну участь у впровадженні Програми. Це видання стало можливим завдяки плідній співпраці з Вами та Вашій підтримці. Ми високо цінуємо Вашу зацікавленість і відкритість під час дискусій та обміну досвідом, Ваш час, присвячений розробці та впровадженню моделей покращення перинатального здоров'я в Україні.

За плідну співпрацю протягом впровадження Програми дякуємо партнерам з:

Міністерства охорони здоров'я України
Міністерства освіти і науки України
Міністерства України у справах сім`ї, молоді та спорту
Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології» АМН України
Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні
Офісу Всесвітньої організації охорони здоров'я України
Управління охорони здоров'я Волинської ОДА
Головного Управління охорони здоров'я Івано-Франківської ОДА
Управління охорони здоров'я та курортів Вінницької ОДА
Міністерства охорони здоров'я АР Крим
Волинського обласного дитячого територіального медичного об'єднання
Луцького міського клінічного пологового будинку
Івано-Франківської обласної дитячої клінічної лікарні
Івано-Франківського обласного перинатального центру
Івано-Франківського національного медичного університету
Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні
Вінницької обласної клінічної лікарні імені М.І. Пирогова
Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова
КРУ «Дитяча клінічна лікарня», м. Сімферополь, АР Крим
Міського пологового будинку № 2, м. Сімферополь, АР Крим
Львівського національного медичного університету імені Д.Галицького
Одеського національного медичного університету
Міністрества охорони здоров'я Республіки Молдови
Асоціації розвитку української телемедицини та електронної охорони здоров'я
Школи охорони здоров'я, Національний університет „Києво-Могилянська Академія"
Національного технічного університету України „Київський політехнічний інститут", міжуніверситетський медико-інженерний факультет
Горохівської районної державної адміністрації, Волинська область
Луцької районної державної адміністрації, Волинська область
Любомльської районної державної адміністрації, Волинська область
Маневицької районної державної адміністрації, Волинська область
Ратнівської районної державної адміністрації, Волинська область

Іллінецької районної державної адміністрації, Вінницька область
Калинівської районної державної адміністрації, Вінницька область
Козятинської районної державної адміністрації, Вінницька область
Могилів-Подільської районної державної адміністрації, Вінницька область
Могилів-Подільської міської ради, Вінницька область
Тульчинської районної державної адміністрації, Вінницька область
Хмільницької районної державної адміністрації, Вінницька область
Верховинської районної державної адміністрації, Івано-Франківська область
Городенківської районної державної адміністрації, Івано-Франківська область
Калуської районної державної адміністрації, Івано-Франківська область
Коломийської районної державної адміністрації, Івано-Франківська область
Надвірнянської районної державної адміністрації, Івано-Франківська область
Снятинської районної державної адміністрації, Івано-Франківська область
Бахчисарайської районної державної адміністрації, АР Крим
Джанкойської районної державної адміністрації, АР Крим
Красногвардійської районної державної адміністрації, АР Крим
Ленінської районної державної адміністрації, АР Крим
Сакської районної державної адміністрації, АР Крим
Горохівської центральної районної лікарні, Волинська область
Луцької центральної районної лікарні, Волинська область
Любомльської центральної районної лікарні, Волинська область
Маневицької центральної районної лікарні, Волинська область
Ратнівської центральної районної лікарні, Волинська область
Іллінецького територіального медичного об'єднання, Вінницька область
Калинівської центральної районної лікарні, Вінницька область
Козятинської центральної районної лікарні, Вінницька область
Могилів-подільського територіального медичного об'єднання, Вінницька область
Тульчинської центральної районної лікарні, Вінницька область
Хмільницької центральної районної лікарні, Вінницька область
Верховинської центральної районної лікарні, Івано-Франківська область
Городенківської центральної районної лікарні, Івано-Франківська область
Калуської центральної районної лікарні, Івано-Франківська область
Коломийської центральної районної лікарні, Івано-Франківська область
Надвірнянської центральної районної лікарні, Івано-Франківська область
Снятинської центральної районної лікарні, Івано-Франківська область
Бахчисарайської центральної районної лікарні, АР Крим
Джанкойської центральної районної лікарні, АР Крим
Красногвардійської центральної районної лікарні, АР Крим
Ленінської центральної районної лікарні, АР Крим
Сакського територіального медичного об`єднання, АР Крим

ЗМІСТ

1.	Вступ	8
2.	Executive summary	10
3.	Модель 1 Міжсекторна модель сприяння здоров'ю матері та дитини	12
4.	Модель 2 Інтегрована перинатальна допомога	34
5.	Модель 3 Використання Інформаційно-комунікаційних технологій для покращення якості перинатальної допомоги	59
6.	Модель 4 Управління у сфері охорони здоров'я матері та дитини	82
7.	Контакти	100

ВСТУП

ЗМІНИ ВЖЕ «НА ПОРОЗІ»?

Те, що національна система охорони здоров`я перенасичена проблемами, розуміють більшість громадян України. Переважна частина з них хоче змін на краще. Це і медичні працівники та управлінці галузі (надавачі послуг), це і пересічні громадяни (споживачі послуг), які вже не можуть і не хочуть терпіти чинну ситуацію.

Минулий рік (2010 р.) став переломним для країни у сенсі переходу від дискусій про необхідність реформ у системі охорони здоров`я до практичних дій влади у цій сфері. Президент і Уряд країни оголосили про початок кардинального реформування галузі. Оприлюднено Програму економічних реформ на 2010-2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», що одним із завдань ставить реформу медичного обслуговування, зокрема у сфері материнства та дитинства. На підставі Програми у 2010 році було також розпочато Національний проект «Нове життя», спрямований на покращення перинатальної допомоги. На початку 2011 року було також затверджено Концепцію подальшого розвитку перинатальної допомоги в Україні.

Чи готові ми до змін? Питання не риторичне, адже визнання необхідності змін ще не означає що у нас є відповіді на запитання про напрямок руху і характер дій, що приведуть до успіху. Слід визнати, що реформування, маючи на меті забезпечити більш доступну і якісну допомогу населенню, як це не парадоксально звучить, буде пов`язане також і з непопулярними діями (скорочення штатних посад, зменшення кількості ліжок, перепрофілювання лікарень тощо).

Тож, в якому напрямку слід рухатись? Чи забезпечено загальну концепцію реформування необхідним пакетом законодавчих актів, юридичних і «технологічних» документів (напр., стандартів медичної допомоги, клінічних настанов і протоколів)? Чи готова до змін до- і післядипломна система підготовки кадрів? Чи навчились наші управлінці аналізувати «день сьогоднішній», щоби більш раціонально і ефективно планувати «день завтрашній», який не буде легким з точки зору фінансового забезпечення і буде вимогливим з точки зору оцінки якості послуг? Чи перебувають сільські та районні лікарі на однаковій «інформаційній хвилі» зі столичними лікарями? І нарешті, чи сформовано в суспільстві попит, ба навіть моду на здоровий спосіб життя та відповідальність особи за своє власне здоров`я? Очевидно, що поставлені запитання не вичерпують усю проблематику системи охорони здоров`я, можливо, хтось вважатиме їх риторичними, проте без відповідей на ці запитання важко уявити собі поступ у напрямку до якісної і доступної медичної допомоги.

ДЛЯ КОГО МОЖЕ БУТИ КОРИСНОЮ ЦЯ КНИЖКА ?

Матеріали, що містяться в цьому виданні охоплюють комплекс проблем і тому можуть зацікавити різних за фахом і характером роботи людей, яких однак об'єднує бажання змінити українську систему охорони здоров`я на краще. Книжка може допомогти у пошуку відповідей на згадані вище питання організаторам і управлінцям, викладачам медичних учбових закладів, лікарям, інженерам медичного обладнання, спеціалістам з інформаційно-комунікаційних технологій, соціальним працівникам, педагогам, людям, які працюють або планують роботу в неурядових організаціях за напрямком «збереження і підтримання здоров`я», державним службовцям, які є відповідальними за соціальну і гуманітарну роботу. Цей доволі еклектичний, на перший погляд, перелік спеціальностей насправді лише відображає дійсний стан речей: на сьогодні **медицина, і ширше, охорона здоров`я, являє собою надзвичайно складну «мультидисциплінарну» та «багаторівневу» галузь, ефективне функціонування якої залежить від належно організованої співпраці фахівців багатьох спеціальностей.**

ПРО АВТОРІВ

Приклад і досвід такої співпраці й представлено у цій книзі. Автори (див. список на стор. 3), яких об`єднала спільна робота задля впровадження Україно-Швейцарської Програми «Здоров'я матері та дитини» представляють різні «елементи» (складові) системи: організація і управління, навчання кадрів, науково-дослідницька робота, практична медицина, інформатизація охорони здоров`я, просвітницька і профілактична діяльність, інженерно-технічне забезпечення тощо. Важливо, що серед авторів є не лише провідні вітчизняні фахівці із закладів національного рівня, але й представники типових закладів практичної охорони здоров`я з районів і міст, достатньо віддалених від столиці, оскільки Програма працювала в 22 районах 4 регіонів країни. Окрім того, слід зазначити участь зарубіжних експертів у впровадженні Програми і узагальненні її результатів. Таким чином, вдалося поєднати вітчизняний і

міжнародний досвід, запровадити інновації, враховуючи водночас реалії (обмеження) чинної системи охорони здоров`я.

ПРО ПЕРСПЕКТИВИ

У книзі йдеться про одну з пріоритетних для української охорони здоров`я сфер – здоров`я матерів і дітей (з наголосом на перинатальну допомогу). Водночас, головні рекомендації та висновки, сформульовані авторами, можуть бути з успіхом використані і в інших сферах охорони здоров`я, оскільки діяльність Програми базується на сучасних міжнародних принципах і підходах щодо організації та управління в охороні здоров`я, навчання кадрів, технологічного управління тощо.

Одним із свідчень визнання з боку української медичної спільноти і з боку керівництва галузі є власне тривалість і безперервність україно-швейцарської співпраці, яка розпочалася у 1997р.

Визначаючи успішність попередніх етапів співпраці, в результаті яких було розроблено і впроваджено у перших пілотних районах Програми чотири т. зв. «моделі покращення перинатального здоров`я в Україні» (див. книгу з аналогічною назвою, вид-во «Логос», Київ, 2009р.), було наголошено на необхідності поширення результатів на більшу кількість районів, а згодом і на всю країну.

> *Україно-Швейцарська Програма «Здоров'я матері та дитини» – одна з найкращих, що працюють у сфері охорони здоров'я. За період співпраці суттєво знизилася малюкова смертність і підвищилася якість надання перинатальної допомоги в областях-учасниках.*
>
> *Моісеєнко Р.О., начальник ГУОЗ КМДА, національний координатор Програми в 2005-2010 рр.*

Однак, для досягнення такого результату були і залишаються необхідними певні передумови. Йдеться насамперед про відповідні регуляторні документи з боку МОЗ України, які забезпечували б впровадження розробок і напрацювань Програми в межах цілої країни. Обнадійливим прикладом може слугувати нещодавнє затвердження і оприлюднення довгоочікуваного документу «Концепція подальшого розвитку перинатальної допомоги в Україні»; деякі з положень (пунктів) Концепції базуються на напрацюваннях і рекомендаціях Програми, наприклад: чітке розмежування рівнів надання допомоги на основі Переліку базових послуг, регіоналізація перинатальної допомоги, посилення ролі сімейного лікаря в наданні амбулаторної акушерської допомоги, оптимізація транспортування вагітних і новонароджених, створення тренінгових центрів, впровадження телемедицини, електронного реєстру вагітних тощо. Слід сподіватися, що на основі Концепції будуть створені нові нормативно-регуляторні документи, як основа подальшого реформування, зокрема у сфері перинатальної допомоги.

Іншими важливими передумовами впровадження в масштабі цілої країни напрацювань будь-якого міжнародного проекту є наявність ресурсів (навчені кадри, обладнання, фінанси), а також «політична воля» лідера окремого закладу (району, міста, області).

СТРУКТУРА КНИЖКИ І ПОРАДИ ЩОДО РОБОТИ З НЕЮ

Принципові засади, а також специфічні аспекти окремих напрямків діяльності Програми викладено у чотирьох головних розділах цієї книжки: Міжсекторна модель сприяння здоров'ю матері та дитини, Інтегрована перинатальна допомога, Використання інформаційно-комунікаційних технологій для покращення якості перинатальної допомоги, Управління у сфері охорони здоров'я матері та дитини.

Кожний з розділів висвітлює самодостатню тему і може опрацьовуватись окремо від інших. Важлива і корисна допоміжна інформація міститься у глосарії, окремого для кожного розділу, подано також перелік скорочень (абревіатур) і використаної літератури.

Водночас слід наголосити, що наскрізною ідеєю цієї книжки є поняття «мережі» та «міждисциплінарної і міжсекторної взаємодії». Це спонукає нас рекомендувати читачам ознайомитись з усіма розділами, оскільки в реальному житті всі аспекти організації перинатальної допомоги є взаємопов`язаними і взаємозалежними, і лише ефективна взаємодія між всіма «акторами» може принести бажаний результат – покращення якості і доступності медичної допомоги та стану здоров'я населення.

Обсяг видання не дозволяє подати друком усі важливі технічні деталі, схеми, зразки звітів, окремі «продукти», розроблені в межах Програми. Ця інформація (див. переліки Додатків) подана в електронному форматі на компакт-диску, який є невід`ємною частиною цього видання.

Автори свідомі того, що це видання не позбавлено певних недоліків і будуть вдячні всім за конструктивні пропозиції щодо його вдосконалення. Питання, які можуть виникнути у читачів, просимо направляти за адресами, вказаними на стор. 100.

This book presents the experiences of the Swiss-Ukrainian Mother and Child Health Programme (2008-2010) implemented by the Swiss TPH and funded by the Swiss Agency for Development and Cooperation.

Chapter 1: Inter-sectoral Model of Mother and Child Health Promotion (implemented by the Child Well-Being Fund Ukraine)

The goal of the model: improve the availability, quality, efficiency and accessibility of promotional preventive health services for mothers and children in the pilot areas through implementation of systematic actions to promote health.
Target groups: health workers in fields related to mother and child health, psychologists of medical and prophylactic institutions, representatives of local authorities, specialists of state/social institutions, and journalists.
Impact of the model implementation: increased access of population to quality mother and child health care services; raised awareness and education of target groups on development of maternal and child health; increased percentage of natural and partner delivery for those who took part in interactive training in the School of Responsible Parenting; and, integration of a cross-sector approach in the activities of organizations and institutions in the pilot rayons to improve mother and child health.
Main output:

- Efficient work of cross-sectoral, interdepartmental Coordination Councils to promote mother and child health
- Comprehensive rayon social programs approved by the decisions of rayon councils of 18 pilot rayons. Total planned budget more than 8.000.000 UAH
- Partner cooperation and involvement from various sectors (educational, political, social, public, medical) on implementation of rayon social programs
- Improvement of the quality of the service "Preparing pregnant women and their families for childbirth and parenthood"
- Introduction of the service "Preventive counseling based on client-oriented approach"
- Electronic edition of the textbook "Counseling on pregnancy and infant health"
- Implementation of the services "Training on Health" and "Early Child Development"
- Publication of the textbook "Training on Health: Education work with teenagers to save and strengthen reproductive health"
- Approval of program to train specialists to implement the services as state Programs of Training Specialists of Social Services for Families, Children and Youth

Chapter 2: Integrated Perinatal Care

Based on the Programme's experience, this chapter describes four concepts and lines of intervention that lead to a substantial quality improvement for perinatal care.
First, the **Perinatal Service Package** (PSP) outlines and details an operational frame for essential perinatal services in a given service area (district). The PSP defines health services for each level of care and optimizes the referral regulations and structure. It gives clear guidance about types of services to be provided on a given level of care and stipulates the resources required to perform those health services (staff, medication, equipment, know-how and skills).
Second, new approaches and materials for **perinatal know-how and upgrading of skills** were developed to enable clinical staff to cope with the rapid developments in medical science. Following the principles of Continues Medical Education (CME), case-based learning techniques and structured hands-on clinical training were introduced. Teaching professionals were trained to elaborate high quality teaching modules that could easily be scaled up.
Third, an **infrastructure upgrading** plan was established corresponding with the demanding requirements of modern perinatal care. On the basis of these concepts and plans, obstetrics and neonatal wards were renovated. For example, optimizations were made by placing obstetrics and neonatal wards in direct vicinity. A temperature stabilized environment, appropriate and pleasant waiting areas for women and their families, and good quality sanitary facilities for women were also provided. Furthermore, a list of essential perinatal equipment was compiled to ensure the availability of the most frequently used clinical devices for modern perinatal services. Important related topics, such as user training and proper maintenance systems, were also outlined.
Fourth, a **structured supervision system** was introduced to detect quality and efficiency problems in facilities, and to support health workers in their continuous learning endeavors. The supervision visits are clearly

learning oriented and utilize a monitoring tool that captures important perinatal indicators for comparison and the identification of improvement potential.

Chapter 3: Information and Communication Technologies (ICT)

Information and Communication Technologies (ICT) provide great opportunities for the health care sector. The Mother and Child Health Programme's experience in implementing ICT in partner regions was quite successful and positively accepted by project partners:

- doctors from the rayon health care level now have better access to modern up-to-date information and qualified consultancy due to the **telemedicine network**;
- **eLearning modules** have become an integral part of Continuous Medical Education and are an appropriate method for self-directed learning approaches;
- the **health information system for the registration of pregnant women** will enable improved identification of pregnancies at risk and allow timely measures for diagnostic treatment and referral contributing to the improvement of perinatal care within the oblast health care system.

However, there are challenges slowing down the process of implementing ICT tools into hospital practice, e.g., resistance to innovation and lack of skills among staff.
In general, ICT tools proposed by the Programme have a high potential for further implementation, not only in current, but also in new partner sites. Moreover, other ICT tools could emerge and be implemented to further strengthen the system, and support sustainability of the Programme's achievements.

Points to consider for future implementation:

1. ICT tools should be adapted to Ukrainian conditions, e.g., user interface in Ukrainian language
2. Implementation of applications like the telemedicine platform or the programming and introduction of a health information system for a registry of pregnant women is quite a long process which demands a clear strategy and close collaboration with partner sites to present the concept, assist in the implementation process and conduct an evaluation
3. Managerial support throughout the health administration as well as the management of health facilities is crucial for a successful implementation.

Chapter 4: Management in Perinatal Services

Essential elements of health sector reform include decentralization, improved facility management, and redirection of health care financing away from itemized budgets towards service-based remuneration. Traditionally, senior physicians, with generally no specific management background, were responsible for facility management. The majority of them have no special training or skills to manage modern hospitals effectively. The insufficient management skills of decision makers, and directors of health authorities and facilities, caused a bottleneck for health services and systems improvement.

The Mother and Child Health Programme developed a **concept and materials for training managers** (head doctors, main specialists from oblast health care administrations) from partner regions in facility management. During the training, experience gained is simultaneously applied making the **resulting effects** of the training immediately apparent.

Four training modules:

1. **Quality Assurance** in health, including guideline development and implementation, quality assessment of medical services using mortality audits and evaluation of contributing factors to perinatal mortality (e.g., 'Babies Matrix')
2. **Health Technology Management** (HTM) with a special focus on computer-based information systems for clinical equipment, procurement management, preventive maintenance, user training, etc.
3. **Quality Management** (QM) as a comprehensive frame and instrument for assessment and management of facility performance (fact-based management-based quality indicators, process management, stakeholder perceptions, continuous quality improvement and quality cycles)
4. **Formative Supervision and Peer Review**: The key to maintaining and improving good quality services is a well established supervision system that adequately supports staff and monitors important clinical and performance indicators. The peer review approach makes use of a structured dialog between professionals of the same level with the aim of working commonly on improving clinical processes.

МОДЕЛЬ 1

МІЖСЕКТОРНА МОДЕЛЬ СПРИЯННЯ ЗДОРОВ'Ю МАТЕРІ ТА ДИТИНИ

ЗМІСТ

Вступ 14

Розділ 1. Досягнення компоненту 1 „Міжсекторна модель сприяння здоров'ю матері та дитини" 16

1.1. Основні результати впровадження компоненту 1 Україно-Швейцарської програми «Здоров'я матері та дитини» 16

1.2. Досвід впровадження «Міжсекторної моделі сприяння здоров'ю матері та дитини» у пілотних областях та АР Крим 20

Розділ 2. Технології покращення потенціалу медичних працівників у сфері наданні профілактичних послуг вагітним жінкам та провадження орієнтованого на людину підходу 23

2.1. Покращення якості послуги «Профілактичне консультування на основі орієнтованого на людину підходу» 23

2.2. Впровадження послуги «Підготовка вагітних жінок і їх сімей до пологів та батьківства» 26

Розділ 3. Технології посилення потенціалу місцевих громад у впровадженні нових послуг зі сприяння здоров'ю матері та дитини 27

3.1. Впровадження послуги «Навчання здоров'я» 27

3.2. Впровадження послуги «Розвиток дитини раннього віку» 29

Розділ 4. Уроки та рекомендації на майбутнє 30

Глосарій 32

Література 33

СКОРОЧЕННЯ

РДА	районна державна адміністрація
ЗОШ	загальноосвітня школа
ШВБ	школа відповідального батьківства
ЦССССДМ	центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді
ЗМІ	засоби масової інформації
НМАПО	Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика
МОЗ	міністерство охорони здоров'я
РТМО	районне територіальне медичне об'єднання
ЦРЛ	центральна районна лікарня
ДДНЗ	дитячий дошкільний навчальний заклад
ДНЗ	дитячий навчальний заклад
ФАП	фельдшерсько-акушерський пункт
КР	координаційна рада
СЗМД	сприяння здоров'ю матері та дитини

ВСТУП

Український фонд «Благополуччя дітей» (www.childfund.org.ua) неурядова організація, діяльність якої сфокусована на покращенні умов для розвитку дітей, приділяє постійну увагу впровадженню ефективних технологій соціальної роботи для вирішення проблем громадського здоров'я.

В цій публікації презентовано досвід впровадження компоненту 1 «Міжсекторна модель сприяння здоров'ю матері та дитини» Україно-Швейцарської програми «Здоров'я матері та дитини», що реалізувався Українським фондом «Благополуччя дітей» за підтримки Швейцарської Конфедерації протягом 2008-2010 років у 22 пілотних районах Вінницької, Волинської, Івано-Франківської областей та АР Крим.

***Мета моделі**:* покращення якості, доступності та збільшення кількості профілактичних послуг у системі охорони здоров'я матері та дитини в пілотних районах через впровадження загальновизнаної міжнародним співтовариством системи дій (*міжсекторне партнерство, освітня діяльність, розробка політики, активізація потенціалу особистості, громади*) зі сприяння здоров'ю.

Базові ідеї моделі:

послуги, призначені для матерів та дітей, найбільш ефективні, якщо вони надаються у вигляді комплексних пакетів у найважливіші періоди життєвого циклу людини в умовах середовища, сприятливого для здійснення прав жінок і дітей,

впливаючи на ціннісні орієнтації особистості, громади, можна модифікувати репродуктивну поведінку і досягнути істотної і довгострокової зміни показників здоров'я матері і дитини.

Міжсекторна модель сприяння здоров'ю матері та дитини базується на концепції сприяння покращенню здоров'ю, в основу її впровадження покладено наступні підходи:

інтеграції – сучасна стратегія покращення здоров'я на рівні індивіда, сім'ї, групи населення і громади, спрямована на контроль чинників здоров'я. Покращення здоров'я реалізується через конкретні і ефективні дії з визначення пріоритетів на основі реальних потреб суспільства, прийняття рішень, планування стратегій відносно всіх факторів, що впливають на здоров'я населення, заходів їх реалізації.

міжсекторного партнерства, котре розуміється як конструктивна взаємодія організацій двох або трьох секторів (держава, бізнес, некомерційний сектор) при вирішенні соціальних проблем, що забезпечує синергетичний ефект від «складання» різних ресурсів і «вигідне» кожній із сторін і населенню;

міжвідомчої взаємодії, що передбачає спільну систематичну узгоджену діяльність (співпрацю) установ різних галузей, спрямовану на сприяння здоров'ю матері та дитини;

соціальної мобілізації, що має на меті активізацію усіх соціальних факторів впливу на людину з метою стимулювання особистості задля покращення власного здоров'я;

посилення потенціалу фахівців в наданні послуг на базі громади, що відбувається через освоєння ними інноваційних технологій реалізації послуг, набуття ними практичних навичок, які їм необхідні та підвищують результативність надання послуг;

розвиток індивідуальних навичок особистості, що надасть можливість чоловікам і жінкам, юнакам і дівчатам "підвищити ступінь контролю над станом здоров'я і покращити його" (Оттавська хартія, 1986). Люди повинні мати можливість за допомогою інформації і освіти, засвоювати і закріплювати такий тип поведінки, який сприяє зміцненню їхнього репродуктивного здоров'я.

Впровадження послуг здійснювалося з урахуванням концепції континууму послуг, що дозволяє подолати традиційну практику реалізації окремих заходів та послуг.

Чотири послуги, запропоновані пілотним районам у рамках реалізації компоненту 1 Програми, в комплексі охоплюють весь життєвий цикл людини і мають свій вплив на переломні періоди її життя (період, який передує вагітності, вагітність, пологи, вік немовляти та раннє дитинство, підлітковий вік дитини).

Послуга «*Підготовка вагітних жінок і їх сімей до пологів та батьківства*» спрямована на формування свідомого ставлення вагітних жінок і їх сімей до здоров'я, підготовки до пологів і батьківства, сприяє покращенню роботи шкіл відповідального батьківства.

На підсилення даної послуги і створення сприятливих умов для отримання вагітними жінками та членами їх сімей усієї необхідної інформаційно-консультативної допомоги у сприятливій психологічній атмосфері націлена послуга «*Профілактичне консультування з питань здоров'я матері та дитини на основі орієнтованого на людину підходу*»**.**

Метою послуги «*Розвиток дитини раннього віку*» є надання батькам інформації про особливості розвитку дітей раннього віку та їх ролі як батьків у процесі формування особистості дитини, а також навчання практичним навичкам створення розвиваючого середовища для малюків.

Послуга «*Навчання здоров'я*» передбачає отримання підлітками достовірної інформації щодо здоров'я, в тому числі репродуктивного, відпрацювання навичок зміцнення та розвитку здоров'я.

Така система послуг, що БЕЗПОСЕРЕДНЬО (консультації з питань вагітності на основі клієнто-орієнтованого підходу та інтерактивні заняття в Школах відповідального батьківства) та ПРОЛОНГОВАНО (просвітницькі заняття з підлітками стосовно здоров'я, в тому числі і репродуктивного, заняття з батьками щодо створення умов для розвитку дітей раннього віку) впливають на показники здоров'я матері і дитини, в тому числі, на збільшення частки фізіологічних і партнерських пологів та дітей на грудному вигодовуванні.

Ці концептуальні положення були покладені в основу реалізації Міжсекторної моделі сприяння здоров'ю матері та дитини, що представлена у вигляді взаємодіючих складових**.**

Складова 1. Налагодження ефективного міжсекторного співробітництва у сфері сприяння здоров'ю матері та дитини. Розробка та реалізація соціальної політики районного рівня.

Складова 2. Посилення потенціалу медичних та соціальних працівників у наданні консультативних послуг, орієнтованих на людину у сфері здоров'я матері та дитини.

Складова 3. Посилення потенціалу місцевих громад у впровадженні нових послуг зі сприяння здоров'ю матері та дитини.

РОЗДІЛ І. ДОСЯГНЕННЯ КОМПОНЕНТУ 1«МІЖСЕКТОРНА МОДЕЛЬ СПРИЯННЯ ЗДОРОВ'Ю МАТЕРІ ТА ДИТИНИ»

1.1. Основні результати впровадження компоненту 1 Україно-Швейцарської програми «Здоров'я матері та дитини 2008-2010 рр.»

ВПРОВАДЖЕННЯ КОМПОНЕНТУ 1 ПРОГРАМИ ВПЛИНУЛО НА:

- **підвищення інформованості і освіченості** тих цільових груп у сфері здоров'я матері та дитини, з якими працювали спеціалісти, що пройшли повний цикл навчання (*підтверджується результатами анкетування, див. нижче в описі технології впровадження послуг);*
- **покращення взаєморозуміння і співпраці лікарів і пацієнтів** в рамках здійснення послуги «Профілактичне консультування на основі орієнтованого на людину підходу» (*підтверджується результатами анкетуванням: див. нижче в описі технології впровадження послуги);*
- **збільшення частки фізіологічних пологів – від 65% до 81 %** у тих жінок, які пройшли інтерактивне навчання у Школі відповідального батьківства (22 райони, липень 2009 – грудень 2010 року, за даними керівників ШВБ);
- **збільшення частки партнерських пологів – від 67% - до 85 %** у тих сімейних пар, які пройшли інтерактивне навчання у Школі відповідального батьківства (22 райони, липень 2009 – грудень 2010 року, за даними керівників ШВБ);
- **збільшення доступу населення пілотних районів до якісних соціальних та медичних послуг**, впроваджених в рамках Програми, через їх організаційну та фінансову підтримку в районних комплексних соціальних програмах[1], які розроблені та прийняті завдяки ефективній роботі консультантів першого компоненту;
- **забезпечення життєздатності результатів** Україно–Швейцарської Програми «Здоров'я матері та дитини» на найближчі три – п'ять років відповідно до термінів виконання прийнятих районних соціальних програм.

ВЛИВИ, ЗАБЕЗПЕЧЕНІ ЗМІНАМИ У:

- **кількості та якості надання послуг** представниками медичного, освітнього, соціального секторів **у 22 пілотних районах** Програми у сфері здоров'я матері та дитини (*в рамках реалізації послуги впроваджено три нових та покращено якість надання однієї послуги в кожному пілотному районі*);
- **рівні готовності 610 спеціалістів районів до організації міжсекторного співробітництва та надання послуг у сфері охорони здоров'я матері та дитини** – повний цикл навчання пройшли та отримали супервізійну підтримку від 25 до 37 спеціалістів **із кожного пілотного району** (медичні працівники, працівники освітньої галузі, соціальні працівники, представники райдержадміністрації, представники ЗМІ, представники громадських організацій);
- **підходах до вирішення проблем здоров'я матерів і дітей на рівні районів**. Впроваджено міжсекторний підхід для об'єднання зусиль різних секторів щодо покращення громадського здоров'я. **В 18 районах організаціями та установами різних секторів** (освітнього, політичного, соціального, громадського, медичного) **реалізуються** соціальні програми з урахуванням потреб громад та місцевих умов (див. додаток до моделі 1).

Зміни відбулися завдяки системній роботі по досягненню запланованих кінцевих результатів діяльності по першому компоненту Програми, передбачених її проектним документом.

КІНЦЕВИЙ РЕЗУЛЬТАТ 1.1: Налагоджено ефективне міжсекторне співробітництво між державними, місцевими, громадськими і приватними організаціями з метою сприяння здоров'ю матері та дитини (див. додаток до моделі 1)

Показниками цього є :

- **Діючі 22** (плановий показник – 8) **Координаційні ради зі сприяння здоров'ю матері і дитини**, у складі яких працюють представники установ охорони здоров'я, освіти, ЦССДМ, відділів у справах

1 Як приклад, 6 спеціалістів Коломийського району Івано-Франківської області пройшли навчання з реалізації послуги «Навчання здоров'я». Ними проведено 11 тренінгів, охоплення цільової групи становить 152 підлітки. У відповідності до заходів, у районній соціальній програмі ппроведено навчання 46 спеціалістів за рахунок фінансових і людських ресурсів району. У 51 ЗОШ району працюватимуть, факультативи з навчання здоров'я, що забезпечить 90% охоплення підлітків району.

сім'ї, молоді і спорту, служби у справах дітей, районних ЗМІ громадських організацій, духовенства, члени та керівники депутатських комісій районних рад (див. додаток до моделі 1). Завдяки роботі районних Координаційних рад зі сприяння здоров'ю матері і дитини, проведені ремонти лікарень, у тому числі приміщень ШВБ, придбане обладнання за кошти місцевого бюджету, розроблені та обговорені проекти районних програм.

Дієвою є робота Координаційних рад Джанкойського, Ленінського районів АР Крим, Коломийського, Верховинського, Городенківського районів Івано-Франківської області, Луцького району Волинської області, Іллінецького, Хмільницького, Могилів-Подільського Вінницької області (див. додаток до моделі 1).

- **18** (плановий показник – вісім) **комплексних соціальних міжсекторних програм щодо сприяння здоров'ю матері і дитини затверджено рішеннями районних Рад** (Хмільник, Могилів-Подільський, Іллінці, Тульчин, Калинівка, Леніно, Джанкой, Красногвардійськ, Саки, Бахчисарай, Коломия, Снятин, Городенка, Верховина, Любомль, Горохів, Луцьк, Маневичі). Термін реалізації Програм – 2-5 років. Загальна сума фінансування прийнятих програм – більше 8 млн гривень (див. додаток до моделі 1).

Робота над розробкою районної програми дозволила зрозуміти важливість аналізу реального стану здоров'я населення району, зокрема, цільової групи – матерів і дітей та факторів їх здоров'я для розробки дієвої програми; підтвердити думку про те, що досягнення позитивних результатів щодо покращення здоров'я матері та дитини можливе лише за умови партнерства усіх сфер, дотичних до цієї проблеми, громади та безпосередньо тих, на кого вона (програма) буде націлена» (Рига Р., член КР, директор РЦСССДМ, м. Калуш Івано-Франківської області).

Тренінг для голів Координаційних рад, м. Київ, 3-4 березня 2010 р.

Тренінг для членів Координаційних рад, Івано-Франківська область, 16-17 червня 2009 р.

Досягнення результату 1.1. По компоненту 1 Програми забезпечено: *системою навчання* представників районних Координаційних рад (див. додаток до моделі 1).

КІНЦЕВИЙ РЕЗУЛЬТАТ 1.2: ***Посилений потенціал медичних працівників, практиків соціальної сфери пілотних районів з надання інформаційних, консультативних та освітніх послуг з питань здоров'я матері і дитини на основі орієнтованого на людину підходу.***

Показниками цього є:

- ***Покращення якості надання послуги*** «Підготовка вагітних жінок і їх сімей до пологів і батьківства» в 22 пілотних районах (*плановий показник – у 8 районах*).

Фахівці районів, які пройшли спеціальну підготовку, проводять інтерактивні заняття, тренінг, фізичні та психо-гімнастичні вправи з вагітними жінками та членами їх родини на базі Шкіл відповідального батьківства. До занять, крім лікарів, залучаються кваліфіковані психологи. В штаті лікарень працює 3 психологи (всі в Івано-Франківській області). Заняття проходять у 24 відремонтованих (в деяких районах працює 2 школи відремонтованих (за місцеві кошти) та спеціально обладнаних приміщеннях (за кошти Програми та місцеві кошти). При проведенні занять широко використовуються шведські стінки, м'ячі для фітнесу, стільці для пологів. У 12 районах на базі Шкіл відповідального батьківства працюють міжсекторні та мультидисциплінарні команди. В районних соціальних програмах передбачено відкриття ще восьми Шкіл відповідального батьківства.

Спеціалісти Шкіл відповідального батьківства Джанкойського, Бахчисарайського, Сакського районів АР Крим, Надвірянського, Городенківського районів Івано-Франківської області, Козятинського, Іллінецького районів Вінницької області, Луцького, Горохівського, Маневичського районів Волинської області творчо підходять до роботи, застосовують нові, цікаві методи навчання, використовують власноруч виготовлений роздатковий матеріал, запрошення (див. додаток до моделі 1).

- ***Впровадження послуги*** «Профілактичне консультування на основі орієнтованого на людину підходу». Сутність послуги – надання вагітним жінкам, їх партнерам та членам їх сімей інформаційної та консультативної підтримки у створенні умов для народження здорової дитини та її виховання на ранніх етапах розвитку. У 18 пілотних районах (*плановий показник – у 8)* представники соціального і медичного секторів реалізують послугу «Профілактичне консультування на основі орієнтованого на людину підходу». За результатами анкетування відзначається покращення взаєморозуміння та співпраці лікарів і пацієнтів, відповідальне виконання рекомендацій лікаря. Жінки після отримання консультацій на основі орієнтованого на клієнта підходу більш готові до взаємодії та взаєморозуміння з акушером або неонатологом в процесі народження і перших днів життя новонародженого.

Для методичної та організаційної підтримки впровадженої послуги в рамках реалізації 1 компоненту:

•*підготовлено електронний навчальний посібник* «Консультування з питань вагітності та здоров'я дитини раннього віку» (рекомендовано до видання Центральним методичним кабінетом з вищої освіти МОЗ України – протокол № 5 від 28.12.2010 р.);

•*затверджено програму навчання* спеціалістів до реалізації послуги «Підготовка вагітних жінок і їх сімей до пологів і батьківства» (див. додаток до моделі 1), як державну Програму підготовки спеціалістів центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (наказ Держсоцслужби № 64 від 13.12.2010 р.);

- *внесено пропозиції* до Наказу № 503 МОЗ щодо організації роботи Шкіл відповідального батьківства;
- *розроблені тренінгові модулі, що* затверджені Вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти ім. Шупика (протокол № 2 Вченої ради НМАПО від 10.02.2010 р.);
- *придбано необхідне обладнання для Шкіл відповідального батьківства.* Всього за кошти Програми придбане обладнання на суму 221 тис. грн.

