

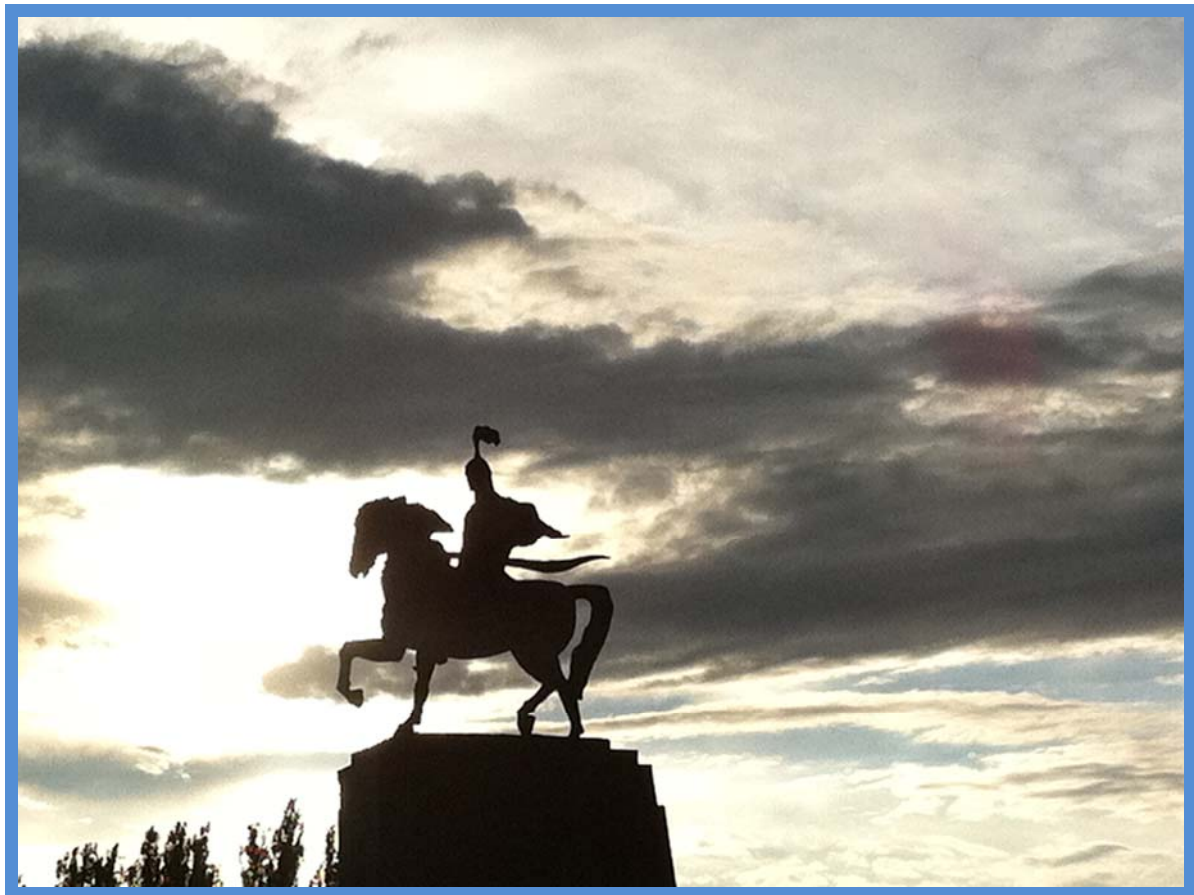


**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Отчет по оценке качества стационарной помощи детям в Кыргызстане

24 июля – 4 августа 2012 г.



Отчет миссии

Marzia Lazzerini, MD, MSc, PhD

РЕЗЮМЕ

Всемирная организация здравоохранения осуществляет проект по улучшению качества педиатрической помощи в четырех странах Центральной Азии и Африки на фонды, выделенные Российской Федерацией для распространения и документирования передового опыта. В рамках данного проекта, ВОЗ в тесном сотрудничестве с Научным центром детского здоровья Российской Академии Медицинских Наук и другими экспертами оказывает техническую поддержку Анголе, Эфиопии, Киргизстану и Таджикистану по укреплению потенциала национальных систем здравоохранения с целью улучшения качества педиатрической помощи в учреждениях медицинской помощи первичного уровня.

Основной целью проекта является снижение уровня детской смертности путем повышения потенциала национальных систем здравоохранения и улучшения качества оказания педиатрической помощи в случаях распространенных детских заболеваний в больницах первичного уровня.

Данный документ представляет собой отчет о второй миссии, в ходе которой была проведена оценка работы двадцати больниц в трех регионах Северного Кыргызстана (Талас, Чуй, Иссык-Куль) и достигнута договоренность с основными заинтересованными лицами по основным вмешательствам для повышения качества стационарной помощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

Child, Hospitalized
Child advocacy
Child care
Delivery of health care
Health Management and Planning
Quality of health care

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:
Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-21000 Copenhagen, Denmark
Кроме того, запрос на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на веб-сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2012 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

	Стр.
Выражение признательности	3
Список сокращений	3
Краткое содержание	4
1. Основная информация и цели	6
2. Методы и мероприятия	6
3. Результаты	7
- 3.1 Инструмент для оценки педиатрических услуг	7
- 3.2 Истории болезней	9
- 3.3 Барьеры при внедрении руководства ВОЗ	9
- 3.4 Итоговое совещание	17
- 3.5 Будущие действия	18
4. Заключение	19
Приложения	20

Выражение признательности

Хотелось бы выразить искреннюю благодарность всей команде, участвовавшей в организации и осуществлении миссии по оценке. За предоставление возможности реализовать миссию по улучшению качества педиатрической помощи благодарю доктора Айгуль Куттумуратову из ЕРБ ВОЗ, Страновой Офис ВОЗ и Министерство здравоохранения Кыргызстана, а также всех сотрудников, оказывавших техническую и логистическую поддержку во время проведения миссии и итогового совещания. Также хотелось бы поблагодарить доктора Зауре Оспанову, международного эксперта ВОЗ из Казахстана, за руководство второй командой во время миссии по оценке, представителей делегации из России, профессора Юрия Акоева, доктора Татьяну Куличенко, профессора Майю Бакрадзе, доктора Теа Маргиеву и шесть национальных экспертов, которые внесли непосредственный вклад в миссию по оценке. А также я благодарю всех медицинских работников, матерей и их детей, которые любезно сотрудничали во время миссии по оценке.

Триесте, 7 Августа 2012.