Тренінг «Методики роботи шкіл відповідального батьківства: практикум тренерських навичок», м. Київ, 27-29 травня 2010 р.

Заняття з вагітними у Школі відповідального батьківства, м. Горохів Волинської області, 2010 р.

«Навчання спеціалістів, обладнання кабінету – все це сприяло збільшенню кількості відвідувачів у Школах відповідального батьківства і, як наслідок, збільшенню сімейних пологів» (Круглова Т., акушерка Калуської ЦРЛ, Івано-Франківська область)

«Підвищив свій фаховий рівень, одержав теоретичні та практичні навички роботи з клієнтами, урахування в роботі їх психологічних особливостей, уміння знаходити шляхи розв'язання проблем, особливо у важких випадках. Важливо те, що я набув нових знайомств для координації роботи з консультування матерів та дітей. У районі налагодилася співпраця між організаціями, які надають соціальні послуги, покращилося консультування клієнтів» (Косулим Н., акушер-гінеколог Могилів-Подільського РТМО, Вінницька область)

Досягнення результату 1.2 компоненту 1 Програми забезпечено: технологіями впровадження послуг, алгоритм яких представлено в розділі 2.

КІНЦЕВИЙ РЕЗУЛЬТАТ 1.3: ***Посилений потенціал громад з налагодження та надання послуг у сфері сприяння здоров'ю матері і дитини.***

Показниками цього є:

- ***впровадження*** **послуги «Навчання здоров'я».** Сутність послуги у наданні інформації підліткам, відпрацюванні з ними навичок шляхом проведення спеціалістами тренінгових занять за програмою тренінг-курсу «Сходинки до твого здоров'я» (див. додаток до моделі 1).

Підготовленими спеціалістами в 16 районах *(плановий показник – у 8)* проведено 229 тренінгів для підлітків, де пройшли навчання біля 4500 учнів 8-11 класів. Успішно впроваджується послуга в таких пілотних районах, як Іллінецький, Хмільницький Калинівський, Могилів-Подільський (Вінницька область область), Горохівський, Маневицький (Волинська область), Надвірнянський, Коломийський, Городенківський (Івано-Франківська область), Ленінський, Джанкойський (АР Крим).

- ***впровадження*** **послуги «Розвиток дитини раннього віку».** Сутність послуги – проведення підготовленими спеціалістами тренінгових занять, надання консультацій батькам щодо розвитку, виховання та догляду дітей раннього віку.

Підготовленими спеціалістами в 17 районах *(плановий показник – у 8)* проведено 54 тренінги для спеціалістів, 293 семінари-тренінги для 3584 батьків. Майданчиками для впровадження послуги стали жіночі консультації (Школи відповідального батьківства, кабінети планування сім'ї), ФАПи, дитячі поліклініки (кабінети здорової дитини), центральні районні лікарні, дитячі дошкільні навчальні заклади (ДДНЗ), центри соціальних служб для молоді, дитячі районні бібліотеки.

Найбільш успішні практики реалізації послуги отримані спеціалістами таких пілотних районів, як Хмільницкий, Тульчинський (Вінницька область), Луцький, Любомльський (Волинська область), Надвірнянський, Коломийський (Івано-Франківська область), Ленінський, Джанкойський (АР Крим).

Для методичної та організаційної підтримки впровадженої послуги в рамках реалізації 1 компоненту:

- *підготовлено видання* навчального посібника «Навчання здоров'я: просвітницька робота з підлітками щодо збереження, розвитку та зміцнення репродуктивного здоров'я», орієнтованого на підготовку спеціалістів до проведення профілактичної роботи (рекомендовано до друку Міністерством освіти і науки України, лист від 22.12.10 № 1/11-11786);
- *затверджено* програми підготовки спеціалістів до реалізації послуг (див. додаток до моделі 1) як державні Програми підготовки спеціалістів центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (наказ Держсоцслужби № 64 від 13.12.2010 р.).
- *надано кожному навченому спеціалісту два відеофільми* («Коли дівчинка дорослішає», «Разом до гармонії»), *настільні* ігри «Крок за кроком», «Володар кілець», «Пригоди у країні Здоровляндії»,

Тренінг «Розвиток дитини раннього віку», Івано-Франківська область, 28-30 вересня 2009 р.

«Радію тому, що потрапила на тренінг з розвитку дитини раннього віку. Ця тема є дуже актуальною для мене. Моїй донечці нещодавно виповнилося 2 роки, а я намагаюся звідусіль знаходити корисну інформацію та створювати умови для розвитку донечки. Після першого тренінгу ми почали проводити заняття з вагітними жінками та їх партнерами з розвитку дитини раннього віку. Другий тренінг дав змогу ще глибше ознайомитись із методиками, формами, підібраними вправами та критичніше оцінити власну тренінгову роботу» (Денисюк Т., консультант Луцького РЦСССДМ, Волинська область)

«Фотофішка», необхідні для реалізації послуги, які використовуються для підвищення рівня знань та розуміння проблем, пов'язаних з ВІЛ/СНІДом у дітей та молоді. Настільні ігри надані Міжнародним Альянсом з ВІЛ / СНІД в Україні.

Досягнення результату 1.3: по компоненту 1 Програми забезпечено: технологіями впровадження послуг, алгоритм яких представлено в розділі 3.

1.2. Досвід впровадження компоненту 1 „Міжсекторна модель сприяння здоров'ю матері та дитини" у пілотних районах.

Успішна реалізація моделі забезпечена системою роботи в пілотних районах, яка включала ознайомчі візити, презентаційні семінари, семінари по залученню громади до обговорення проектів районних соціальних програм, роботу з засобами масової інформації, навчання представників районних Координаційних Рад (проведено 16 тренінгів (по 4 тренінги в кожній пілотній області і АР Крим), візити з обміном досвідом, надання методичної та супервізійної підтримки (187 відряджень обласних консультантів компоненту).

Сидорчук Арсен Арсенович та члени Координаційної ради

Хід реалізації моделі на прикладі декількох пілотних районів проілюстровано розповідями про досягнуті успіхи голів та членів Координаційних рад зі сприяння здоров'ю матері та дитини.

Сидорчук А.А., голова районної Координаційної ради Луцького району Волинської області: «Більш потужна робота щодо впровадження як Українсько-Швейцарської програми „Здоров'я матері та дитини" загалом, так і реалізації її першого компоненту, в Луцькому районі розпочалася з участі делегації наших краян в ознайомлювальному візиті до установ та закладів Ратнівського району Волинської області в грудні 2008 року, спільного розширеного засідання КР Ратнівського району та представників нових пілотних районів, у тому числі і Луцького району.

Хохлов Олександр Андрійович

Програмова діяльність носить міждисциплінарний характер, до її впровадження мають бути залучені різні установи та заклади соціальної сфери. Саме їх досвід узгодження зусиль і планування спільних дій, врахування пропозицій та ресурсів є основою підвищення якості діяльності з питань сприяння громадському здоров'ю, в першу чергу, здоров'я матері та дитини…»

Продовжує Хохлов Олександр Андрійович, заступник голови Ленінської РДА АР Крим, голова Координаційної ради: «После ознакомительного визита передо мной, как руководителем Координационного совета, стояла задача подобрать инициативных людей, которые могли бы работать по реализации программы. Была создана рабочая группа, на совещании которой наметили состав Координационного совета, подготовили проект положения о Координационном совете при Ленинской РГА».

Засідання Координаційної ради в Іллінецькому районі

«Варто відмітити, зазначає ***Фаріон Анатолій Григорович, заступник голови Іллінецької РДА Вінницької області, голова Координаційної ради,*** що саме після презентаційного семінару на базі нашого району, де представниками установ, які надають медичні, інформаційно-консультативні послуги жінкам та іншим категоріям населення, здійснюють освітню та соціально-просвітницьку роботу з дітьми та молоддю, керівники цих установ і організацій охоче погодились на те, щоб увійти до складу координаційної ради.

Найбільш дієвою і ефективною формою роботи стали засідання координаційної ради та участь членів ради у навчальних тренінгах. Навчання допомогло членам координаційної ради змінити уявлення про організацію процесу сприяння здоров'ю матері та дитини на рівні району, показало важливість міжсекторної співпраці, отримати знання та навички щодо розробки програм сприяння здоров'ю матері та дитини з урахуванням міжсекторного підходу, відпрацювати механізм взаємодії, навчитися визначати пріоритети по своїх напрямках діяльності, моніторингу виконання програми».

Пономаренко Алла Аліковна, заступник голови Джанкойської РДА АР Крим, голова Координаційної ради: «Самое главное, что я получила в результате работы в Программе: работа в команде. Теперь практически все проблемы в районе решаем при участии всех заинтересованных структур. Мне очень повезло с Координационным советом. В состав совета вошли люди, неравнодушные к проблемам здоровья детей в районе и городе, высокие профессионалы в своей работе. Смогли это качество использовать для усиления потенциала совета и при написании программы, и при проведении мониторингов ее выполнения».

Пономаренко Алла Аліковна

Навчання представників КР надало можливість розробити та ефективно реалізовувати в районі єдину соціальну політику у сфері сприяння здоров'ю матері та дитини, переорієнтувати її з медичної на соціальну модель здоров'я, а також сформувати в свідомості керівного імперативу почуття відповідальності за стан громадського та індивідуального здоров`я.

Михайлюк Степан Михайович, голова Координаційної ради Городенківського району Івано-Франківської області: «КР з питань сприяння здоров'ю матері та дитини, створена в районі розпорядженням голови райдержадміністрації № 342 від 20.12.2005 р., працює стабільно, її засідання проводяться за планом для здійснення координації зусиль окремих закладів і установ району для покращення здоров'я матерів та дітей.

Засідання Координаційної ради у Ґороденківському районі

У складі КР є представники церкви – священник УГКЦ о. І.Левицький, з ініціативи якого проводяться навчання для молодих пар, які мають намір взяти шлюб. На даних заняттях розглядаються релігійні канони створення сім'ї, сімейні цінності, методи природного планування народження дітей та ін. Багато уваги приділяє церква і роботі з підлітками по вихованню відповідального ставлення до життя і здоров'я».

Болюк Богдан Володимирович, заступник голови Коломийської РДА Івано-Франківської області, голова Координаційної ради: «Рішення КР втілюються в життя, мають безпосередній вплив на діяльність щодо покращення здоров'я матерів та дітей у районі. Так, за сприяння КР було надано і відремонтовано приміщення для Школи відповідального батьківства (ШВБ), в штаті ЦРЛ зараз є медичний психолог, у школах району і в дошкільних закладах навчені спеціалісти проводять тренінгові заняття, ЗМІ постійно подають цікаві інформаційні матеріали.

В складі КР головний редактор газети «Вільний голос» Гаврилюк О.П. і редактор телерадіокомпанії Приходько Т.М., які брали активну участь у навчальних тренінгах і в роботі КР, і тому всі заходи програми цікаво і змістовно висвітлюються у постійних рубриках на сторінках газети, присвячених покращенню здоров'я матері та дитини, і в телепередачах, про що свідчить велика кількість публікацій і телесюжетів».

Нечай Михайло Михайлович, голова Координаційної ради Верховинського району Івано-Франківська області: «Діяльність КР допомагає у тому, що для блага жінок і дітей зараз працюємо разом, всі учасники Програми побачили наскільки важлива роль кожного для досягнення успіху.

КР працювала стабільно, засідання проводились щоквартально, для вирішення поточних завдань часто проводились засідання робочої групи. КР розглядала такі питання: підбір кандидатів для навчання, забезпечення роботи «Школи відповідального батьківства», забезпечення проведення тренінгових занять у навчальних та медичних закладах району, розробка районної програми «Здоров'я матері та дитини». Завдяки роботі КР є відчутні позитивні зміни: покращено фінансування лікарні, проведені

Презентація районної програми Здоров'я матері та дитини» у Верховині 24.02.2010 р.

ремонти приміщень ЦРЛ, придбане обладнання для пологового відділення і жіночої консультації, рекомендоване спеціалістами, які проводили моніторинги».

Склянчук В.М., голова Координаційної ради Любомльського району Волинської області: «В районі першими з області було прийнято комплексну програму «Сприяння здоров'ю матері та дитини в Любомльському районі на період 2010-2014 рр.», рішення сесії райради №30\3 від 14.05.2010. Загальний бюджет програми становить 2 млн 593 тис. Цей документ заслуховувався на засіданнях колегії райдержадміністрації, обговорювався на профільних комітетах і комісіях органів влади та місцевого самоврядування, приймався на засіданні районної ради. Програма не обмежилася лише послугами в рамках програмових заходів СЗМД, але й включала в себе заходи та дії, які несуть значні структурні зміни в ЦРЛ, освітніх закладах району. (покращення матеріальної бази та обладнання ЦРЛ; встановлення нових вікон, енергозберігаючого опалення, туалетів у загальноосвітніх та дошкільних закладах). Рада сприяла розширенню роботи програми для батьків дітей раннього віку, що ініційовано компонентом 1 у 4 дитячих садків району та залученню до цієї роботи й інших ДНЗ району».

Хохлов Олександр Андрійович, заступник голови Ленінської РДА АР Крим, голова Координаційної ради: «Важным результатом активной и слаженной межсекторной работы команды КС стало то, что мы раньше других регионов Крыма разработали районную социальную программу и предоставили к обсуждению на расширенной коллегии Ленинской РГА, где присутствовали представители громады, руководители учреждений района и специалисты обученные на тренингах. Теперь финансирование на реализацию программы «Здоровье матери и ребенка» заложено в районном бюджете».

Сидорчук А.А., голова районної Координаційної ради Луцького району Волинської області: В нашій районній програмі знайшли своє місце практично всі послуги, що були запропоновані Програмою, та з яких були підготовлені відповідні фахівці. Унікальність роботи ШВБ в Луцькому районі полягає в тому, що Школа відповідального батьківства у своїй роботі керується поєднанням двох напрямів: підготовка до пологів та розвиток дітей раннього віку, тому на заняття приходили як вагітні жінки, так і батьки з дітьми. Заняття у ШВБ щорічно відвідують 500-510 жінок, що складає близько 74% вагітних. У цьому навчанні взяли участь за час діяльності школи також 290 чоловіків (партнерів) майбутніх породіль».

Специфікою Луцького району у впровадженні послуги «Профілактичне консультування на основі орієнтованого на людину підходу» є те, що переважна більшість фахівців, які пройшли навчання – працюють на первинному рівні – на посадах акушерок, тобто мають безпосередній і постійний контакт із вагітними. Зміна стереотипів професійного мислення медичних працівників, більш детальне ознайомлення зі специфікою консультування різних категорій клієнтів дозволяє їм встановлювати більш довірливі стосунки із жінками, членами їх родин, здійснювати переадресацію в інші установи та служби району».

Ісопенко Ярослав Васильович, головний лікар Надвірнянської ЦРЛ Івано-Франківської області, член Координаційної ради: «Досвід роботи Школи відповідального батьківства Надвірнянської ЦРЛ заслуговує на те, щоб його поширити на інші пілотні райони.

Школа відповідального батьківства Надвірнянської ЦРЛ

Керівник школи Остащук Т.В. пройшла навчання на тренінгах по роботі ШВБ, «Розвиток дитини раннього віку». Ведення ШВБ, консультування вагітних – це основний функціональний обов'язок Тетяни, яка дуже відповідально і творчо підходить до своєї роботи. В приміщенні школи постійно є відвідувачі, вона працює щодня з 10 до 15 години. Ведеться книга реєстрації всіх вагітних, які стають на облік в жіночій консультації і , окремо журнал обліку тих, хто приходить на заняття. Кожна вагітна приходить на заняття з обмінною картою, в якій робиться відмітка про заняття. На наступні заняття кожна вагітна отримує письмове запрошення, в якому вказані тема, дата і час заняття».

Хохлов Олександр Андрійович, заступник голови Ленінської РДА АР Крим, голова Координаційної ради. «Занятия по услуге

«Развитие ребенка раннего возраста» в районе проводятся в актовом зале поликлиники Ленинской ЦРБ, утвержден план занятий и преподаватель. Их проводит Сидоренко Виктория Борисовна, работающая в должности районного педиатра.

Кроме Сидоренко В., тренинги в рамках 1 компонента закончили еще три специалиста: психолог из Ленинского районного ЦСССДМ, врач-педиатр и семейный врач. Все обученные специалисты используют полученные знания при проведении индивидуальных консультаций с родителями на рабочих местах и обучают методике новых людей. Так, в первом цикле было обучено 6 матерей и 2 врача-педиатра. В настоящее время обучается 8 матерей и врач-интерн-педиатр. Имеется предварительная запись для обучения в третьей по счету группе: 14 человек, из них – 2 бабушки».

Заняття по послузі «Розвиток дитини раннього віку» у Ленінському районі

Андрій Андрейко, Завідуючий РЦ ППСР «Довіра» відділу освіти Калинівської РДА, Вінницької області, член Координаційної ради: «За рахунок коштів місцевого бюджету організовано навчання працівників психологічної служби району з впровадження послуги «Навчання здоров'ю». Тренінговий курс «Сходинки до твого здоров'я» впроваджується в сімнадцяти школах, і проводять його двадцять чотири тренери»

Кулик Володимир Ростиславович, головний лікар Калинівської ЦРЛ Вінницької області, заступник голови Координаційної ради: «Вважаю головним пріоритетом подальшого впровадження Програми активізацію міжсекторної взаємодії, контроль РДА за ходом впровадження районної програми»**.**

Покращення стану здоров'я дітей та матерів пілотних районів і поліпшення доступності, якості, кількості та ефективності профілактичних, лікувальних і соціальних послуг у сфері сприяння здоров'ю стало можливим завдяки підвищенню кваліфікації працівників закладів охорони здоров'я, соціальних служб, працівників освіти та, зокрема, державних органів влади у сфері здоров'я матері та дитини в рамках реалізації Україно-Швейцарської програми «Здоров'я матері та дитини».

РОЗДІЛ 2. ТЕХНОЛОГІЇ ПОКРАЩЕННЯ ПОТЕНЦІАЛУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У СФЕРІ НАДАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПОСЛУГ ВАГІТНИМ ЖІНКАМ ТА ПРОВАДЖЕННЯ ОРІЄНТОВАНОГО НА ЛЮДИНУ ПІДХОДУ

2.1. Покращення якості послуги «Підготовка вагітних жінок та їх сімей до пологів та батьківства».

Підвищення професійної компетентності фахівців, які працюють у Школах відповідального батьківства (ШВБ) щодо підготовки вагітних жінок та їх партнерів до народження дитини і догляду за нею, до її виховання і розвитку стало головною ціллю впровадження даної послуги.

Технологію роботи з підвищення якості надання послуги «Підготовка вагітних жінок та їх сімей до пологів та батьківства» в пілотних районах представлено у таблиці 1.

Таблиця 1 Технологія

Етапи	Зміст роботи
Орієнтаційний	Вивчення ситуації в пілотних районах: стан організації роботи «Школи відповідального батьківства»: де проводиться; які методи та обладнання використовуються; які спеціалісти беруть участь у проведенні, кількість слухачів (вагітні жінки та чоловіки) та партнерських пологів у пілотних районах.
Підготовчий	Проведення циклу навчання (два тренінги по 3 дні) з підготовки фахівців до реалізації послуги. Пошук ресурсів на ремонт приміщення та обладнання.
Ознайомчий	Інформування населення про проведення занять: розміщення оголошень; повідомлення у жіночій консультації при взятті на облік; інформація в засобах масової інформації.
Основний	Проведення тренінгових занять; індивідуальних консультацій.
Моніторинговий	Здійснення моніторингу.
Супервізійної підтримки	Проведення підтримуючого тренінгу для підготовлених фахівців.
Підсумковий	Аналіз результативності послуги.

За час реалізації компоненту 1 Програми проведено 5 тренінгів по підготовці спеціалістів до проведення інтерактивних занять. Навчальний курс становив 36/54 академічних годин. 75 спеціалістів пройшли навчання наданню послуги «Підготовка вагітних жінок та їх сімей до пологів та батьківства».

Учасники заняття у ШВБ, Джанкой, 2010 р.

Тренінг. м Київ , 2010 р.

Тренерами циклу навчання підготовки фахівців були Бабіч Тетяна Юріївна (доктор медичних наук) та Братусь Іванна Володимирівна (кандидат педагогічних наук, перинатальний психолог).

Впровадження послуги дало можливість удосконалити діяльність Шкіл відповідального батьківства. Заняття в Школі відповідального батьківства тепер переважно проводяться в групі, оскільки групова робота – особлива форма соціально-педагогічної та психологічної допомоги.

Порівняно з індивідуальною формою, вона має переваги. Займаючись у групі, вагітна жінка та її партнер мають можливість спілкуватися з іншими вагітними жінками та їх партнерами (на відміну від індивідуальної роботи, де коло спілкування обмежене одним консультантом), що дає їм змогу отримати краще розуміння та підтримку людей, які мають подібні переживання, а, отже, більшим буде і зворотній зв'язок під час роботи. У групі вагітна та її партнер почувають себе в оточенні турботи, піклування, довіри та взаємодопомоги.

На даний час у Школах відповідального батьківства працює 57 спеціалістів (окремі райони організували навчання фахівців на місцях. До роботи Шкіл відповідального батьківства долучилось широке коло фахівців, які підсилюють роботу лікарів та покращують якість функціонування ШВБ шляхом міждисциплінарної взаємодії.

Графік проведення групових занять у всіх районах різний. У 14 районах заняття проводяться 2 рази на тиждень, щоденно – у 5 районах, 1 раз на тиждень – у 2-х районах, 3 рази на тиждень – у 3-х районах,

4 рази на тиждень – у 2-х районах. Індивідуальні консультації в багатьох районах проводяться щоденно.

Про важливість підвищення якості роботи Шкіл відповідального батьківства свідчать відгуки працівників пологових будинків: *«Ті, що вчились в ШВБ, вже не бояться пологової зали. Вони знають для чого в залі є шведська стінка, м'ячі, стілець для пологів. Пологи у таких жінок протікають швидше і укорочується перший період»* (Жигалов Ю.О., лікар акушер-гінеколог пологового відділення Снятинської ЦРЛ).

З метою визначення ефективності роботи Шкіл відповідального батьківства, у пілотних районах було проведене *анкетування*. В ході дослідження було опитано 92 жінки, які пройшли навчання в ШВБ та народили та 74 чоловіка (див. додаток до моделі 1).

Анкетування показало, що жінки та чоловіки на належному рівні ознайомлені з темами, необхідними для їх підготовки до батьківства. Слід зазначити, що найбільша кількість опитаних у Школі відповідального батьківства дізнались про «Перший період пологів» – 85%; «Другий і третій періоди пологів» – 87%; «Грудне вигодовування» – 86 %. Найменш засвоєними є теми: «Значення сім'ї у формуванні та розвитку майбутньої дитини» - 60% та «Фізичний і психічний розвиток дитини до 1 року» – 51 % .

Щодо практичних навичок, найбільше учасниці засвоїли поведінку під час перейм – 92% та поведінку під час потуг – 91%. А найменші показники щодо засвоєння методів знеболення – 75 % та методів самодопомоги – 73%. Хоча ці показники є також високими.

Майбутні тата з практичних навичок найкраще засвоїли навички розслаблення, навички різних типів дихання – кожну навичку засвоїли 81% чоловіків, які відвідували заняття.

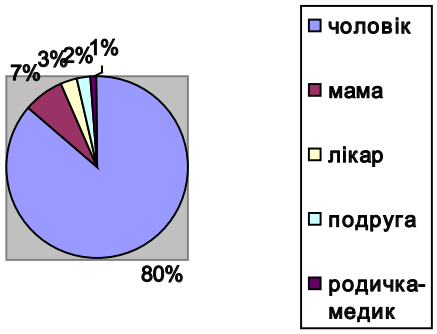


Рис. 2 Участь у партнерських пологах

Природні пологи були у 85 % опитаних, заняття у Школі допомогли 93% жінкам, близька людина брала участь у 80% пологів, з них чоловік – 85 % від загальної кількості партнерських пологів, мама – 7%, подруга – 2%, родичка-медик – 1%, лікар – 3%.

При підтримці близької людини хотіли б народжувати 83 % опитаних, всі опитані жінки рекомендували б відвідувати Школу відповідального батьківства іншим жінкам.

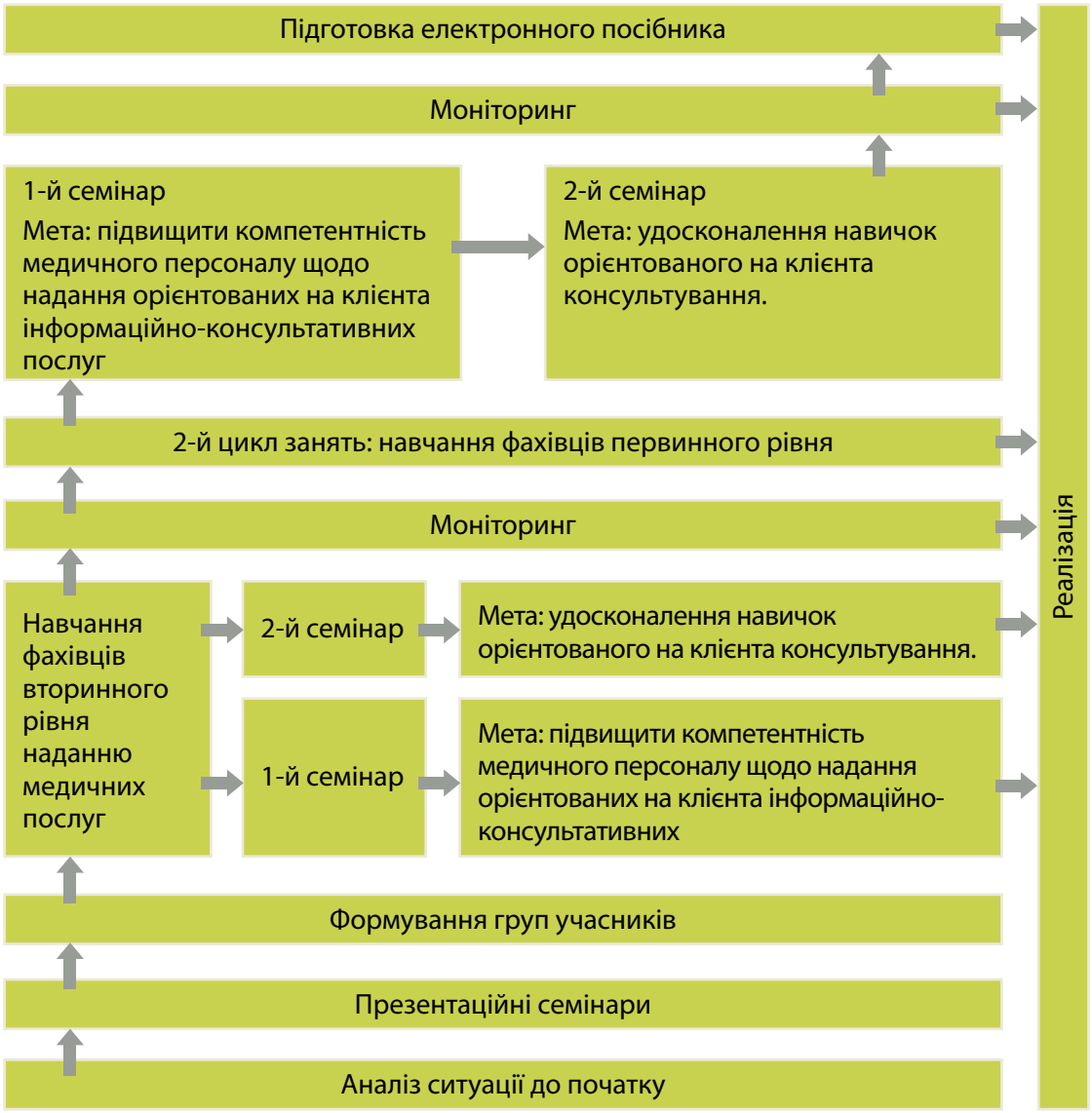
79 % опитаних чоловіків зазначили, що заняття Школи відповідального батьківства спонукали допомогти дружині у пологах. У пологах приймали участь 74% опитаних чоловіків. 88% опитаних, якщо вирішать ще мати дітей, хотіли б брати участь у пологах, а 97 % татусів рекомендували б чоловікам відвідувати Школу відповідального батьківства.

Відгук сімейної пари, Оксани та Степана Савоцьких, Городенківський район, Івано- Франківської області. «14 червня 2010 року я та мій чоловік народили здорового, гарного хлопчика вагою 3,300 кг і ростом 50 см. Ця вагітність була неочікуваною, але бажаною. На жаль, перші пологи залишили мені неприємні спогади і враження. Завагітнівши, я інтенсивно почала шукати фахівців, які допомогли б мені під час вагітності і пологів. В жіночій консультації я дізналась що існує Школа відповідального батьківства. Відвідавши одне заняття, я зрозуміла, що це відповідає моїм потребам. До занять я залучила чоловіка, на які він спочатку ходив з неособливим бажанням. Через декілька відвідувань він почав сам запитувати, коли будуть заняття. Після цього в нас змінилися відносини на краще, він більше цікавився, переживав і вчився разом зі мною. Відвідування занять удвох – це велика користь для сім'ї. Ми вдвох робили вправи, дихали, гуляли, спілкувались, малювали, співали колискові, слухали музику. Все це нам радили, вчили і допомагали Валерій Михайлович Вороний і Миронів Уляна Борисівна. Ми вдячні за кожну проведену годину спілкування. Завдяки Вам, на пологах був мій чоловік, хоча я сумнівалась до останнього, що він буде зі мною. Але це сталося, і я рада, що батьками стали ми одночасно і усвідомили, як це гарно переживати і народжувати удвох».

2.2. Впровадження послуги «Профілактичне консультування з питань здоров'я матері та дитини на основі орієнтованого на людину підходу».

За період 2008-2010 рр. проведено 16 навчальних семінарів, під час яких підготовлено 207 фахівців із 22 пілотних районів. Навчальний курс становив 36 академічних годин. Під час тренінгів учасники були ознайомлені з основними принципами орієнтованого на клієнта консультування, відпрацьовували практичні навички цієї методики. 98% учасників, зазначили, що зміст тренінгів відповідав їх професійним запитам, оскільки консультування займає значну частину їх роботи.

Впровадження послуги здійснювалося на основі розробленого алгоритму (мал.1)



Мал.1. Алгоритм впровадження послуги

Результативність діяльності підготовлених спеціалістів, правильність розуміння ними суті орієнтованого на клієнта підходу і реалізація його у їх практичній діяльності вивчалася за допомогою анкетування у жовтні – листопаді 2010 року.

Для медичних працівників, які пройшли навчання, застосування орієнтованого на клієнта підходу дає можливість швидше і ефективніше встановлювати контакт з клієнтом (46%), налагоджувати довірливі партнерські стосунки (36,6%), краще збирати анамнез та вивчати проблему клієнта (40%), що, в свою чергу, дозволяє краще зрозуміти його стан (41%), стосунки з оточуючими, суть проблеми та можливості щодо її вирішення. Опитувані зазначили, що застосування орієнтованого на клієнта підходу сприяло їх професійному росту та вдосконаленню (41%), тепер усі їх дії та вчинки ведуть до позитивного результату, а саме народження здорових дітей, щасливих і вдячних пацієнтів.

Застосування ними орієнтованого на клієнта підходу призвело до певних змін у свідомості і ставленні їх пацієнтів. Медичні працівники помітили, що їх клієнти стали більш активно проявляти здатність самостійно шукати оптимальне вирішення своїх проблем (61,1%) і більш відповідально ставитися до свого здоров'я.

«*Використання орієнтованого на клієнта підходу дає змогу будувати підтримуючі стосунки з жінкою, підвищує активність клієнта та формує в нього відповідальне ставлення до свого здоров'я. Змінилося ставлення клієнта до свого здоров'я, перебігу вагітності, збільшилася здатність пацієнта брати участь у прийнятті рішення щодо надання медичної допомоги, якої він потребує*». Ковальчук І.А., зав. жіночою консультацією Хмільницького району Вінницької області.

Також опитані навчилися і практикують у разі потреби переадресацію клієнта до інших фахівців. Окрім того, частина учасників відзначила, що в них зросла кількість клієнтів і підвищився авторитет серед них, а вони самі почали отримувати ще більше задоволення від своєї роботи.

Особливо важливим, є те, відзначили учасники анкетування, що застосування орієнтованого на клієнта підходу дозволяє досягти основної мети консультативної роботи у сфері здоров'я матері ти дитини – народження здорових дітей і їх повноцінного розвитку.

«*Я вважаю, що застосування орієнтованого на клієнта підходу є ключовим елементом у профілактичній роботі з питань перинатального здоров'я, це свого роду підтримка пацієнта для створення умов для народження здорової дитини і її виховання. Я тепер краще знаходжу контакт з пацієнтами, маю більшу інформаційну підготовленість*». Ковальчук Л.М Акушерка відділення ЦРЛ Маневичі Волинської обл.

Результатом цієї послуги є стабільна і позитивна установка на вагітність і пологи; зниження рівня тривожності вагітної; підвищення компетентності жінки у питаннях підтримки здорового способу життя під час вагітності, поведінки під час пологів та у післяпологовий період, грудного вигодовування і догляду за дитиною раннього віку; створення усіх необхідних умов для народження здорових дітей і їх розвитку.

РОЗДІЛ 3. ТЕХНОЛОГІЇ ПОСИЛЕННЯ ПОТЕНЦІАЛУ МІСЦЕВИХ ГРОМАД У ВПРОВАДЖЕННІ НОВИХ ПОСЛУГ ЗІ СПРИЯННЯ ЗДОРОВ'Ю МАТЕРІ ТА ДИТИНИ

3.1. Впровадження послуги «Навчання здоров'я».

Ключовим напрямом оптимізації репродуктивної поведінки (і, як наслідок, репродуктивного здоров'я) підлітків є підвищення їх сексуальної та репродуктивної культури. Послуга «Навчання здоров'я» спрямована на створення таких соціально-психологічних умов, які б забезпечили гармонійний розвиток особистості та становлення повноцінного репродуктивного здоров'я підростаючого покоління. Зусилля спеціалістів направлені на розкриття складових здоров'я, їх критеріїв та шляхів досягнення благополуччя в різних сферах життєдіяльності людини, формуванні життєвих навичок (навички відстоювання особистих цінностей та ефективного спілкування, пошуку інформації, проектування майбутнього, аналізу життєвих ситуацій, прогнозування можливих наслідків, прийняття поінформованих рішень, вирішення проблем без тиску однолітків, впливу ЗМІ).

Для того, щоб досягти найбільшої ефективності в соціально-просвітницькій роботі з підлітками, в рамках впровадження 1 компоненту Програми «Здоров'я матері та дитини» було визначено дві складові впровадження послуги «Навчання здоров'я».

1 складова – *навчання фахівців методиці надання послуги* дозволило значно посилити потенціал місцевих професійних громад педагогів, медиків щодо сприяння здоров'ю матері та дитини, оскільки навчання фахівців підвищило їхній професійний рівень і дозволило їм здійснювати просвітницьку діяльність на більш якісному рівні.

2 складова – *навчання підлітків за програмою тренінг-курсу «Сходинки до твого здоров'я»*, мета якого сформувати у підлітків свідоме і відповідальне ставлення до власного здоров'я, в тому числі і до репродуктивного, як однієї з важливіших життєвих цінностей, що реалізується 17 тренінговими заняттями.

Підготовка фахівців до реалізації послуги "Навчання здоров'я" здійснюється через відповідний *алгоритм*.

Таблиця 2 Технологія підготовки фахівців до реалізації послуги «Навчання здоров'я» та її впровадження.