Marzia Lazzerini, MD, MSc, PhD

Список сокращений

ГВ	Грудное вскармливание
Р	Руководство
ВОП	Врач общей практики
ЕТАТ	Экстренная сортировка, диагностика и лечение
ОИУ	Отделение интенсивного ухода
ИВБДВ	Интегрированное ведение болезней детского возраста
ЗМР	Здоровье матери и ребенка
МЗ	Министерство здравоохранения
МиО	Мониторинг и оценка
КС	Карманный справочник
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
КМУ	Качество медицинских услуг
ОК	Оценка качества
УК	Улучшение качества
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения

Краткое содержание

С целью устранения недостатков в сфере оказания стационарной медицинской помощи детям ВОЗ реализует проект по развитию здравоохранения со сроком в три года (с декабря 2011 г. по декабрь 2014 г.) при финансовой и технической поддержке Российской Федерации. В рамках этого проекта ВОЗ будет оказывать техническую помощь Анголе, Эфиопии, Кыргызстану и Таджикистану для укрепления способности национальных систем здравоохранения этих стран снижать уровень смертности от распространенных детских болезней в больницах первого уровня. Это будет достигаться путем: а) улучшения качества педиатрической помощи в выбранных больницах первого уровня (территориальные) этих стран; б) распространения данного опыта в национальном масштабе посредством наращивания потенциала, принятия и внедрения новейших национальных норм и стандартов педиатрической помощи, основанных на существующих международных руководствах (Руководство ВОЗ по оказанию стационарной помощи детям: ведение наиболее распространенных детских заболеваний в условиях ограниченных ресурсов); в) обновления международных руководств и инструментов на основе накопленного опыта и данных, собранных в процессе реализации проекта; г) внедрения концепции стандартов педиатрической помощи в национальную систему образования и обучения медицинских специалистов для поддержания результатов проекта.

Получив одобрение Министерства здравоохранения (как политических, так и профессиональных обязательств по реализации проекта), была организована первая миссия в Кыргызстан (с 20 по 27 июня 2012 г.) для того, чтобы представить техническое обновление Карманного справочника ВОЗ, обучить национальных экспертов, которые будут проводить оценку, определить список оцениваемых больниц и повестку миссии по оценке качества. Во время первой миссии также было решено приложить определенные усилия для измерения уровня влияния планируемого вмешательства.

Вторая миссия была организована в период с 25 июля по 3 августа 2012 г. с целью оценки больниц и достижения консенсуса в отношении основных будущих вмешательств по улучшению качества стационарной помощи. Этот документ является отчетом второй миссии. Были проведены оценки в двадцати больницах в трех областях севера Кыргызстана (Таласская, Чуйская и Иссык-Кульская области). Список больниц включал шестнадцать районных (территориальных) больниц, три областные больницы и один национальный центр.

Методы, использованные для оценки, включали: 1) Инструмент для оценки педиатрической помощи (пересмотренный вариант, ноябрь 2009 г.); 2) Оценку около 35 историй болезней в каждой больнице с использованием десяти простых критериев; 3) Дополнительную главу по новорожденным, добавленную в Инструмент для оценки педиатрической помощи, по местному запросу.

Были проведены оценки во всех двадцати больницах и проанализированы 713 историй болезней. Качество медицинской помощи в больницах во многом различается, но существует ряд общих проблем. Проведенная оценка показала, что существуют значительные пробелы в нескольких отдельных областях медицинского обслуживания, включая:

- Информационную систему управления здравоохранением
- Медикаменты, оборудование и материалы
- Инфраструктуру

- Ведение распространенных болезней (острых и хронических)
- Поддерживающее лечение
- Права детей
- Координацию с другими уровнями медицинского обслуживания (ПМСП, областные и национальные центры)

Результаты были представлены и обсуждены на встрече с представителями МЗ и руководителями больниц (3 августа). В ходе этой итоговой встречи было достигнуто понимание по поводу существующих проблем в педиатрической медицинской помощи в Кыргызстане и по поводу необходимости принятия соответствующих мер. В ходе работы в группах был достигнут консенсус по основным направлениям вмешательства. Был подготовлен перечень предлагаемых действий, включая стратегии на различных уровнях: национальном, областном, больничном.

Были предложены некоторые показатели для мониторинга и оценки (МиО), но было недостаточно времени для рассмотрения всего перечня показателей в деталях.

Ожидаемые срочные будущие действия включают рассмотрение вмешательства в деталях (т.е. детали каскада тренингов, методы и инструменты для областных супервайзеров). Должны быть определены ответственные сотрудники и сроки для каждого мероприятия, так же как и индикаторы для МиО. Рекомендуется организовать телеконференцию для доработки деталей вмешательства, методов для МиО и для определения необходимости во внешней поддержке.

1. Основная информация

С целью устранения недостатков в сфере медицинского обслуживания детей ВОЗ реализует проект по развитию здравоохранения со сроком в три года (с декабря 2011 г. по декабрь 2014 г.) при финансовой и технической поддержке Российской Федерации. В рамках этого Проекта ВОЗ будет оказывать техническую помощь Анголе, Эфиопии, Кыргызстану и Таджикистану для укрепления способности национальных систем здравоохранения этих стран снижать уровень летальности от наиболее распространенных детских болезней в районных больницах первого уровня. Это будет достигаться путем: а) улучшения качества педиатрической помощи в выбранных районных больницах первого уровня этих стран; б) распространения данного опыта на национальном уровне посредством наращивания потенциала, принятия и внедрения новейших национальных норм и стандартов педиатрической помощи, основанных на существующих международных руководствах (Руководство ВОЗ по оказанию стационарной помощи детям: ведение наиболее распространенных детских заболеваний в условиях ограниченных ресурсов); в) обновления международных руководств и инструментов на основе накопленного опыта и данных, собранных в процессе реализации проекта; г) внедрения концепции стандартов педиатрической помощи в национальную систему образования и обучения медицинских специалистов для поддержания результатов Проекта. ВОЗ реализует проект при помощи соответствующих международных, российских и местных специалистов в координации с региональными и страновыми офисам ВОЗ. Для достижения осознания собственной ответственности, профессиональных и политических обязательств будут созданы национальные координационные группы в каждой стране, объединяющие (а) национальных партнеров (органы здравоохранения, ученые и специалисты-практики, руководители и политики), (б) международных технических партнеров (ВОЗ, ЮНИСЕФ и другие международные организации, российские и международные эксперты и НПО), а также заинтересованных доноров. Национальные координационные группы должны обеспечивать техническое руководство, надзор за осуществлением проекта и распространять его результаты на национальном уровне.

Получив одобрение Министерства здравоохранения (как политических, так и профессиональных обязательств по реализации Проекта), была организована первая миссия в Кыргызстан (с 20 по 27 июня 2012 г.) для того, чтобы представить техническое обновление Карманного справочника ВОЗ, обучить национальных экспертов, которые будут проводить оценку, определить список оцениваемых больниц и повестку миссии по оценке качества. Материалы и методы данной второй миссии были согласованы. Более того, было решено приложить усилия для измерения уровня воздействия вмешательства. Проект Протокола для оценки был распространен и отправлен в штаб-квартиру ВОЗ.

Вторая миссия была организована в период с 25 июля по 3 августа 2012 г. с целью оценки больниц и достижения консенсуса в отношении будущих вмешательств по улучшению качества стационарной помощи. Этот документ является отчетом второй миссии.

2. Методы и мероприятия

Были проведены оценки в двадцати больницах в трех областях севера Кыргызстана (Таласская, Чуйская и Иссык-Кульская области). Список больниц включал шестнадцать районных (территориальных) больниц, три объединенные областные больницы и один национальный центр (Приложение 1). Повестка миссии представлена в Приложении 2.

Отчет о командах экспертов представлен в Приложении 3.