Етап технології	Діяльність	Спосіб реалізації діяльності (метод)	Результат –
Оцінювання, можливостей, використання послуги навчання здоров'я.	Аналіз ресурсів. Прийняття рішення про впровадження послуги «Навчання здоров'я».	Презентаційний семінар. Анкетування.	Визначені спеціалісти, які пройдуть навчання.
Підготовка ведучих тренінг-курсу (перший тренінг 3 дні – 18 год.)	Ознайомлення спеціалістів-учасників навчання з концептуальними засадами сприяння здоров'я, теорією навчання. Надання знань та формування практичних навичок в учасників із проведення просвітницького тренінгу.	Освітній тренінг для тренерів. Вхідне, вихідне анкетування.	Спеціалісти набули необхідних знаннь та відпрацювали навички проведення занять тренінг-курсу для підлітків „Сходинки до твого здоров'я" (1-й блок: „Ти і твоє здоров'я").
Підготовка ведучих тренінг-курсу (другий тренінг 3 дні-18 год.)	Ознайомлення учасників із специфікою проведення занять для підлітків за темами: репродуктивне та сексуальне здоров'я, особливості статі, аспекти сексуальності; можливі наслідки безвідповідальної поведінки в репродуктивній сфері та способи їх недопущення.	Освітній тренінг для тренерів. Вхідне, вихідне анкетування.	Спеціалісти набули необхідних знаннь та відпрацювали навички проведення занять тренінг-курсу для підлітків „Сходинки до твого здоров'я"(2-й блок: „Взаємостосунки, сексуальність і репродуктивне здоров'я").
Підготовка ведучих тренінг-курсу (третій тренінг 3 дні - 18 год.)	Ознайомлення учасників із специфікою проведення занять для підлітків за темами: здоров'я як індивідуальна та суспільна цінність, прогнозування життєвих перспектив, планування майбутньої сім'ї.	Освітній тренінг для тренерів. Вхідне, вихідне анкетування.	Спеціалісти набули необхідних знаннь та відпрацювали навички проведення занять тренінг-курсу для підлітків „Сходинки до твого здоров'я (3-й блок „Здоров'я – твоя цінність").
Робота підготовлених спеціалістів із групами підлітків	Пропозиція підліткам взяти участь у тренінгових заняттях. Оцінювання рівня відповідального ставлення до здоров'я в учасників тренінгу.	Презентаційний тренінг. Вхідне, вихідне анкетування.	Сформовано тренінгові групи.
Проведення тренінгу для підлітків	Надання інформації та формування навичок, необхідних для досягнення благополуччя.	Освітній тренінг.	Підлітки забезпечені достовірною інформацією щодо сприяння здоров'ю. Напрацьовані життєві навички.
Завершальний етап	Супервізія діяльності підготовлених спеціалістів з боку консультантів.	Супервізія.	Підготовлені спеціалісти надають освітню послугу підліткам

Реалізація послуги підвищила рівень поінформованості підлітків стосовно здоров'я, зокрема репродуктивного та сприяла поширенню достовірної інформації серед їх однолітків. Ці висновки ілюструють результати анкетування.

Учасники тренінг-курсу так оцінили його вплив на ставлення до власного здоров'я: стала/став більш ретельно слідкувати за ним, тому, що багато дізналась (56,3%), почав/почала вести здоровий спосіб життя (25,9%); більше часу приділяю спорту (почав займатися спортом) (19%); кинув/кинула палити (5,3%); почала більше звертати увагу на особисту гігієну (12,2%); став більше розбірливий у статевих відносинах (3%); більш відповідально розпоряджуватимуться своїм життям, турбуватимуться про своє здоров'я (16%); буду більш серйозно ставитись до почуттів; намагатимуся розумно планувати своє життя; маю знання про репродуктивне здоров'я, щоб народити здорову дитину (12,2%); знання про репродуктивне здоров'я для свого майбутнього сексуального життя (22,6%) (див. додаток до моделі 1).

«Такі тренінги є дуже важливими і корисними у нашому віці. Я довго розмірковувала, чи мені це потрібно, але, відвідавши перше заняття, я зрозуміла, що це дуже цікаво і корисно. Після кожного заняття я отримую задоволення, знання і багато корисної інформації у дуже цікавій формі. Ми навчилися працювати в групах. Я вважаю, якщо б наші уроки проходили в такий спосіб, то б легше і краще засвоювали знання з предметів. Я знаю, що ми самі відповідальні за своє здоров'я і благополуччя». Лавра Леся, учениця Пнівської ЗОШ І-ІІІ ст. Надвірнянського району Івано-Франківської обл.

«Мій син Богдан брав участь у роботі тренінгу «Сходинки до твого здоров'я». Я звернула увагу, що часто вечорами він із молодшим братом усамітнюється і про щось шепочуться. Що за таємниці? Богдан пояснив, що їхній клас разом з Галиною Іванівною, психологом школи, проводять тренінги про сексуальну культуру, статеві стосунки. Я схвалюю те, що учні мають можливість отримати таку інформацію під час уроків, а не за межами школи в сумнівних компаніях».

Паньків Л.М., мама учня 9-Б класу Паньківа Богдана. Надвірнянський район Івано-Франківської обл.

3.2. Впровадження послуги «Розвиток дитини раннього віку».

Послуга «Розвиток дитини раннього віку» орієнтована на батьків, які виховують дитину раннього віку, осіб, які їх заміняють, майбутніх батьків та спеціалістів, які працюють з дітьми такого віку та їхніми батьками. Підготовка фахівців до реалізації послуги «Розвиток дитини раннього віку» здійснювалася через відповідну *технологію* (див. таблицю 3).

Таблиця 3 Технологія запровадження послуги «Розвиток дитини раннього віку» в пілотних районах

Етапи /	Зміст діяльності, заходи	Результати
Орієнтаційний	Аналіз наявних послуг для дітей раннього віку та їх батьків. Презентація послуги Створення бази спеціалістів для навчання в проекті.	Проведено 22 презентаційних семінари в пілотних районах. Відібрано 154 спеціалісти з медичної, освітньої та соціальної сфер (по 7 осіб з кожного пілотного району). В районних ЗМІ проінформовано про заходи щодо впровадження нової для населення послуги.
Підготовчий	Проведення циклу навчання (2 тренінги по три дні) підготовки спеціалістів до реалізації послуги.	Пройшли навчання – 114 спеціалістів. Сформовано районні міжгалузеві команди ведучих для роботи з батьками.). Визначення пілотних майданчиків у районах. Розроблено алгоритми впровадження послуги в районах.
Інформаційний	Проведення презентації підготовленим спеціалістами нової послуги на основних місцях роботи для керівників, колег, батьків. Інформування про впровадження нової послуги місцевих ЗМІ (газетах, радіо, телебаченні).	Всі спеціалісти отримали згоду керівництва закладів на впровадження послуги. Вихователі, психологи ДНЗ та соціальні працівники доповнили свої робочі плани тренінговими заняттями для батьків. Сформовано батьківські групи. Складено графіки проведення занять для батьків.
Практичний	Проведення занять для батьків Проведення методичних семінарів для спеціалістів . Консультування батьків на прийомі у лікаря та патронажних візитів на дому.	Проведено тренінгові заняття для батьків. Батьки дітей раннього віку, бабусі, опікуни, майбутні батьки) стали їх учасниками. Проведено семінари – тренінги для спеціалістів.
Супервізійний/ моніторинговий	Надання підготовленим спеціалістам методичної та організаційної підтримки .	Спеціалісти отримали супервізійну підтримку та забезпечені канцтоварами для проведення тренінгових занять.
Оціночний	Проведення анкетування батьків.	Послуга впроваджується в 17 районах. Опитано 100 батьків, які отримали послугу.

Психологи дитячих дошкільних закладів, вихователі-методисти ДНЗ, патронажні сестри, лікарі-педіатри, бібліотекарі, соціальні працівники/педагоги районних та сільських центрів соціальних служб для дітей, сім'ї та молоді, спеціалісти шкіл відповідального батьківства, які щодня в рамках своєї професійної діяльності сприяють формуванню навичок усвідомленого батьківства та батьківської компетентності з питань розвитку дітей раннього віку, стали тією цільовою групою, яка була залучена до навчальних тренінгів із навчання послузі.

Практичне значення впровадження даної послуги для медичного персоналу полягає в тому, що зміст програми підготовки спеціалістів дозволяє їм більш ефективно реалізувати діяльність, передбачену наказом № 149 МОЗ України, в якому сказано, що, крім обов'язкового медичного профілактичного огляду, необхідно надавати консультації батькам про раціональне вигодовування та харчування; догляд з метою розвитку; створення безпечного середовища дітей раннього віку.

З метою визначення впливу впровадженої послуги у пілотних районах було проведене анкетування цільових груп. Актуальність послуги для батьків підтверджують їхні відповіді на питання анкет. Учасники зазначають, що оволоділи певними навичками, а саме: добору іграшок, ігор та казок саме для розвитку дітей раннього віку (72%); проведення пальчикових, народних та розвиваючих ігор (54%); розвиваючими методиками «Чарівні мішечки» та «Кошик - скарбничка» (62%); ефективного спілкування (42%); створення свята для наймолодших (51%); організації ритму для дитини(33%).

Актуальність послуги для батьків підтверджують їхні відгуки: «*Ми краще стали розуміти нашу дитину її потреби, знаємо, як можна провести час разом, щоб було і цікаво і корисно*». Погребняк Н.В. Тульчинський район, Вінницька область.

«*Після тренінгів я навчилась чути свою дитину, мені легше з нею спілкуватись без капризів, нервувань. Наші стосунки в сім'ї стали більш сердечними і приносять задоволення всім*». Рогова О.Д. Луцький район, Волинська область.

Переважна більшість батьків отримала послугу у формі тренінгових занять, батьківських зборів та індивідуальних консультацій. Деякі з них отримували інформацію щодо питань розвитку та виховання дітей через інформаційні стенди в дитячих поліклініках та садочках, а також у вигляді інформаційних буклетів, статей тощо.

Про значимість послуги для фахівців району свідчать їх відгуки: «*Участь у семінарах-тренінгах за послугою «Розвиток дітей раннього віку» та навчальні посібники і фільм, які ми отримали, дозволили мені поставити психологічний супровід дітей ясельного віку у нашому дошкільному закладі на якісно новий рівень; сприяли підвищенню мого авторитету серед батьків та колег*». Павлюк Зоряна, психолог ДНЗ м.Отинійськ, Коломийський р-н, Івано-Франківська область

Заняття з батьками за програмою «Розвиток дитини раннього віку» у Хмільнику та Леніно, 2010 р.

РОЗДІЛ 4. УРОКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ НА МАЙБУТНЄ.

Реалізація першого компоненту 1 Програми показала:

- ***що інтеграція допомоги жінкам і дітям у сфері здоров'я на основі міжсекторного підходу є ефективним і економічно доцільним шляхом досягнення успіху***. Покращення стану здоров'я матері та дитини забезпечується скоординованими зусиллями освітніх, соціальних та медичних установ, громадських організацій, що спрямовані на поліпшення різних факторів здоров'я (в тому

числі і тих, які опосередковано впливають на показники здоров'я – освіта, створення умов для формування здорового способу життя, забезпечення гендерної рівності, поліпшення доступу до безпечної питної води, адекватної санітарії і чистого, безпечного навколишнього середовища тощо);

- ***що послуги, призначені для матерів, дітей, найбільш ефективні, якщо вони надаються у вигляді комплексних пакетів у найважливіші періоди життєвого циклу людини*** в умовах середовища, сприятливого для забезпечення прав жінок і дітей. Такий комплексний пакет був напрацьований у рамках реалізації 1 компоненту Програми, а саме, надання двох взаємодоповнюючих послуг в період **вагітності** (послуги «Профілактичне консультування з питань здоров'я матері та дитини на основі орієнтованого на людину підходу», «Підготовка вагітних жінок і їх сімей до пологів і батьківства»), **період раннього віку** (послуга «Розвиток дитини раннього віку»), **період підліткового віку** (послуга «Навчання здоров'я);
- ***що, впливаючи на ціннісні орієнтації особистості, громади, можна модифікувати репродуктивну поведінку і досягнути істотної і довгострокової зміни показників здоров'я матері і дитини***, оскільки інерція впливу ціннісних орієнтацій досить висока.

Основні труднощі, які виникали під час реалізації 1 Компоненту:

1. Відсутність договору про співпрацю між Програмою і Міністерством освіти і науки України ускладнювало впровадження послуг «Розвиток дитини раннього віку» та «Навчання здоров'я», ОСКІЛЬКИ будь-яка освітня програма (послуга) може бути реалізована в освітянських установах тільки за рекомендацією Міністерства. Через відсутність такого договору виникали також певні складнощі з запрошенням учасників до участі в навчальних тренінгах.
2. Відсутність Меморандумів між Могилів-Подільскою райдерждміністрацією, меріями міст обласного підпорядкування (Калуш, Джанкой, Коломия, Козятин, Хмільник), що ускладнювало роботу по організації міжсекторного співробітництва.
3. Постійні кадрові зміни в складі райдержадміністрацій пілотних районів в залежності від результатів виборів. Відповідно, зміна голів та певної частини складу районних Координаційних Рад зі сприяння здоров'ю матері та дитини (за час реалізації Програми тричі змінювався їх склад). Зміна учасників тренінгів для представників Координаційних не дозволила їм у повній мірі оволодіти необхідними навичками щодо моніторингу районних соціальних програм.
4. Впровадження послуг «Профілактичне консультування на основі орієнтованого на клієнта підходу», «Розвиток дитини раннього віку» потребує зміни певних нормативів на рівні Міністерства охорони здоров'я України. Відсутність обладнаних для консультування приміщень, недостатній норматив часу не дозволяє спеціалістам реалізувати дану послугу в повній мірі.

Досвід реалізації компоненту 1 підтверджує важливість і необхідність впровадження цінностей та принципів громадської охорони здоров'я в систему управління **як на різних рівнях влади, з акцентом на рівень місцевого самоврядування, так і на основі міжсекторної взаємодії** для системних змін у стані здоров'я матері та дитини.

Пріоритетність цієї діяльності обумовлена станом здоров'я матері та дитини в Україні, який не може бути істотно покращений зусиллями існуючої системи охорони здоров'я. Здоров'я населення, як показник благополуччя нації, повинно стати інтегральним показником успішності функціонування органів управління держави в цілому, всіх її інституцій, на всіх рівнях влади. Основне завдання управління – об'єднання зусиль різних секторів для створення умов надання можливостей людям посилювати контроль за своїм власним здоров`ям та його чинниками і тим самим покращувати його. Відповідно, управління громадським здоров'ям має базуватися на підходах громадської охорони здоров'я, основою якої є системні, комплексні, міжсекторні дії.

Такий підхід дозволить на рівні району звести в одну комплексну соціальну програму, наприклад, покращення громадського здоров'я населення району, всі існуючі програми, які стосуються впливу чи зміни факторів здоров'я, відпрацювати єдині для всіх зацікавлених сторін показники покращення ефективності управління громадським здоров'ям, скоротити кількість координаційних рад, об'єднати ресурси та можливості різних секторів.

Важливим напрямком роботи має стати забезпечення організаційно-нормативних умов на рівні Міністерств щодо впровадження та підтримки комплексного пакету послуг (Клієнт-орієнтоване консультування, Школа відповідального батьківства, Розвиток дитини раннього віку, Навчання здоров'я),

який, враховуючи базові для репродуктивного здоров'я етапи життєвого циклу людини, спрямований на підвищення обізнаності та набуття відповідних навичок збереження і зміцнення здоров'я матері та дитини.

Одна з причин зниження репродуктивного здоров'я – низький культурний рівень у сфері сімейних сексуальних стосунків, відсутність культури дітонародження як такої. Дітонародження, знаходячись у сфері впливу медицини та залишаючись формою медичних послуг, не має можливості розвиватися як сімейна культура. Необхідно обґрунтувати та забезпечити гармонійний зв'язок між сім'єю та системою допомоги пологіллі, де сімейні традиції та установки можуть поєднуватися з медичними послугами, що вплине на підвищення статусу материнства та батьківства.

ГЛОСАРІЙ

Здоров'я – це стан повного фізичного, духовного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб або фізичних вад (ВООЗ).

Сприяння покращенню здоров'я – процес надання можливостей людям посилювати контроль за своїм власним здоров'ям та його чинниками і тим самим покращувати його. (Бангкокська Хартія сприяння здоров'ю. ВООЗ,2005.)

Громадське здоров'я – це сукупне здоров'я людей, що проживають на даній території, або держави в цілому Термін "громадське здоров'я" в науковій літературі з питань здоров'я використовують у вузькому та широкому значенні. Переклад з англійської терміну public health дозволяє трактувати його, як громадське здоров'я та як громадська охорона здоров'я. У вузькому значенні під громадським здоров'ям науковці розуміють здоров'я населення, яке проживає на певних територіях, у різних країнах, регіонах. У більш ширшому значенні під громадським здоров'я мають на увазі організовані зусилля суспільства, спрямовані на поліпшення здоров'я, продовження та покращення якості життя всього населення.

Громадська охорона здоров'я – наука і мистецтво зміцнення здоров'я, профілактики хвороб і продовження життя шляхом організованих зусиль всього суспільства. (Визначення ВООЗ). Громадську охорону здоров'я можна охарактеризувати як управління громадським здоров'ям шляхом організованих зусиль всього суспільства.

Міжсекторна співпраця – під цим визначенням розуміємо загальновизнаний взаємозв'язок між частиною або частинами різних прошарків або секторів суспільства, яка встановлена для вжиття заходів, здійснення дій з того або іншого питання або проблеми з метою досягнення тих або інших результатів заходів з охорони здоров'я або проміжних результатів відносно здоров'я більш ефективним, дієвим або обґрунтованим і стабільним чином, ніж це могло бути досягнуто зусиллями лише сектору охорони здоров'я, що діє поодинці.(Визначення ВООЗ).

Міжгалузевий підхід – підхід до надання соціальних послуг, що передбачає спільну систематичну узгоджену діяльність (співпрацю) установ різних галузей, спрямовану на сприяння здоров'ю матері та дитини.

Соціальна робота – це професійна діяльність установ, організацій, фізичних осіб, яка полягає в сприянні соціальним змінам, вирішенні проблем людських стосунків, наснаженні та звільненні людей з метою покращення якості їхнього життя.

Орієнтований на людину (клієнт-центрований, орієнтований на клієнта) підхід – це підхід до надання послуг, що передбачає спрямування послуг на задоволення інтересів та потреб представників цільових груп проекту (користувачів соціальних послуг), надання їм допомоги у розвитку особистості, у набутті ними спроможності до самостійного успішного життя, заохочення активності користувачів соціальних послуг, надання їм повноважень у прийнятті рішень, що стосуються їх життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Відповідальне ставлення до здоров'я: теорія та технології : монографія / П. М. Гусак, Н. В. Зимівець, В. С. Петрович ; М-во освіти і науки України; Волин. націон. ун-т ім. Лесі Українки. – Луцьк : ВАТ „Волин. обл. друк.", 2009. – 219 с.
2. Влияние граждан и их организаций на систему здравоохранения : Международный опыт. – К. Издательство ООО „Дизайн и полиграфия", 2006. – 100 с.
3. Глоссарий терминов по вопросам укрепления здоровья. Всемирная организация здоровья. Женева,1998 г. – 48 с.
4. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006–2015 гг. – ВОЗ. Женева, 2007 г. – 70 с. // Режим доступа: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789244563472 rus.pdf
5. Декларация тысячелетия Организации Объединенных Наций: Утверждена резолюцией 55/2 Генеральной Ассамблеи от 8 сентября 2000 года // Режим доступа : http://www.un.org/russian/documen/declarat/summitdecl.htm
6. Державна програма „Репродуктивне здоров'я нації" на період до 2015 року // Режим доступу: http://zakon.nau.ua/doc/?uid=1096.1846.0
7. Европейская стратегия „Здоровье и развитие детей и подростков". – Копенгаген. : ВОО3, Европ. Регион. Бюро, 2005. – 23 с.
8. Здоровье –21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: Введение//Европейская серия по достижению здоровья для всех. – 1998. № 5 . – Копенгаген.: ВОЗ (ЕРБ).
9. Здоровье и устойчивое развитие на местном уровне. Участие населения: подходы и методы. Серия „Устойчивое развитие и здоровье в Европе", Вып. 4, Москва, 2003 (документ ЕРБ ВОЗ).
10. Міжгалузева комплексна програма „Здоров'я нації на 2002 – 2011 рр.". – К. : МОЗ, 2002. – 88 с.
11. Навички заради здоров'я. Навчання здоровому способу життя на засадах розвитку навичок: важливий компонент школи, дружньої до дитини, школи, що підтримує здоров'я. Навчальне видання. Інформаційна серія „Здоров'я в школі". – К : ВКТФ Кобза, 2004. – 123 с.
12. Региональная стратегия ВОЗ в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья. – Копенгаген, 2001. – 51 с. // Режим доступа: http://www.euro.who.int/document/e74558r.pdf
13. Основи громадського здоров'я: теорія і практика : навч.-метод. посіб. за заг. ред. О. В. Безпалько. – Ужгород : ВАТ «Патент», 2008. – 322 с.
14. Сексуальное здоровье для тысячелетия : Декларация 17-го Всемирного сексологического конгресса. – Монреаль, 2005 // Режим доступа: http://www.who.int/topics/reproductive health/ru
15. Сучасні підходи у сфері охорони громадського здоров'я та його популяризації / [упоряд. Н.В. Зимівець, В.В. Крушельницький, Т.І. Мірошниченко : за заг. ред. І.Д. Звєрєвої]. – К : Наук. світ, 2004. – 95 с.
16. Antonovsky A. Health, stress, and coping. San Francisko, 1979.
17. Hart. R. „Children's Participation": From Tokenism to Citizenship, UNICEF International Child Development Centre, 1992

МОДЕЛЬ 2

ІНТЕГРОВАНА ПЕРИНАТАЛЬНА ДОПОМОГА

ЗМІСТ

Вступ 36

Розділ 1. Пакет перинатальних послуг 37
- 1.1. Теоретичне підґрунтя та обґрунтування потреби в «пакеті послуг» 37
- 1.2. Структура «Пакету перинатальних послуг» 38
- 1.3. Історія розробки та апробації «Пакету перинатальних послуг» 39
- 1.4. Висновки апробації 40
- 1.5. Основні труднощі впровадження 41
- 1.6. Особливості та перспективи впровадження 41

Розділ 2. Навчання медичного персоналу 42
- 2.1. Концепція навчання медичного персоналу 42
- 2.2. Методологія та структура навчального процесу 42
- 2.3. Зміст навчальних матеріалів і формат тренінгів 44
- 2.4. Основні труднощі 45
- 2.5. Перспективи використання 46

Розділ 3. Інфраструктура та медичне обладнання 46
- 3.1. Основні вимоги до інфраструктури 46
- 3.2. Підхід до «переліку необхідного обладнання» 49
- 3.3. Підтримка обладнання 50
- 3.4. Основні труднощі 50
- 3.5. Перспективи використання 51

Розділ 4. Підходи до моніторингу 51
- 4.1. Концепція моніторингової діяльності Програми 51
- 4.2. Особливості моніторингових візитів 53
- 4.3. Основні труднощі 55
- 4.4. Перспективи використання 55

Висновки до розділу 56

Перелік додатків 56

Глосарій 57

Перелік використаних джерел 58

СКОРОЧЕННЯ

БМО	безперервна медична освіта
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ІВХДВ	інтегроване ведення хвороб дитячого віку
ІПД	інтегрована перинатальна допомога
КР	координаційна рада
КТГ	кардіотокограф
НМАПО	Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
ОВП	офіс із впровадження Програми
ПМСД	первинна медико-санітарна допомога
ППП	пакет перинатальних послуг
РДА	районна державна адміністрація
ТУ	тематичне удосконалення
УЗД	ультразвукова діагностика
УОЗ	управління охорони здоров'я
ЦМК	центральний методичних кабінет (з вищої медичної освіти)
ЦРЛ	центральна районна лікарня
ШВЛ	штучна вентиляція легень

ВСТУП

Перинатальна допомога в Україні та світі розвивається в напрямку реалізації принципів інтеграції та регіоналізації. **Інтеграція перинатальних послуг** передбачає, насамперед, що протягом періоду вагітності, пологів і новонародженості жінка та дитина отримують безперервну (послідовну), вчасну та ефективну допомогу від міждисциплінарної команди спеціалістів [12, 15]. **Регіоналізація перинатальної допомоги** спрямована, передусім, на оптимальний розподіл обсягів відповідальності різних рівнів надання допомоги, налагодження ефективної системи скерувань і забезпечення доступу до медичної допомоги [2, 7, 17]. Впровадження цих принципів у реальне життя суттєво покращує як якість медичної допомоги, так і стан здоров'я матерів і дітей.

Діяльність Програми з розробки та впровадження моделі «Інтегрована перинатальна допомога» була спрямована саме на «укорінення» згаданих принципів у системі перинатальної допомоги в Україні, оскільки вони дозволяють досягти найкращих результатів за умови раціонального використання ресурсів. Це також обумовило увагу Програми до посилення ролі сімейного лікаря та ефективної взаємодії рівнів (село – район – область) у наданні перинатальних послуг. З огляду на це, була виконана робота щодо впливу на основні **фактори якості надання допомоги**, а саме:

1. забезпечення галузі організаційно-управлінським інструментом, що дозволяє визначити відповідальність рівнів надання допомоги, а також планувати, контролювати, аналізувати та покращувати роботу галузі/системи;
2. підвищення професійного рівня медичних працівників шляхом розробки сучасних навчальних матеріалів і їх використання під час проведення семінарів – для впровадження в щоденну практику сучасних доказових медичних технологій і належної якості допомоги;
3. оновлення інфраструктури партнерських медичних закладів згідно з сучасними стандартами, оскільки без цього неможливе адекватне впровадження новітніх технологій і забезпечення якості допомоги;
4. систематична оцінка і аналіз управлінських і «технологічних» процесів, вчасне виявлення проблем і розробка плану їх розв'язання, оскільки ефективне проведення реформ можливе лише за умови створення сучасної системи моніторингу і аудиту.

Ціхонь З.О., грудень 2009 р.

«За 12 років діяльності україно-швейцарського проекту на Прикарпатті вдалося зменшити дитячу смертність з 20‰ до 9‰ (у 2009 р.)».

Ціхонь З.О., заступник начальника ГУОЗ Івано-Франківської ОДА

Відповідно, опис моделі представлений чотирма тематичними розділами, кожен з яких ґрунтується на досвіді українських та іноземних партнерів, які працювали задля впровадження Програми. Слід наголосити, що тематичний розподіл є доволі умовним, оскільки в реальному житті фактори, зазначені вище, є взаємозалежними. Саме тому найбільш ефективним шляхом до покращення якості перинатальної допомоги є використання всіх описаних елементів/факторів одночасно.

РОЗДІЛ 1. ПАКЕТ ПЕРИНАТАЛЬНИХ ПОСЛУГ

1.1. Теоретичне підґрунтя та обґрунтування потреби в «пакеті послуг»

Необхідність контролю над витратами в значній мірі спричинена обмеженістю ресурсів, на які може розраховувати система охорони здоров'я. Застосування «пакетів послуг» є міжнародно визнаним підходом до організації системи надання медичних послуг, що сприяє покращенню показників здоров'я. За визначенням, **«пакет послуг» в охороні здоров'я** розглядається як **перелік визначених втручань (послуг), які є необхідними та ефективними, а також доступними для всього населення** [3, 9, 11]. «Пакет послуг» також визначає перелік необхідних ресурсів для надання послуг і взаємодію між різними рівнями надання допомоги. «Пакет послуг» може включати широкий спектр послуг (наприклад, всі базові медичні послуги, що передбачені умовами медичного страхування) або ж визначати перелік послуг для конкретної галузі медицини (акушерство, педіатрія, ортопедія тощо).

Міжнародні дослідження доводять: «пакет послуг», що містить вичерпний і детальний перелік доказових і економічно ефективних послуг, може суттєво покращити якість допомоги та, відповідно, показники здоров'я населення [5, 10, 11, 16].

На цих висновках ґрунтуються також **рекомендації ВООЗ щодо об'єднання послуг, які надаються на етапі до та під час вагітності, під час і після пологів, у «пакети»** [10].

«Пакет послуг» має на меті забезпечити рівний доступ населення до стандартизованого переліку базових послуг відповідної якості, що передбачає також фінансову захищеність пацієнта (від непередбачених витрат на отримання послуг, зазначених у «пакеті») та контроль над витратами системи охорони здоров'я [3, 11, 16]. Практично реалізувати такий контроль можливо за умови методологічно обґрунтованого розрахунку вартості послуг. Поєднання цих двох аспектів – переліку послуг і розрахунку їх вартості – дозволить у повній мірі застосовувати «пакет послуг» як управлінський інструмент.

Аналіз рентабельності виявив перевагу об'єднання послуг (втручань) у комплекси (пакети) на основі загальнообов'язкового забезпечення медичної допомоги [5].

Отже, «пакет послуг» є насамперед організаційно-управлінською методикою, що дозволяє планувати, контролювати, аналізувати та покращувати роботу галузі / системи.

В Україні застосування управлінських інструментів, подібних «пакету послуг», насамперед – у сфері материнства та дитинства, – є актуальним, з огляду на низку причин:

- спрямованість Українського Уряду на досягнення Цілей розвитку Тисячоліття;
- реформування системи охорони здоров'я України в напрямку посилення ролі сімейної медицини вимагає чіткого визначення меж відповідальності лікаря загальної практики – сімейної медицини у сфері перинатальної допомоги;
- завдання щодо зменшення материнської та перинатальної смертності потребують регіоналізації перинатальної допомоги, що неможливо без чіткого розмежування відповідальності різних рівнів надання допомоги та посилення ефективної взаємодії між ними; це дозволить забезпечити вчасне скерування пацієнтів з групи ризику та наблизити якісну допомогу до населення;
- обмеженість матеріально-фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я матерів і дітей і системи охорони здоров'я загалом вимагає раціонального використання наявних ресурсів;
- виявлення проблем і труднощів у функціонуванні системи допомоги є значно ефективнішим за наявності цілісного документа, що відображає основні елементи системи: обсяг медичної допомоги, кваліфікацію медичних працівників, наявність необхідного обладнання тощо.

Тому **впровадження «пакету послуг» сприятиме організації та розвитку ефективної мережі перинатальної допомоги, підвищенню якості та доступності послуг, раціональному плануванню та використанню наявних ресурсів галузі.**

1.2. Структура «Пакету перинатальних послуг»

Робоча група в межах діяльності Програми розробила «Пакет перинатальних послуг» (ППП) у вигляді матриці (таблиці), що відображає всі основні елементи системи медичних послуг. Структура матриці була обрана, насамперед, з огляду на **практичну потребу систематичного перегляду та оновлення ППП** внаслідок змін регуляторного, науково-освітнього та технологічного характеру. Формат «матриці» є також зручним (наочним) для ознайомлення та подальшої роботи з ППП.

Головний принцип матриці – поділ на рівні надання послуг. На даний момент матриця охоплює первинний і вторинний рівні. На кожному рівні послуги групуються за спеціальністю: акушерство та неонатологія (і педіатрія до 1 р.).

До первинного рівня віднесено заклади сімейної медицини, до вторинного рівня – заклади рівня ЦРЛ. ППП передбачає розподіл відповідальності та обсягів надання перинатальної допомоги між лікарями ПМСД і лікарями-спеціалістами. Послуги амбулаторно-поліклінічної акушерської та педіатричної допомоги представлені з дотриманням етапності надання перинатальної допомоги.

Кожна група послуг представлена у вигляді таблиці, яка складається з 5 колонок:

1. **Послуга**: у цій колонці зазначено загальну назву певної сукупності послуг. Ця назва відображає специфіку цих послуг (напр., профілактична та інформаційно-просвітницька робота) або комплекс взаємопов'язаних послуг (напр., ведення нормальних пологів).
2. **Опис послуги:** містить детальний опис, що визначає сутність послуги, конкретизує обсяг допомоги та межі відповідальності спеціаліста. Даний опис є основою для розробки конкретних клінічних настанов / керівництв / протоколів.
3. **Практичні і технічні навички**: містить перелік навичок, необхідних для виконання зазначеної послуги. Такий перелік зручно використовувати під час акредитації / атестації для оцінювання навичок медичного працівника та формування конкретної навчальної потреби (див. також нижче пункт 5).
4. **Необхідне обладнання**: містить перелік необхідного медичного обладнання, витратних матеріалів і технічного забезпечення для надання послуги згідно з її описом (див. вище пункт 2). Може слугувати підґрунтям для оцінки та формування оптимального табелю оснащення.
5. **Знання**: містить перелік необхідних знань, якими має володіти медичний працівник для виконання зазначеної послуги. Перелік зручно використовувати для оцінки знань медичного працівника та формування конкретної навчальних планів для безперервного професійного розвитку спеціалістів закладу / регіону.

Фрагмент матриці представлено нижче у Таблиці 2.1.2. Повна версія матриці ППП під назвою «Перелік базових послуг перинатальної допомоги на етапах її надання», що була подана для затвердження МОЗ України, представлена в Додатку 2.1.2.

Початок апробації ППП: семінар для представників партнерських регіонів

Таблиця 2.1.2. Фрагмент матриці ППП

Послуга	Опис послуги	Практичні і технічні навички	Необхідне обладнання	Знання
РІВЕНЬ ПМСД (СІМЕЙНІ ЛІКАРІ)				
АКУШЕРСТВО				
Профілактична та інформаційно-просвітницька робота	1.Індивідуальні і групові консультації з профілактики інфекцій ПСШ/ВІЛ, планування сім'ї, методів контрацепції, спадкових захворювань, профілактики вроджених вад розвитку (насамперед, за допомогою фолієвої кислоти), репродуктивних ризиків, ендемічних хвороб, імунопрофілактики. 2. Підготовка сім`ї до народження дитини. 3.Профілактика онкологічних захворювань репродуктивної системи.	1. Комунікативні навички (у т.ч., проведення бесід, лекцій). 2. Огляд, пальпація молочних залоз. 3. Огляд шийки матки у дзеркалах. 4. Бімануальне дослідження. 5. Взяття матеріалу для цитологічного, бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження . 6. Огляд, пальпація щитоподібної залози. 7. Огляд, пальпація периферичних лімфатичних вузлів.	1.Сучасні методичні та інформаційно-просвітницькі матеріали, муляжі. 2. Гінекологічне крісло, гінекологічні дзеркала, комплект для взяття матеріалу на цитологічне, бактеріоскопічне і бактеріологічне дослідження, скельця, стерильні рукавички, суміш Нікіфорова або спирт для фіксації цитологічних мазків, напальчики, „СНІД-укладка".	Знати основні чинні накази МОЗ, УОЗ, клінічні протоколи та настанови щодо репродуктивного здоров'я. Анатомо-фізіологічні особливості будови органів репродуктивної системи,щитовидної залози, молочних залоз. Норми та загрозливі симптоми.
Діагностика вагітності та спостереження за вагітними з фізіологічним перебігом вагітності	1. Виявлення вагітності. 2. Своєчасне взяття вагітних на облік (до 12 тиж.) 3. Спостереження вагітних згідно з чинним клінічним протоколом. 4. Взаємодія з 2-м рівнем (своєчасне скеровування до акушера-гінеколога та інструментального (УЗ) і параклінічного обстеження).	№№ 1 – 9, а також: 10. Збір анамнезу (у т.ч., сімейний анамнез щодо туберкульозу; ВІЛ/СНІД). 11. Експрес-діагностика на вагітність. 12. Загальний аналіз крові; діагностика гестаційного діабету.	1.Медична картка (індивідуальна карта і обмінна карта вагітної), анкета вагітної. 2.Тест-полоски для експрес-діагностики вагітності, протеїнурії, глюкозурії; глюкометр і тест-полоски до нього 3. Аналізатор гематологічний (загальний аналіз крові).	Знати: фізіологія менструального циклу, ранні ознаки вагітності, фізіологічний перебіг вагітності, визначення терміну вагітності, ознаки ЗВУР, вплив ліків на плід, принципи підтримки грудного вигодовування

1.3. Історія розробки та апробації «Пакету перинатальних послуг»

1.3. Історія розробки та апробації «Пакету перинатальних послуг»

Розробка ППП розпочалася восени 2006 року, коли за підтримки Програми відбувся ознайомчий візит української делегації до Литви для вивчення досвіду реформування системи ПМСД і перинатальної допомоги. Як теоретичне підґрунтя, для розробки було використано **методичні рекомендації ВООЗ і приклади «пакетів послуг» ПАР і Литви**. Під час розробки члени української робочої групи спиралися на накази та національні протоколи МОЗ України, а також на дані доказової медицини (міжнародні настанови, результати багатоцентрових рандомізованих досліджень тощо).

Розробку ППП у межах впровадження Програми здійснювала «мультидисциплінарна» робоча група, до складу якої входили представники МОЗ України, НМАПО ім. П.Л.Шупика, обласних УОЗ, головні лікарі ЦРЛ, а також сімейні лікарі з сільських амбулаторій. Розробка комплексного документу для двох рівнів надання перинатальної допомоги тривала близько року, після чого ППП був представлений на заключному засіданні Наглядової ради Програми в грудні 2007 року. Документ отримав позитивну оцінку, зокрема від голови Наглядової ради, першого заступника міністра охорони здоров'я України. З огляду на це, рішенням засідання було рекомендовано продовжити співпрацю МОЗ і Програми для впровадження ППП.

Проф. Гойда Н.Г., червень 2010 р.

«Розроблений «Пакет перинатальних послуг» має на меті посилити управлінський і організаційний впливи на покращення якості охорони здоров`я матерів і дітей. Розробка такого документу є нагальним завданням для національної системи охорони здоров`я і, фактично, одним з етапів на шляху до впровадження стандартів надання перинатальної допомоги».

Проф. Гойда Н.Г., проректор з лікувальної роботи, НМАПО ім. П.Л.Шупика

З початком нової фази Програми в 2008 році було розпочато узгодження між партнерами щодо впровадження ППП у практику. Враховуючи специфіку ППП як документу (власне, його відмінність від стандартних нормативних документів, відсутність подібних інструментів у МОЗ/УОЗ для стратегічного управління) і його спрямування саме на управлінців, процес узгодження щодо впровадження був досить тривалим. Щоб сприяти ефективній апробації ППП, було розроблено методологічну концепцію апробації та її моніторингу. Пізніше було також видано **наказ МОЗ України від 12.07.2010 №560 «Про реалізацію пілотного проекту із впровадження Пакету Перинатальних Послуг»**.

Апробація ППП мала на меті:

1. оцінити ефективність ППП як управлінського інструменту;
2. виявити конкретні потреби / прогалини організації системи перинатальних послуг.

До апробації були залучені обласні УОЗ партнерських областей, а також ЦРЛ і амбулаторії вибраних районів. На початку апробації для залучених спеціалістів був проведений інструктаж щодо: концепції ППП і власне апробації, а також особливостей використання оцінювальних форм, запропонованих експертами з ОВП. По результатах апробації заступниками начальників УОЗ і сімейними лікарями пілотних амбулаторій були підготовлені звіти на основі заповнених оцінювальних форм.

1.4. Висновки апробації

Апробація ППП в партнерських районах дозволила дійти таких висновків щодо змісту, структури та особливостей ППП:

- Положення ППП щодо розподілу відповідальності та переліку послуг для I і II рівнів відповідають чинним нормативним документам. Водночас, **ППП доповнює їх і дає чіткі алгоритми дій. Як цілісний документ, дозволяє і управлінцю, і практичному лікарю усвідомити обсяг відповідальності, вимог до знань і навичок, можливостей.**
- **ППП є насамперед управлінським інструментом, що формує певний стандарт організації системи допомоги та сприяє стратегічному плануванню**, а саме: розподілу відповідальності між рівнями надання допомоги, формуванню переліку послуг, аналізу ситуації. ППП дає можливість управлінцю «побачити картинку загалом», визначити «білі плями» (у нормативно-регуляторних або матеріальних аспектах надання допомоги), сформулювати потреби та вжити конкретних заходів. Медичні працівники можуть використовувати ППП як чіткий «орієнтир» щодо меж своєї відповідальності, переліку обов'язків і вимог до власного професійного рівня.
- ППП сприяє плануванню навчального процесу та контролю рівня підготовки й компетентності медичних працівників. На даний момент актуальним є питання посилення підготовки сімейних лікарів з питань акушерства та педіатрії, насамперед, збільшення годин для практичних занять.
- ППП формулює основні позиції щодо обладнання. Хоча, в умовах обмеженого фінансування ця функція повністю не може бути реалізована.
- Оскільки ППП містить лише перелік необхідних клінічних алгоритмів, він має бути доповнений відповідними клінічними протоколами, а також навчальними планами, табелями оснащення тощо. Фактично, **ППП є підґрунтям, яке визначає потреби та напрямки формування нормативної**

бази та вдосконалення системи, оскільки містить: межі відповідальності та перелік послуг для кожного рівня надання допомоги, а також принципи взаємодії рівнів; вимоги до професійного рівня медичних працівників у вигляді переліку їх знань і практичних навичок; матеріальні ресурси, необхідні для надання зазначених послуг.

Ґрунтуючись на висновках апробації, представлених у звітах з областей і офісу з впровадження Програми, відповідно до наказу МОЗ України від 12.07.2010 №560 «Про реалізацію пілотного проекту із впровадження Пакету Перинатальних Послуг» Міністерством охорони здоров'я було прийнято позитивне рішення щодо подальшого затвердження та поширення ППП в усіх регіонах країни.

Аналіз ППП і результати апробації також виявили потреби медичних працівників у вдосконаленні професійних знань і навичок, а також низку проблем у функціонуванні системи акушерських і педіатричних послуг. Результати самооцінки медичних працівників і аналіз проблем представлено у відповідних додатках (Додатки 2.1.4.1 і 2.1.4.2). Фактично, інформація, представлена в зазначених додатках, є прикладом того, як може бути використаний ППП для аналізу ситуації.

1.5. Основні труднощі впровадження

Основні труднощі розробки, апробації та подальшого затвердження ППП були пов'язані насамперед з:

1. стратегічним характером даного документу, що вимагало уважного аналізу національної політики в галузі материнства та дитинства, а також реальної стану надання медичної допомоги на різних рівнях;
2. комплексним (цілісний) характером документу, що потребувало залучення спеціалістів різного рівня та спеціальностей до його розробки, апробації та затвердження;
3. назвою документу, що була нетипова для нормативно-регуляторної бази, яку рутинно використовує МОЗ України;
4. недостатньою кваліфікацією медичного персоналу у сфері перинатальної допомоги, зокрема на рівні ПМСД;
5. браком матеріально-технічного оснащення, а також засобів для інформаційно-просвітницької роботи.

1.6. Особливості та перспективи впровадження

Враховуючи стратегічний і комплексний характер ППП, його подальше впровадження в масштабі держави вимагає офіційного затвердження МОЗ України. На етапі остаточного опрацювання ППП по висновках апробації, МОЗ України запропонувало змінити назву ППП на «Перелік базових послуг перинатальної допомоги на етапах її надання». Наразі, доопрацювання та затвердження Переліку визначено одним із заходів Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги, яка була затверджена наказом МОЗ України 02.02.2011 р. № 52 [2]. Це дозволить досягти **основної мети – впровадження концепції «пакету послуг» у державну політику в сфері охорони здоров'я.**

Впровадження Переліку в управлінську та медичну практику сприятиме аналізу та вирішенню низки перспективних завдань, зокрема:

- Подальший розвиток системи стандартів, настанов і протоколів перинатальної допомоги, що базуються на Переліку.
- Підвищення кваліфікації медичного персоналу, насамперед, через покращення якості підготовки лікарів ЗП/СМ з питань акушерства та педіатрії.
- Покращення матеріально-технічного забезпечення закладів, насамперед, первинного рівня.

Положення Переліку, як і будь-якого іншого «пакету послуг», мають регулярно переглядатися та оновлюватися відповідно до вимог і потреб системи охорони здоров'я в Україні.

- Оптимізація системи звітної та облікової медичної документації, зокрема форм галузевої статистичної звітності.
- Посилення просвітницької та інформаційного роботи задля підвищення особистої відповідальності населення за власне здоров'я, відповідального батьківства тощо.

РОЗДІЛ 2. НАВЧАННЯ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ

2.1. Концепція навчання медичного персоналу

В умовах стрімкого розвитку медичної науки постійне підвищення професійної кваліфікації стає обов'язковою вимогою до медичних працівників. **Сучасна концепція безперервної медичної освіти передбачає регулярне оновлення медичними працівниками професійних знань та навичок**, що має на меті ознайомлення з новими клінічними підходами / технологіями / процедурами або відпрацювання вже наявних навичок [2, 6].

Навчання медичного персоналу за підтримки Програми передбачало проведення семінарів для лікарів з партнерських закладів. Концепція розробки навчальних заходів розроблялась із урахуванням сучасних підходів [6, 14]:

1. безперервність професійного розвитку медичного персоналу;
2. навчання, орієнтоване на конкретні клінічні випадки (case-based learning);
3. навчання дорослих.

Проф. Шунько Є.Є., жовтень 2010 р.

«Україно-Швейцарська Програма «Здоров'я матері та дитини» – це перший проект, який робить безперервну медичну освіту реальною в Україні».

Проф. Шунько Є.Є., завідуюча кафедрою неонатології НМАПО ім. П.Л.Шупика

Зазначені принципи визначали особливості методології та формату навчальних заходів, що зазвичай мали вигляд тематичних, короткотермінових (3-5 днів), інтерактивних тренінгів із порівняно невеликою кількістю учасників (до 35 осіб).

2.2. Методологія та структура навчального процесу

Методологічний підхід Програми ґрунтувався на підході «навчання тренерів» на рівні кожної партнерської області, а також на національному рівні. Такий підхід було обрано з огляду на низку причин:

- створення тренерських груп на рівні області дозволяє наблизити навчальний процес до практичних медичних працівників з районного рівня, зробити його більш регулярним і гнучким, орієнтованим на конкретні навчальні потреби;
- тренери національного рівня забезпечують модерацію та супервізію навчальних заходів;
- обмеженість ресурсів Програми, а також кількість медичних працівників в областях не дозволяло проводити прямі тренінги для всіх медичних працівників з партнерських закладів лише силами консультантів Програми;
- одним із завдань Програми було також створити на рівні областей групи тренерів, щоб забезпечити життєздатність навчального процесу по закінченню Програми.

Першим етапом роботи було **навчання тренерів** у 2009-2010 рр. і передбачало ознайомлення майбутніх викладачів із загальними принципами тренерської діяльності (методологією навчання, особливостями роботи з дорослою аудиторією), змістом і модульною структурою навчальних матеріалів. Завданням Програми було **підготувати команди фахівців, які зможуть продовжити самостійну**

тренерську роботу в межах своїх областей. Навчання тренерів проводили експерти та консультанти Програми з міжнародного та національного рівнів.

Особливу роль у групі обласних тренерів виконують обласні спеціалісти (акушер-гінеколог і неонатолог). Залучення їх до планування, організації та проведення навчального процесу забезпечує впровадження єдиних підходів і технологій надання допомоги в медичних закладах різних рівнів.

Клінічний тренінг на Волині, 2010 р.

Другий етап навчальної діяльності відбувся у 2010 році. Під час тренінгів, які проводили підготовлені тренери для лікарів з районного рівня, експерти та консультанти Програми виконували роль модераторів / супервізорів навчального процесу. Подібна організація роботи дозволила **забезпечити належну якість викладання та підтримати підготовлених тренерів на початкових етапах викладацької діяльності**, підказати їм можливі напрямки вдосконалення.

Згідно з запропонованою логікою навчального процесу, орієнтованого на медичних працівників районного рівня, було впроваджено такі елементи:

1. **Підготовчий одноденний семінар для тренерів,** який проводився напередодні тренінгу. Головною метою семінару було оновлення знань і навичок з інтерактивного викладання, огляд навчальних матеріалів з точки зору «наголосів», які тренери повинні робити під час викладання проблемних клінічних питань, планування тренінгу та розподіл обов'язків між тренерами. Під час семінару для тренерів обговорювалась також методика проведення практичних занять.

2. **Презентації для учасників**, що поєднували викладання теоретичного матеріалу та обговорення конкретних клінічних випадків. Теоретичний матеріал містить практично-орієнтовану інформацію щодо сучасних доказових підходів до вирішення конкретної клінічної ситуації. Клінічні приклади мають формат практичних задач, що містять необхідні вихідні дані про клінічну ситуацію, на підставі яких слід сформулювати конкретне клінічне рішення.

3. **Практичні заняття** у відділеннях лікарні з метою відпрацювання конкретних практичних навичок, наприклад, дихальної підтримки новонароджених.

4. Для налагодження міждисциплінарної взаємодії між акушер-гінекологами та неонатологами, крім окремих сесій (по спеціальностях), проводилися також спільні міждисциплінарні сесії.

Моніторинг і аналіз ефективності проведених навчальних заходів має бути одним із завдання тренерської групи.

Однією з сучасних вимог до навчання медичного персоналу, яку завжди пропагувала Програма, є також **стажування на робочому місці.** Таке стажування передбачає, що медичний працівник протягом певного часу, оптимально – 1 тижня, працює **в закладі вищого рівня**. Наприклад: неонатолог з ЦРЛ проходить стажування у відділенні інтенсивної терапії новонароджених обласної лікарні; сімейний лікар з амбулаторії ЗПСМ працює з педіатром ЦРЛ; акушер-гінеколог з ЦРЛ стажується у спеціаліста з УЗД в обласному пологовому будинку тощо. Слід зауважити, що подібне стажування повинно мати **чітко визначену тематику**, наприклад: визначення терміну вагітності за допомогою УЗД, дихальна підтримка у новонароджених, лікування діареї у дітей тощо. Дана методика є ефективною за умови, що подібне стажування медичний працівник проходить регулярно, 2-4 рази на рік.

«…Звичайно, впровадження цих знань у повсякденну практику вимагає певного часу. Адже підвищення кваліфікації триває не один день і навіть не один рік – це постійний процес».

Д-р Лукас Опіц, Університетський шпиталь, м. Ніцца, Франція

2.3. Зміст навчальних матеріалів і формат тренінгів

Навчальні матеріали було розроблено робочою групою експертів міжнародного та національного рівнів. Розроблені **навчальні матеріали пройшли міжнародну та національну рецензію незалежних експертів, були затверджені Вченою Радою НМАПО ім. П.Л.Шупика та рекомендовані ЦМК з вищої медичної освіти МОЗ України**. Для подальшого використання і передачі у вищу школу матеріали надруковані у вигляді навчальних посібників. Ознайомитися зі складом робочої групи та змістом навчальних матеріалів Ви можете в Додатку № 2.2.3.

Тематика навчальних матеріалів охоплює дві акушерські та дві неонатологічні проблеми, а саме:

- «Багатоплідна вагітність»
- «Вагітність і пологи у жінок з рубцем на матці після попереднього кесарського розтину»
- «Стабілізація стану новонародженої дитини перед транспортуванням»
- «Дихальна підтримка у новонароджених дітей»

Тематика матеріалів була обрана з огляду на актуальність даних питань для покращення перинатальної допомоги в Україні відповідно до рекомендацій міжнародних і національних експертів. При виборі тем було також враховано наявність в Україні інших навчальних матеріалів, у тому числі, курсу «Ефективна перинатальна допомога» (розроблені ВООЗ та адаптовані проектом «Здоров'я матері та немовля» JSI за підтримки USIAD).

«Створені навчальні матеріали є «конкурентоспроможними» і для західноєвропейських країн. Ми розглядаємо можливість використання акушерських модулів (матеріалів) для навчання резидентів у нашому шпиталі».

Д-р Веронік Ізнар, Університетський шпиталь, м. Ніцца, Франція

Навчальні матеріали з кожної теми мають модульну структуру, тобто, структуровані за підтемами. Разом з тим, кожен модуль є логічно завершеною і «самостійною» частиною. Це робить навчальний процес більш гнучким, оскільки дозволяє викладачу обирати найактуальніші для висвітлення питання та найзручніший графік викладання.

У структуру навчального модулю включено *керівництво для викладача* і *керівництво для учасника*. Такий формат навчальних матеріалів забезпечує належні методологічний рівень і ефективність навчального процесу.

Керівництво для учасника містить основні положення теми у вигляді слайдової презентації з детальними коментарями до слайдів, алгоритми дій, опис техніки виконання певних медичних втручань, а також посилання на відповідні джерела інформації. Ці матеріали призначені для використання учасниками під час навчального курсу. Керівництво для учасника може бути також використане в процесі самоосвіти лікарів.

Керівництво для викладача, окрім керівництва для учасника, містить також інформацію про ефективну методологію навчання (тривалість, опис сучасних технологій навчання, а також методику відпрацювання практичних навиків), щоб досягнути максимального засвоєння матеріалу.

Розроблені навчальні матеріали розраховані на тривалість тренінгу від 3 до 5 днів.

Тривалість семінару протягом 5 днів є найбільш оптимальною, оскільки кількість навчальних годин відповідає сучасним вимогам до навчальних заходів у системі післядипломної освіти та дозволяє учасникам заходів отримати відповідні бали в офіційній системі професійної акредитації (Наказ МОЗ від 07.07.2009р. № 484 «Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах»).

Рекомендований Програмою формат тренінгів передбачає дотримання таких умов:

- навчальний захід затверджується наказом УОЗ і відбувається на рівні області на базі обласного медичного закладу (пологового будинку, перинатального центру, дитячої лікарні);
- тренінг проводить обласна група викладачів, бажано – за модерації (підтримки) національних експертів;
- кількість учасників із районних медичних закладів розраховується за принципом: на 1 тренера – 15 учасників; оптимальна кількість – по 2 тренери і по 30 учасників з кожної спеціальності.

«Завдяки тренінгам Програми, у клінічній практиці пілотних закладів починають впроваджуватися сучасні перинатальні практики, лікарі починають інакше ставитися до клінічних протоколів».

Кулик О.О., головний спеціаліст з акушерства та гінекології, УОЗтаК Вінницької ОДА

Опитування (анкетування) учасників засвідчило їх задоволеність змістом і форматом тренінгів.

Практична частина тренінгу, АР Крим, 2010 р.

Впровадження стратегії ІВХДВ: приклад успішної співпраці

Особливий наголос Програма робила на покращення медичної допомоги у віддалених районах і сільській місцевості. З огляду на це, коли в 2009 році під керівництвом МОЗ, ВООЗ і ЮНІСЕФ було розпочато роботу над адаптацією стратегії Інтегрованого ведення хвороб дитячого віку (ІВХДВ) до українських умов, представники Програми активно долучилися до цієї роботи. Окрім власне стратегії, робоча група, до складу якої входили, зокрема, фахівці з ДУ «ІПАГ НАМН України», НМАПО ім. П.Л.Шупика, НМУ ім.О.О.Богомольця, експерти Програми, також працювала над адаптацією навчальних матеріалів з ІВХДВ. Оскільки адаптація стратегії та навчальних матеріалів спрямована на покращення педіатричної допомоги саме на первинному та вторинному рівнях, керівництво Програми було зацікавлене в практичному впровадженні стратегії.

Наказ МОЗ від 15.07.2010 №581 «Про впровадження стратегії інтегрованого ведення хвороб дитячого віку» визначив Снятинський район Івано-Франківської області одним із пілотних по впровадженню стратегії. Враховуючи це, Програма надала необхідну методологічну, організаційну та фінансову підтримку впровадження стратегії в Снятинському районі. Зокрема, Програма підтримала проведення навчальних заходів для медичних працівників району (педіатрів, сімейних лікарів, фельдшерів), а також заклади первинного та вторинного рівнів обладнанням, необхідним для ефективного впровадження стратегії.

Практична частина тренінгу з ІВХДВ, 2010р.

2.4. Основні труднощі

При застосуванні запропонованого підходу до навчання медичного персоналу слід врахувати такі фактори:

1. У багатьох закладах існує проблема кадрового забезпечення (особливо у віддалених районах, найчастіше – у неонатальній допомозі) – це є перешкодою як до участі лікарів у тренінгах, так і до ефективного впровадження в щоденну практику технологій і рекомендацій, запропонованих у навчальних матеріалах
2. Так само, відсутність у закладі районного рівня цілодобового поста неонатолога унеможливлює надання якісної допомоги протягом 24 годин, навіть за умови наявності висококваліфікованого спеціаліста.
3. Викладачі, які входять до обласної групи, зазвичай мають інше постійне місце роботи (у медичному закладі або/та на кафедрі вищого навчального закладу), що ускладнює як формування навчального графіку, так і підтримку постійного складу обласної групи.

4. Частина викладачів з обласної групи мають порівняно невеликий досвід викладання, з огляду на що потребують подальшої методологічної підтримки.
5. Частина тренерів, що пройшли навчання, були формально «номіновані» як перспективні лектори-тренери, проте вони особисто не зацікавлені в подальшій викладацькій / тренерській роботі.
6. Проведення навчальних заходів потребує певних ресурсів, щоби забезпечити організацію семінарів. На разі, бюджет УОЗ ОДА не передбачає статі витрат на проведення навчальних заходів.
7. Навчання медичного персоналу є одним із чинників впливу на якість медичної допомоги. Водночас не менш важливими є фактори наявності необхідного обладнання та інфраструктурних умов.

2.5. Перспективи використання

Використання нових підходів до навчання медичного персоналу має на меті:

- зробити процес навчання медичних працівників дійсно безперервним;
- зробити цей процес більш доступним і зручним (з точки зору тривалості та місця проведення);
- створити сприятливі умови для додаткової мотивації учасників згідно з чинною регуляторною базою (отримання кредитних балів для атестації).

Застосування запропонованого навчального підходу є перспективним за умови дотримання таких вимог:

1. Певна формалізація навчального процесу на рівні області, а саме: затвердження складу обласної групи викладачів, узгодження навчального графіку (тематика, дати та місце проведення навчання), вирішення питань матеріально-економічного характеру.
2. Додаткове навчання обласної тренерської групи з питань методології викладання (дидактика). Можливий варіант – проходження відповідного циклу ТУ в закладах післядипломної освіти.
3. Оскільки навчальні матеріали були схвалені (рекомендовані) ЦМК МОЗ України, кафедри післядипломної освіти медичних університетів можуть використовувати їх для проведення циклів ТУ. Викладачів з університетів також варто залучити до обласної групи.
4. Обласні спеціалісти (з акушерства та неонатології) мають координувати роботу обласної групи тренерів. Це забезпечить формування єдиних підходів та стандартів надання допомоги на рівні пілотних установ та у взаємодії II та III рівнів надання допомоги.
5. Практична частина повинна бути обов'язковою складовою навчання.
6. Навчальні матеріали повинні регулярно оновлюватися.

> ***«…Хотів би зауважити, що протягом 10 років моєї співпраці з Програмою, я отримав багато доказів підвищення професійного рівня спеціалістів. Зокрема, зараз рівень знань багатьох лікарів відповідає нормам міжнародних стандартів…»***
>
> **Д-р Лукас Опіц, Університетський шпиталь, м. Ніцца, Франція**

РОЗДІЛ 3. ІНФРАСТРУКТУРА ТА МЕДИЧНЕ ОБЛАДНАННЯ

3.1. Основні вимоги до інфраструктури

Інфраструктура відділень, які надають перинатальні послуги, визначає не лише задоволеність пацієнта комфортними умовами перебування, але й у великій мірі впливає на своєчасність, безпечність і якість надання медичної допомоги. Незадовільна інфраструктура, наприклад, брак приміщень/обладнання, віддаленість операційної, низька температура в приміщеннях, створює ризики для здоров'я та життя пацієнтів. З огляду на це, інфраструктура розглядається як один з важливих чинників якості медичної допомоги [2, 7, 17].

> ***«Клінічні консультанти приїздили на етапі, коли розпочався ремонт пологового відділення. Поради та рекомендації консультантів щодо зонування були прийняті – зараз маємо сучасне відділення».***
>
> **Сивак В.П., головний лікар Хмільницької ЦРЛ**

Дані ситуаційного аналізу та регулярні моніторингові візити експертів Програми засвідчили, що більшість медичних закладів, які

надають перинатальні послуги, спроектовані за застарілими проектами та не відповідають сучасним стандартам надання перинатальної допомоги. Внаслідок цього більшість партнерських закладів отримали рекомендації щодо оптимізації інфраструктури, наприклад: реструктуризація пологового відділення за принципом «раціонального зонування» приміщень, ремонт відділень (встановлення сучасних термоізоляційних вікон, забезпечення постійного гарячого водопостачання) тощо. Враховуючи рекомендації консультантів Програми, у партнерських закладах було проведено реконструкції та ремонти, витрати на які склали від 200 тис. грн до 1 600 тис. грн (залежно від стану відділення).

Рекомендації консультантів стосувалися, насамперед, таких аспектів інфраструктури:

- раціональне зонування пологового відділення (зразок схеми зонування подано в Додатку 2.3.1.);
- забезпечення адекватного температурного режиму;
- забезпечення постійного холодного та гарячого водопостачання, необхідних санітарно-гігієнічних умов для персоналу та пацієнтів;
- створення комфортних для родини умов перебування, навчання тощо.

Важливість оптимального зонування пологового відділення визначається специфікою перинатальної допомоги, одним із аспектів якої є «ціна секунди»: у багатьох випадках доля вагітної і/або новонародженого вирішується впродовж лічених секунд; власне, при загрозливих станах у межах 3-5 хвилин у великій мірі визначається якість подальшого життя і ступінь можливої інвалідизації дитини.

При плануванні відділення слід **дотримуватися розподілу на зони** відповідно до інтенсивності медичних втручань:

- зона «фізіологічного перебігу» пологів і післяпологового періоду,
- зона «інтенсивних втручань» (операційна, зали для патологічних пологів, приміщення для інтенсивної терапії новонароджених),
- зона матеріально-технічного забезпечення.

Цей принцип дозволить «розвести маршрути» пацієнтів (фізіологія – патологія) і тим самим забезпечить належні умови перебування обом групам пацієнтів, а також сприятиме санітарно-епідеміологічному благополуччю у відділенні. Головною перевагою зонування є можливість сконцентрувати на одній території («стіна до стіни») необхідні засоби (клінічна апаратура, інструменти, ліки) для миттєвих дій у разі виникнення ургентної ситуації. Таке розташування забезпечить своєчасність надання допомоги та безпеку пацієнта. **Оптимальне зонування є однією з обов`язкових передумов зменшення перинатальних втрат.**

«…оснащена повністю операційна в пологовому відділенні, якої до початку Україно-Швейцарської Програми в нас взагалі не було».

Косовець О.В., головний лікар Городенківської ЦРЛ

Довідково

Городенківська ЦРЛ є одним з успішних прикладів оновлення інфраструктури в межах Програми. Активна співпраця керівництва ЦРЛ, РДА, УОЗ Івано-Франківської області та Програми дозволила провести повну реконструкцію пологового відділення (з раціональним зонуванням), ремонт у жіночій консультації з облаштуванням зручної зони очікування, створення «Школи відповідального батьківства». Вклад місцевих партнерів у реконструкцію та ремонти склав понад 700 тис. грн Швейцарська сторона забезпечила придбання необхідного обладнання на суму понад 650 тис. грн.

Оновлена жіноча консультація

Палата в пологовому відділенні

Обов'язковою вимогою до пологових і неонатальних відділень є **забезпечення адекватної температури** (не нижче 25° С у приміщеннях, де перебувають новонароджені). Це дозволяє запобігти гіпотермії новонароджених дітей. Забезпечити адекватний температурний режим можна, насамперед, шляхом встановлення герметичних вікон і ефективної системи опалення. Здійснювати температурний контроль потрібно регулярно за допомогою термометрів, які мають бути закріплені у доступному для огляду місці на стіні в кожному приміщенні. Результати температурного контролю повинні регулярно фіксуватися в окремому журналі.

Приклад Ратнівської ЦРЛ (Волинська область)

У 2005 році температура в пологовому відділенні Ратнівської ЦРЛ в осінньо-зимовий період становила менше 20° С. А палата інтенсивної терапії новонароджених знаходилася взагалі в іншому корпусі, через що хворих малюків доводилося нести вулицею. Така ситуація спричиняла високий рівень гіпотермії новонароджених.

ПІТ у Ратнівській ЦРЛ

Експерти Програми під час першого візиту наголосили на необхідності якнайшвидшого вирішення даної проблеми. Завдяки плідній співпраці керівництва ЦРЛ, РДА, УОЗ Волинської ОДА та Програми було вжито таких заходів: палату інтенсивної терапії новонароджених перенесено та обладнано поруч з пологовим відділенням; встановлено термоізоляційні вікна та оновлено систему опалення закладу. Як наслідок – підтримка постійної температури в приміщенні не нижче 25° С і зниження показника гіпотермії практично до нуля.

Холодне та гаряче водопостачання, наявність необхідної кількості відповідно обладнаних санвузлів **є стандартною санітарно-гігієнічною вимогою**, яка, з одного боку, забезпечує ефективну профілактику нозокоміальної (госпітальної) інфекції, а з іншого - надання допомоги згідно з сучасними перинатальними практиками (наприклад, можливість роділлі скористатися душем або ванною під час пологів). Це також створює комфортні умови для перебування пацієнтів і роботи медичного персоналу.

Приймальне відділення Луцької ЦРЛ

Пологова зала Калуської ЦРЛ

Пологове відділення Любомльської ЦРЛ

3.2. Підхід до «переліку необхідного обладнання»

Суть підходу до визначення переліку необхідного обладнання полягає в урахуванні обов'язків і відповідальності того рівня надання допомоги, для якого визначають цей перелік. Це означає, що **кожен рівень надання допомоги має власний перелік обладнання, який збільшується відповідно від первинного до третинного рівня** [17]. Переліки обладнання також залежать і від національної концепції перинатальної допомоги, що визначає розподіл відповідальності між рівнями надання допомоги (у тому числі, на основі ППП).

Обмеження переліку обладнання саме необхідним обладнанням зумовлено обмеженістю матеріальних ресурсів галузі, які слід використовувати раціонально. Згідно з сучасними підходами до охорони громадського здоров'я утримувати на районному рівні надскладне та високовартісне обладнання не виправдано з точки зору економіки та якості медичних послуг: замалий потік пацієнтів не сприятиме рентабельному використанню апарату та достатній кваліфікації медичного персоналу.

Світова практика свідчить про потребу ретельних обрахунків потреби в обладнанні: скеровувати ресурси слід саме на те обладнання, яке є критично важливим; тоді як закупівля дороговартісного апарату, який не буде використовуватися зовсім (або дуже рідко, або не в повному обсязі функцій), не є раціональним.

Крім того, вибір обладнання, а саме його функціональності, має спиратися на дані щодо його доведеної ефективності. Виробники медичної апаратури часом додають до моделі обладнання певні функції, які не мають доведеної клінічної ефективності, проте суттєво підвищують ціну моделі.

Запис КТГ, Городенківська ЦРЛ

Таким чином, формування переліку необхідного обладнання повинно ґрунтуватися щонайменше на трьох чинниках:

- потреба в даному обладнанні відповідно до переліку послуг, які надає медичний заклад певного рівня;
- доведена ефективність і безпечність даного обладнання;
- адекватна вартість як самого обладнання, так і витратних матеріалів до нього.

Останній чинник є важливим для вибору обладнання, оскільки вартість самого апарату є тільки частиною комплексу подальших витрат закладу, пов'язаних з обслуговуванням і ремонтом обладнанням, закупівлею розхідних / витратних матеріалів, без яких апарат не можна використовувати (детальніше див. наступний підрозділ). Для вчасного надання допомоги необхідно також забезпечити, щоб розхідні / витратні матеріали, а також дрібне обладнання та медикаменти завжди були в стані готовності, розташовані максимально близько та зручно для медичного персоналу і пацієнтів.

На основі міжнародного досвіду, і з урахуванням досвіду попередніх фаз Програми, експерти Програми сформували перелік необхідного обладнання для надання комплексу перинатальних послуг на рівні ЦРЛ. Детальний перелік обладнання подано в Додатку 2.3.2. Цей перелік передбачає:

- діагностичне обладнання;
- обладнання для моніторингу стану пацієнта;
- обладнання для проведення маніпуляцій / процедур / лікування.

«…перші кроки зі створення реанімації новонароджених були зроблені в нашій області завдяки україно-швейцарській співпраці».

Ціхонь З.О., заступник начальника ГУОЗ Івано-Франківської ОДА

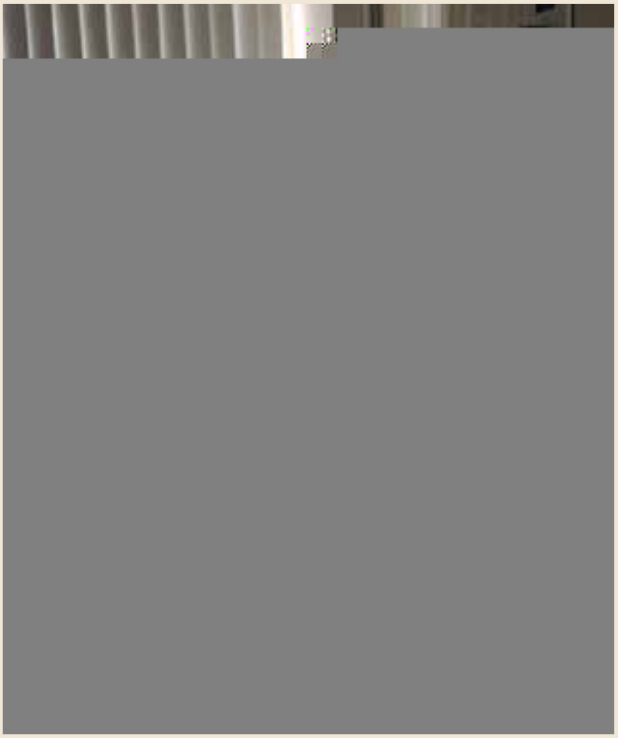
«Трапляються … патологічні пологи чи патологія в дитини. Надавати допомогу … без інвазивних (насильницьких) методів – це і є можливо завдяки цьому апарату (CPAP)…»

Василенко В.В., головний лікар Джанкойської ЦРЛ

Одними з принципів, врахованих при формуванні переліку, є функціональність і взаємопов'язаність обладнання. Наприклад, якщо в пологовому залі використовується апарат КТГ для моніторингу серцебиття плода, то має також бути обладнання для надання допомоги за потреби ургентного розродження, як-от вакуум екстрактор, а також операційна для проведення кесарських розтинів.

Апарат УЗД у Калуській ЦРЛ

Пологова зала у Горохівській ЦРЛ



Відкритий інкубатор у Могилів-Подільському МТМО

У 2009 році за фінансової підтримки Швейцарської агенції розвитку та співробітництва партнерські заклади Програми були до оснащені необхідним обладнанням на суму 400 000 швейцарських франків (приблизно 3 200 000 грн).

«Це обладнання щохвилини працює на здоров'я матері та дитини, покращення лікування, якості діагностики. Воно необхідне в кожному пологовому відділенні».

Мусаєв Т.А., заступник міністра охорони здоров'я АРК

3.3. Підтримка обладнання

Особливості технологічного управління обладнанням в охороні здоров'я більш детально описані в розділі 4. У даному підрозділі ми лише зазначимо, що управління обладнанням є важливим як з точки зору раціонального та ефективного використання обмежених ресурсів, так і заради забезпечення якості допомоги та безпеки пацієнтів.

Управління обладнанням передбачає кілька елементів (завдань), серед яких:

- об'єктивна інвентаризація наявного обладнання;
- планування закупівель обладнання, витратних матеріалів;
- організація регулярного обслуговування та ремонту обладнання.

З огляду на зазначених перелік, оптимально, якщо до управління обладнанням залучений підготовлений фахівець, наприклад, сервісний інженер, який може надавати як експертно-консультативні послуги керівництву, так і здійснювати технічну підтримку обладнання.

3.4. Основні труднощі

При організації необхідної інфраструктури та забезпечення необхідним обладнанням, медичні заклади можуть зустрітися з таким труднощами:

- особливості системи управління обладнанням у чинній системі охорони здоров'я, що спричинюють занадто централізоване планування та непрозорість процесу закупівель;
- брак матеріальних ресурсів для закупівлі та підтримки обладнання, забезпечення витратних матеріалів;
- брак експертно-консультативної підтримки.

працівниками партнерських закладів до офісу Програми. Статистичні дані збирались щоквартально і аналізувались клінічними консультантами Програми. Моніторингові візити до партнерських закладів здійснювали групи експертів (у складі: акушер-гінеколог і неонатолог) двічі на рік. Більш детальна інформація про моніторингові візити викладена в наступному розділі.

Особливістю моніторингової діяльності Програми була орієнтація на практичні аспекти ефективності надання перинатальних послуг. З огляду на це, експерти Програми **відстежували динаміку тих показників і чинників, які посутньо (визначально) впливають на якість медичної допомоги** [8], а саме: кваліфікація медичного персоналу, дотримання клінічних протоколів, наявність медичного обладнання та необхідної інфраструктури. По результатах моніторингу партнери Програми завжди отримували **рекомендації експертів щодо вирішення тих чи інших проблем, покращення якості перинатальних послуг**. Слід зазначити, що, окрім практичних порад для конкретних медичних закладів, експерти також формували **рекомендації щодо налагодження системи надання перинатальних послуг в області**, зокрема, оптимізації взаємодії між районним і обласним рівнями.

Не менш важливим напрямком моніторингової діяльності була демонстрація ефективності і необхідності проведення «внутрішнього» моніторингу (аудиту). Експерти Програми демонстрували, яким чином **за допомогою «самоаудиту» і оцінки статистичних даних можна виявити проблему і розробити заходи з покращання** ситуації, змінити ставлення і розуміння медичними працівниками певних статистичних показників.

Такий **комплексний підхід до моніторингу**, а саме: інтегрування у програму моніторингу елементів навчання у поєднанні з доброзичливим (некаральним) обговоренням виявлених проблем **дозволив досягти як порівняно швидких змін у клінічних практиках, так і позитивних довгострокових управлінських рішень**.

Приклади швидких змін у клінічних практиках:	**Приклади довгострокових управлінських рішень:**
1. Щоб забезпечити ургентне розродження при виявленні ознак страждання плода в пологах, у всіх партнерських закладах придбано вакуум екстрактори, а також проводиться навчання по їх використанню: внутрішніми силами (в межах закладу) та з залученням фахівців з 3-го рівня. 2. Для покращення практик використання респіраторної терапії в новонароджених експерти Програми запропонували лікарям ЦРЛ Івано-Франківської області пройти короткотривале стажування на базі університетських клінік м. Львова на тему використання дихальної підтримки в новонароджених. Стажування відбулось в 2009 році та, за оцінками експертів, дозволило лікарям покращити клінічні практики. Відгук учасниці: *«Під час стажування ми змогли попрацювати і з обладнанням, і з пацієнтами поруч з більш досвідченими колегами. Завдяки цьому й покращили власні професійні навички».* Тимків Н.В., неонатолог, Калуська ЦРЛ	1. За результатами аналізу матриці БЕБІС у Вінницькій області було виявлено проблеми з антенатальним доглядом за станом плода. Експерти Програми запропонували групі обласних тренерів розробити обласний протокол з антенатального догляду на районному та обласному рівнях. Протокол «Оцінка стану плода під час вагітності» був затверджений наказом УОЗтаК Вінницької ОДА №1333 від 30.12.2010р. 2. Аналіз матриці БЕБІС та інших інструментів моніторингу виявив проблеми в організації транспортування вагітних і новонароджених на вищий рівень в Івано-Франківській області. Враховуючи це, у 2010 році групі обласних фахівців було рекомендовано розробити та впровадити обласний транспортний протокол. Ця рекомендація була також підтримана керівництвом ГУОЗ Івано-Франківської ОДА. Робота над протоколом була розпочата наприкінці 2010 року.