Для оценки больниц был применен инструмент по оценке педиатрических услуг (пересмотренная версия, ноябрь 2009 г.). Также было решено проверить около 35 историй болезней в каждой больнице. Были использованы десять простых критериев для оценки историй болезней (Приложение 4). Эти критерии были предложены Марзией Лаззерини совместно с Джорджио Тамбурлини и одобрены всеми командами экспертов. Все критерии использовали КС ВОЗ (включая Техническое обновление 2012 г.) в качестве ссылки и были четко определены. Был разработан шаблон для быстрой оценки историй болезней. В этом шаблоне экспертам просто нужно было подчеркнуть присутствие или отсутствие критериев. Возможности при оценке 35 историй болезней в каждой больнице были оговорены 24 и 25 июля перед началом оценки, и было решено, что каждый эксперт может оценить 10–15 историй болезней за 60–90 минут.

Встреча для детального разъяснения методов оценки и устранения каких-либо сомнений по поводу ожидаемых результатов была проведена 24 июля с руководителями команд, и 25 июля – со всеми экспертами. Шаблоны были распространены среди всех групп (Приложение 4). Нужно было заполнить шаблоны для облегчения сортировки результатов для итогового совещания. Список шаблонов включал:

- a. Шаблон для оценки историй болезней
- b. Шаблон системы баллов
- c. Шаблон с Планом Действий, разработанным для каждой больницы
- d. Шаблон плюсов и минусов
- e. Базовые характеристики больниц

Исходя из того, что инструмент по оценке педиатрических услуг не включает раздел по новорожденным, была разработана дополнительная глава по новорожденным. (Приложение 5).

3. Результаты

Были оценены все двадцать больниц. Визиты по оценке проходили гладко и без значительных проблем благодаря помощи местных руководителей и руководителей больниц. Команды по оценке принимали с теплом и вниманием почти везде.

3.1. Инструмент по оценке педиатрических услуг

Команды по оценке выявили следующие положительные аспекты:

- ❖ Обновление инфраструктуры в некоторых больницах было проведено недавно, тогда как в других больницах планируется постройка новых зданий или обновление инфраструктуры.
- ❖ Достаточное количество сотрудников в большинстве отделений.
- ❖ Оборудование, лекарства и медизделия, а также лабораторное оборудование находятся в хорошем состоянии в большинстве отделений.
- ❖ Гигиена и чистота, в основном, на хорошем уровне.
- ❖ Нет значительных экономических препятствий, основные лекарства бесплатны для детей.

- ❖ Хирургическое отделение с детским специалистом присутствует в большинстве больниц.
- ❖ Больницы предоставляют питание детям и матерям.
- ❖ В среднем, теоретические знания по ИВБДВ на хорошем уровне даже на уровне больниц.
- ❖ Медицинские работники чувствуют ответственность за предоставление соответствующих медицинских услуг для детей и проявляют интерес и гордость к своей работе.
- ❖ Отношение и интерес к оценке больниц руководителей больниц и их заместителей было довольно заметным, многие из них присоединились к командам во время проведения некоторой части оценок.

Однако оценка показала существование некоторых важных пробелов в нескольких областях качества медицинской помощи, включая инфраструктуру, организацию снабжения, систему поддержки, координацию с ПМСП и другими уровнями оказания медицинских услуг. Клиническое ведение больных было охарактеризовано наличием некоторых пробелов в знаниях, а также большого количества пробелов между теоретическими знаниями и имеющейся практикой.

Свод баллов 20 оцененных больниц предоставлен в табл. 1 и табл. 2 ниже.

Таблица 1. Свод баллов восточных команд оценщиков

	День 1	День 2	Под-группа а)				Под-группа б)				СРЕДНИЙ БАЛЛ
	1. Иссык-кульская обл. Общяя больница	2. Аксу район.	3. Тюп район.	4. Иссык-куль район.	5. Кемин район	6. Бишкек НАЦИОН.	7. Джели-Огуз район.	8. Тон район.	9. Балыкчи район.	10. Токмок город/район	
1. Информационная система	1.8	1.5	1.7	1.4	1.4	2.3	1.7	1.5	1.7	1.3	1.6
2. Лекарственные средства, медизделия, оборудование	2	2	1.5	1.3	1	2.7	1.9	2	1.8	1.8	1.8
3. Лаборатория	2.5	2.2	2	1.5	1.8	2.7	2	2	2	2	2
4. Неотложная помощь	1.5	1.8	1.5	1	1.5	2.4	1.1	1.3	1.7	1.1	1.5
5. Педиатрические услуги в палатах	1.7	1.9	1.4	1.8	0.5	2.5	1.5	1.5	1.6	1.5	1.6
6.1 Кашель, затрудненное дыхание	1.4	1	1.2	1.4	1.7	1.5	1.5	1	1.6	1.5	1.4
6.2 Диарея	1.5	1.2	1.4	1.3	1.4	1.5	1.2	1	1.4	1.3	1.3
6.3 Задержка роста и анемия	1	1	1.4	1	0.7	1.7	1.1	1	1.4	-	1.1
6.4 Жар/лихорадка	1.5	1.5	1.3	1.3	1.3	1.5	1.5	1	1.6	1.3	1.4
6.5 Хронические болезни	1.5	1	1	1	1	2.7	1	1	-	-	1.3
6.6 Неотложная хирургия	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7. Профилактика и лечение инфекционных болезней	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	2	1.5	1.5	1.9	1.2	1.6
8. Услуги по уходу за детьми	1.5	1.5	1.4	1.2	0.5	1.5	1.7	1.5	1.7	1.6	1.4
9. Мониторинг и дальнейшие действия	1.5	1.5	1.8	1.5	2	1.5	1.7	1.2	1.5	1.6	1.6
10. Руководство и аудит	2	1	1.5	1.5	1.7	2.2	1	1.7	2	1.8	1.6

11. Обращения	2.3	1.5	2	1.5	1.2	1.5	1.1	1.8	2	2	1.6
12. Соответствие требованиям обслуживающего персонала	2	-	-	-	2	-	2	2	2	2	2
13. Соответствие требованиям медицинских работников								1.5	2	1.5	1.7