До моніторингової діяльності Програми залучалися клінічні консультанти Програми, обласні спеціалісти з акушерства та неонатології, персонал партнерських закладів. Програма також використовувала **метод «горизонтального» моніторингу**, коли спеціалісти з обласного чи районного рівня, наприклад, АР Крим входили до групи експертів під час моніторингового візиту до закладів Волинської чи іншої області. Такий підхід був позитивно оцінений партнерами, як цікавий і корисний для обох сторін, оскільки він дозволяє продемонструвати та оцінити можливі досягнення в умовах схожих ресурсів.

4.2. Особливості моніторингових візитів

Головні завдання моніторингового візиту – обговорити з представниками центральних районних лікарень процес впровадження Програми в області (всі компоненти Програми), визначити основні досягнення і проблеми в організації і наданні медичної допомоги населенню в контексті та в межах компетенції Україно-Швейцарської Програми, оцінити динаміку змін в порівнянні з попереднім візитом, визначити план дій на наступне півріччя, а також представити колективам закладів всю вище зазначену інформацію.

Змістовне наповнення візиту полягало в оцінці динаміки змін (ситуація та стан справ порівняно з результатами попереднього візиту) у таких сферах:

- організація клінічної роботи лікарень (інтерв'ю зі штатними медичними працівниками пологового відділення, жіночої консультації та спостереженням за використанням сучасних практик у перинатальному догляді й наданням ургентної перинатальної допомоги);
- наявність «внутрішніх» протоколів, рівень використанням національних протоколів у клінічній практиці;
- основні проблеми/бар'єри в організації і наданні перинатальної допомоги;
- зміни в кадровій структурі та інфраструктурі відділення;
- наявне обладнанням та, у разі потреби, надання рекомендацій щодо його раціонального використання та ремонту;
- можливості надання ургентної допомоги, оцінка змін, що відбулися;
- обговорення історій пологів і розвитку новонароджених (патологічні випадки з негативними наслідками для жінки або/та новонародженого) з метою аналізу основних клінічних практик;
- оцінка взаємодії між акушерською і неонатальною службами;
- оцінка взаємодії між рівнями надання допомоги;
- з'ясування, як оцінюють проблематику перинатальних послуг на рівні керівництва лікарні і медичного персоналу;
- оцінка процесу впровадження телемедицини: наявність обладнання, хід і результати навчання лікарів роботі з комп'ютером;
- визначення необхідних організаційних і методичних умов супроводу фахівців, які пройшли тренінг за підтримки Програми.

Методи та інструменти, які використовувались під час візитів

Моніторингові заходи здійснювались з дотриманням принципів колегіальності та «командного» підходу, тобто активної співпраці експертів і всіх залучених до моніторингового візиту осіб, а також колективів закладів, у яких проводився моніторинг.

> ***«Моніторингові візити, які здійснюються Програмою, відрізняються від наших рутинних моніторингів колегіальністю підходу до вивчення та розв'язання проблем».***
>
> **Ціхонь З.О., заступник начальника ГУОЗ Івано-Франківської ОДА**

Методологія візитів:

- Експерти програми проводили прямі моніторингові візити у пологові відділення визначених ЦРЛ.
- Представники пологових відділень (районний акушер-гінеколог, неонатолог, заступник головного лікаря або головний лікар) з інших ЦРЛ запрошувались до візитів у визначені ЦРЛ з метою:
    - Навчання проведенню моніторингових візитів на місцях
    - Навчання використання форм самооцінки, форм збору статистичних даних та форм спостереження за існуючими практиками
    - Спільний аналіз історій пологів та розвитку новонароджених

- Аналіз показників роботи пологових будинків/відділень (статистичні показники та Матриця Бебіс)
- Аналіз показників роботи пологових будинків/відділень
- Розробки плану подальших дій

- Кожне пологове відділення готувало до візиту заповнені форми самооцінки та історії пологів і розвитку новонароджених дітей (по 1 випадку важкої прееклампсії, післяпологової кровотечі, передчасних пологів, мертвонародження, багатоплідної вагітності, ранньої неонатальної смерті, важкої асфіксії, недоношеності, проведення ШВЛ, переведення дитини на 3 рівень надання допомоги)

Для оцінки впровадження Програми використовувалися такі **інструменти**:

Моніторинговий візит до Калуської ЦРЛ

- Інтерв'ю з медичними працівниками (акушер-гінекологами, акушерками, дитячими сестрами, неонатологами/педіатрами)
- Інтерв'ю з вагітними і породіллями
- Інтерв'ю з завідуючими відділень і заступником головного лікаря з материнства та дитинства
- Огляд інфраструктури
- Спостереження за основними медичними практиками
- Аналіз історій пологів і ведення новонароджених
- Статистичні форми
- Матриця Бебіс

Матриця Бебіс (BABIES Matrix) – інструмент (методика) для збору та аналізу перинатальних даних (показників перинатальної смертності), кінцевою метою використання якого є покращення якості перинатальної допомоги.

Після проведення моніторингових візитів до партнерських закладів на рівні області проводилася заключна зустріч, на якій були присутні представники всіх партнерських закладів Програми, заступник начальника УОЗ з материнства та дитинства, обласний акушер-гінеколог і неонатолог, представники РДА, представники Програми. Завданнями заключної зустрічі є:

- Ознайомити учасників з результатами візитів: презентація «досягнення і проблеми».
- Поінформувати учасників про результати аналізу статистичних даних.
- Розглянути шляхи вирішення найбільш поширених і нагальних проблем, що, з огляду на їх природу і масштаб, можуть бути вирішені за рахунок наявних ресурсів.

Експерти пропонували рішення, які поєднували як клінічну, так і економічну ефективність; тобто, виконання більшості рекомендацій не вимагало від партнерів значних фінансових витрат.

Головні досягнення та проблеми партнерських закладів і областей підсумовувалися клінічними консультантами та слугували основою для формулювання рекомендацій. Рекомендації зазвичай стосувалися таких аспектів:

- зміна конкретних клінічних практик;
- створення необхідних інфраструктурних умов;
- забезпечення раціонального використання медичного обладнання;
- оптимізація роботи медичного персоналу, забезпечення принципу «миттєвої готовності»;
- організація місцевих навчальних заходів для підвищення кваліфікації медичних працівників (наприклад, стажування на робочому місці у закладі вищого рівня);
- розробка та впровадження локальних клінічних протоколів з певної тематики.

Приклад звіту за моніторинговий візит (коротка версія) подано в Додатку №2.4.2.

4.3. Основні труднощі

Можливі труднощі, як слід врахувати при проведенні моніторингу:

- Збір додаткових даних на рівні ЦРЛ: частина інформації, яку збирала Програма для адекватного здійснення моніторингу, не входить в офіційну звітність, регламентовану МОЗ України. Це створює додаткове навантаження на працівників пілотних закладів. Водночас, ці дані є необхідними для об'єктивного аналізу ситуації.
- Укорінення позитивного підходу до моніторингу та аналізу (пошук причини та рішення замість «пошуку винного і його покарання»): на даний момент оцінка статистичних даних в офіційній системі використовується лише як інструмент покарання, тоді як аналіз даних на рівні установи практично не проводиться.
- Достовірність даних: персонал вимагає додаткового навчання щодо методів збору і розрахунку показників.
- Постійне залучення обласних спеціалістів: через велику завантаженість обласні спеціалісти лише періодично брали участь у моніторингових візитах, що завадило їм повністю засвоїти основні принципи моніторингової діяльності та сприяти впровадженню рекомендацій Програми.
- Дотримання / виконання окремих рекомендацій (з огляду на об'єктивні обмеження людських і фінансових ресурсів): частина рекомендацій не була впроваджена в життя через постійно обмежене фінансування закладів охорони здоров'я, а також неповну укомплектованість персоналом.

4.4. Перспективи використання

Використання сучасних підходів до моніторингу є ефективною та перспективною практикою. Для досягнення оптимального результату варто враховувати такі аспекти:

- Для забезпечення життєздатності запропонованого Програмою моніторингу (повністю чи окремих інструментів) необхідно проводити навчання керівників і медичного персоналу: підходам і інструментам моніторингу, методам збору даних і розрахунку показників.
- Залучення до візитів практичних лікарів з партнерських закладів інших регіонів довело свою ефективність: ті, хто «підлягає моніторингу», більш толерантно і конструктивно сприймають рекомендації, ставляться до них з більшою довірою, оскільки ці рекомендації озвучуються «рівними колегами», які вже впровадили рекомендовані зміни в роботу своїх закладів.
- Інституалізація окремих інструментів моніторингу, як-от: впровадження Матриці Бебіс як офіційного статистичного інструменту на рівні області та навчання менеджерів принципам використання цього інструменту дозволить забезпечити якісний аналіз проблем у системі перинатальної допомоги та вибір ефективних заходів, спрямованих на покращання ситуації.
- Комплексний підхід до моніторингу сприятиме також і довготривалим наслідкам, таким як, наприклад, розробка обласних протоколів з антенатального догляду (Вінницька область) і транспортування (Івано-Франківська область).

Мусаєв Т.А. на заключній зустрічі з моніторингу, листопад 2010 р.

«…моніторингові візити справді стимулюють місцеву владу аналізувати ситуацію у районах і працювати над її покращенням».

Мусаєв Т.А., заступник міністра охорони здоров'я АРК

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ

Наприкінці кожного підрозділу з опису моделі подано детальні та специфічні висновки, тому метою загальних висновків до розділу є **підкреслення тих принципових передумов**, що в рівній мірі стосуються кожного з описаних елементів.

Принциповими передумовами ефективного впровадження моделі інтегрованої перинатальної допомоги є:

1. Власне інтеграція різних елементів, їх одночасне впровадження в діяльність закладів і системи охорони здоров'я: організація ефективної мережі надання послуг (взаємодія рівнів); постійне підвищення кваліфікації персоналу; забезпечення необхідної інфраструктури; використання дієвої системи моніторингу та аудиту. Всі учасники процесу надання перинатальної допомоги мають перебувати в постійному зв'язку та взаємодії, як міжрівнево, так і міждисциплінарно.
2. Раціональний підхід до організації роботи системи: насамперед, потрібно забезпечити впровадження тих вимог, що довели свою необхідність і ефективність.
3. Постійний розвиток, прагнення до вдосконалення: медична наука, практика та техніка безперервно розвиваються, тому підходи до організації роботи, навчання персоналу, створення інфраструктури потрібно регулярно переглядати та покращувати. Належна якість допомоги може бути забезпечена лише за умови постійного навчання персоналу та аналізу (моніторингу).
4. Політична воля та підтримка на різних рівнях, забезпечення регуляторного поля (стандарти, настанови, протоколи, національні та місцеві програми тощо): розуміння потреб галузі як вищими, так і місцевими щаблями влади забезпечить сприятливе середовище для розвитку охорони здоров'я та покращення здоров'я населення.

ПЕРЕЛІК ДОДАТКІВ

Додаток 2.1.2.	Перелік базових послуг перинатальної допомоги на етапах її надання (таблиця-матриця)
Додаток 2.1.4.1.	Результати самоаналізу знань і навичок медичних працівників, залучених до процесу апробації ППП
Додаток 2.1.4.2.	Аналіз проблем у функціонуванні системи акушерських і педіатричних послуг відповідно до результатів апробації ППП
Додаток 2.2.3.	Склад робочої групи та зміст навчальних матеріалів
Додаток 2.3.1.	Схема раціонального зонування пологового відділення
Додаток 2.3.2.	Перелік необхідного обладнання для надання комплексу перинатальних послуг на рівні ЦРЛ
Додаток 2.4.2.	Скорочена версія звіту за моніторинговий візит

ГЛОСАРІЙ

Безперервна медична освіта (БМО) — система постійного перегляду та оновлення професійних знань і навичок, що має на меті забезпечити високу кваліфікацію медичного працівника.

Вторинний рівень надання допомоги — амбулаторна та стаціонарна допомога, що надається на рівні районних поліклінік і лікарень (жіночі консультації, пологові відділення або пологові будинки на рівні району, палати інтенсивної терапії новонароджених у ЦРЛ).

Доказова медицина — метод систематичного перегляду міжнародних публікацій, який має на меті підсумувати обґрунтовані рекомендації та науково доведені практики для прийняття клінічних рішень.

Інтерактивність – взаємодія, обмін інформацією, ідеями, думками між слухачами й викладачами, що дозволяє активно залучати аудиторію до представлення певної теми та сприяє кращому засвоєнню матеріалу слухачами.

Міждисциплінарність — принцип взаємодії професіоналів (під час навчання та роботи), який передбачає активну співпрацю представників різних спеціальностей / сфер задля досягнення найкращого результату.

Модуль (навчальний модуль) — логічно завершена, відносно самостійна, цілісна частина навчального курсу (певної клінічної теми, наприклад, «Ведення вагітності та пологів з рубцем після кесарського розтину»), сукупність теоретичних та практичних завдань відповідного змісту та структури.

Моніторинг (у межах впровадження Програми) - процес систематичного збору інформації про впровадження запропонованих Програмою підходів та інновацій у клінічну практику партнерських медичних закладів.

Навчання базоване на випадках (case-based study) — сучасний метод навчання дорослих, який передбачає активне залучання в процес навчання через обговорення реальних випадків (клінічних), формування важливих питань, які аналізуються та розв'язуються через поєднання думок експертів, фактів доказової медицини та практичного досвіду.

„Пакет послуг" — перелік певних втручань (послуг), які розглядаються як необхідні та ефективні та мають бути доступними для всього населення; має забезпечити рівний доступ населення до стандартизованого переліку базових послуг відповідної якості, фінансову захищеність пацієнтів, а також контроль над витратами системи.

Первинний рівень — первинна медико-санітарна допомога (ПМСД), що надається сімейними лікарями, акушерками, фельдшерами та медичними сестрами, які працюють в амбулаторіях загальної практики та на фельдшерсько-акушерських пунктах.

Рівні надання допомоги — розподіл за рівнями надання допомоги наводиться відповідно до принципу цілісної системи охорони здоров'я.

Третинний рівень — спеціалізована допомога, що надається обласними закладами (обласними пологовими будинками, перинатальними центрами, обласними дитячими лікарнями) пацієнтам, скерованим із вторинного рівня.

Цикл (навчальний цикл) – декілька навчальних модулів, об'єднаних однією темою, що становлять завершений, цілісний навчальний курс.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Концепція подальшого розвитку перинатальної допомоги (затверджена Наказом МОЗ України 02.02.2011 р. № 52.
2. Bentes M., et al. Health care systems in transition: Portugal. Copenhagen, WHO Regional office for Europe, 2004.
3. Colombo A., Pavigani E. Coverage of health services. — retrieved from http://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted_sectors/module_07/en/index.html on 10 of January 2007.
4. Creating a culture of quality: Supportive supervision for quality improvement // Reference manual. IPPF, June 2006.
5. Gary L. Darmstadt et al. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? – The Lancet, Vol. 365, No 9463, 2005, p.p. 977-996.
6. Headrick L.A., Wilcock P.M., Batalden P.B. Interprofessional working and continuing medical education // BMJ 1998; 316:771-774 (7 March).
7. Lui K., et al. Improved outcomes of extremely premature outborn infants: Effects of strategic changes in perinatal and retrieval services // Pediatrics 2006;118;2076-1540. downloaded from www.pediatrics.org at Ukraine: AAP sponsored on December 5, 2008.
8. Neonatal and Perinatal Mortality. Country, Regional and Global Estimates. - WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. – 2006.
9. Official web-site of Ministry of Health of Singapore — retrieved form http://www.moh.gov.sg/corp/about/faqs/policy/details.do?cid=cat_faq_pol_msp&id=25788417 on 10 of January 2007.
10. Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion care, Maternal, Newborn and Child Health. - © World Health Organization 2010. WHO/FCH/10.06.
11. Pavigani E., Colombo A. Essential health service packages. — retrieved from http://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted_sectors/module_07/en/index4. html on 10 of January 2007.
12. Rodriguez C. A literature review on integrated perinatal care // Int J Integr Care. 2007 Jul–Sep; 7: e28. Retrieved on 20th of January 2011 from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1963469/
13. Rohde J. Supportive supervision to improve integrated primary health care // Management Science for Health, No 2, 2006.
14. Smiths P.B., Verbeek J.H., Buisonje D. Problem based learning in continuing medical education: a review of controlled evaluation studies // BMJ 2002; 324:153-156 (19 January).
15. Tan K.H. et. Integrated perinatal care and beyond // Proceeding of Singapore Healthcare, Vol.19, #2, 2010. Retrieved on 20th of January 2011 from http://www.singhealthacademy.com.sg/ResourcesAndServices/Publications/ProceedingsofSingaporeHealthcare/Documents/Volume%2019%20Number%202%202010/07%20Integrated%20Perinatal%20Care.pdf
16. Tarimo E. Essential health service packages: uses, abuse and future directions. – retrieved from www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted_sectors/module_07/en/ on 10 of December 2005.
17. Tennessee perinatal care system: Guidelines for regionalization, hospital care levels, staffing and facilities (5th edition) // Tennessee Dept. of Health, 2004.

МОДЕЛЬ 3

ВИКОРИСТАННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ

ЗМІСТ

Вступ 61

Розділ 1. Впровадження телемедицини у практику медичних закладів 62
- 1.1. Концепція телемедицини 62
- 1.2. Телемедична мережа та її реалізація в межах Програми 63
- 1.3. Впровадження моделі телемедицини на рівні області 64
- 1.4. Впровадження моделі телемедицини на рівні медичного закладу 65
- 1.5. Телемедицина як інструмент для БМО 68
- 1.6. Основні труднощі для впровадження телемедицини у клінічну практику 69
- 1.7. Перспективи впровадження телемедицини у клінічну практику 69

Розділ 2. Розробка та використання електронних навчальних посібників 70
- 2.1. Особливості та переваги електронних навчальних посібників 70
- 2.2. Досвід розробки електронних посібників в межах впровадження Програми 71
- 2.3. Основні труднощі для розробки та використання ЕНП 73
- 2.4. Перспективи розробки та використання ЕНП 73

Розділ 3. Розробка та впровадження перинатального реєстру 73
- 3.1. Поняття перинатального реєстру 73
- 3.2. Мета та завдання реєстру 74
- 3.3. Стратегія розробки та впровадження перинатального реєстру 75
- 3.4. Основні труднощі для впровадження перинатального реєстру 76
- 3.5. Перспективи впровадження перинатального реєстру 77

Висновки та рекомендації 77

Перелік додатків 79

Глосарій 79

Література 81

СКОРОЧЕННЯ

АМН	Академія медичних наук
АРУТЕОЗ	Асоціація розвитку української телемедицини та електронної охорони здоров’я
БМО	безперервна медична освіта
ВНМУ	Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЕКГ	електрокардіограф
ЕНП	електронний навчальний посібник
ЕОМ	електронна обчислювальна машина
ЖК	жіноча консультація
ІКТ	інформаційно-комунікаційні технології
ІТ	інформаційні технології
ІФНМУ	Івано-Франківський національний медичний університет
КТГ	кардіотокограф
ЛНМУ	Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
НМАПО	Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
МКХ	міжнародна класифікація хвороб
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
ОВП	офіс із впровадження Програми
ОДА	обласна державна адміністрація
ОЗ	охорона здоров’я
ООН	Організація Об’єднаних Націй
ПЗ	програмне забезпечення
ПК	персональний комп’ютер
РДА	районна державна адміністрація
ТС	телемедична станція
УОЗ	управління охорони здоров'я
ЦМК	центральний методичних кабінет (з вищої медичної освіти)
ЦРЛ	центральна районна лікарня

ВСТУП

Доступ до сучасної інформації є однією з важливих передумов прийняття раціональних рішень у всіх сферах життя. Інформаційні та комунікаційні технології пропонують значний потенціал для покращення медичних послуг та системи охорони здоров'я. Управління в охороні здоров'я має бути орієнтованим на знання. Відповідні знання, наявні в потрібний час у потрібному місці, можуть безпосередньо вплинути на потрібний результат. У країнах з перехідною економікою доступ до інформації є досі неповним через низку причин. Безпосередній обмін знаннями та їх оцінка між колегами у достатньому обсязі гальмується значними відстанями та недосконалою системою громадського транспорту. Паперові засоби інформації, такі як медична література, наукові видання, є недостатніми через обмеженість фінансових ресурсів та механізмів розповсюдження. Бібліотеки надають обмежений вибір медичної літератури, яка не відображає повний спектр сучасних та визнаних на міжнародному рівні знань. Сучасні розробки в медичній науці, які обговорюються у закордонних наукових журналах, впливають на клінічну практику та сприяють змінам у клінічних настановах, однак, можуть не доходити до уваги медичної спільноти, особливо до професіоналів охорони здоров'я, які працюють поза межами міських центрів.

Саміт ООН з питань інформаційного суспільства у 2003 р. в Женеві наголосив, що *доступ до інформаційних та комунікаційних технологій (ІКТ) є одним з головних елементів розвитку суспільства* [19]. Для більшості індустріальних держав використання ІКТ виявилося ключовим засобом підвищення продуктивності й ефективності систем охорони здоров'я.

Однією з перешкод для розвитку і модернізації системи охорони здоров'я в Україні є недостатня кількість засобів комунікації і доступу до найсучаснішої доказової інформації. Структурні чинники підсилюють нерівність між міськими центрами і віддаленими районними закладами охорони здоров'я первинного та вторинного рівнів. Спеціалізовані знання акумулюються в закладах національного рівня, тому медичним працівникам, які працюють на периферії, часом важко отримати до них доступ.

Впровадження інформаційно-комунікаційних технологій (зокрема, телемедицини) дозволяє системі охорони здоров'я бути відкритою та взаємодіяти з іншими системами.

Використання Інформаційних та Комунікаційних Технологій є ключовим інструментом ліквідації дефіциту знань і стимуляції дієвості та результативності системи охорони здоров'я. В межах Україно-Швейцарської Програми „Здоров'я матері та дитини" розробці та впровадженню інструментів, що базуються на можливостях ІКТ, було приділено значну увагу.

За участі та підтримки експертів і консультантів Програми спільно з партнерами було докладено значних зусиль по 1) впровадженню ***телемедицини*** у партнерських медичних закладах обласного та районного рівнів, 2) розробці ***перинатального реєстру*** для Волинської області; 3) розробці та розповсюдженню ***електронних навчальних матеріалів (електронних навчальних модулів)***, рекомендованих як для самоосвіти, так і для навчання в групах. Досвід Програми у розробці та впровадженню згаданих інструментів описано у цьому розділі.

Використання інформаційно-комунікаційних технологій ….

….у Луцькій ЦРЛ (Волинська область)

… у Калинівській ЦРЛ (Вінницька область)

РОЗДІЛ І. ВПРОВАДЖЕННЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ У ПРАКТИКУ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

1.1. Концепція телемедицини

Слово ***„телемедицина"*** складається з грецького „τελε" (теле), що означає „далеко", та „медицина". Таким чином, *телемедицина* – це надання медичних послуг на відстані. Більш поширеним визначенням є «використання телекомунікаційних та інформаційних технологій для надання медичної допомоги особам, які знаходяться на відстані, та передача інформації для надання такої допомоги» [14].

Завдання телемедицини – за допомогою сучасних інформаційних технологій забезпечити лікарям доступ до найсучаснішої інформації, обміну досвідом і експертизою, щоб підвищити рівень професійних знань і покращити клінічну практику.

ВООЗ дає таке визначення: *телемедицина* – це «надання послуг в охороні здоров'я, де відстань є критичним фактором, усіма професіоналами охорони здоров'я з використанням ІКТ для обміну аргументованою інформацією для діагностики, лікування і профілактики захворювань та уражень, досліджень та оцінок, а також для постійного навчання тих, хто надає лікувальні послуги, і все це з метою покращення здоров'я окремих осіб та спільноти» [19].

Принципово розрізняють 3 типи надання телемедичних послуг – *синхронне і асинхронне консультування,* а також *дистанційний моніторинг (телеметрія)* певних фізіологічних функцій.

У випадку синхронного консультування останнє відбувається на відстані, однак, у реальному часі. За таких умов медичний працівник або пацієнт можуть відразу отримати консультацію, однак, для цього потрібно забезпечити синхронність дій всіх учасників цього процесу, які перебувають в різних місцях.

В іншому випадку – консультація відтермінована, і консультант не може побачити пацієнта в реальному часі (інформація про пацієнта зберігається на сервері, до якого мають доступ і замовник консультації, і консультант). Цей тип надання телемедичних послуг є більш практичним, однак, він не є прийнятним для ургентних консультацій, оскільки не передбачає негайної відповіді консультанта. З іншого боку, за умови накопичення на сервері значного об'єму інформації про пацієнтів, він може бути цінним практично-орієнтованим ресурсом професійного розвитку всіх медичних працівників, які мають до нього доступ.

Саме принципи асинхронного консультування й було закладено в основу **телемедичної платформи iPath («ай-пас»)**, розробленої у 2004 р. фахівцями Базельського університету і впровадженої в Україні Україно-Швейцарською програмою «Здоров'я матері та дитини» за підтримки колег зі Швейцарського Інституту Тропічної Медицини й Охорони Здоров'я м. Базеля. Дана платформа є професійним телемедичним інструментом, що дозволяє в плановому порядку отримати консультації на представлений клінічний випадок [1]. На малюнку 1.1.1 представлено стартову сторінку телемедичної платформи.

Перевагами телемедичної платформи iPath є можливість її вільного і безкоштовного використання на території України (так зване, відкрите програмне забезпечення), простота (дружній або інтуїтивний, інтерфейс), помірні вимоги до технічних параметрів комп'ютерів і мережі, можливість супроводжувати опис клінічних випадків візуальними зображеннями (фотографії, рентгенограми, графічні дані – ЕКГ, КТГ тощо).

Телемедична платформа iPath – інструмент, що забезпечує додатковий доступ до інформації та можливість обміну експертними оцінками з вітчизняними і зарубіжними колегами через мережу, а також підтримує процес прийняття рішень у діагностиці, лікуванні та скеруванні пацієнтів з нижчого рівня на вищий.

Платформа iPath поєднує в собі можливості дискусійного форуму (спілкування) і управління інформацією з основною функцією "медичної дискусійної групи", в якій певна група користувачів може представляти й обговорювати медичні випадки. Окрім того, всі випадки, представлені та прокоментовані на телеплатформі, зберігаються у загальній базі і можуть використовуватися для самоосвіти та підвищення професійного рівня будь-яким учасником групи. До того ж, випадки класифіковані за медичним фахом (акушерські, гінекологічні, перинатальні, неонатальні, педіатричні) та метою їх представлення (для отримання консультації, для БМО, отримання відповіді на конкретне клінічне запитання, презентації цікавого клінічного випадку, подання інформації (необов'язково клінічної), яка може бути корисна для членів групи). Функція пошуку дозволяє відсортувати всі випадки, що належать до певного фаху або мети представлення.

Малюнок 1.1.1. Стартова сторінка телемедичної платформи iPath.

1.2. Телемедична мережа та її реалізація в межах Програми

Телемедична мережа складається з окремих лікарів і закладів, в яких вони працюють: обласні дитячі лікарні, обласні перинатальні центри, районні лікарні та інші національні та закордонні заклади охорони здоров'я (малюнок 1.2.1). В Україні телемедицина впроваджується у партнерських медичних закладах Україно-Швейцарської програми «Здоров'я матері та дитини". Це 30 районних і 8 обласних лікувальних медичних закладів у 4 регіонах – Вінницькій, Волинській, Івано-Франківській областях та в АР Крим. До телемедичної мережі залучено також регіональні медичні навчальні заклади, установи національного рівня (Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, Національну медичну Академію післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика), приватні та державні клініки з різних регіонів України та із закордону. Сервер, на якому функціонує телеплатформа, обслуговується партнером Програми – Асоціацією розвитку української телемедицини та електронної охорони здоров'я (АРУТЕОЗ) у м. Донецьку (www.telemed.org.ua).

> ***«Телемедицина є справді цінним інструментом для покращення якості медичної допомоги. Дуже важливим питанням є збереження цього напрямку після завершення Програми…»***
>
> **Женченко В.В., завідуючий пологовим відділенням Красногвардійської ЦРЛ, АР Крим**

Можливості телеплатформи дозволяють створювати дискусійні групи за певними напрямками або спеціальностями. Кожна група повинна включати ***модератора*** – особу, яка координує її належну роботу, слідкує за порядком представлення і коментування випадків, надає доступ до групи новим учасникам тощо і власне ***учасників*** – зареєстрованих спеціалістів, які представляють, коментують або переглядають випадки [6]. Учасники, як правило, виконують певні ролі, наприклад, *автор випадку* (особа, яка випадок представляє), *експерт* (особа, яка випадок консультує) і *користувач* (особа, яка випадок переглядає, але не коментує). Оскільки використання платформи було ініційовано у межах Програми, що працює у галузі перинатальної допомоги, основною робочою групою телеплатформи на даний момент є перинатальна дискусійна група. На кінець 2010 року вона нараховувала близько *480 учасників*, переважна більшість з яких – акушери-гінекологи, неонатологи і педіатри. Кількість учасників групи постійно зростає.

Малюнок 1.2.1. Телемедична мережа.

Ефективне використання телемедичної платформи передбачає необхідність дотримання всіма користувачами певних правил. Основні з них:

- платформа має використовуватися виключно за призначенням; усі учасники мережі мають із повагою ставитися один до одного, коректно ставити запитання і відповідати на них;
- опис випадку має містити повну, але лаконічну інформацію (для цього на платформі створено спеціальні структуровані форми для представлення акушерських і неонатальних випадків), чітко сформульовані, конкретні запитання; не можна надавати персональної інформації про пацієнта (імен та прізвищ, точних дат народження, зображень обличчя пацієнта тощо); візуальні зображення мають бути хорошої якості.
- кожен автор випадку відповідає за його належне представлення, ведення і закриття – дає відповіді на додаткові запитання експертів і надає інформацію про результат виконання/невиконання рекомендацій експертів, динаміку стану пацієнта, переведення його до установи вищого рівня тощо;
- при коментуванні випадку край бажано посилатися на джерела доказової інформації, можна давати посилання на певні Інтернет-джерела або авторитетні друковані видання – у даному випадку такий коментар буде також цінним з точки зору його використання для БМО;
- оптимальний час від моменту представлення випадку до надання першого коментаря – до 24 годин.

Станом на кінець 2010 р. у перинатальний групі телемедичної платформи було представлено близько *700 випадків*. Переважна більшість з них містять статичні візуальні зображення (рентгенограми і фото), однак технічні можливості платформи дозволяють приєднувати до випадків невеликі відеофрагменти, наприклад, відео-петлю, записану з апарату УЗД, що розширює можливості консультування.

1.3. Впровадження моделі телемедицини на рівні області

Запорукою успішного впровадження телемедицини у медичних закладах області є розуміння керівництвом УОЗ потенційних перевагах телемедицини і позитивних змін в системи ОЗ за умов її впровадження, а також створення регуляторних передумов для успішного впровадження телемедицини.

Першим кроком до ефективного впровадження моделі телемедицини в області є розуміння керівництвом обласного управління охорони здоров'я (УОЗ), головними спеціалістами з акушерства та неонатології потенційних перевагах телемедицини і позитивних змін в системи охорони здоров'я за умов її впровадження. Офіційна згода цієї групи осіб впливає на підтримку діяльності, яка стосується впровадження Телемедицини до клінічної практики, і є надзвичайно важливою для успіху такого проекту.

Наступний крок полягає у офіційному затвердженні моделі телемедицини шляхом видання відповідних нормативно-регуляторних документів, наприклад, наказу УОЗ ОДА. Обласний наказ з впровадження телемедицини:

- затверджує використання Телемедицини як інтегральну частину клінічної діяльності та координатора, що відповідає за процес впровадження телемедицини на рівні області.
- вимагає від установ охорони здоров'я:

- впровадити телемедичні технології у повсякденну клінічну практику;
- розробити власні (локальні) протоколи практичного впровадження телемедицини;
- запровадити та формалізувати процес співпраці та спілкування між закладами, зокрема, обласного і районного рівнів.

Зразок обласного наказу представлено у Додатку 1.3.1.

З метою забезпечити належне функціонування телемедичної платформи й оптимізувати роботу телемедичної мережі на рівні області в межах Програми було започатковано ініціативу зі створення ***обласних груп експертів***. Кожна група складається з кваліфікованих і досвідчених професіоналів зі значним досвідом роботи у сфері акушерства та гінекології, неонатології, педіатрії та анестезіології, переважно, з обласного рівня (медичні заклади третього рівня або університетські лікарні). Також до складу групи входять обласні спеціалісти з акушерства та неонатології. Основне завдання експертної групи – надання консультацій на випадки, представлені на телеплатформі, в першу чергу, колегами з районних закладів. Відтак, це мало на меті збільшити кількість експертів на телеплатформі iPath, а також покращити взаємодію між обласним та районним рівнями. Обов'язки та завдання членів обласної групи експертів для роботи з телемедичною платформою, описані у Додатку 1.3.2.

1.4. Впровадження моделі телемедицини на рівні медичного закладу

Задля ефективного впровадження телемедицини у практику медичного закладу потрібно створити певні умови, які можна поділити на декілька категорій:

- технічна інфраструктура;
- навчання персоналу;
- організаційні аспекти.

Телемедична станція в ординаторській пологового відділення Бахчисарайської ЦРЛ, АР Крим

Технічна інфраструктура

Вимоги до інфраструктури є доволі простими і економічно доступними для закладів охорони здоров`я. Робоче місце Телемедицини (телемедична станція) складається з персонального комп'ютера (мінімальні характеристики Pentium III/1 ГГц, 256MB, 60GB HDD), монітора (17" CRT, XGA – 1024x768 pixels), сканера (1200dpi), для отримання зображення в цифровому форматі використовується цифровий фотоапарат з достатньою роздільною здатністю (не менше 3 Мп). Зображення з діагностичної апаратури, яка має цифровий вихід, може бути безпосередньо передано на комп'ютер, однак, розмір графічного зображення необхідно скорегувати відповідно до швидкості Інтернет-з'єднання. Комп'ютерні робочі місця мають бути підключені до мережі Інтернет через цифровий модем з мінімальною швидкістю 128kB/s, ISDN або DSL. Аналогові dial-up модеми, наявні в деяких лікарнях, не були ефективними з точки зору швидкості, доступу та надійності через незадовільний фізичний стан телефонних ліній.

Телемедична станція (ТС) повинна бути розміщена якомога ближче до пацієнтів та медичних працівників. Таке розміщення дає можливість кожному мати доступ до інфраструктури у будь-який зручний для медпрацівників час. Як правило, найбільш оптимальним місцем для розміщення ТС у пологовому відділенні є ординаторська, куди всі лікарі мають цілодобовий доступ. Бажано також створити ТС у жіночій консультації.

Телемедична станція має бути розміщена так, щоб кожен лікар мав до неї цілодобовий доступ. Найкраще місце в стаціонарі – ординаторська відділення.

Навчання персоналу

Телемедицина є поняттям, яке визначають та уявляють по-різному. Важливо, щоб майбутній користувач iPath розумів *концепцію телемедицини* в контексті власної лікарні та завдання, пов'язані з цим. Користувачам необхідно:

- розуміти власну роль та функції інших учасників телемедичної мережі;
- розуміти процеси та дотримуватись правил, що визначають співпрацю учасників телемедичної мережі;
- знати відповідну термінологію і фізичну структуру, що є основою телемедичної мережі;
- розуміти принцип роботи платформи iPath і передумови її успішного використання;
- знати і дотримуватись вимог до ефективної комунікативної практики та підтримання належної якості телемедичного процесу під час роботи з телеплатформою.

Окрім методологічного розуміння телемедицини, користувач повинен мати хоча б ***базові навички по роботі з комп'ютером та телемедичною платформою.***

Особливим завданням успішного впровадження Телемедицини є навчання персоналу, який буде працювати з телемедичною платформою.

Багатьом спеціалістам доведеться працювати з сучасними засобами ІКТ, такими як комп'ютер, принтер, Інтернет та цифрова камера вперше. Це буде не лише фізичним, але й психологічним бар'єром, який слід подолати, щоб забезпечити можливість для усього персоналу брати участь у роботі телемедичної мережі. Це означає, що буде потрібно організувати курси для користувачів з метою оволодіння ними наступних знань та навичок:

- робота з ПК (використання комп'ютера для набору і редагування тексту – друкарська функція), для збереження зображень, знятих цифровою камерою, для пошуку в Інтернеті та для вирішення інших специфічних завдань тощо.
- використання цифрового фотоапарата (камери) для отримання якісних знімків пацієнтів, рентгенограм, ультразвукових зображень та інше;
- використання сканера для сканування зображення (документ, фото тощо).