Таблица 2. Свод баллов западных команд оценщиков

	День 1	День 2	Суб-группа а)				Суб-группа б)				СРЕДНИЙ БАЛЛ
	1. Таласская обл. Общ.	2. Чат Базар	3. Бакай-ата	4. Джайыл общ.	5. Московский	6. Чуй общ. ОБЛ.	7. Карабура	8. Панфиловский	9. Сокулук	10. Ысык-Ата	
1. Информационная система	2	3	2.5	1.5	2.0	1.5	2.3	2	1	2	2
2. Лекарственные средства, медизделия, оборудование	3	3	2.2	2.8	2.8	2.6	3	2.6	1.2	2.8	2.6
3. Лаборатория	3	3	2.5	3.0	2.0	2.5	3	3	3	3	2.8
4. Неотложная помощь	1.7	2	1.8	1.8	1.8	1.5	2.0	1.4	1.6	2.4	1.8
5. Педиатрические услуги в палатах	1.8	2	0.75	1.0	2.0	2.3	1.8	1.5	1	2.8	1.7
6.1 Кашель, затрудненное дыхание	0.4	0.4	0.6	0	0.3	0.3	0.6	0.7	1.6	0.3	0.5
6.2 Диарея	0.2	0.5	0.3	0	0	-	0.8	0.8	1.8	2	0.7
6.3 Задержка роста в результате анемии	0	0	0	0	0	0	0.7	0.7	0	1.3	0.3
6.4 Жар/лихорадка	1	1.2	0.7	0.5	0.6	0.2	1.2	1.2	0.8	1.3	0.9
6.5 Хронические болезни	1	1.7	0	1.0	0.6	0.7	1	0.3	1	0.7	0.8
6.6 Неотложная хирургия	2.3	3	1.0	2.0	2.0	-	2.3	2	1	1.7	1.9
7. Профилактика и лечение инфекционных болезней	0.8	1.4	2.0	0.8	1.0	1.2	1.4	1	1.2	1.8	1.3
8. Услуги по уходу за детьми	0.3	1.6	0.8	0.8	0.7	0.7	0.7	0.4	0.4	0.7	0.7
9. Мониторинг и дальнейшие действия	0.7	1.5	1.0	1.0	1.5	1.0	1.2	1	1	1.2	1.1
10. Руководство и аудит	0	0.8	0	1.0	0.7	0	0.7	1.5	0.5	1	0.6
11. Обращения	2.3	2	1.75	1.5	0.8	1.5	2	2	1.5	1.8	1.7
12. Соответствие требованиям обслуживающего персонала	1.7	2.6	2.3	2.0	2.0	1.3	2	2.3	1.3	2.7	2
13. Соответствие требованиям медицинских работников	2.5	1.9	1.8	2.1	2.0	1.3	1.7	1.7	0.8	1.5	1.7
14. Доп. раздел новорожденные	2.4	2.8	2.0	2.0	2.0	---	2	1.2	1	2.4	2

Примечание: Оценка отделений новорожденных не была включена в данную оценку из-за сроков и того факта, что компонент по новорожденным обычно оценивается при помощи другого Инструмента оценки. Однако была разработана дополнительная глава о новорожденных и было решено провести соответствующую оценку в случае присутствия новорожденных в общих детских отделениях во время оценки.

3.2 Истории болезней

В целом было проверено 717 историй болезней, 669 из которых с респираторными заболеваниями и диареей (остальные по новорожденным). Результаты оценки историй болезней представлены на рис. 1.

Из табл. 1 и 2 и рис. 1 ясно видно, что существует значительная разница между степенью проблем, обнаруженных в двадцати больницах. Качество медицинской помощи в больницах варьируется, к тому же и в отдельно взятой больнице некоторые отделения работают лучше, чем другие. Однако выявилось немало общих проблем.

Табл. 3 обобщает проблемы, обнаруженные в целом, и соответствующие решения по улучшению медицинской помощи. Этот список является результатом обсуждений, проведенных в ходе оценки, сначала с командами экспертов, затем с сотрудниками больниц и их руководителями, и наконец в рамках окончательного обсуждения и последующих встреч в Бишкеке. Список представлен в соответствии с Инструментом ВОЗ по оценке педиатрических услуг.

3.3 Барьеры при внедрении руководства ВОЗ

Медицинский персонал был опрошен на определение предполагаемых барьеров при внедрении руководства ВОЗ. Выявленные барьеры оказались схожи с теми барьерами, которые были выявлены в Казахстане в 2011 г.:

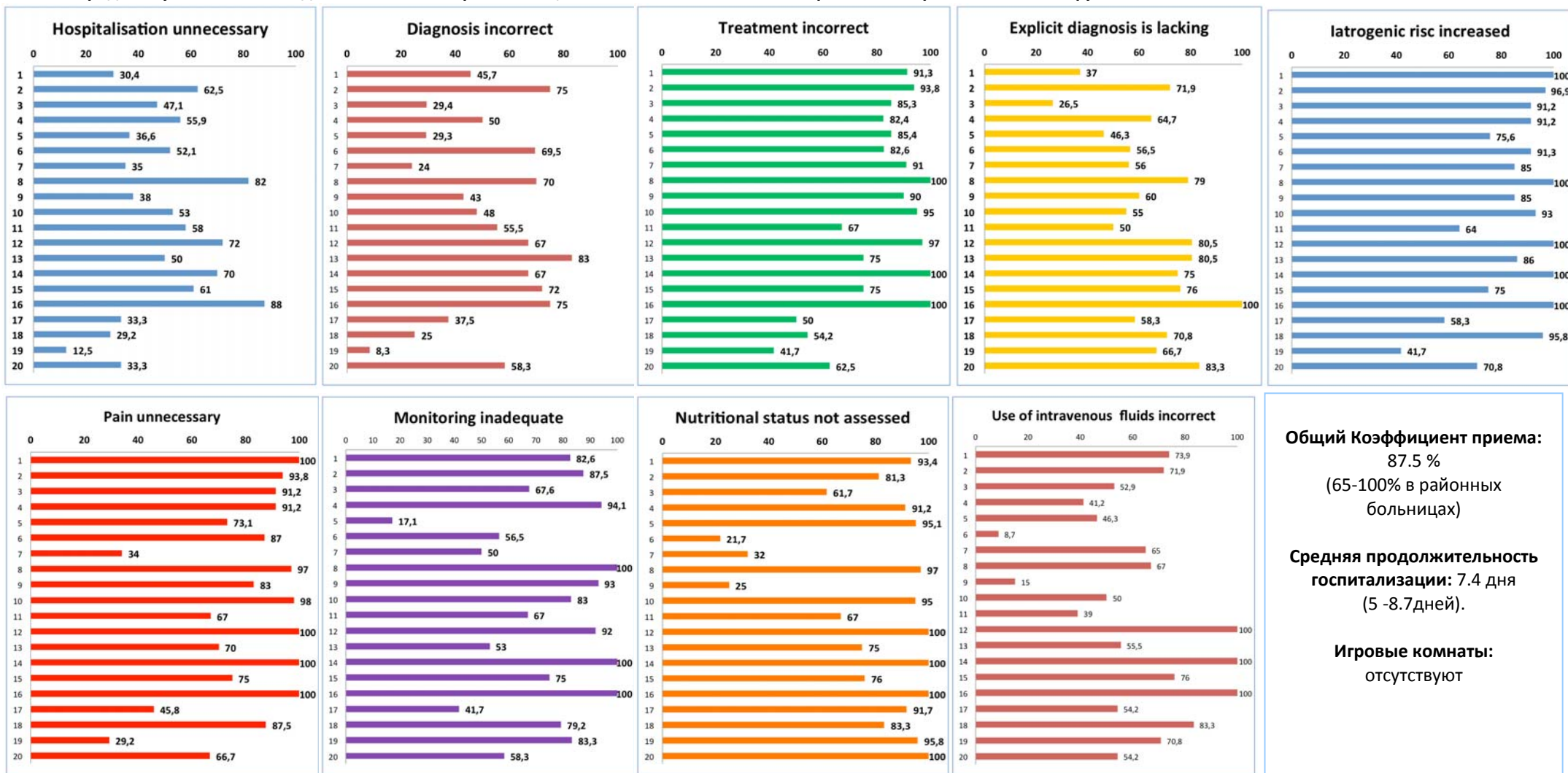
- 1. Отсутствие подготовки: недостаточное знание руководств (как и предполагалось, обучение еще не началось).*
- 2. Трудности с изменением поведения: продолжение традиционной практики.*
- 3. Инициатива пациентов и роль сообщества: давление со стороны матерей и родственников в плане госпитализации и выписывания инъекций.*
- 4. Оборонительная медицина: страх наказания в случае плохих результатов (или отказа в госпитализации).*
- 5. Финансовые механизмы: страх того, что больницу закроют или сократят персонал или бюджет. Дневное лечение или любое лечение, длящееся меньше трех дней, не оплачивается.*
- 6. Недостаток специалистов: отсутствие педиатров и неонатологов в больницах: превалирует количество сотрудников, выходящих на пенсию.*
- 7. Отсутствие координации с ПМСП и другими уровнями медицинской помощи.*

В целом, оценка определила ряд общих проблем. Список проблем и предлагаемых решений представлен в табл. 3.