Комп'ютерне навчання треба проводити в приміщенні, оснащеному всім необхідним обладнанням, щоб забезпечити максимально практичний його характер і щоб учасники все могли робити власноруч. Оскільки кожному „студенту" на таких заняттях треба приділити значно більше уваги, склад групи не повинен перевищувати 4-6 осіб. Навчання можна проводити на базі

Лікарі Маневицької ЦРЛ працюють з телемедичною платформою

- медичного закладу із залученням штатного спеціаліста з ІТ технологій (оператор ЕОМ, інженер);
- спеціалізованих курсів.

Як правило, основною перешкодою для відвідування спеціалізованих курсів поза межами лікарні є брак часу та часто ненормований графік роботи лікарів. У такому випадку курси краще організувати на базі закладу з можливістю індивідуальних занять у випадку, якщо лікар пропускає одне чи декілька занять. Програма навчання має бути чітко структурована та максимально практично орієнтована. Зразок програми, розроблений у межах Програми та запропонований для навчання як у лікарні, так і на базі спеціалізованих курсів наведено у Додатку 1.4.1.

Досвід Програми показав, що переважно більшість користувачів успішно оволодівають навичками роботи з ПК після проходження курсів. Основна рекомендація для слухачів курсів – практично використовувати отримані знання, оскільки без практики теорія дуже швидко забувається і, якщо лікар після проходження курсів тривалий час не працює з ПК, набуті навички швидко втрачаються.

Для того, щоб допомогти лікарям працювати з телемедичною платформою, в межах Програми було розроблено посібник для користувачів (Додаток 1.4.2). Даний посібник розміщено, власне, на телемедичній платформі, де його легко можна переглянути в електронному вигляді або роздрукувати. Окрім того, експертами Програми було створено навчальний посібник «Використання телемедицини у клінічній практиці» (рекомендований центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України – протокол № 5 від 28.12.2010). Дане видання може стати у нагоді як для керівників ОЗ при впровадженні та використанні даного інструменту у практиці медичних закладів, так і для користувачів, які безпосередньо використовуватимуть телемедичні технології (посібник представлено у Додатку 1.4.3.)

«Добре пішло впровадження телемедицини у перинатальній сфері, у планах використання цього інструменту в інших спеціальностях».

Василенко В.В., головний лікар, Джанкойська ЦРЛ, АР Крим

«Завдяки телемедицині ми маємо доступ до доказових джерел інформації, консультацій фахівців, маємо можливість навчитися багатьох корисних речей».

О.В.Косовець, головний лікар Городенківської ЦРЛ, Івано-Франківська область

«Телемедична платформа дозволяє отримати думки різних фахівців стосовно представленого випадку. На основі всіх рекомендацій лікуючий лікар приймає рішення».

Н.Ковалів, лікар-неонатолог, Городенківська ЦРЛ, Івано-Франківська область

Незважаючи на те, що iPath перекладено українською мовою, багато потенційних переваг, які надає використання комп'ютера та Інтернету, доступні лише тим, хто може читати та розуміти англійською. Усім користувачам варто рекомендувати вчити англійську мову власними силами або просити своїх колег про допомогу, використовуючи комп'ютер для пошуку й отримання інформації із мережі Інтернет.

Без підтримки керівництва лікарні та належної організації процесу лікарі не зможуть адаптувати і використовувати сучасні інформаційні технології в практичній роботі.

Організаційні аспекти впровадження телемедицини

Ефективне впровадження телемедицини у практику не можливе без забезпечення певних організаційних передумов на рівні медичного закладу. Слід зважати на те, що у закладах охорони здоров`я існують два рівні комунікації, а саме – рівень управлінців та рівень персоналу, що потрібно враховувати у разі запровадження нових підходів, процедур, технологій тощо.

Впровадження телемедицини в щоденну клінічну роботу лікарні є *управлінським рішенням*, яке має бути зрозумілим, прийнятим та виконуваним персоналом. Керівник лікарні разом із заступником з медичних питань мають чітко озвучити своє бажання впроваджувати телемедицину й очікувані результати від цього. Керівництво лікарні повинно пояснити завідувачам відділень завдання, що постають у цьому контексті, а також майбутню користь для лікарні, персоналу і пацієнтів, а також запевнити їх у своїй підтримці щодо практичного впровадження. Оптимальним є *видання* ***наказу*** *про впровадження телемедицини*, яким затверджується координатор (відповідальний) з впровадження телемедицини у закладі, технічний асистент (особа, що відповідає за належну роботу технічної інфраструктури), організація та розміщення телемедичних станцій та навчання персоналу. Зразок такого наказу представлено у Додатку 1.4.4.

Кулик О.О., вересень 2010 р.

«Для ефективного впровадження телемедицини у закладі потрібна підтримка керівництва. На даний момент головні лікарі та й інші колеги думають, що Інтернет – дитяча забавка, не розуміючи тих можливостей, які він відкриває, і насамперед – доступ до міжнародних джерел інформації, до БМО».

Кулик О.О., головний спеціаліст з акушерства та гінекології, УОЗтаК Вінницької ОДА

Керівники відділень мають інформувати персонал про прийняте адміністрацією лікарні рішення впроваджувати телемедицину до клінічної практики та пояснити мету і завдання, пов'язані з цим. Зважаючи на те, що основна робота ляже на плечі керівників відділень та їх підлеглих, важливо чітко і прозоро відреагувати на всі запитання і сумніви, що виникнуть у персоналу. Лікарі можуть бути занепокоєні тим, що зіткнуться з новою технологією і можуть не дати собі з нею ради, її опанування вимагатиме додаткового навантаження, вони будуть піддаватися впливу інших осіб та їх робота буде контролюватися ззовні. Ці побоювання потрібно відкрито обговорити в колективі, щоб забезпечити переконання персоналу й досягнення майбутніх позитивних результатів для кожного. На щотижневих нарадах слід забезпечити регулярне представлення інформації про перебіг впровадження усім членам колективу, включаючи інтернів і медсестер.

Для оптимізації та ефективності телемедичного консультування у кожному закладі має бути розроблений спеціальний протокол, у якому прописано всі основні моменти з організації процесу впровадження телемедицини у закладі.

Задля підвищення ефективності впровадження телемедицини у закладі потрібно розробити локальний протокол із впровадження телемедицини у закладі. Це документ, який описує основні принципи та підходи оганізації процесу впровадження телемедицини у лікарні та визначає відповідальних. Зразок локального протоколу наведено у Додатку 1.4.5.

Забезпечення вищеописаних передумов є запорукою успішної інтеграції телемедицини у клінічну практику.

1.5. Телемедицина як інструмент для БМО

Телемедична платформа iPath є чудовим допоміжним інструментом для безперервного професійного розвитку.

За умови накопичення на сервері значного об'єму інформації про пацієнтів, він може бути цінним практично-орієнтованим ресурсом професійного розвитку всіх медичних працівників, які мають до нього доступ [7]. На телеплатформі є також випадки, представлені саме для того, щоб поділитися досвідом з колегами або розповісти про якусь цікаву ситуацію, підхід до діагностики чи лікування.

Використання iPath для БМО дозволяє:

- розглянути та обговорити реальні клінічні випадки з зазначеними результатами надання медичної допомоги;
- розглянути та обговорити клінічні випадки, спеціально призначені для навчання;
- навчатися індивідуально.

Перевагами використання телемедичної платформи iPath для навчання є:

- можливість пошуку випадків – спеціальні функції платформи дозволяють знайти випадок на потрібну тематику та відбору потрібних випадків;
- відсутність обмежень у часі і місці (навчання у зручний для людини час);
- участь в обговоренні випадків провідних фахівців;
- можливість візуальної оцінки діагностичної інформації;
- можливість використання наведених web-лінків і джерел;
- створення архівів (репозиторіїв) навчальної інформації.

Бєлобаба Л.Ф., координатор з телемедицини, КЗ "Сакське ТМО", АРК

Однак, є і недоліки використання iPath для БМО. До них можна віднести:

- відсутність зовнішньої модерації навчання (викладача, наставника, який міг би розтлумачити деякі питання, дати коментарі чи пояснення);
- повноту і систематичність представлення клінічних проблем (часто випадки лишаються „незакритими", тобто після коментаря/ рекомендації експерта автор випадку не надає інформацію про виконання/ невиконання наданих рекомендацій та стану пацієнта тощо);
- обґрунтованість висновків і рекомендацій (кожен експерт висловлює свою думку щодо описаної у випадку інформації, однак, найчастіше, немає посилань на доказові джерела інформації, міжнародні визнані практики тощо);

Отже, телеплатформа має значний потенціал для використання її у якості бази безперервної медичної освіти. Зважаючи на організацію сучасної системи БМО, коли лікарі навчаються (в основному, теоретично) на курсах підвищення кваліфікації раз на декілька років, база клінічних випадків, яка міститься на платформі, є корисним джерелом практичної інформації, вона може стати додатковим інструментом для вдосконалення професійних знань лікарів.

«Телемедицина важлива для навчання, бо у нас немає достатньо досвіду, як діяти при складних випадках, а на платформі цю інформацію можна знайти».

Гурська В.В., заступник головного лікаря з питань материнства й рододопомоги, Луцька ЦРЛ, Волинська область

1.6. Основні труднощі для впровадження телемедицини у клінічну практику

Основними труднощами при впровадження моделі *на рівні області були*:

- недостатня активність обласного координатора з впровадження телемедицини – низька активність координатора у підтримці та контролю процесу впровадження телемедицини у обласних та районних закладах, функціонування мережі на рівні області;
- неналежне функціонування обласних експертних груп – не зважаючи на те, що члени групи були ознайомлені зі своїми завданнями та обов'язками, було розроблено графіки чергувань, активність експертів виявилася дуже низькою;
- „формальність" обласного наказу про впровадження телемедицини – хоча на основі обласного наказу у кожному обласному та районному медичному закладі було видано локальний наказ, виконання локальних наказів часто було часткове, а контролю з боку керівництва області та обласного координатора не було.

Основними труднощами при впровадження моделі *на рівні закладу були*:

- Вмотивованість керівництва та персоналу закладу до впровадження телемедицини:
  - *головний лікар* закладу є ключовою особою, яка може або налагодити та контролювати процес впровадження телемедицини й досягти позитивних результатів, або демотивувати персонал до використання даного інструменту; саме зацікавленість та активна підтримка з боку головного лікаря є важливою передумовою успіху впровадження телемедицини у закладі, що не завжди спостерігалося у партнерських закладах Програми;
  - *координатор із впровадження телемедицини* відповідає за належну якість процесу впровадження телемедицини у закладі. На жаль, у деяких закладах роль координатора була суто формальною, він не контролював процес впровадження телемедицини та не надавав належної підтримки своїм колегам у використанні цього інструменту.
  - *користувач телемедичної платформи* – найперша й основна особа, від мотивації та навиків якої залежить впровадження телемедицини; на жаль, активність користувачів лишається не дуже високою; дослідження, проведені в межах Програми[1], показали, що основними причинами низької активності користувачів є недостатні навички роботи з комп'ютером (51%), відсутність постійного доступу до робочого місця (37%), страх видатися некомпетентними (34%) та брак часу (15%), до того ж більшість користувачів (91% опитаних) найчастіше використовує телеплатформу лише для перегляду клінічних випадків.
- Укомплектованість робочого місця (телемедичної станції) та доступ до нього: у багатьох закладах для ТС використовувалося застаріле обладнання, укомплектованість робочих станцій була неповною, станції були організовані лише у пологовому відділенні (у ЖК телемедичних «робочих місць» не було), швидкість Інтернет була недостатньою або виникали технічні проблеми з Інтернет-з'єднанням; не було забезпечено цілодобовий доступ до ТС.
- Навчання персоналу: часто результативність курсів по роботі з ПК була досить низькою; брак практичного застосування отриманих знань призводив до втрати набутих навичок; іноді лікарі відвідували курси досить формально, не були мотивовані до навчання роботі з ПК.
- Інтеграція телемедицини у клінічну практику: не в усіх закладах було розроблено локальний протокол по впровадженню телемедицини, часто його розробка носила суто формальний характер без подальшого використання даного інструменту на практиці.

1.7. Перспективи впровадження телемедицини у клінічну практику

- Запорукою ефективного впровадження описаної моделі у клінічну практику медичних закладів є ознайомлення керівників усіх рівнів з концепцією телемедицини через організацію і проведення навчальних семінарів, щоб отримати їх офіційне схвалення і підтримку інтеграції телемедицини до чинної системи надання медичної допомоги.

1 У межах Програми протягом квітня-травня 2009 р. було досліджено ефективність впровадження телемедичних технологій у межах Україно-Швейцарської Програми «Здоров'я матері та дитини". Результати дослідження представлено у Додатку 1.6.1.

- Телемедицина ініціює відкрите і прозоре спілкування між вітчизняними і закордонними колегами, а також між лікарнями різних рівнів. Представлення клінічних випадків, пов'язаних з ними питань і проблем на розгляд колег, які беруть участь у роботі мережі, вимагає відкритості до професійної критики, довіри та впевненості в собі. Тому спочатку необхідно розвинути здатність українських лікарів визнавати необхідність у зовнішньому консультуванні та спробувати побороти острах видатися некомпетентним у разі представлення або коментування клінічного випадку на телемедичній платформі.
- Зважаючи на те, що більшість лікарів не вміють користуватися персональним комп'ютером на належному рівні, вперше зустрічаються з концепцією телемедицини та використання ІКТ на практиці, потрібно докласти певних зусиль для відповідної підготовки медичних працівників.
- Для ефективного функціонування телемедичної мережі потрібно, щоб усі її учасники дотримувалися певних правил та враховували рекомендації щодо інтеграції телемедицини до клінічної практики. Тому варто, щоб усі лікарні-учасники мережі передбачили можливість використання телемедицини у щоденній клінічній роботі. Найоптимальніший варіант – видання локального наказу та розробка й практичне використання локального протоколу з інтеграції телемедицини у клінічну практику.
- Нещодавно виданий МОЗ України наказ № 261 від 26.03.2010 «Про впровадження телемедицини у закладах охорони здоров'я" свідчить про зацікавленість держави у розвитку телемедичних технологій та підтверджує актуальність діяльності Програми щодо впровадження телемедицини [5]. Варто зазначити, що, згідно з наказом, на перших етапах основна увага приділятиметься здійсненню асинхронного консультування шляхом створення на базі медичних закладів обласного та районного рівня телемедичних центрів (робочих місць, оснащених комп'ютером, доступом до Інтернет тощо). У даному випадку партнерські заклади Програми матимуть суттєві переваги, оскільки вони вже мають ресурси (технічні, навчений персонал) та досвід використання телемедичних технологій у клінічній практиці.

Головне, варто пам'ятати, що ***процес впровадження телемедицини потребує активного залучення та зацікавленості всіх учасників телемережі.*** Як би важко не впроваджувалися інновації, коли вони стають частиною рутинної практики, процес їх використання значно полегшується. Особливо сьогодні, коли відбувається активна комп'ютеризація усіх сфер життя, медицина не може лишатися осторонь. Зовсім скоро використання комп'ютера та телемедичних технологій у клінічній практиці стане такою ж звичною справою, як і використання, наприклад, мобільного телефону. Тому варто зважати на віяння часу й починати використовувати можливості ІКТ вже сьогодні.

РОЗДІЛ 2. РОЗРОБКА ТА ВИКОРИСТАННЯ ЕЛЕКТРОННИХ НАВЧАЛЬНИХ ПОСІБНИКІВ

Сьогодні інформаційні та комунікаційні технології (ІКТ) все активніше починають використовуватися у системі освіти, у тому числі й медичної. Світова медична громадськість (включно з ВООЗ), науковці та міжнародні фахівці у галузі освіти визнали ***електронне навчання (e-learning)*** як один із допоміжних засобів медичної освіти, що має особливу цінність в умовах обмежених людських, часових і фінансових ресурсів, а також географічної віддаленості. Одним із інструментів електронного навчання є ***електронні навчальні посібники (ЕНП)***, що відкривають великі можливості в застосуванні мультимедійних технологій, гіпертексту, гіпермедіа, інтерактивності, оперативного пошуку інформації, автоматизованого контролю знань, компактного зберігання інформації та її швидкого розповсюдження (на базі Інтернет чи CD/DVD) тощо.

2.1. Особливості та переваги електронних навчальних посібників

Електронний посібник — це сучасний навчальний засіб, який може застосовуватися в процесі клінічного навчання, а також як додатковий навчальний матеріал для домашньої / самостійної роботи та поновлення чи перевірки знань.

ЕНП є сучасним навчальним засобом, який зазвичай використовується в межах затвердженого/ офіційного навчального циклу, але також може бути застосований для самоосвіти. Більш детально про особливості ЕНП можна прочитати в спеціальному виданні, що надруковано за підтримки Програми у 2009 р. [2]. Тут зупинимося лише на основних питаннях, що стосуються особливостей та переваг електронних навчальних посібників.

При розробці ЕНП слід враховувати:

- специфіку медичної освіти, що передбачає формування клінічного мислення;
- адекватність представленого змісту (повнота викладу, наявність прикладів, форми оцінювання знань тощо);
- ефективність форми подання матеріалу (простота і зручність використання, зрозуміла навігація, контакт з викладачем тощо);
- економічну ефективність (строк використання, собівартість, можливість удосконалення тощо).

Основна складність при розробці ЕНП полягає в логічній і послідовній структуризації теоретичного матеріалу / інформації, доповненні його різноманітними візуальними / аудіо-засобами та оформленні у вигляді електронного посібника. Водночас, можливість активного використання різних медіа-засобів (фото, графіка, анімація, відео, звук) і різних методик запам'ятовування є основною перевагою ЕНП, що сприяє кращому засвоєнню теоретичного матеріалу [3]. Зрозуміло, що остаточне отримання практичних вмінь і навичок має відбуватися в реальних клінічних умовах.

Хоча ЕНП можуть використовуватися і для самоосвіти, оптимальним вважається, якщо ЕНП є засобом дистанційного навчання, яке відбувається під керівництвом викладача. У будь-якому випадку, для користувача ЕНП має низку переваг таких, як:

- простота у використанні;
- ефективність засвоєння теоретичних знань;
- великий обсяг медіа засобів (порівняно з класичними підручниками);
- можливість навчатися в зручний для себе час і в зручному для себе місці.

> ***«Працювати з електронним модулем «Нормальні пологи» досить просто… я використовую його для самоосвіти… він містить всю необхідну інформацію з даної теми, так що навіть не потрібно звертатися до клінічних протоколів…»***
>
> **З анкети, заповненої під час опитування лікарів акушерів-гінекологів**

Відгуки користувачів ЕНП свідчать про їх задоволеність змістом і форматом ЕНП. Так, у межах Програми було проведено опитування лікарів щодо використання посібника *«Ведення нормальних пологів»*, розробленого в межах Програми у попередній фазі (2005 – 2007 рр.), а також щодо використання електронних посібників для навчання лікарів загалом (див. Додаток 2.1.1). Було опитано 97 респондентів, з них 84% вказали на потребу у створенні ЕНП для їхньої спеціальності, а 97% висловили готовність використовувати ЕНП. Серед опитаних лише 7% вже використовують ЕНП у своїй роботі. Отже, зважаючи на результати даного опитування, можна говорити про актуальність розробки електронних навчальних посібників для медичного персоналу.

Електронний навчальний посібник «Ведення нормальних пологів», розроблений в межах Програми у 2006 – 2007 рр.

2.2. Досвід розробки електронних навчальних посібників у межах впровадження Програми

В межах впровадження Програми суттєва увага приділялася покращенню професійного потенціалу українських лікарів через підтримку інноваційних підходів до безперервної медичної освіти. Так, протягом 2009 – 2010 рр. було створено два ЕНП: *«Багатоплідна вагітність»* та *«CPAP як метод респіраторної терапії новонароджених»*, у яких було відтворено послідовність стандартних професійних дій, що повинен виконувати лікар для одержання ефективних діагностичних і лікувальних результатів при здійсненні своєї професійної діяльності.

Розробка ЕНП ґрунтувалася на досвіді попередньої фази, коли був створений перший в Україні ЕНП

з акушерської тематики «Ведення нормальних пологів». Відповідно, робоча група використовувала вже апробовану методологію та зразок «оболонки» для ЕНП. При розробці посібників велика увага приділялася забезпеченню зменшення викривлень знань при передачі навчальної інформації за етапами: експерт - ЕНП - слухач [2].

До робочої групи з розробки ЕНП входили:

- фахівці, що розробляли зміст ЕНП, а також визначали потребу в аудіо- та візуальних матеріалах;
- фахівці з дидактики, які допомагали структурувати матеріал відповідно до вимог ЕНП;
- технічні фахівці, що розробляли програмне забезпечення, створювали дизайн, графіку та анімацію, розміщували структурований матеріал;
- лідер робочої групи, який координував її діяльність.

Активну участь у діяльності робочої групи брали, насамперед, представники НМАПО ім. П.Л.Шупика, ЛМНУ ім. Данила Галицького (м. Львів), ІФНМУ (м. Івано-Франківськ), ВНМУ ім. М.І. Пирогова (м. Вінниця), експерти - консультанти Програми.

Процес розробки ЕНП складався з *декількох етапів*:

1. Початок роботи: відбір потенційних кандидатів до робочої групи та ознайомлення їх із концепцією електронного навчання та ЕНП.
2. Постановка завдання: визначено тематику змісту, дидактичні аспекти (фокус на дистанційну чи самостійну освіту, методики оцінки знань тощо) та основні технічні вимоги (вибір інструментів HTML і CSS дозволило створити універсальний посібник, який можна записувати на CD і завантажувати в Інтернет).
3. Формування базової концепції щодо змісту, цільової групи, цілей навчання, підходів, структури ЕНП, особливостей навігації, дизайну, використання медіа.
4. Затвердження остаточної концепції: узгодження назви, співставлення цілей і змісту, вибір медіа матеріалу, організація змісту та системи посилань, оцінка знань тощо.
5. Розкадрування: відображення всього змісту, послідовності та взаємодії навчальних розділів.
6. Впровадження/ Основна розробка: передбачає безпосередньо розробку програмного забезпечення, інтеграцію в нього змісту, а також створення та введення необхідних елементів медіа (слід зауважити, що ЕНП на CD зазвичай містять більше медіа, аніж ЕНП розраховані на розміщення в Інтернет).
7. Бета-версія: попередня версія ЕНП, що має бути протестована та оцінена потенційними користувачами. За результатами оцінки створюється повнофункціональна версія ЕНП.
8. Отримання зовнішньої рецензії та офіційне затвердження для введення в систему медичної освіти.
9. Випуск продукту: запис ЕНП на CD або розташування його в Інтернет, вирішення питання розповсюдження, технічної підтримки, майбутнього оновлення.

В процесі розробки ЕНП було вирішено *низку завдань*:

- розроблено модель формалізації медичних знань;
- створено інструментарій зі структуризації й відображення медичних знань експерта у зручному для подальшого сприйняття лікарською аудиторією вигляді;
- на прикладі конкретних клінічних ситуацій реалізована процедура навчання лікаря систематизації знань і сприйняття системно структурованої інформації.

В подальших дослідженнях було визначено, що за допомогою запропонованих підходів у лікаря формувалися такі аспекти клінічного мислення: здатність працювати з еталонами, застосовувати принципи системного підходу, обґрунтовувати ціле забезпечення, дотримуватися правила єдності мети, контролювати ефективність отриманих результатів; вміння проводити декомпозицію діяльності; застосовувати діагностичні й лікувальні алгоритми.

2.3. Основні труднощі розробки та використання ЕНП

Медична освіта за інтенсивністю використання інформаційного інструментарію помітно відстає від інших дисциплінарних напрямків, що створю певні складнощі для розробки та впровадження електронних посібників для навчання медичного персоналу. Досвід Програми у цій сфері дозволив визначити основні труднощі в розробці й використані електронних навчальних посібників. Однією, й, мабуть, найбільш значимою є те, що на рівні держави немає зацікавленості у розробці таких матеріалів, а, відповідно, не створено умов для роботи у цьому напрямку.

- Бракує фахівців, що володіють навичками та технологіями формалізації предметних знань та можуть структурувати ці знання відповідно до вимог розробки ЕНП;
- Ті фахівці, які мають такий досвід, не мають достатньо часу та не є мотивованими до розробки ЕНП. Так, відповідно до досвіду Програми, якщо члени робочої групи мають повну зайнятість за основним місцем роботи, а до розробки ЕНП залучаються у свій вільний час, то розробка одного ЕНП триває близько одного року. Окрім того, розробник посібника має бути мотивований до цієї роботи.
- Досить важко отримати якісні фото- та відео-матеріали потрібної тематики. У цьому випадку доводиться додатково залучати фахівців та домовлятися із закладами, в яких потрібний матеріал можна відзняти.
- Викладачі та лікарі мають недостатні навички для роботи з комп'ютером та, відповідно, електронними інформаційними технологіями;
- У більшості медичних закладів бракує технічного оснащення, яке дозволяло б використовувати ЕНП.
- Лікарі, що працюватимуть з ЕНП, повинні вміти витягати з посібника формалізовані знання й вбудовувати їх у свій внутрішній інформаційний простір для наступного практичного застосування. Відповідно, бажано навчити потенційних користувачів основам роботи з формалізованою інформацією.

2.4. Перспективи розробки та використання ЕНП

ЕНП мають великий потенціал для їх розробки та застосування, оскільки

1. є сучасним засобом електронного навчання, який сприяє розвитку медичної освіти, кращому доступу до сучасних знань і їх швидшому поширенню.
2. Використання при розробці ЕНП джерел доказової медицини, чинних настанов та протоколів (з відповідною адаптацією до електронного формату) та їх візуалізація дозволять створити ефективний інструмент, в якому міститиметься вся інформація з певної тематики. Це суттєво полегшить процес навчання, оскільки лікареві не доведеться шукати потрібні матеріали в різних джерелах.
3. Простота використання ЕНП та можливість їх застосування для самоосвіти роблять цей інструмент корисним для лікарської аудиторії.

РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РЕЄСТРУ

3.1. Поняття перинатального реєстру

Перинатальний реєстр – інструмент, що використовується для збору, обробки та аналізу перинатальних даних з районів з метою управління цими даними задля покращення перинатальної допомоги.

Електронні бази даних набувають все більшої популярності у медичній сфері. Зважаючи на складність організації систем охорони здоров'я, великий потік інформації, яку потрібно систематизувати й опрацювати, у більшості європейських країн дані про пацієнта зберігаються не на паперових носіях, а в електронному вигляді, що значно полегшує пошук потрібної інформації, її сортування й аналіз. Для перинатальної сфери актуальним є використання ***перинатального реєстру*** – інструменту, що дозволяє, по-перше, створити електронну базу даних, у якій міститься вся необхідна інформація про вагітну з моменту взяття її на

облік і до народження дитини, і по-друге, аналізувати ці дані та приймати на їх основі рішення щодо необхідності медичних втручань, своєчасного переведення жінки на вищий рівень надання допомоги тощо [15]. За своїм виглядом, структурою та функціональністю реєстри можуть відрізнятися, однак, ефективність їх впровадження у медичну практику доведена міжнародним досвідом – даний інструмент дозволяє заощадити ресурси та підвищити якість надання медичної допомоги [13].

Сьогодні в Україні бракує практичного досвіду розробки та використання перинатального реєстру. Однак важливість та необхідність цього інструменту були визнані на національному рівні. Так, у новозатвердженій Міністерством охорони здоров'я України «Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги» одним із пріоритетних завдань на найближчі роки визначено створення перинатального реєстру [6].

В межах впровадження Україно-Швейцарської Програми «Здоров'я матері та дитини" спільно з керівництвом Управління охорони здоров'я Волинської ОДА було започатковано роботу зі створення реєстру вагітних Волинської області.

Актуальність розробки реєстру для Волині пояснюється тим, що:

- Спеціалісти обласного рівня не мають повної та достовірної інформації щодо кількості вагітних жінок групи ризику та місця їх знаходження, відповідно, не мають змоги проспективно консультувати або своєчасно скеровувати вагітних з групи ризику з районних закладів до обласного, натомість вони аналізують дані здебільшого ретроспективно, що не дозволяє запобігти ускладненням у випадках з т. зв. «керованими причинами»
- В області немає перинатального центру, до якого б скеровувалися вагітні з району. Міський пологовий будинок, який обслуговує також і жінок з районів, немає достатньо ресурсів для ведення усіх скерованих вагітних жінок з районного рівня.
- В районних медичних закладах немає можливостей для визначення та правильного ведення ризикованих вагітностей на районному рівні. Часто трапляються ситуації, коли, з одного боку, вагітна, яку варто віднести до групи ризику, лишається поза увагою; з іншого боку – для того, щоб «перестрахуватися», вагітні жінки з незначними ускладненнями чи проблемами відправляються на обласний рівень (оскільки в районі недостатньо можливостей для проведення діагностичних, лабораторних досліджень тощо).
- Інформація про вагітну зберігається переважно на паперових носіях, іноді при «міграції» жінки з одного закладу в інший (наприклад, з ЦРЛ до обласної лікарні) інформація втрачається, передається з запізненням, що спричиняє чимало труднощів для надання якісної допомоги вагітній.

> ***«Волинська область потребує розробки перинатального реєстру, оскільки ми маємо певні проблеми з вчасним виявленням вагітних високої групи ризику та їх переведенням на обласний рівень».***
>
> **Савка Р.В., головний спеціаліст з акушерства та гінекології УОЗ Волинської ОДА**

Таким чином, *основними проблемами є брак достовірної інформації про вагітних жінок з області (зокрема, про тих, які відносяться до високої групи ризику) та відсутність налагодженої системи вчасного скерування вагітних для родорозрішення на обласний рівень.* В цілому, ці проблеми є характерними для всі регіонів України і потребують вирішення. Розробка та впровадження перинатального реєстру може допомогти у розв'язанні цих проблем.

3.2. Мета та завдання перинатального реєстру

*Загальною **метою розробки та впровадження перинатального реєстру** є зниження материнської та перинатальної смертності завдяки оптимізації системи скерувань вагітних та, як результат, забезпечення родорозрішення жінки на тому рівні, де їй можуть вчасно та якісно надати допомогу.*

Можна окреслити й більш конкретні ***завдання реєстру***, серед яких:

- створення електронної бази даних вагітних області, що дозволить фахівцям (обласним та районним) мати постійний доступ до достовірних та актуальних даних про вагітних області чи району;
- вчасне виявлення вагітних жінок високої групи ризику та переведення їх у заклад обласного рівня/ надання адекватної медичної допомоги у районному закладі;

- моніторинг вагітних жінок групи ризику обласними експертами, що сприятиме покращенню якості надання медичної допомоги;
- виявлення найпоширеніших клінічних проблем/ патологій, що дозволить оптимізувати планування закупівлі відповідного медичного обладнання та формування програм/ навчальних циклів для БМО медичного персоналу.

Важливою умовою для виконання поставлених завдань є те, що дані повинні бути постійно доступні обласним експертам та відповідальним спеціалістам для того, щоб вони могли вчасно прийняти необхідне рішення на районному чи обласному рівні.

3.3. Стратегія розробки та впровадження перинатального реєстру

Перинатальний реєстр, розроблений у межах Програми, – це програмне забезпечення, яке дозволяє систематично отримувати дані про пацієнтів (вагітних жінок) з районного та обласного рівнів надання медичної допомоги в структурованому форматі (зразки деяких електронних сторінок реєстру наведено у Додатку 3.3.1.). Для його розробки на базі Волинської області було створено групу спеціалістів: лікарів (представників з обласного та районного рівнів) та програмістів, які спільно вирішували, які питання є найбільш важливими для внесення у реєстр, як їх інтегрувати у електронну оболонку (програмне забезпечення) та зробити її використання максимально простим та функціональним.

Перевагами перинатальний реєстру, розробленого в межах Програми, є простота у користуванні, уніфікованість полів для внесення інформації, легкість пошуку потрібних даних та можливість дистанційного доступу до інформації.

Таким чином, робоча група розробила змістову частину – форми введення необхідної загальної (прізвище та ім'я, адреса та ін.) та медичної інформації (Додаток 3.3.2.). За підтримки швейцарських експертів дані форми були переведені у електронний формат з урахуванням специфіки інформації, що вноситиметься у програмне забезпечення (ПЗ), а також побажань спеціалістів, які безпосередньо будуть працювати з реєстром.

Найбільш ***характерними особливостями перинатального реєстру,*** розробленого в межах Програми, *є такі:*

- Вся інформація, що вноситиметься до реєстру, буде уніфікованою завдяки використанню кодів МКХ-10 та чіткого визначення факторів ризику (Додаток 3.3.3.).
- Процес внесення інформації про вагітну максимально спрощений – створено багато «випадаючих полів», що дозволяє швидко обрати потрібний варіант запису.
- Програма дозволяє швидко знайти потрібну інформацію (функція «Пошук»), сформувати потрібний звіт, а також, що є надзвичайно важливим, дозволяє отримати інформацію про вагітних з групи ризику (так званий «сигнал небезпеки»), наприклад, термінів щодо здійснення медичних втручань, родорозрішення тощо.
- Програмне забезпечення може встановлюватися як локально (на окремому комп'ютері), так і бути доступним через інтра- чи інтернет. Саме остання опція й дозволяє поєднати всі медичні заклади області у єдину мережу з доступом до бази даних спеціалістів з районних та обласних закладів та працювати в режимі реального часу.
- Збереження та захист персональної інформації пацієнтів забезпечені відповідно до чинного законодавства. Програмою передбачені різні рівні та права доступу користувачів.

Надалі заплановано ***інтегрувати до програмного забезпечення:***

- електронну форму звітності про медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям (форма №21), яка подається в МОЗ України, що значно полегшить роботу практикуючим лікарям медичних закладів;
- поєднати реєстр з телемедичною платформою iPath, що дозволить легко перенаправляти цікаві клінічні випадки на телеплатформу для консультування обласною експертною групою, а також національними та міжнародними експертами.

Для роботи з реєстром достатньо ПК, на якому встановлено програмне забезпечення, та доступ до Інтернет.

Введення даних буде здійснюватися децентралізовано в районних та обласних медичних закладах. Для цього у кожному закладі потрібно створити умови для внесення даних у ПЗ:

- *організувати робоче місце* (комп'ютер, принтер та доступ до Інтернет): найоптимальніший варіант – розташувати робоче місце у ЖК районної лікарні. Для роботи з ПЗ на комп'ютері достатньо мати стандартний веб-браузер (MS Internet Explorer > 7.0 , Mozilla Firefox > 3.0 або Opera > 9), працює програмне забезпечення через сервер;
- *навчити користувачів працювати з ПЗ*. Бажано, щоб дані вводилися лікарем ЖК в процесі консультації вагітної. Однак, зважаючи на обмеженість часу, виділеного на прийом одного пацієнта, та брак у лікарів навичок по роботі з ПК, дані можуть вноситися і акушеркою під час прийому або з паперових носіїв (карти вагітної) після прийому жінки. У крайньому випадку до процесу внесення даних у ПЗ можна залучити і ІТ спеціаліста закладу, однак тоді вкрай бажано, щоб усі внесені ним дані переглядалися лікарем чи акушеркою на предмет їх коректності з точки зору медичної практики. Для роботи з програмою користувач повинен бути зареєстрований та авторизований, відповідно до свого рівня доступу, до даних, наприклад:
    - доступ на рівні установи (доступ до даних мають лише спеціалісти тієї установи, по якій вноситься інформація);
    - доступ на рівні району (доступ до бази даних певного району);
    - доступ на рівні області (доступ до всієї бази даних).

Зустріч швейцарських експертів та членів робочої групи з розробки перинатального реєстру, 9 березня 2010 р.

Перинатальний реєстр буде впроваджено в установах другого та третього рівнів надання медичної допомоги Волинської області:

- Луцький клінічний пологовий будинок
- Обласний центр планування сім'ї
- 14 центральних районних лікарень

Після завершення роботи над розробкою реєстру, він має бути апробований на базі декількох медичних закладів Волинської області з подальшим вдосконаленням ПЗ на основі результатів апробації. Після чого потрібно підключити до мережі всі районні та обласні медичні заклади області, що братимуть участь у роботі по впровадженню реєстру, та провести навчання користувачів, які вводитимуть дані.

Програмне забезпечення для реєстру є «відкритим продуктом», а тому може бути модифіковане та вдосконалене залежно від потреб медичної служби області будь-яким професійним програмістом.

3.4. Основні труднощі для впровадження перинатального реєстру

Серед можливих *потенційних труднощів* для впровадження реєстру можуть бути такі

1. Як правило, у більшості медичних закладів бракує персоналу, що має достатні навички роботи з ПК для того, щоб швидко та якісно вносити інформацію в базу даних. В ідеалі, дані повинні вводитися лікарями акушерами-гінекологами, або акушерками, з ЖК під час прийому вагітних, однак, забезпечити це практично досить важко.
2. Стабільне функціонування програми значною мірою залежить від якості Інтернету. Технічно, база даних, з якою будуть працювати установи районного рівня, буде знаходитися на сервері в обласному центрі. Для того щоб працювати з базою даних, необхідне стабільне Інтернет з'єднання з сервером.
3. Необхідно забезпечити захист персональних даних пацієнтів через TLS/SSL протокол. Має бути встановлений захист баз даних від спаму, вірусних атак, організоване періодичне збереження бази даних на зовнішні носії. Іншими словами, у закладі, де буде встановлено сервер, має бути системний адміністратор, який займався б обслуговуванням сервера та налаштуванням системи.

4. Необхідно забезпечити безперервну технічну підтримку районним закладам, які будуть формувати базу даних у випадку виникнення технічних проблем чи питань для швидкого їх вирішення. Бажано мати на обласному рівні (в ідеалі, на рівні кожного медичного закладу) фахівця, який зможе вчасно та якісно проконсультувати медичний персонал щодо питань внесення інформації чи роботи з реєстром, надати технічну підтримку при роботі з програмним забезпеченням.
5. Потрібно налагодити чітку взаємодію між районним та обласним рівнями в контексті роботи з реєстром – забезпечити вчасне та якісне внесення даних на рівні районних закладів та вчасне реагування на проблемні випадки спеціалістів з обласного рівня. Так, на обласному рівні має бути призначений „черговий" лікар, з відповідними обов`язками і повноваженнями (періодично повинен перевіряти чи не з'явилися проблемні випадки в закладах районного рівня і діяти згідно з розробленим і затвердженим алгоритмом), який матиме доступ до всієї бази даних області.

3.5. Перспективи впровадження перинатального реєстру

В умовах реформування системи охорони здоров'я, що передбачає у тому числі й налагодження міжрівневої взаємодії, перинатальний реєстр може стати дійсно цінним інструментом з огляду на його функціональні особливості такі, як простота та гнучкість, мінімальні технічні вимоги, необхідні для його використання, а також безкоштовний доступ до продукту. В процесі впровадження реєстру в межах Волинської області ПЗ буде вдосконалюватися, адаптуватися до реальних потреб системи надання перинатальної допомоги. В подальшому досвід впровадження реєстру може бути поширений і на інші регіони, особливо, зважаючи на актуальність розробки та впровадження такого інструменту у систему охорони здоров'я України.

ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

Простір для інновацій у системі охорони здоров'я України є досить обмеженим. Система жорстко регулюється адміністративними актами і має розвинену ієрархічну структуру. При чому, ці дві обставини не сприяють легкому впровадженню нових технологій або процесів і не заохочують інноваційно налаштованих і зацікавлених медичних працівників на добровільних засадах робити свій внесок у таку діяльність, як, наприклад, впровадження телемедичних технологій чи перинатального реєстру. Відтак, процес впровадження будь-якої нової технології потребує активного залучення та зацікавленості всіх сторін.

Одним із важливих елементів моделі є потенційний користувач, однак, потрібно усвідомлювати, що не всі користувачі застосовуватимуть телемедицину чи реєстр, як і не всі, хто використовуватиме можливості цих інструментів, будуть робити це однаково або у тих самих випадках. Крім того, слід визнати, що більша частина потенційних користувачів не вміють користуватися персональним комп'ютером, що є значною перешкодою для використання телемедицини, реєстру та електронних модулів у практиці, а тому потрібно докласти певних зусиль для відповідної підготовки медичних працівників. Актуальними лишаються також питання забезпечення технічного (оснащення робочих місць) та нормативного (обласні, локальні накази, протоколи) підґрунття для роботи з телемедициною та реєстром.

Досвід Програми показує, що для ефективного впровадження інструментів, розроблених з використанням інформаційно-комунікаційних технологій, у клінічну практику важливими є такі етапи.

Етап 1. Ознайомлення керівників усіх рівнів з запропонованими інноваціями (концепцією телемедицини, перинатального реєстру, використання електронних навчальних модулів тощо) через організацію і проведення навчальних семінарів.

Результат. Офіційне схвалення і адміністративна підтримка інтеграції цих інновацій до чинної системи надання медичної допомоги. Бажаним є також забезпечення нормативної бази для впровадження інновації – видання обласного наказу, наказів на рівні закладів, в яких чітко регламентовано необхідні кроки та відповідальних осіб.

Етап 2. Створення відповідних передумов для впровадження інновації:

- технічних – оснащення робочого місця необхідним обладнанням та Інтернет-зв'язком, постійним доступом до робочого місця;

- навчальних – навчання користувачів роботі з ПК та концепції по впровадженню інновації, наприклад, телемедицини чи реєстру;
- організаційних – розробка та впровадження чітких стандартів/ протоколів по використанню інструменту (телемедицини/ реєстру).

Результат. Наявні оснащені місця для роботи з телемедичною платформою/ перинатальним реєстром; персонал володіє базовими навиками роботи з ПК та розуміє концепцію впровадження того чи іншого інструменту на основі ІКТ; розроблено, затверджено та впроваджено локальний протокол з інтеграції інструменту у клінічну практику, персонал закладу обізнаний з даним інструментом та послуговується ним.

Етап 3. Забезпечення постійної консультаційної та технічної підтримки для належного виконання стандартів/ протоколів та впровадження інновації (бажано, мати координатора з впровадження телемедицини/ реєстру та технічного асистента у кожному закладі). *Результат.* У закладі призначено відповідальних людей, які мають достатньо кваліфікації та досвіду, мотивації для того,щоб надавати практичну підтримку персоналу закладу у впровадженні інноваційного інструменту до клінічної практики, а також слідкують за належним використанням технічного ресурсу (робочого місця) та локального протоколу.

Етап 4. Оцінка ефективності впровадження того чи іншого інструменту у клінічну практику, прийняття рішень щодо оптимізації та покращення процесу його використання. *Результат*. На початкових етапах можна виявити певні проблеми та недоліки організації процесу впровадження того чи іншого інструменту у клінічну практику та знайти шляхи до його оптимізації й виявлення наявних проблем.

Впровадження будь-якої нової технології/ інструменту у клінічну практику – складний та тривалий процес. Однією з важливих передумов для цього лишається зацікавленість та вмотивованість користувачів до використання того чи іншого інструменту. Для цього потрібно чітко розуміти можливості, що відкриваються завдяки використанню інновацій, та той позитивний результат, що можна досягти завдяки їх використанню. Це можна легко прослідкувати на прикладі використання ІКТ у багатьох сферах життя, коли переваги від використання тієї чи іншої технології компенсують час, витрачений на те, щоб перебороти острах та навчитися нею користуватися. Поєднання вмотивованості користувачів до використання інновації (телемедицини, перинатального реєстру тощо) з бажанням та здатністю керівництва організувати та забезпечити процес її впровадження є запорукою успіху для впровадження інновації у клінічну практику.

Обговорення на семінарі з ІКТ, березень 2010 р.

ПЕРЕЛІК ДОДАТКІВ

Додаток 1.3.1.	Зразок обласного наказу з впровадження телемедицини
Додаток 1.3.2.	Обов'язки та завдання членів обласної групи експертів для роботи з телемедичною платформою
Додаток 1.4.1.	Зразок програми для навчання лікарів роботі з комп'ютером
Додаток 1.4.2.	Посібник по роботі з iPath, розроблений експертами Програми
Додаток 1.4.3.	Навчальний посібник «Використання телемедицини у клінічній практиці»
Додаток 1.4.4.	Зразок наказу з впровадження телемедицини у медичному закладі
Додаток 1.4.5.	Зразок протоколу з впровадження телемедицини у медичному закладі
Додаток 1.6.1.	Результати дослідження ефективності впровадження телемедичних технологій у межах Україно-Швейцарської Програми «Здоров'я матері та дитини"
Додаток 2.1.1.	Опитування лікарів щодо використання електронних посібників для навчання лікарів (проведене в межах Програми у вересні – жовтні 2008р.)
Додаток 3.3.1.	Зразки деяких електронних сторінок перинатального реєстру
Додаток 3.3.2.	Зразки інформаційних блоків для введення даних в перинатальний реєстр
Додаток 3.3.3.	Перелік кодів МКХ-10 для ситуацій високого ризику, що включені до перинатального реєстру

ГЛОСАРІЙ

Автор випадку – будь-який лікар, який надає допомогу пацієнту та представляє клінічний випадок на телемедичній платформи для отримання консультації, є ключовою особою у телемедичному процесі.

Адміністратор (телемедичної платформи) – особа, що відповідає за належне функціонування телеплатформи, її інформаційну безпеку та збереження наявної на ній інформації, здійснює технічне обслуговування платформи.

Відкрите програмне забезпечення – програмне забезпечення, для якого є доступним (вихідний) програмний код, що забезпечує найкращі умови для вивчення такого програмного забезпечення та можливого подальшого внесення змін (удосконалення тощо) до нього.

Експерт – кваліфікований і досвідчений професіонал з вітчизняного або зарубіжного закладу ОЗ (переважно з закладів третього рівня), який зацікавлений взяти участь у телемедичному процесі та присвятити достатньо часу для надання постійних планових (або періодичних, на вимогу) консультацій учасникам групи, які представляють клінічні випадки.

Електронне навчання (e-learning) – навчання з використанням можливостей інформаційно-комунікаційних технологій; наприклад, з використанням ресурсів Інтернет, телемедичної платформи, навчальних модулів, записаних на CD.

Електронний навчальний посібник – тематичний навчальний посібник у вигляді інтерактивного навчального курсу, що збережений на електронному носії (на базі Інтернет чи CD/DVD)

Інформаційно-комунікаційні технології – технології, пов'язані зі створенням, збереженням, передачею, обробкою й управлінням інформацією. Цей термін включає в себе всі технології, що використовуються для спілкування та роботи з інформацією.

Консультування асинхронне – дистанційне консультування відтерміноване у часі, коли консультант не може побачити пацієнта в реальному часі (інформація про пацієнта зберігається на сервері, до якого мають доступ і замовник консультації, і консультант).

Консультування синхронне – дистанційне консультування, яке відбувається реальному часі; медичний працівник або пацієнт можуть відразу отримати консультацію, однак, для цього потрібно забезпечити синхронність дій всіх учасників цього процесу, які перебувають у різних місцях.

Координатор із впровадження телемедицини – особа, що відповідає за належне впровадження телемедичних технологій на рівні певного закладу/ району/ області, а також надає консультаційну підтримку для підвищення ефективності процесу впровадження телемедичних технологій.

Користувач – юридична або фізична особа, що використовує будь-які ресурси, можливості для досягнення певної цілі (внесення чи отримання певної інформації, отримання консультації тощо). Наприклад, *користувач телемедичної платформи* – особа,що працює з телемедичною платформою (для БМО чи отримання консультації); *користувач перинатального реєстру* – особа, що працює з реєстром (наприклад, для отримання інформації про вагітних високої групи ризику) тощо.

Модератор – особа, відповідальна за всю телемедичну активність у групі, забезпечуючи її організованість, ефективність і корисність; організатор роботи групи, який технічно дозволяє новим особам стати членом групи й отримати доступ до неї; керівник групи, який слідкує за випадками та коментарями, реагує на проблеми, що виникають у користувачів, якщо потрібно, редагує або звертає увагу на помилки під час представлення випадків, аналізує активність групи (представлення випадків/ коментарів та зміст) та постійно слідкує за загальною якістю роботи.

Опис клінічного випадку – має представляти клінічно важливу та значущу інформацію щодо випадку, діагностичні зображення, що дозволить учасникам (експертам) відповісти на поставлені автором випадку запитання або надати іншу необхідну допомогу.

Протокол (локальний протокол) із впровадження телемедицини – документ, в якому детально описано процес впровадження телемедицини у клінічну практику конкретного закладу, у тому числі визначено технічні та людські ресурси, призначено відповідальних осіб.

Реєстр (перинатальний реєстр/ реєстр вагітних) – електронний інструмент, що являє собою базу даних (важливу клінічну інформацію) вагітних жінок (та інформацію про народжених ними дітей) певного регіону та дозволяє ці дані легко опрацьовувати, аналізувати й приймати обґрунтовані рішення щодо надання якісної допомоги вагітним.

Репозиторій (архів) – місце, де зберігаються та підтримуються у функціональному стані будь-які електронні дані.

Телемедицина – система надання та забезпечення медичних та консультативних послуг індивідуальним пацієнтам та передачу інформації щодо лікування на відстані з використанням телекомунікаційних технологій.

Телемедичий процес – специфічний процес консультування, який ґрунтується на використанні телемедичних технологій та може активуватись і використовуватись у клінічному процесі на етапі запиту консультації, якщо діагноз пацієнта та / або варіанти лікування є невідомими, неточними або сумнівними відповідно до знань і досвіду лікуючого лікаря та іншого відповідального медичного персоналу відділення

Телемедична мережа – система, яка об'єднує окремих спеціалістів та заклади ОЗ, що спілкуються та співпрацюють незалежно від часу та місця, де вони знаходяться, для розв'язання клінічних випадків, які потребують зовнішньої консультації.

Телемедична станція – робоче місце, яке складається з комплекту обладнання (комп'ютер з доступом до мережі Інтернет, сканер та / або цифровий фотоапарат), яке дозволяє учаснику виходити на платформу iPath, читати, коментувати і представляти клінічні випадки; розміщується у робочому клінічному середовищі, наприклад, безпосередньо у відділенні, не обов'язково в окремій та спеціально обладнаній кімнаті.

Учасник телемедичної платформи – зареєстрований на телеплатформі спеціаліст, який представляє, коментує або переглядає випадки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Блуньє М. Впровадження телемедицини для покращення якості перинатальної допомоги в Україні/ М. Блунье, Д. Добрянський, К. Римаренко, І. Ващенюк // Моделі покращання перинатального здоров'я в Україні: узагальнення досвіду роботи 2005-2007 рр. /За ред. М. Рааб, Р. Моісеєнко. – К.: Логос, 2009. – С.65-98.
2. Вороненко Ю.В., Мінцер О.П., Краснов В.В. Електронні навчальні посібники для відображення медичних процедурних знань: принципи, етапи створення, методологія. – Київ, 2009. – 160 с.
3. Зимина О.В. Печатные и электронные учебные издания в современном высшем образовании: Теория, методика, практика /О.В. Зимина. - М. : Изд-во МЭИ, 2003.
4. Інформаційні комп'ютерні технології для дистанційної медичної співпраці в україно-швейцарському проекті «Перинатальне здоров'я"/ М. Блуньє, Т.Загорулько, Д.Добрянський, К. Браучлі // Український журнал телемедицини та медичної телематики. – 2006. – Т4, №1. – С.21-29.
5. Наказ МОЗ України від 26.03.2010 № 261 «Про впровадження телемедицини у закладах охорони здоров'я».
6. Наказ МОЗ України від 02.02.2011 № 52 «Про затвердження Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів Концепції».
7. Римаренко К.П., Добрянський Д.Д. Впровадження телемедицини в українських медичних закладах: досвід Україно-Швейцарської Програми «Здоров'я матері та дитини». – Науково-методичний журнал «Клінічна інформатика та Телемедицина» Т.6, Вип.7, 2010, стор. 77-82.
8. Bashshur R.L. On the Definition and Evaluation of Telemedicine// Telemed.J.-1995.-Vol.1, N1.-P.34-38.
9. Brauchli K. and Oberholzer M., The iPath telemedicine platform. J. Telemed Telecare, 2005, 11, Suppl 2, 3-7
10. Brauchli K. et al., Telemicroscopy by the Internet revisited. J Pathol, 2002, 196, 238-243
11. Brauchli K. et al., iPath - a Telemedicine Platform to Support Health Providers in Low Resource Settings. Stud Health Technol Inform, 2005. — 114, 11-17
12. Brauchli K. et al., Telepathology on the Solomon Islands — two years' experience with a hybrid Web- and e-mail-based telepathology system. J. Telemed Telecare, 2004, 10 Suppl 1, 14-17.
13. British Columbia Perinatal Database Registry. Overview/ British Columbia Reproductive Care Programme. – Vancouver, 2003.
14. Free encyclopaedia Wikipedia — http://uk.wikipedia.org/wiki
15. Friedman C., Hripcsak G., Johnson S.B., Cimino J.J., and Clayton P.D., "A Generalized Relational Schema for an Integrated Clinical Patient Database," Proceedings of the Annual Symposium on Computer Application in Medical Care, pp. 335-339, Nov. 1990.
16. Gissler M. et al., "Perinatal health monitoring in Europe: results from the EURO-PERISTAT project," Informatics for Health and Social Care, vol. 35, no. 2, pp. 64-79, 2010.
17. Information computer technologies for distant medical collaboration in the Ukraine Swiss Perinatal Health Project. M. Blunier, T. Zahorulko, D. Dobryanskyy, K. Brauchli. — Український журнал телемедицини та медичної телематики, Том 4, № 1, 2006. — ISSN 1728-936X — С.21-29.
18. Kirby R., "The quality of vital perinatal statistics data, with special reference to prenatal care," Paediatric and Perinatal Epidemiology, vol. 11, no. 1, pp. 122-128, 1997.
19. World Health Organization, Knowledge Management Strategy, WHO Publication WHO/EIP/ KMS/2005.1, Executive Summary, 1.
20. World Health Organization, "Mother Baby Package. Implementing safe motherhood in countries. A practical guide," 1996.
21. World Health Organization, "The World Health Report 2005 - make every mother and child count," 2005.

МОДЕЛЬ 4

УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МАТЕРІ ТА ДИТИНИ

ЗМІСТ

Вступ 84

Розділ 1. Концепція та основні підходи до навчання керівників 85

Розділ 2. Управління та забезпечення якості медичної допомоги 86
- 2.1. Поняття якості та критерії її оцінки 86
- 2.2. Навчання по управлінню та забезпеченню якості медичної допомоги в межах Програми 87
- 2.3. Інструменти забезпечення якості, розроблені за підтримки Програми 87
- 2.4. Основні труднощі 89
- 2.5. Перспективи 89

Розділ 3. Оцінка клінічних показників (BABIES MATRIX) 90
- 3.1. Матриця Бебіс: концепція та впровадження в межах Програми 90
- 3.2. Основні труднощі 91
- 3.3. Перспективи 91

Розділ 4. Технологічний менеджмент в охороні здоров'я (ТМОЗ) або Управління медичним обладнанням 92
- 4.1. Технологічний менеджмент в охороні здоров'я: поняття та підходи 92
- 4.2. Основи ТМОЗ для управлінців: навчання в межах Програми 93
  - 4.2.1. Програмне забезпечення OpenMedis для інвентаризації медичного обладнання 93
- 4.3. Основні труднощі 95
- 4.4. Перспективи 96

Висновки та рекомендації 96

Перелік додатків 97

Глосарій 98

Література 99

СКОРОЧЕННЯ

БМО	безперервна медична освіта
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЕОМ	електронна обчислювальна машина
ЖК	жіноча консультація
ЄС	Європейський Союз
ІКТ	інформаційно-комунікаційні технології
ІТ	інформаційні технології
КН	клінічна настанова
ЛПЗ	лікувально-профілактичний заклад
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
ОВП	офіс із впровадження Програми
ОДА	обласна державна адміністрація
ОЗ	охорона здоров'я
ПЗ	програмне забезпечення
ПК	персональний комп'ютер
РДА	районна державна адміністрація
ТМОЗ	технологічний менеджмент в охороні здоров'я
УЗД	ультразвукова діагностика
УОЗ	управління охорони здоров'я
ЦРЛ	центральна районна лікарня

ВСТУП

Поняття менеджменту, або управління, набуло останнім часом значної актуальності, при чому зовсім не безпідставно, адже в умовах ринкової економіки ефективне управління організацією є запорукою успіху. Існує досить багато визначень «менеджменту», але всі вони зводяться до однієї ідеї: ***менеджмент (управління) – це діяльність (планування та прийняття рішень, організація, керівництво, контроль), спрямована на ресурси певної організації/ закладу (людські, фінансові, матеріальні, інформаційні) для досягнення поставленої цілі найбільш ефективно й результативно.*** Якщо зовсім спростити, то можна сказати, що менеджмент – це мобілізація всіх наявних ресурсів та оптимізація всіх процесів задля досягнення максимально позитивних результатів.

Ефективне управління в галузі охороні здоров'я дозволяє заощадити ресурси та покращити якість медичної допомоги навіть в умовах державних медичних закладів.

Сьогодні все частіше поняття «менеджменту» використовується і для сфери охорони здоров'я, де особливо гостро стоїть питання про вдосконалення наявних управлінських практик та підвищення ефективності управління системою. Особливо актуальним це питання видається в контексті проведення реформування національної системи охорони здоров'я. Прийшло розуміння того, що керівником має бути не просто лікар, як це є нині у більшості медичних закладів, а людина, яка має відповідну освіту та здатна правильно визначити стратегічні цілі, організувати процеси і людей, вчасно виявити проблеми та знайти шляхи їх рішення. Особлива увага почала приділятися питанням управління та забезпечення якості медичної допомоги, що також залежить від ефективності управлінських практик.

Як відомо, в чинній системі ОЗ основним завданням керівника (головного лікаря) лікувально-профілактичного закладу є організація лікувально-профілактичного процесу методами класичного адміністрування. Навчання цим методам проходить на короткотривалих (і, як правило, переважно теоретичних) курсах по перепідготовці лікарів у керівників закладів. На жаль, ці методи та форми управління медичним закладом задаються відповідно до встановлених державою нормативів бюджету, штату, об'ємів медичної допомоги – планів кількості амбулаторно-поліклінічних відвідувань та ліжко-днів – і не враховують реальні потреби населення, наявні ресурси, обсяг та якість наданих послуг тощо.

«Проблема в тому, що нас ніхто не вчив як управлінців, ми до багатьох речей доходимо самотужки… Але ми дуже потребуємо навчання по управлінню».

Сивак В.П., головний лікар, Хмільницька ЦРЛ, Вінницька область

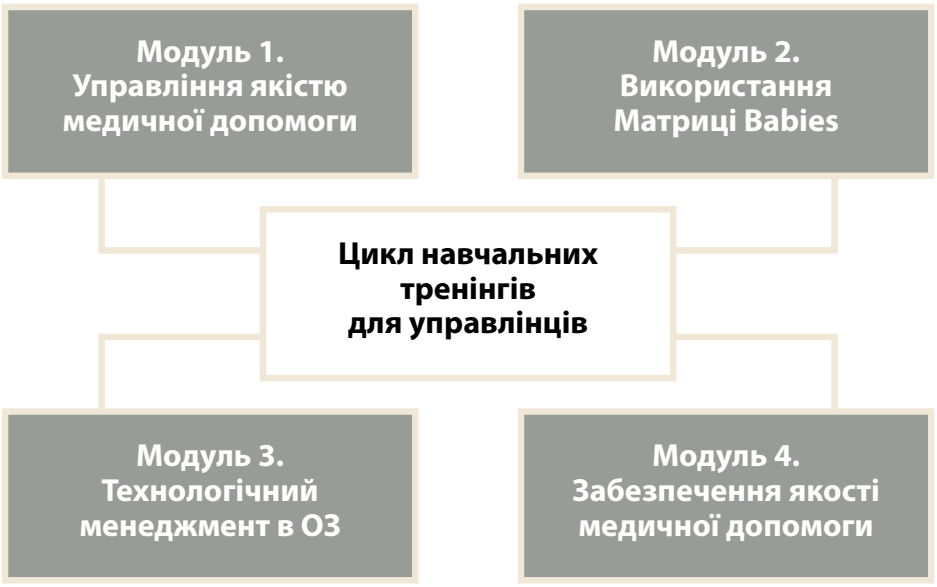
Міжнародний досвід показує, цілеспрямована діяльність по підготовці та перепідготовці управлінських кадрів, по вивченню та розповсюдженню передового досвіду управління, використання досягнень управлінської науки у практиці охорони здоров'я навіть в межах державних медичних закладів дозволяє заощадити ресурси та суттєво покращити якість медичних послуг [24]. Отже, вдосконалення управлінських практик стає пріоритетом.

Сьогодні в багатьох країнах пострадянського простору є затребуваними навчальні короткотривалі програми по управлінню ОЗ, які дозволяють керівнику медичного закладу отримати фундаментальну освіту в сфері менеджменту без відриву від роботи на тривалий час, з акцентом на вивчення основ різних сфер управлінських знань, стратегій, методів та технологій управління, що дозволяють оптимізувати процеси в закладі та покращити якість клінічної допомоги.

Зважаючи на актуальність даного питання, в межах впровадження Україно-швейцарської Програми «Здоров'я матері та дитини" протягом 2006 – 2010 рр. відбувалася активна робота в напрямку посилення управлінських навичок:

- розробка ***короткотривалих модульних циклів*** для навчання управлінців;
- ***проведення навчальних заходів*** для керівників районних та обласних медичних закладів;
- створення, навчання та підтримка ***координаційних рад (КР)*** на районному рівні як платформи для міжсекторальної співпраці, для підвищення ефективності використання наявних ресурсів з метою покращити перинатальне здоров'я населення (діяльність компоненту "Міжсекторальна модель сприяння здоров'ю матері та дитини" – див. Модель 1).

РОЗДІЛ 1. КОНЦЕПЦІЯ ТА ОСНОВНІ ПІДХОДИ ДО НАВЧАННЯ КЕРІВНИКІВ



Малюнок 1.1. Навчальний цикл для управлінців в сфері ОЗ, розроблений у межах Програми.

В межах реалізації Програми було розроблено навчальний цикл для керівників обласних та районних медичних закладів з партнерських регіонів Програми, що складається з окремих короткотривалих модульних курсів (див. Мал. 1.1).

Для розробки навчальних модулів обиралися теми, які є актуальними для української системи ОЗ та можуть знайти практичне застосування й сприяти покращенню управлінських практик. Запропоновані навчальні модулі базувалися на міжнародних підходах та стандартах, які ефективно використовуються у світовій практиці. При розробці навчальних матеріалів особлива увага зверталася на адаптацію міжнародного досвіду, практик та підходів до українських реалій з урахуванням специфіки умов, в яких функціонують медичні заклади, правової системи, обмеженості ресурсів тощо. Відповідно, розроблені навчальні матеріали є цілком прийнятними для використання та практичного впровадження в українських медичних закладах, запропоновані управлінські підходи та інструменти не потребують додаткових фінансових затрат та цілком можуть бути реалізовані в межах кожної обласної чи районної лікарні. На основі розробленого навчального циклу (навчальних модулів) було проведено тренінги для керівників з 22 районних та 8 обласних медичних закладів з партнерських регіонів. Навчання проводилося міжнародними експертами Програми, які мають великий досвід в сфері управління охороною здоров'я.

> ***Дізнатися про міжнародний досвід в управлінні – дуже корисно, однак перевагою тренінгів в межах Програми є їх наближеність до практики в умовах українських медичних закладів».***
>
> **Василенко В.В., головний лікар, Джанкойська ЦРЛ, АР Крим**

Особливістю навчання для керівників[2] в рамках Програми є:

- ***структура навчального тренінгу:*** послідовність та логічність викладення матеріалу (від простого до складного), інтерактивність (активне залучення учасників до обговорення та обміну думками під час презентації матеріалу), організація роботи в групах, що дозволяє не лише навчитися практично використовувати отриманні знання, але й обговорити задачі з колегами; забезпечення учасників друкованими версіями презентаційного матеріалу тощо.
- ***невелика тривалість кожного тренінгу (навчального циклу)*** – не більше 3 днів, що є оптимальним для керівників з точки зору можливості залишити робоче місце;
- ***практична орієнтованість навчання*** – оптимальне поєднання теорії та практики, обговорення

2 Описані принципи використовуються при проведенні **всіх** тренінгів у межах Програми (не лише тренінгів для управлінців), наприклад, при навчанні лікарів (акушерів-гінекологів та неонатологів). Більш детально клінічні тренінги описані в Моделі 2 даної книги.

реальних випадків та рішення реальних управлінських задач і проблем (часто, запропонованих самими учасниками) – case based study, що дозволяє не лише представити теорію з тієї чи іншої теми, але й показати як можна практично застосувати отримані знання;

- ***невелика кількість учасників кожного тренінгу*** не більше 30 учасників (з розрахунку по 15 учасників на 1 тренера), що дозволяє проводити тренінг інтерактивно (з активним залученням усіх учасників до процесу представлення матеріалу, дискусій, обговорень).

Задля оцінки ефективності проведених тренінгів, перед кожним тренінгом та після нього проводилося ***тестування учасників.*** Принцип розробки тестів полягав у включенні до них питань щодо тих частин матеріалу тренінгу, які є найбільш важливими та які розглядалися під час тренінгу. Порівнюючи результати тестування до та після навчання, можна було робити висновки про рівень засвоєння матеріалу учасниками.

Також варто відзначити, що експерти Програми забезпечували ***консультативний супровід*** впровадження отриманих знань на місцях в умовах конкретного медичного закладу, що було стимулом для керівників та допомагало побороти острах перед використанням нового інструменту чи концепції.

> ***«… В результаті тренінгів змінилися підходи головних лікарів до вирішення проблем, лікарі стали більше радитися з підлеглими, активніше, але лояльніше втручатися у процеси, що відбуваються у їхніх закладах…»***
>
> **Бегаль М.Г., головний лікар, Ратнівська ЦРЛ, Волинська область**

За період навчання керівникам медичних закладів було представлено такі ***теми*** (див. Мал. 1.1):

- управління якістю та забезпечення якості медичних послуг (основні поняття, концепція та інструменти);
- оцінка клінічних показників (Матриця Бебіс);
- технологічний менеджмент в охороні здоров'я, або управління медичним обладнанням (концепція, підходи, прийняття рішень, проведення інвентаризації медичного обладнання, управлінський інструмент – програмне забезпечення openMedis).

Програми навчальних семінарів представлені у додатку 1.1.

Під час тренінгів для керівників детально не розглядалися такі інструменти забезпечення якості, як клінічні настанови та локальні протоколи, однак діяльність Програми була спрямована на підтримку розробки цих інструментів як експертами національного рівня (клінічні настанови), так і партнерами з регіонів (локальні протоколи). Відповідно, принципи та підходи до розробки та використання даних інструментів також представлено у цьому розділі.

РОЗДІЛ 2. УПРАВЛІННЯ ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Для оцінки ефективності діяльності закладів охорони здоров'я слід враховувати як показники обсягу їхньої роботи, так і показники якості медичної допомоги [17]. У сучасних економічних умовах забезпечення високої якості медичної допомоги та належних результатів діяльності лікувально-профілактичних закладів виходить на перший план. Це пов'язано з тим, що робота ЛПЗ впливає на стан здоров'я населення та ефективність використання кадрових та матеріально-технічних ресурсів галузі. Показники якості медичної допомоги можна використовувати для підвищення рівня надання медичної допомоги, диференційованого оцінювання праці медичного персоналу та закладів охорони здоров'я, а також під час проведення акредитації та ліцензування лікувально-профілактичних закладів.

2.1. Поняття якості та критерії її оцінки

Питання якості медичної допомоги посідає провідне місце в політиці Всесвітньої організації охорони здоров'я – «Здоров'я XXI»: основи політики досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні", якою визначено, що сектор охорони здоров'я має бути орієнтованим на кінцеві результати, безперервне удосконалення якості тощо [3].

> ***Якісною вважається медична допомога, що відповідає стандартам медичних технологій, за відсутності ускладнень та при досягненні задоволеності пацієнтів.***
>
> **ВООЗ**

В процесі надання медичної допомоги ***якість відображає весь спектр взаємодії медичного працівника і пацієнта, тому всі складові цього процесу і будуть характеризувати якість медичної допомоги*** (профілактична спрямованість, доступність, результативність,

міжособові відношення, ефективність, безперервність, безпечність, зручність, задоволеність пацієнта).

В Україні забезпечення населення якісною медичною допомогою є одним із головних напрямів державної політики охорони здоров'я, життя, збереження генофонду українського народу (Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, 2000 р. [4]).

Сучасний світовий досвід з питань якості в сфері охороні здоров'я свідчить, що ***значного прогресу в розвитку системи можна досягти завдяки застосуванню підходів та інструментів управління якістю – quality management (QM) та забезпечення якості – quality assurance (QA).***

2.2. Навчання по управлінню та забезпеченню якості медичної допомоги в межах Програми

Питанням управління та забезпечення якості медичної допомоги було присвячено декілька тренінгів для управлінців. Під час навчання учасники ознайомились з основними поняттями та концепцією якості медичної допомоги, критеріями її оцінки та інструментами покращення та забезпечення якості. В контексті даного тренінгу розглядалася Модель досконалості Європейського Фонду Управління якістю, а також такі інструменти, як колесо Демінга, аналіз зацікавлених сторін та SWOT-аналіз. Акцент було зроблено на таких питаннях:

1. ***роль керівника у процесі покращення та забезпечення якості*** – розуміння важливості, принципів та інструментів, вміння мотивувати персонал, планувати процеси та оцінювати їхню успішність (позиція „лідера", а не „адміністратора");

Тренінг для керівників медичних закладів з питань управління якістю медичної допомоги. 23-25 березня 2009 р., м. Київ

2. ***командний підхід*** – персонал закладу повинен розуміти завдання, їх важливість та способи їх досягнення, активно брати участь у процесах планування та впровадження підходів та інструментів, розуміти свою роль у досягненні кінцевого результату;

3. ***орієнтації на потреби пацієнтів у наданні послуг*** – розуміння якості медичних послуг для лікаря і для пацієнта є різним; оскільки медичний заклад працює заради пацієнта, його думка щодо якості медичної допомоги має бути врахована, адже саме пацієнт відповідає за власне здоров'я – лише коли враховано очікування пацієнта, можна позитивно вплинути на його поведінку.

Виконання ***практичних завдань та робота в групах*** дозволили практично закріпити отримані знання про інструменти, а представлення досвіду країн ЄС, зокрема, Румунії, де концепція та інструменти покращення якості знайшли практичне застосування у модернізації системи надання неонатальної допомоги, дозволили показати учасникам прийнятність даних підходів та інструментів для системи ОЗ.

> ***Постійне покращення якості медичної допомоги – це найкращий спосіб скоротити загальні витрати.***
>
> **Р. Іллієску, експерт організації «Центр реформування сектору охорони здоров'я», м.Бухарест, Румунія**

Так, досвід країни, досить близької до України за умовами функціонування сфери охорони здоров'я, показав, що *практичне використання отриманих знань з питань якості медичної допомоги цілком може бути успішно реалізоване, а головне, дійсно дозволяє покращити якість допомоги – суттєво скоротити витрати на неонатальну службу, оптимізувати систему скерувань та підвищити задоволеність пацієнтів наданими послугами* (з даною та іншими презентаціями можна ознайомитися у додатку 2.2.1).

2.3. Інструменти забезпечення якості, розроблені за підтримки Програми

Окрім навчання керівників медичних закладів основам управління та забезпечення якості, Програма приділила значну увагу розробці та впровадженню інструментів забезпечення якості. Серед них – **Пакет перинатальних послуг, клінічні настанови та локальні протоколи.**

> **Пакет перинатальних послуг — документ, який описує пов'язані з охороною здоров'я матері та дитини послуги та передумови необхідні для їх надання (зокрема, обладнання, кадри, професійна кваліфікація і т. ін.).**

Пакет перинатальних послуг.

Пакет перинатальних послуг (ППП) було представлено під час тренінгу по управлінню та

забезпеченню якості було представлено Цей документ, розроблений у межах Програми, описує два надзвичайно важливих і, до теперішнього часу недостатньо розроблених, аспекти: розподіл обов'язків і повноважень, що надаються кожному з рівнів допомоги (село — район — область), а також механізми і стандарти взаємодії рівнів. ППП є стратегічним управлінським інструментом, впровадження та використання якого дозволяє керівнику галузі ОЗ раціонально підходити до планування надання перинатальної допомоги, розподілу ресурсів та навчання відповідного медичного персоналу. Детально Пакет перенатальних послуг описано у Моделі 2.

Клінічні настанови – рекомендаційний документ для допомоги лікарю у вирішенні питань щодо належної медичної допомоги в певних клінічних ситуаціях.

Клінічні настанови.

Необхідність оцінки якості процесу стала поштовхом до створення стандартів медичної допомоги та ***клінічних настанов (КН)***, що є на сьогодні пріоритетним напрямком підвищення якості в охороні здоров'я. Саме поняття «клінічна настанова», відповідно до міжнародної практики, означає [7,21]:

- систематично розроблювані допоміжні засоби в прийнятті рішень для відповідних медичних процедур при специфічних захворюваннях;
- допоміжні засоби, що визначають коридор прийняття рішень, від якого можна чи треба відхилятися у специфічних випадках;
- науковозначимі та практично-орієнтовані рекомендації до медичних процедур.

Економічно розвинені країни (наприклад, Великобританія, Німеччина, Франція, Швейцарія, Канада, США тощо) використовують саме КН як один з елементів стандартизації медичної допомоги.

КН – важливий елемент процесу забезпечення та покращення якості. Вони допомагають при прийнятті рішень в обставинах складного медичного випадку та зменшують кількість нераціональних відхилень у подібних ситуаціях. До того ж, КН можуть скоротити необґрунтовані витрати та зменшити вартість послуг**,** якщо результатом їх впровадження є використання уніфікованих медичних процедур для кожного клінічного стану [12,21].

Відмінність КН від наказу полягає в тому, що:

- КН не мають зобов'язальної сили наказу, вони є для медичного працівника клінічним керівництвом, яке має рекомендаційний характер; відповідно, для обґрунтування своїх дій медичний працівник спирається на об'єктивні дані обстежень, зафіксованих у медичній документації, а не на нормативний документ;
- КН простіше оновлювати, тому їхній зміст відповідає останнім даним досліджень;
- КН враховують аспекти економічної ефективності

Розробка КН – інтелектуально-інтенсивний процес, який вимагає досить великої кількості людських та часових ресурсів. У розвинених країнах - це завдання професійних асоціацій, які також можуть залучати експертів з певної тематики.