Рисунок 1. Результаты оценки историй болезней (N=669)

1-й ряд: Ненужная госпитализация; Неправильный диагноз; Неправильное лечение; Отсутствие четкого диагноза; Ятрогенный риск повышен.

2-й ряд: Ненужная боль; Неадекватный мониторинг; Не оценено состояние питания; Неправильное применение ВВ инфузий.



Общий Коэффициент приема:
87.5 %
(65-100% в районных
больницах)

**Средняя продолжительность
госпитализации: 7.4 дня**
(5 -8.7дней).

Игровые комнаты:
отсутствуют

Таблица 3. Список общих проблем и предлагаемых решений

ПРОБЛЕМЫ		РЕШЕНИЯ
1. Информационная система и истории болезней	<p>Больницы всегда ведут статистику, обычно в электронном виде, но:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Низкая осведомленность • Частые несоответствия • Данные о детях иногда смешиваются с данными о взрослых • Упор на объем работы и медицинское страхование • Планирование фондов не основано на результатах в отношении здоровья и качества медицинской помощи (КМП) • НЕ применяются механизмы по улучшению качества <p>Ведение медицинских записей присутствует. Однако:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Иногда их сложно прочитать • У матерей нет доступа к ним • Плохой мониторинг жизненно важных параметров, некоторые несоответствия в параметрах/ клиническом статусе 	<p>Статистика больниц</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Совершенствовать внутренний критический анализ и знания среди сотрудников, работающих со статистикой. 2. Контролировать скорость приема (диапазон 65-100%), и длительность госпитализации (средняя длительность 5-11 дней) 3. Применять эти индикаторы для ведения плана действий совместно с ПМСП. 4. Адаптировать индикаторы КМП, не только по объему работы <p>Медицинские записи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Совершенствовать читабельность медицинских записей 6. Улучшить мониторинг историй болезней 7. Проверять внутреннюю согласованность посредством клинического аудита
2. Лекарственные средства. Медизделия, оборудование.	<p>Доступно большинство лекарств и оборудования. Однако, есть важные проблемы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не доступно на национальном уровне: цинк. • В районных больницах отсутствуют оборудования для спасения жизни, хотя они довольно дешевые (такие как Кислород, Кислород для транспортировки, оксиметр, маски Амбу для детей, аэрозоль, весы,+ Салбутамол, цефтриаксон, диазепам + Амоксициллин, ОРС низкой осмолярности, фенobarбитал. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Поставка базового оборудования. 2. Обеспечить так, чтобы все отделения были снабжены базовыми средствами и оборудованием (не только отделение реанимации) 3. Наличие всего набора для неотложных ситуаций и транспортировки 4. Распределение конкретных обязанностей по тому, как и как часто должны проходить проверки

	<ul style="list-style-type: none"> • Не все сотрудники владеют некоторыми процедурами (медицинские бабочки, канюли, назогастральный зонд). • Недостатки в распределении и готовности к работе оборудования • Недостатки при заказе лекарств и их хранении (холодильник) 	<p>оборудования/медизделий в каждом отделении</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Обучить важности оральных антибиотиков и важности оказания экстренной медицинской помощи 6. Проводить регулярное обучение всех сотрудников по использованию оборудования
3. Лаборатория	<p>В основном в хорошем состоянии, весь минимальный набор лабораторных анализов доступен во всех больницах. Но</p> <ul style="list-style-type: none"> • В некоторых лабораториях не предоставляются лабораторные услуги ночью • Общее отсутствие Контроля Качества 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Усилить контроль качества. 2. Проследить за тем, что срочные тесты были доступны в разумные сроки.
4. Неотложная помощь	<p>Разнородная ситуация, но:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Тенденция полностью полагаться на отделение реанимации (к примеру, 20% госпитализированных!) • Большое расстояние между приемной и реанимационной. • Структурные недостатки: нет горячей воды, физические барьеры (маленькие двери, лестницы, старые и нерабочие лифты) • <u>Недостаточная транспортировка</u>: недостаточно машин скорой помощи (10% доступа), нет кислорода, нет рольганга, нет иммобилизации для пациентов с травмами, не найдены практические решения для физических барьеров • <u>Недостаточная организация</u>: Оборудование не готово, нет постоянной командной работы, лекарства хранятся в разных местах, ненужная мебель, нет ламп, мыла, настенных плакатов • Сортировка и экстренная медицинская помощь отсутствует или недостаточна во многих больницах. Результат – позднее и неадекватная неотложная медицинская помощь 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Внедрение системы сортировки для докторов и медсестер. 2. Реорганизовать помещения неотложной помощи: дополнительно приобрести обогреватели, улучшить освещение, добавить мыломоющие средства, устранить физические барьеры, повесить плакаты на стены. 3. Обеспечить оборудование для неотложной помощи, при необходимости: кислород при транспортировке больного, пульсовые оксиметры, Амбу, диазепам, сальбутамол. 4. Распределить обязанности по тому, как и как часто проверять оборудование/медизделия в каждом отделении 5. Тренироваться при помощи ролевых игр при неотложных состояниях, включая транспортировку в реанимацию. <p>Человеческие ресурсы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Добавить сортировку и КС ВОЗ в до-дипломную программу обучения.

	<ul style="list-style-type: none"> • Недостаток человеческих ресурсов в больницах (мало узких специалистов, большинство из которых находятся в предпенсионном возрасте) 	<p>2. Политика по удержанию персонала (включая надлежащее обучение и проекты по Улучшению Качества и другие стимулы, основанные на КМП) для врачей в районах</p>
5. Педиатрические палаты	<p>Разнородные: некоторые палаты в хорошем состоянии, в некоторых проводится ремонт, некоторые имеют долгосрочные проблемы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Туалеты: в основном недостаток туалетов (иногда 1/20 кроватей), отсутствие воды, отсутствие горячей воды, нет мыла, нет туалетной бумаги. • Палаты: в основном переполнены (4-6 детей), старые кровати/матрасы/белье, нет условий для матерей • Отопление: эффективно ли зимой ? • Кухня для матерей: походные условия • Нет игровой комнаты, нет игрушек, нет детских изображений на стене, нет адекватного освещения и окон (инфекционное отделение) • <i>Долгосрочная госпитализация</i> 	<p>1. Улучшение состояния в детских палатах, по возможности с незамедлительными недорогими решениями</p> <ul style="list-style-type: none"> - Снабжение водой: снабжать горячей водой в установленное время - Туалеты: химические средства для ликвидации засоров, ручной смыв; добавить мыло и туалетную бумагу - Приватность: Распределять отдельные семьи в разные палаты - Дружелюбная для детей атмосфера: игрушки, свет, цветные рисунки на стене) - Кухни: больше оборудования для матерей
Все клинические области	<p><i>Знание критериев оценки и лечения по ИВБДВ; но:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Знание ИВБДВ не применяется на практике • Стереотипы больниц: <ul style="list-style-type: none"> - <i>“Дети имеют право на госпитализацию” (т.е. “все должны быть госпитализированы”)</i> - <i>Мы используем только парентеральные антибиотики (ВМ) так как дети приходят в больницу с предыдущей практикой применения антибиотиков</i> - <i>“Широкий выбор новых антибиотиков всегда лучше оральных”</i> - <i>“Маленькие дети не будут принимать оральные антибиотики”</i> - <i>“Анемия и задержка роста не являются проблемами стационара.”</i> - <i>«Мы пульмонологи, мы не знаем как лечить диарею или</i> 	<p><u>Общее для всех клинических областей</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Адаптировать национальные руководства, основанные на доказательствах. 2. Борьба со стереотипами в больницах через повышение координации с ПМСП, участие сообщества и знания, основанные на доказательствах (например, о ценности оральных антибиотиков) 3. Составить план распространения знаний (веб-сайт, обучение). 4. Поощрять внутренне обучение (это должно включать: оценку + лечение + мониторинг) 5. Использовать клинические руководства для клинического аудита, создать УК команду и организовать Клиническую Встречу для обсуждения

	<i>отит»</i>	<p>клинического ведения больных с использованием Карманного Справочника в качестве стандарта</p> <p>6. Повышение эффективной коммуникации по отдельным случаям как с первичным уровнем (ПМСП), так и третичным уровнем (республиканские больницы), и направление отправить отзыв (Дефектная карта)</p>
6.1 Кашель, затрудненное дыхание	<p>Регулярное некачественное медицинское лечение:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Чрезмерное использование парентеральных антибиотиков, таких как цефалоспорины третьего поколения + другие (амикацин и т.д.), даже если они не требуются исходя из тяжести заболевания • Неправильные дозировки в течение длительного времени, риск развития устойчивости к антибиотикам • Почти все ВМ инъекции 2–4 раза в день в течение 7–10 дней, что приводит к ненужной боли • Широкое применение стероидов при простой пневмонии • Недостаточное применение салбутамола, неправильные дозировки или недостаточные промежутки, частое применение аминофиллина • Почти у всех пациентов 1–2 рентгена с неправильным рентгенологическим диагнозом • Отсутствие соответствующего мониторинга историй болезней 	
6.2 Диарея	<p>Хороший уровень теоретических знаний, но они не применяются на практике</p> <ul style="list-style-type: none"> • Широкое использование антибиотиков • Широкое использование ВВ растворов • Неточные назначение ОРС и ВВ растворов (количество, качество, приготовление) • Использование стероидов • Использование других лекарств (против диареи) • Неправильный мониторинг, взвешивание только один раз в день, иногда только при приеме и выписке. • Ненужные анализы, например кал на копрокультуру 	

6.4 Жар/Лихорадка	<ul style="list-style-type: none"> • Общее отсутствие дифференциальной диагностики лихорадочных состояний. • Инфекции мочевыводящих путей: как правило, недостаточное знание диагностики и лечения (применение одного ампициллина). • Менингит: некачественное знание лечения антибиотиками (только ампициллин) • Отит: отсутствие отоскопа, неправильные антибиотики • Фебрильные судороги: зачастую направляют к специалистам 	
6.3 Анемия, задержка роста	<p>Есть понимание признаков острой недостаточности питания и анемии, но:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Весы и приборы для измерения роста (для маленьких детей и детей старшего возраста) зачастую отсутствуют • Рост (и иногда вес) не измеряется, и хроническая задержка роста (широко распространена) не диагностируется. • Недостаток знаний о графиках роста • Анемия не обследуется правильно (только тест на железо > с подавляющее большинство случаев перенаправляются в Бишкек) • Стереотип больниц: “анемия и задержка роста не относятся к больницам” • У детей нет персональных буклетов, где регистрируется прогресс их роста и развития 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обеспечить весами и приборами для измерения роста все отделения 2. Обязательное измерение веса и роста и их регистрация в историях болезней 3. Бороться с больничными стереотипами по состоянию питания 4. Способствовать более широкому использованию графиков веса и роста 5. Разработать национальное Руководство по анемии и задержке роста 6. Усилить районные лаборатории для дифференциальной диагностики анемии 7. Разработать детские персональные буклеты для регистрации прогресса развития роста и веса
6.5 Хронические болезни	<p>Хорошее лечение в центрах третичного уровня. Но:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не проводится лечение педиатром в районных/областных больницах, а происходит перенаправление к специалистам. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Разработать национальное Руководство для педиатров по хроническим болезням таким, как диабет, астма и т.д. 2. Усилить коммуникацию между больницами 1–2 уровня и национальным центром, с системой активного надзора (Дефектная карта)

7. Профилактика и лечение инфекционных болезней	<p>Часто встречающиеся проблемы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Парентеральные антибиотики: чрезмерное использование, регулируемое самими пациентами. • Чрезмерное использование ВВ растворов, неуместное количество и качество (например, глюкоза + новокаин) • Чрезмерное использование стероидов в некоторых больницах. • Неправильное лечение лихорадки (лекарства не подходящие для детей или назначение лекарств даже при невысокой температуре) • Питание предоставляется, но нет специальной еды для детей, а также нет хорошо оборудованных кухонь. • Обучение по вопросам здоровья (ГВ, дополнительное питание) не систематично, недостаточно обучающего материала (постеры, видео). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Принять и использовать руководство КС ВОЗ по лечению лихорадки и назначению ВВ растворов. 2. Принять в качестве индикаторов КМП применение ВВ растворов и числу болезненных процедур 3. Ограничить использование стероидов вне четко определенных клинических рамок. 4. Специальная еда для детей, хорошо оснащенные кухни для матерей 5. Усилить обучение укреплению здоровья в больницах и обществе
8. Услуги по уходу за детьми	<p>Персонал в основном ответственен и дружелюбен. Однако:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Немногие больницы приняли Хартию о Правах Детей. • Частые ненужные болезненные процедуры (ВМ инъекции). • Зачастую атмосфера не дружелюбна для детей: нет света, нет ярких красок, нет рисунков на стене, нет игрушек и игровой комнаты • Зачастую не соблюдается приватность/уединенность. • Матерям, в основном, не разрешают находиться в реанимационном отделении. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Внедрить и ознакомить пациентов с Хартией о правах детей. 2. Уменьшить ВМ инъекции, использовать оральные антибиотики (использовать число ВМ инъекций как индикатор) 3. Реорганизация отделений в более дружелюбные для детей. 4. Улучшить приватность (распределять семьи в разные палаты) 5. Уделить внимание приватности и правам подростков. 6. Разрешать матерям находится в отделениях реанимации и интенсивной терапии
9. Мониторинг и дальнейшие действия	<p>Матери отмечают, что детей часто проверяют, но:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Самые важные параметры (частота дыхания, вес) часто не записываются. • График мониторинга в истории болезни включает пространство для всего нескольких параметров. • Частое несоответствие между записанными параметрами 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Включить четкие критерии для мониторинга следования клиническим руководствам 2. Подчеркнуть важность мониторинга, использовать соответствующие параметры как главные индикаторы. 3. Применять клинический аудит для проверки мониторинга