В Україні до недавнього часу поняття «клінічна настанова» взагалі не існувало. Програма стала «піонером» у розробці цього типу документу. Було створено робочу групу із залученням фахівців з акушерства та неонатології з національного та обласного рівнів, а також головних спеціалістів МОЗ України з акушерства та неонатології, які протягом 2006 – 2007 рр. працювали над розробкою клінічних настанов. Було обрано найбільш актуальні теми, що, з точки зору провідних національних експертів, є важливими для покращення перинатальних послуг в Україні:

- «Оцінка стану новонародженої дитини після народження та в період постнатальної адаптації. Необхідні медичні втручання»
- «Забезпечення лікувально-профілактичної допомоги дітям з гестаційним віком менше ніж 32 тижні та масою тіла менше ніж 1500 г»
- „Пренатальна діагностика вроджених вад" (клінічні настанови представлено у додатку 2.3.1.).

У додатку 2.3.2. наведено декілька презентацій, створених експертами Програми, щодо особливостей клінічних настанов і принципів їх розробки

Клінічні настанови, розроблені в межах Програми, були рекомендовані наказом МОЗ до використання у медичних закладах України й набули офіційного статусу з виданням у 2009 р. наказу МОЗ «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» [5].

Локальний протокол — документ, що допомагає адаптувати клінічні настанови, накази та інструкції до реалій конкретного медичного закладу та відображає задокументовану згоду медичного персоналу щодо дій у певній ситуації.

Локальні протоколи.

Адаптація клінічних настанов та інструкцій на локальному рівні з урахуванням місцевих умов виражається у створенні ***локальних протоколів***. *Вони сприяють забезпеченню якості, оскільки стандартизують втручання/ послуги/ процедури та детально описують умови, необхідні для забезпечення певного виду/ типу послуг* [12]. Окрім того, що локальні протоколи відображають задокументовану згоду медичного персоналу та керівництва закладу щодо дій у конкретній ситуації, *вони є також зручним інструментом для навчання молодих фахівців*.

Локальні протоколи розробляються групою місцевих фахівців у тісній співпраці з експертами/ спеціалістами з вищого рівня та представляють собою короткий опис певної процедури. Вони розробляються на місцях на базі КН (чи наказів) та затверджуються для кожного регіону чи закладу.

Локальні протоколи охоплюють:

- *клінічні теми*: наприклад, алгоритм проведення УЗД у першому триместрі, КТГ в процесі пологів, реанімація новонародженого тощо;
- *організаційні аспекти*: наприклад, алгоритм взаємодії з транспортною бригадою, передача інформації, як підтримувати готовність обладнання до надання реанімації тощо;
- *інші аспекти діяльності закладу (немедичні процедури)*: наприклад, використання телемедицини, процедури інформованої згоди пацієнта, пояснення пацієнтам етичних аспектів, правила консультування тощо.

За сприяння Програми було розроблено локальні протоколи у деяких районних медичних закладах (зразки протоколів представлено у додатку 2.3.3), а також обласний протокол «Оцінка стану плода під час вагітності» у Вінницькій області. Як показує досвід Програми, локальні протоколи роблять клінічну практику більш стандартизованою та зрозумілою клініцистам.

«За умови відповідних тренінгів персоналу і впровадження протоколів у рутинну практику якість допомоги значно покращується».

Кулик О.О., обласний спеціаліст з акушерства та гінекології, УОЗтаК Вінницької ОДА

2.4. Основні труднощі

Основні труднощі з навчанням управлінців, пов'язані, насамперед, із забезпеченням ефективного перенесення отриманих знань у практичну площину. Керівники медичних закладів змушені і /або звикли працювати за старими, перевіреними часом і досвідом схемами; будь-які інновації сприймаються досить важко та потребують значних зусиль для їх впровадження (не формального, а реального!). При чому, бажання лише керівника недостатньо. Весь персонал закладу має розуміти нові підходи та працювати на результат. Це ж саме стосується й розробки й використання локальних протоколів. Тут успіх значною мірою залежить від вміння організувати в межах закладу команду спеціалістів-однодумців, які зможуть протокол розробити, а також навчити персонал закладу використовувати його на практиці.

Розробка та використання таких інструментів для забезпечення якості, як ППП та клінічні настанови, досить складний та тривалий процес. По-перше, на момент, коди ці інструменти почали розроблятися, в Україні практично не було фахівців з досвідом їх створення, відповідно, робота відбувалася за активної співпраці з міжнародними спеціалістами. Окрім того, суттєва затримка із впровадженням цих інструментів виникла через відсутність на національному рівні нормативно-регуляторних документів, які передбачали б їх використання. Так, в практиці МОЗ таких понять, як ППП чи клінічна настанова просто не було. Відповідно, від моменту розробки до моменту офіційного затвердження цих інсрументів минуло досить багато часу.

2.5. Перспективи

Усвідомлення головним лікарем закладу переваг запропонованої концепції, підходу чи інструменту, його вмотивованість до змін, навчання персоналу та підтримка «командної роботи» можуть суттєво спростити впровадження інновації у практику закладу. Під час моніторингових візитів експерти Програми надавали консультативну підтримку медичним закладам у впровадження підходів до управління та забезпечення якості. А визнання запропонованих концепцій та інструментів на державному (чи хоча б обласному) рівні, підготовка фахівців, які на постійній основі зможуть консультувати керівників у впровадженні запропонованих підходів та інструментів, могло б суттєво прискорити та підтримати впровадження даних інструментів у практику медичних закладів. Вирішальну роль відіграє також МОЗ України, яке може суттєво сприяти впровадженню інновацій шляхом визнання їх на національному рівні, зокрема у контексті реформування системи охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3. ОЦІНКА КЛІНІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ (BABIES MATRIX)

Своєчасність та обґрунтованість управлінських рішень тісно пов'язана з якістю статистичної інформації, яку отримує керівник. Лише на основі аналізу повних та достовірних даних можна виявити реальні проблеми та спробувати знайти шляхи їх вирішення. Недостовірні або неповні дані також можна аналізувати, однак на основі такого аналізу будуть прийняті хибні рішення, які призведуть до неефективного використання ресурсів.

3.1. Матриця Бебіс: концепція та впровадження в межах Програми

Один із навчальних циклів, організований та проведений в межах Програми, був присвячений питанню оцінки клінічних показників з використанням такого інструменту, як *Матриця Бебіс (Babies Matrix)* – презентаційні матеріали наведені у додатку 3.1.1.

Матриця Babies – інструмент (методика) для збору та аналізу перинатальних даних, кінцевою метою використання якого є покращення якості перинатальної допомоги. Він був розроблений Центром з профілактики та контролю хвороб (США) та перекладений на російську мову. Зокрема, досить успішно даний інструмент впроваджено у Молдові, де він затверджений на національному рівні. Експерти з Молдови були залучені до проведення управлінського тренінгу з метою представити концепцію Матриці, механізм її заповнення та аналізу, а також досвід Молдови по використанню даного інструменту у практиці.

Матриця – управлінський інструмент, хоча основна робота по збору необхідних даних та їх внесенню в Матрицю лягає на плечі клініцистів. Відповідно, керівник закладу повинен вміти з даним інструментом працювати – розуміти принципи заповнення Матриці, та інтерпретації (аналізу) даних. Для більш ефективного використання даного інструменту (особливо на перших етапах його впровадження) найкраще проводити аналіз Матриці та вироблення рішень спільно з клініцистами – керівниками відповідних відділень медичного закладу.

Матриця дозволяє керівникові закладу:

1. отримати інформацію про розподіл новонароджених за вагою та мертвонароджених за віком – періодами (антенатальний, інтранатальний, ранній неонатальний);
2. визначити наявні проблеми;
3. встановити причину проблем;
4. обрати пакет втручань для вирішення проблем;
5. затвердити показники для спостереження за оцінкою ефективності втручань.

Всі ці кроки є послідовними та потребують від керівника глибокого розуміння принципів використання Матриці.

На малюнку 3.1.1. можна побачити, як виглядає матриця Babies.

	До пологів	У пологах	До виписки	Після виписки	Живі	Всього
0-1499 г	1	2	3	4	17	18
1500-2499 г	5	6	7	8	19	20
2500+ г	9	10	11	12	21	22
Всього	13	14	15	16	23	24

«…Обладнання бракує, часто немає можливості його полагодити - досить складно «достукатися» до постачальників обладнання щодо ремонту, якщо обладнання не на гарантії…»

Косовець О.В., головний лікар, Городенківська ЦРЛ, Івано-Франківська область

«…Часто обладнання простоює, бо немає розхідних матеріалів до нього; виникають проблеми з ремонтом та обслуговуванням обладнання…»

Гетманчук А.Ф., головний лікар, Маневицька ЦРЛ, Волинська область

4.2. Основи ТМОЗ для управлінців: навчання в межах Програми

Для покращення знань та навичок керівників партнерських медичних закладів у сфері управління медичним обладнанням в межах Програми було організовано та проведено тренінг. Учасники ознайомились з поняттям технологічного менеджменту та міжнародними підходами до управління медичним обладнанням. В деталях було розглянуто процеси та принципи планування, закупівлі, встановлення та обслуговування медичного обладнання. Було обговорено концепцію здійснення інвентаризації медичного обладнання, а також презентовано програмне забезпечення *openMedis*, що дозволяє не лише здійснити інвентаризацію медичного обладнання в межах окремого закладу, але й може бути використане як управлінський інструмент для отримання інформації, її аналізу та прийняття рішень. На основі матеріалів, використаних під час тренінгу, експертами Програми було розроблено навчальний посібник з основ технологічного менеджменту в охороні здоров'я (вибрані матеріали посібнику представлено в додатку 4.2.1.).

ТМОЗ може бути ефективним лише за умови його інтеграції у загальну систему управління медичними послугами.

Міжнародні експерти, які проводили тренінг, акцентували увагу учасників на тому, що в нинішніх умовах функціонування українських закладів охорони здоров'я варто розпочати роботу по покращенню ТМОЗ з проведення інвентаризації медичного обладнання. На тренінгу було представлено підходи до проведення інвентаризації, наголошено на важливості мати уніфіковану номенклатуру для обладнання, збирати й зберігати ключову інформацію про кожен прилад й бажано в зручній електронній базі даних. Значну частину часу було присвячено представленню програмного забезпечення openMedis та принципів його роботи.

4.2.1. Програмне забезпечення OpenMedis для інвентаризації медичного обладнання

openMedis – простий, гнучкий та стандартизований інструмент для збору та обробки інформації щодо технічної інфраструктури в галузі охорони здоров'я.

Наразі інформація про медичне обладнання у більшості медичних закладів не є структурованою, повною, часто зберігається в різних місцях; у більшості закладів немає фахівця, який би відповідав за медичне обладнання та його належне функціонування (в ідеалі – сервісного інженера, або хоча б метролога). Практично в усіх закладах інвентаризацією обладнання займаються бухгалтери, яких цікавлять лише ті дані про апарат, які мають бути внесені в бухгалтерську звітність. Таким чином, дані про точну назву обладнання, модель, виробника, стан обладнання тощо просто лишаються поза увагою, а пошук цієї інформації у разі потреби займає багато часу, або й взагалі стає неможливим через втрату необхідних документів (наприклад, паспорта на апарат).

Тестування openMedis у Луцькій ЦРЛ (Волинська область), листопад 2008 р.

Власне, така ситуація й підштовхнула експертів Програми у розробці навчального блоку по інвентаризації обладнання та розробці спеціального інструменту – програмного забезпечення openMedis.

Програмне забезпечення openMedis – простий, гнучкий та стандартизований інструмент для збору та обробки інформації щодо технічної інфраструктури в галузі охорони здоров'я. OpenMedis було розроблено швейцарськими експертами з використанням мови програмування PHP/ mySQL, перекладено на українську мову та протестовано в декількох медичних закладах Волинської області. Програма є безкоштовною (т. зв. «відкрите» програмне забезпечення), досить простою в користуванні та ***може працювати в декількох режимах:***

- *робота в on-line режимі (в Інтернет)*: програмне забезпечення встановлюється на Інтернет-сервері, зареєстровані користувачі мають до нього доступ з будь-якого комп'ютера, підключеного до Інтернет.
- *робота в локальній комп'ютерній мережі*: програмне забезпечення встановлюється на сервері локальної внутрішньої мережі (intranet), і усі користувачі з одного закладу працюють з однією базою даних.
- *робота на локальному комп'ютері*: Якщо комп'ютери не під'єднані до Інтернету, програмне забезпечення може бути встановлене на локальний комп'ютер.

У межах Програми при використанні програмного забезпечення у партнерських закладах для проведення інвентаризації було обрано перший варіант – робота в on-line режимі, оскільки в подальшому це дозволить об'єднати всі медичні заклади кожного з партнерських регіонів у мережу.

За допомогою openMedis можна здійснити інвентаризацію медичного обладнання з урахуванням тих показників, які є важливими з точки зору управління медичним обладнанням. Наприклад, окрім загальних даних (назва, модель, виробник, інвентаризаційний номер) вноситься інформація про

«Завдяки інвентаризації медичного обладнання з використанням openMedis у моєму закладі, я маю доступ до необхідної інформації про обладнання у електронному вигляді та можу у будь-який момент знайти ті дані, які мені потрібні».

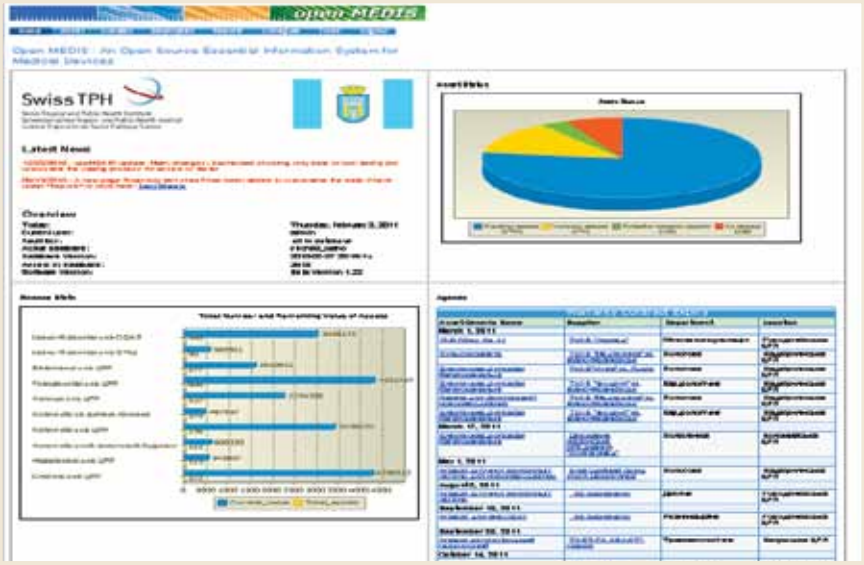
Кулик В.Р., головний лікар, Калинівська ЦРЛ, Вінницька область

1. постачальника та його контакти – зважаючи на проблеми з наявністю та функціонуванням сервісних центрів ця інформація може стати у нагоді у випадку несправності апарату;
2. рік виробництва апарату та його «життєвий цикл» (рекомендована кількість років, протягом яких апарат можна експлуатувати) – можна прослідкувати інформацію про «вік» обладнання;
3. стан обладнання – який відсоток обладнання у закладі не працює, який потребує ремонту тощо.

Окрім того, ***програма дозволяє швидко шукати потрібну інформацію, сортувати її та формувати звіти за потрібними параметрами чи характеристиками. Власне у цьому й полягає цінність даної програми не лише з точки зору «бази даних», але й як управлінського інструменту.*** Адже на основі аналізу даних, представлених у звітах керівник може робити висновки стосовно фонду обладнання у закладі та приймати необхідні управлінські рішення.

Технічна інвентаризація є основою ефективного управління обладнанням в закладах охорони здоров'я, а використання комп'ютерних технології для цього допомагає у створенні «гнучкої» бази даних та створює можливості для аналізу інформації для прийняття управлінських рішень.

На мал. 4.2.1.1. представлено стартову сторінку програми openMedis. З програмним забезпеченням можна ознайомитися на сайті - **http://openmedis.scih.ch/**. Для входу в програму потрібно ввести в поля „ім'я користувача" та „пароль" - "demo". У додатках 4.2.1.1. та 4.2.1.2. наведено вибрані матеріали посібнику по принципах інвентаризації медичного обладнання та опис програмного забезпечення openMedis, а також посібник по роботі з openMedis.



Мал. 4.2.1.1. Стартова сторінка програми openMEDIS

Інвентаризація медичного обладнання з використанням ПЗ openMedis проводилася у 19 районних лікарнях, де було створено робочі місця (комп'ютер з доступом до Інтернет) та призначено відповідальних осіб (як правило, бухгалтери, що вносять інформацію про медичне обладнання у бухгалтерську звітність). Для учасників з кожного партнерського регіону попередньо було проведено навчання по проведенню інвентаризації за допомогою openMedis.

Інвентаризація проводилася у закладах протягом 3 – 4 місяців залежно від величини фонду медичного обладнання закладу та можливостей відповідальних осіб (вільний час на проведення інвентаризації та навики роботи з ПК). Однак досвід Програми показує, що при забезпеченні належних умов (технічні та людські ресурси) ***у районному медичному закладі з фондом медичного обладнання у 500 – 600 одиниць повну інвентаризацію можна провести за 1,5 – 2 місяці.***

Тренінг для управлінців, на якому розглядалися питання роботи з ПЗ openMedis, 12-14 жовтня 2010 р.

Протягом всього процесу проведення інвентаризації консультанти Програми надавали технічну підтримку партнерам, а по завершенні роботи провели оцінку створених баз даних. В цілому, результати виявилися позитивними, хоча якість баз даних не відповідала всім поставленим вимогам. ***Основні недоліки створених баз*** – це:

- пропущені поля (невнесена інформація);
- інформація внесена неправильно (переплутані поля, або внесена не та інформація, що потрібна);
- невідповідність даних, внесених у програму, реальній ситуації (наприклад, у базу даних внесена інформація про прилад, а у відділенні такого приладу немає; або дані в базі та в паперах на даний прилад (паспорт) різні тощо).

Частина останнього тренінгу для керівників була присвячена обговоренню результатів проведення інвентаризації медичного обладнання у партнерських закладах та відпрацюванню навичок роботи з даними, аналізу їх та прийняття рішень. Було наголошено на тому, що використання програмного забезпечення для управлінських цілей найбільш суттєво впливають дві речі:

1. якість баз даних (повнота та коректність внесеної інформації);
2. регулярне оновлення баз даних (має здійснюватися постійно у визначений період часу).

Головним лікарям – учасникам тренінгу було рекомендовано провести роботу з покращення якості внесених в бази даних та офіційно затвердити процес регулярного оновлення баз.

4.3. Основні труднощі

Підсумовуючи сказане вище, основними труднощами при реалізації напрямку по управлінню медичним обладнанням (навчання керівників та проведення інвентаризації медичного обладнання) можна назвати таке:

- відсутність необхідних законів та регуляторних документів загальнодержавного рівня;
- брак фінансування, закупівля обладнання без врахування реальних потреб;
- брак фахівців та структур по ремонту та обслуговуванню медтехніки тощо;
- брак фахівців, які відповідають за фонд медобладнання та його належне функціонування в межах медичних закладів;
- застарілий фонд медичного обладнання, брак частини інформації, документів по медичному обладнанню, неналагоджена система обліку медичного обладнання (до запровадження openMedis, у більшості закладів дані про медобладнання зберігалися на паперових носіях);
- неналежна організація роботи зі створення баз даних на основі програмного забезпечення openMedis:
  - відсутність окремого робочого місця для роботи з програмою, старі комп'ютери, проблеми з доступом в Інтернет (база створювалася online);
  - низька мотивація персоналу (бухгалтерів, метрологів, IT спеціалістів), які працювали з програмою – дана робота була додатковою до їх основних обов'язків;
  - відсутність контролю та підтримки з боку керівництва закладу – в деяких закладах не було дотримано узгоджених строків для завершення роботи з інвентаризації.

4.4. Перспективи

Як уже зазначалося вище, ТМОЗ є досить «молодим», але перспективним напрямком. Звісно, для його ефективного впровадження потрібно забезпечити певні передумови й, перш за все, на національному рівні. Однак деякі елементи циклу ТМОЗ, певні інструменти та підходи, запропоновані Програмою та представлені керівникам закладів, дозволяють працювати над покращенням ситуації вже зараз. Зокрема, розуміння процесів планування та закупівлі медичного обладнання можуть стати у нагоді керівнику закладу у будь-який слушний момент, а здійснення інвентаризації з використанням ПЗ openMedis є доступним для будь-якого закладу охорони здоров'я. Так, створення бази даних медичного обладнання будь-якого медичного закладу з використанням ПЗ openMedis відкриває для керівника можливості:

- постійно мати доступ до потрібної інформації про обладнання, а також цю інформацію опрацьовувати, аналізувати та приймати відповідні рішення (тут варто наголосити, що для цієї мети бази даних мають регулярно оновлюватися і якість внесених даних має відповідати поставленим вимогам!);
- контролювати та раціоналізувати витрати на закупівлю та обслуговування медичного обладнання, що забезпечує умови «прозорого» управління;
- покращити технологічний менеджмент на рівні окремого закладу в цілому.

Окрім того, створення баз даних медичного обладнання в online режимі дозволяє перенести використання openMedis на обласний рівень. За допомогою програми можна створити мережу, в яку будуть включені всі медичні заклади області. Таким чином, фахівці на обласному рівні отримають доступ до баз даних медичного обладнання всіх закладів, можуть працювати з ними, отримувати необхідну інформацію та формувати потрібні звіти.

ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

Проблеми управління в галузі охорони здоров'я є актуальними та потребують якнайшвидшого їх розв'язання. Неможливо реформувати систему без вдосконалення та оптимізації управлінських практик, адже саме вони суттєво впливають на якість медичної допомоги та ефективне використання ресурсів. В межах Програми було започатковано ініціативу по навчанню керівників обласних та районних медичних закладів з партнерських регіонів. Навчальні курси висвітлюють актуальні для українських фахівців теми. Формат курсів (короткотривалі, інтерактивні, орієнтовані на допомогу у вирішення практичних управлінських проблем) задовольняє більшість учасників.

Реалізація управлінцями отриманих під час навчання знань у практику партнерських установ – складний та тривалий процес, що стримується багатьма факторами. Перш за все, це брак підтримки й офіційного визнання запропонованих методик та практик на національному рівні, від якого й досі дуже залежні керівники. Також це пов'язано з інноваційністю запропонованих Програмою підходів та інструментів. Як відомо, будь-яка інновація сприймається досить насторожено і має пройти певний час для того, щоб її впровадити в практику. Етапність впровадження інновації передбачає:

1. сприйняття концепції та зрозуміння переваг її використання;
2. навчання правильному її використанню;
3. забезпечення постійного (рутинного) її використання.

У результаті проведених у межах Програми тренінгів, учасники отримали розуміння концепції та переваг використання інструментів для управління та забезпечення якості, збору та аналізу статистики (клінічних показників), управління медичним обладнанням, однак має пройти певний проміжок часу, поки ці знання набудуть практичного використання на постійній основі. Головні лікарі, які звикли до старих методів управління закладом, іноді досить скептично сприймали запропоновані інструменти, підходи, концепції, оскільки їх використання означає зміну усталених практик, докладання певних зусиль, часу тощо. Лише після того, як новий підхід чи інструмент ввійде в рутинну практику медичного закладу можна говорити про те, що він впроваджений, та оцінювати ефективність його використання.

Позитивний досвід закладів (українських чи зарубіжних), консультаційна підтримка експертів Програми, обласної адміністрації та МОЗ України може бути чудовим стимулом для прискорення процесу реалізації цих ініціатив.

У межах Програми за підтримки міжнародних та українських експертів, партнерів з регіонів також розроблялися інструменти для покращення та забезпечення якості – Пакет перинатальних послуг, клінічні настанови та локальні протоколи. Впровадження цих інструментів у практику допоможе покращити управлінські та клінічні практики.

Досвід Програми по розробці управлінських інструментів та навчанню керівників медичних закладів дозволяє сформулювати такі *рекомендації*.

1. В процесі реформування системи охорони здоров'я особлива увага має приділятися покращенню управління, зокрема лікувально-профілактичними закладами. Програма підготовки управлінських кадрів має бути переглянута та оновлена. Розробка та організація навчальних циклів (тренінгів) для керівників закладів має враховувати декілька основних аспектів: актуальність та практичну прийнятність теми, включення до навчання обговорення реальних випадків та вирішення реальних проблем.
2. Для того, щоб успішно впровадити будь-які інноваційні підходи до управління закладом охорони здоров'я потрібно пройти декілька етапів. Запорукою успіху в даному випадку може бути:
   - бажання та мотивованість керівника, розуміння ним переваг, процесу та очікуваних результатів від впровадження нових підходів чи інструментів;
   - вміння донести сновну ідею до персоналу закладу та заручитися підтримкою своїх колег (забезпечити командну роботу);
   - надання консультативної підтримки у впровадженні підходів та інновацій консультантами/ організаціями, які мають досвід у їх впровадженні;
   - підтримка з боку адміністрації (районної, обласної)/ національного рівня.
3. Для реалізації будь-якої ініціативи у медичному закладі керівник повинен мобілізувати ресурси (фінансові, людські, часові) та постійно підтримувати їх ефективну рооту.
4. Питанням покращення та забезпечення якості має приділятися більша увага. Задля досягнення успіху потрібно:
   - виявити напрямки для покращення якості допомоги (проаналізувати ситуацію та розставити пріоритети);
   - виробити стратегію (план) покращення ситуації з урахуванням очікувань пацієнтів та наявних ресурсів, обравши відповідні інструменти;
   - виконати поставлені завдання та оцінити результати.

   Потрібно пам'ятати, що цей процес – повторюваний та має здійснюватися постійно.
5. Використання клінічних настанов та розробка і використання локальних протоколів як інструментів для контролю та забезпечення якості має бути врегульоване, насамперед, на рівні кожного медичного закладу, а також набути підтримки на обласному та національному рівнях.

ПЕРЕЛІК ДОДАТКІВ

Додаток 1.1.	Програми навчальних семінарів для керівників, проведені в межах Україно-Швейцарської Програми «Здоров'я матері та дитини»
Додаток 2.2.1.	Презентаційні матеріали по темі з управління та забезпечення якості, використані в процесі навчання керівників.
Додаток 2.3.1.	Зразки клінічних настанов, розроблених у межах Україно-Швейцарської Програми «Здоров'я матері та дитини»
Додаток 2.3.2.	Презентації про особливості клінічних настанов та принципи їх розробки
Додаток 2.3.3.	Зразки локальних протоколів, розроблених у партнерських закладах Україно-Швейцарської Програми «Здоров'я матері та дитини»
Додаток 3.1.1.	Презентаційні матеріали по темі з оцінки клінічних показників (Матриця Babies), використані в процесі навчання керівників.
Додаток 4.2.1.	Вибрані матеріали посібнику з ТМОЗ, використані в процесі навчання керівників.
Додаток 4.2.1.1.	Вибрані матеріали посібнику по принципах інвентаризації медичного обладнання та впровадження ПЗ openMedis, використані в процесі навчання керівників.
Додаток 4.2.1.2.	Посібник по роботі з openMedis

ГЛОСАРІЙ

Аналіз зацікавлених сторін (stakeholders analysis) – підхід, що дозволяє визначити, як зацікавлені сторони (керівництво, працівники, партнери, конкуренти, політичні сили, ЗМІ тощо) можуть вплинути своїми діями на певну організацію чи заклад, своїм ставленням до організації чи закладу та її цілям і завданням.

База даних (database) – впорядкований набір логічно взаємопов'язаних даних, що використовується спільно, та призначений для задоволення інформаційних потреб користувачів (наприклад, база даних вагітних певного регіону, база даних медичного обладнання певного закладу тощо).

Відкрите програмне забезпечення – програмне забезпечення, для якого є доступним (вихідний) програмний код, що забезпечує найкращі умови для вивчення такого програмного забезпечення та можливого подальшого внесення змін (удосконалення тощо) до нього.

Забезпечення якості (quality assurance) – комплекс заходів, спрямованих на визначення, планування, оцінку, моніторинг та покращення якості медичної допомоги.

Інвентаризація медичного обладнання (medical equipment inventory) – процес створення бази даних про все медичне обладнання закладу.

Клінічна настанова (clinical guideline) – систематично розроблюваний допоміжний засіб в прийнятті рішень («коридору» в прийнятті рішень) для відповідних медичних процедур при специфічних захворюваннях; науковозначимі та практично-орієнтовані рекомендації до медичних процедур.

Колесо (цикл) Демінга (PDCA cycle) – модель безперервного покращення якості, що передбачає таку послідовність дій: плануй – роби – перевіряй – вирішуй (дій).

Координаційна рада (районна) – організаційна структура, яка на районному рівні об'єднує всі зацікавлені сторони, щоб обговорити та узгодити підходи та стратегії до покращення здоров'я на місцевому рівні, а також — необхідні для цього заходи та ресурси.

Локальний протокол – документ, що допомагає адаптувати клінічні настанови, накази та інструкції до реалій конкретного медичного закладу та відображає задокументовану згоду медичного персоналу щодо дій у певній ситуації.

Матриця Бебіс (Babies Matrix) – інструмент (методика) для збору та аналізу перинатальних даних, кінцевою метою використання якого є покращення якості перинатальної допомоги.

Менеджмент (управління) – діяльність (планування та прийняття рішень, організація, керівництво, контроль), спрямована на ресурси певної організації/ закладу (людські, фінансові, матеріальні, інформаційні) для досягнення поставленої цілі найбільш ефективно й результативно

Модель досконалості Європейського Фонду Управління якістю (European Foundation for Quality Management Excellence Model) – ненормативна структура для організації систем управління; розроблена Європейським Фондом Управління Якістю для того, щоб допомогти організаціям працювати в умовах конкуренції.

Модуль (навчальний модуль) – логічно завершена, відносно самостійна, цілісна частина навчального курсу (певної клінічної теми, наприклад, «Ведення вагітності та пологів з рубцем після кесарського розтину»), сукупність теоретичних та практичних завдань відповідного змісту та структури.

Навчання базоване на випадках (case-based study) — сучасний метод навчання дорослих, який передбачає активне залучання в процес навчання через обговорення реальних випадків (клінічних), формування важливих питань, які аналізуються та розв'язуються через поєднання думок експертів, фактів доказової медицини та практичного досвіду.

Програмне забезпечення (software) – програма, що встановлюється на персональний комп'ютер та дозволяє виконати конкретні завдання користувача.

Технологічний менеджмент в охороні здоров'я (health technology management) – система управління для ефективного придбання та використання медичних технологій.

Управління якістю (quality management) – скоординована діяльність організації/ закладу задля постійного покращення якості.

Цикл (навчальний цикл) – декілька навчальних модулів, об'єднаних однією темою, що становлять завершений цілісний навчальний курс.

Якість медичної допомоги (quality of healthcare) – стійка відповідність медичної допомоги клінічним настановам, протоколам, стандартам та вимогам споживачів.

openMedis – простий, гнучкий та стандартизований інструмент для збору та обробки інформації щодо технічної інфраструктури в галузі охорони здоров'я.

SWOT-аналіз (SWOT-analysis) – один із найпоширеніших видів аналізу, що полягає в розділенні чинників та явищ на чотири категорії: сильних (Strengths) і слабких (Weaknesses) сторін проекту, можливостей (Opportunities), що відкриваються при його реалізації, та небезпек (Threats), пов'язаних з його здійсненням.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гойда Н.Г. та ін. Інтегрована перинатальна допомога// Моделі покращання перинатального здоров'я в Україні: узагальнення досвіду роботи 2005-2007 рр. /За ред. М. Рааб, Р. Моісеєнко. – К.: Логос, 2009. – С.29-61.
2. Добрянський Д.О. Методичні рекомендації й технологічні аспекти розробки клінічних настанов. Виступ на Першому з'їзді неонатологів України (24 - 25 жовтня 2007 року, м. Одеса) http://z-l.com.ua/ua/article/167.
3. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ (Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 6), ВОЗ, Европейское региональное бюро, Копенгаген, 1999 - http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/109780/wa540ga199herus.pdf
4. Концепція розвитку охорони здоров'я України: затв. указом Президента України від 7 груд. 2000 р. № 1313/2000. - Б.м., б.р.
5. Наказ МОЗ України від 19.02.2009 № 102,18 «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».
6. Bergstrom S. Quality and audit of maternity care. In: John B Lawson, Helsey A Harrison, Bergstrom S. Maternity care in developing countries. London: RCOG Press 2003. p.37-45.
7. Field M.J., Lohr K.N. Clinical Practice Guidelines. Direction for a new Program. National Academy Press, Washington, 1990 - http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=1626.
8. Free encyclopedia Wikipedia — http://uk.wikipedia.org/wiki.
9. Health technologies - Report by the Secretariat, Sixtieth WHA, 22 March 2007.
10. How to manage. Series for Healthcare Technology, Ziken International/TALC, 2005 http://labspace.open.ac.uk/mod/oucontent/view.php?id=426817&section=1.1.
11. HTA 101: Introduction to Health Technology Assessment, Table of Contents," 17-Aug-2004. - http://www.nlm.nih.gov/nichsr/hta101/ta101_c1.html.
12. Guidelines for Use of Medical Protocols. Approved by the Connecticut Board of Examiners for Nursing February 4, 2004. - http://www.ct.gov/dph/lib/dph/phho/nursing_board/guidelines/ guidelinesforuseof medicalprotocols.pdf
13. Medical device regulations: global overview and guiding principles, WHO 2003.
14. National Institute for Health and Clinical Excellence. The guidelines manual. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009 - Available from: www.nice.org.uk
15. Overview of Medical Device Policy and Regulation, HNPFLASH Issue No. 60, May, 2007, Electronic Newsletter and Archiving Service on Health, Nutrition and Population, Erika Yanick, Editor, The World Bank Human Development Network.
16. Procurement Guidelines, World Bank, January 2011 - http://web.worldbank.org
17. Steffen GE. Quality Medical care: A definition. JAMA 1988; 260(1): 56-61
18. Temple-Bird C, Lenel A, Kawohl W. and Kaur V. Guide 1: How to Organize a System of Healthcare Technology Management. UK, 2005
19. Wang B., "A Framework for Health Equipment Management in Developing Countries," Hospital Engineering & Facilities Management, pp. 1-3, 2003.
20. Weisman, Carol S,Grason,Holly A, Strobino, Donna S. Quality management in public and community health: examples from women's health. Quality management in healthcare. 2001; 10(1): p.54-64
21. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. British Medical Journal 1999, 318: p. 527-530 - http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1114973/?tool=pubmed
22. World Health Organization, The World Health Report - Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization, 2000.
23. World Health Organization, "Towards a WHO model list of essential medical devices," 2008.
24. World health report 2000 — Health systems: improving performance. -http://www.who.int/whr/2000/en/index.html

КОНТАКТИ

Swiss TPH

Swiss Tropical and Public Health Institute
Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut
Institut Tropical et de Santé Publique Suisse

Швейцарський центр міжнародної охорони здоров'я (SCIH)/ Швейцарський Інститут Тропічної Медицини та Охорони Здоров'я (Swiss TPH)
Socinstrasse 57, 4002 Basel, Switzerland
тел.: +41 61 284 82 43,
факс: +41 61 284 81 03
e-mail: Martin.Raab@unibas.ch
web-site: http://www.sti.ch/

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Швейцарське бюро співробітництва в Україні (SCO)

вул. Івана Франка, 29;
01030 Київ, Україна
тел: +38 044 238 62 50,
факс: +38 044 238 62 51
e-mail: kyiv@sdc.net
web-site: http://www.swisscooperation.org.ua/

Міністерство охорони здоров'я України Департамент материнства, дитинства та санаторного забезпечення
вул. Грушевського, 7
01021 Київ, Україна
тел./факс: +38 044 253 14 33
e-mail: moz@moz.gov.ua
web-site: http://www.moz.gov.ua

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика

вул. Дорогожицька, 9
04112 Київ, Україна
тел./факс: +38 044 205049048
e-mail: prore-likuva@kmapo.edu.ua
web-site: http://kmapo.edu.ua/

ПРОГРАМА «ЗДОРОВ'Я МАТЕРІ ТА ДИТИНИ»
ШВЕЙЦАРІЯ–УКРАЇНА
MOTHER AND CHILD HEALTH PROGRAMME
UKRAINE–SWITZERLAND

Україно-Швейцарська програма «Здоров'я матері та дитини» Офіс із впровадження Програми
вул. Почайнинська, 25/49, оф.5
04071 Київ, Україна
тел/факс: 8 044 545 60 15
e-mail: mch.pio@gmail.com
web-site: www.mch.org.ua

Благополуччя дітей
Український фонд*
*нова назва Християнського дитячого фонду

Український фонд «Благополуччя дітей» Офіс Фонду

вул. Б. Гмирі, 1-Б/6., оф. 2,
02140 Київ, Україна
тел: +38 044 581 26 38
e-mail: staff@ccf.kiev.ua;
web-site: www.childfund.org.ua