	и клиническим состоянием, описанным в истории болезни.	
10. Руководство и аудит	<ul style="list-style-type: none"> • ИВБДВ хорошо знаком персоналу в теории, но не применяется на практике. • В больницах имеются набор самых различных других руководств. • Самые распространенные руководства не различают болезни детей и взрослых. • Мало настенных схем. • Старые учебники по педиатрии. • Неясно на каком руководстве основываются существующие клинические аудиты. • Низкое распространение доказательной медицины, языковые барьеры, низкий доступ к интернету, недостаточное участие в научных семинарах. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Распространять руководство ВОЗ, и использовать его как основу к клиническому аудиту 2. Разрабатывать дешевые обучающие материалы и настенные схемы (лечения) для помощи медицинским работникам 3. Вовлечь в этот национальный процесс Фонд Обязательного Медицинского Страхования. 4. Усилить координацию с ПМСП 5. Продвигать концепцию доказательной медицины (ДМ), обеспечивать участие в научных семинарах и членство в научных сообществах, обеспечить доступ в Интернет
11. Доступность	<p>Нет экономических барьеров к медицинским услугам (дети до 5 лет получают медицинские услуги бесплатно). Однако:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Очевидна неудовлетворительная работа ПМСП (многие направленные дети должны получить услуги от ПМСП), • Низкий уровень коммуникации и координации между разными уровнями медицинских услуг, в том числе, между больницами всех уровней и ПМСП. • Привычка пациентов обращаться самим в больницы: на само-направление приходится 43% всех случаев обращений в Национальный центр в Бишкеке. • Позднее направление (до сих пор по несколько смертей случаются в домашних условиях) • Некоторые проблемы при транспортировке (около 10–15% поступивших в больницы транспортируются машинами скорой помощи, и доступно; в целом, 1–2 машины скорой помощи имеются в каждой больнице) • При некоторых хронических болезнях требуются дорогие лекарства, оплачиваемые самим пациентом (циклоsporин) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Оценить работу ПМСП 2. Усилить координацию между разными уровнями медицинского обслуживания 3. Усилить уровень образованности и участие общества 4. Усилить систему транспортировки 5. Проводить лечение и хронических болезней

3.4 Итоговое совещание

Итоговое совещание было проведено 3 августа. Повестка этого совещания прилагается в Приложении 6. Список участников включал высокопоставленных чиновников из МЗ, ответственных за ЗМР, ПМСП/стационарная помощь, улучшение качества медицинских услуг, систему здравоохранения, а также главных врачей оцененных больниц. Целями совещания было: а) поделиться предварительными результатами оценки больниц; б) обсудить проблемы и согласовать рекомендации по улучшению качества медицинских услуг для детей в больницах Кыргызстана и, в частности, в оцененных больницах; с) обсудить перечень индикаторов для мониторинга Проекта (как индикаторы на основе деятельности, так и индикаторы на основе достижения результатов).

В целом, совещание было довольно продуктивным. Имело место довольно быстрое достижение консенсуса о наличии проблем по качеству педиатрических услуг в больницах Кыргызстана и о необходимости принятия мер. Во время работы в рабочих группах был достигнут консенсус в отношении основного направления мероприятий, которое будет включать действия на разных уровнях: национальном, областном и больничном. Ниже приводится общий список представленных и утвержденных мер.

НАЦИОНАЛЬНЫЕ СТРАТЕГИИ

- 1) Обзор национальной адаптации КС ВОЗ и его утверждение в качестве национальной стратегии
- 2) Приказ МЗ о УК детских медицинских услуг, включая мероприятия по МиО
- 3) Пересмотреть национальный список жизненно важных лекарств путем добавления в него ОРС низкой осмолярности, цинк, генцианвиолет
- 4) Обучение инспекторов Фонда обязательного медицинского страхования, обзор Инструмента фонда страхования и его согласование с КС ВОЗ
- 5) Провести оценку обучения ИВБДВ в до- и последипломном обучении
- 6) Проведение обучения
- 7) Разработать индикаторы качества медицинских услуг
- 8) Разработать национальную систему МиО
- 9) Обзор системы финансирования в больницах (например, оплата за случаи госпитализации меньше трех дней и организация дневного стационара в больницах, а также оплата за случаи амбулаторного лечения)
- 10) Издать положение о непрерывности оказания медицинской помощи и создать систему эффективной коммуникации между различными уровнями медицинских услуг.

ОБЛАСТНЫЕ СТРАТЕГИИ

Предлагаемая система координации и наставничества: областные координаторы, ответственные за 4 больницы.
Областной координатор должен устраивать 1 визит/месяц за 3 месяца и затем каждые 3 месяца – повестку нужно обсудить с больницами.

При каждом визите областной координатор должен:

- 1) Проверить, что Руководства применяются (и распространять)
- 2) Проверить прогресс по Плану действий
- 3) Проверить истории болезней (те же индикаторы, как и при первой оценке)

- 4) Проверить обучение
- 5) Проверить работу команды УК больницы

Примечания по обучению:

- Внутренний тренинг также понадобится (Индикатор =70% персонала, обученного в ходе внутреннего тренинга). Было решено, что эффективный каскад тренингов может использовать разные подходы, такие как проведение внутреннего обучения координаторами в ходе оценочных визитов (продолжительность подлежит согласованию, 1–3 дня). Необходимы различные курсы: тренинг по экстренной сортировке, оценке и лечению для всех, 5 дней для специалистов и 3 дня для остальных, и отдельная программа для медсестер.

Примечания по команде в больнице по УК:

Члены: педиатр, заместитель директора, ответственный за закупку лекарств, старшая медсестра, ответственный за инфекционный контроль, со следующими целями:

- 1) Клинический аудит и клинические разборы-совещания (привлечь медицинский колледж и университет)
- 2) Координация с ПМСП и областными/национальными центрами (анализ дефектных карт)

Проводить совещания лицом к лицу 1/месяц совместно с ответственными из ПМСП и людьми из Укрепления здоровья (т.е. республиканский центр укрепления здоровья, сельские комитеты здоровья). Основные темы обучения: ОРС терапия; лечение сальбутамолом; лечение жара; ценность оральных антибиотиков.

БОЛЬНИЧНЫЕ СТРАТЕГИИ

- Организовать команды УК, со следующими участниками: заведующий детским отделением, старшая медсестра (также ответственная за распределением медикаментов и оборудования, включая КС), инфекционный контроль
- Укрепить личную мотивацию сотрудников
- Реорганизация приемного отделения и транспортировки
- Знаки, помогающие пациентам ориентироваться в больнице
- Сделать приемное отделение ближе к реанимационному отделению
- Статистика: число обратившихся, продолжительность и использование антибиотиков, полипрагмазия, ВВ инфузии, диагностические лабораторные тесты
- Увеличить предоставление отзывов для ПМСП
- Обучение сотрудников экстренной сортировке, диагностике и лечению, транспортировке
- Клинический аудит со всем персоналом – плюс самооценка
- Аудит всех случаев смерти
- Структура и организация больницы, дружелюбная для детей обстановка
- Обучение родителей
- Ролевые игры

Были предложены некоторые индикаторы для мониторинга и оценки (МиО), но не было достаточно времени для детального определения индикаторов на основе деятельности, так и индикаторов, основанных на достижении результатов.

3.5 Будущие действия

Существует необходимость дальнейшего уточнения и обсуждения деталей планируемых мероприятий (таких как, например, каскадный тренинг, методы, используемые для областной координации и наставничества). Для каждого мероприятия должны быть определены ответственные люди, так же, как и соответствующие индикаторы МиО. Может быть организована конференция для согласования деталей вмешательства, методов МиО и для определения потребности во внешней поддержке.

4. Заключение

Данная миссия была успешной в плане достижения целей. Была проведена оценка двадцати больниц – весь список предполагаемых больниц, а также был достигнут консенсус в отношении главных стратегий по улучшению КМУ на разных уровнях (национальном, областном, больничном). Необходима дальнейшая работа для разработки деталей мероприятий (действий), методов их внедрения и индикаторов МиО.

Приложение 1. Список оцененных больниц

Восток

1. *Иссык-Кульская объединенная областная больница*
2. *Ак-сууйская территориальная больница*
3. *Тюпская территориальная больница*
4. *Джети-Огузская территориальная больница*
5. *Иссык-Кульская территориальная больница*
6. *Тонская территориальная больница*
7. *Балыкчинская городская территориальная больница*
8. *Кеминская, территориальная больница*
9. *Токмокская городская территориальная больница*
10. *Национальный центр охраны материнства и детства*

Запад

1. *Таласская объединенная областная больница*
2. *Таласская территориальная больница*
3. *Кара-Буринская, территориальная больница*
4. *Бакай-Атинская территориальная больница*
5. *Чуйская объединенная областная больница*
6. *Панфиловская территориальная больница*
7. *Сокулукская территориальная больница*
8. *Иссык-Атинская территориальная больница*
9. *Московская территориальная больница*
10. *Джайылская территориальная больница*

Приложение 2. Повестка Миссии по оценке

Восток – Иссык-Кульская и Чуйская область

<i>День недели</i>	<i>Дата</i>	<i>Мероприятие</i>	<i>Расстояние</i>	<i>Ночевка</i>
Среда	25.07	Отъезд в Иссык-Кульскую обл.	400 км (6-7 часов)	Кара-Кол
Четверг	26.07	Иссык-Кульская областная Объединенная областная	-	Кара-Кол
Пятница	27.07	Аксу Теплоключенка ТБ	10 км	Кара-Кол
Суббота	28.07	I Группа – Тюп ТБ II Группа – Джети-Огуз ТБ	29 км (до Тюпа) 120 км до Чолпон-Аты 38 км (1 час)	Чолпон-ата Боконбаево
Воскресенье	29.07	Отдых – подведение итогов предварительных результатов		Чолпон-Ата
Понедельник	30.07	I Группа – Чолпон-Ата ТБ II Группа – Тон ТБ	-	Чолпон-ата Балыкчи
Вторник	31.07	I Группа – Кемин ТБ II Группа – Балыкчи Городская больница	120 км (2 часа) утром + после оценки выезд в Бишкек 90 км (1 час) - Выезд в Токмок	Бишкек Токмок
Среда	01.08	I Группа – Национальный центр ОМИД в Бишкеке II Группа - Токмок ТБ	-Нет поездов -Выезд в Бишкек 60 км	Бишкек Бишкек

Запад – Таласская и Чуйская область

<i>День недели</i>	<i>Дата</i>	<i>Мероприятие</i>	<i>Расстояние</i>	<i>Отель</i>
Среда	25.07	Выезд в Таласскую область	470 км	Отель в г. Талас
Четверг	26.07	Таласская областная больница	-	Отель в г. Талас
Пятница	27.07	Чат Базар	40 км	Отель в г. Талас
Суббота	28.07	I Группа – Кара-Бура ТБ II Группа – Бакай-Ата ТБ	60 км 40 км	Гостиница 59 квартал
Воскресенье	29.07	Выезд	470 км	Карабалта
Понедельник	30.07	I Группа – Чуйская объединенная областная больница II Группа – Ысык-Ата ТБ	25 км	
Вторник	31.07	I Группа – Сокулук ТБ II Группа - Панфиловская ТБ	25 км 85 км	Карабалта
Среда	01.08	I Группа - Джайыл, ТБ II Группа - Московская ТБ	60 км 45 км	Бишкек

Приложение 3. Команды экспертов и субкоманды

ВОСТОК

- а) Марзия Лаззерины (ВОЗ), Шукурова Венера (КР), Куличенко Татьяна (РФ) + Цой Елена (переводчик)
- б) Куба Монолбаев (ВОЗ Страновой офис), Давлетбаева Марина (КР), Ботбаева Жанара (КР), Бакрадзе Майя (РФ).

ЗАПАД

- а) Зауре Оспанова (ВОЗ), Маргиева Теа (РФ), Шалабаева Бактыгуль (КР), Айгуль Куттумуратова (ЕРБ ВОЗ).
- б) Юрий Акоев (РФ), Шингарева Марина (КР), Артыкбаева Жылдыз (КР).

ВОЗ= внешние эксперты ВОЗ, Страновой и региональный офисы ВОЗ

КР= Национальные эксперты Кыргызстана

РФ= Эксперты из Российской делегации

Приложение 4. Примененные шаблоны или Оценка

4.1 Шаблоны по оценке историй болезней

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЛУЧАЕВ

Госпитализация – <i>Не нужна</i>	Нет соблюдения рекомендаций КС ВОЗ: <ul style="list-style-type: none"> - У ребенка были признаки не тяжелой формы пневмонии, но все же он был госпитализирован - У ребенка была легкая дегидратация, но все же он был госпитализирован
Диагностика – <i>Неправильная</i>	Нет соблюдения рекомендаций КС ВОЗ: <ul style="list-style-type: none"> - Ребенка с легкой пневмонией диагностируют как пациента с тяжелой формой пневмонии - Ребенка с признаками легкой дегидратации диагностируют как пациента с тяжелой формой дегидратации
Лечение – <i>Неправильное</i>	Нет соблюдения рекомендаций КС ВОЗ: <ul style="list-style-type: none"> - Ребенка с легкой формой пневмонии лечат как пациента с тяжелой формой пневмонии - Ребенка с признаками легкой дегидратации лечат как пациента с тяжелой формой дегидратации
Диагностика и лечение <i>несовместимы или отсутствует точная диагностика</i>	Нет соблюдения рекомендаций КС ВОЗ: <ul style="list-style-type: none"> - Ребенка с признаками легкой дегидратации лечат как пациента с тяжелой формой дегидратации - Диагноз в истории болезни не точен
Ятрогенный риск – <i>повышен</i>	Сравнение с рекомендациями КС ВОЗ: <ul style="list-style-type: none"> - Любое ненужное (не рекомендованное КС ВОЗ) использование: Антибиотиков при диарее, Успокоительных лекарств; стероидов; Тонизирования сердца; - Любая ненужная политерапия (использование 2 или более ненужных лекарств)
Боль – <i>Не нужна</i>	Сравнение с рекомендациями КС ВОЗ: <ul style="list-style-type: none"> - Любое ненужное применение инъекций таких как ВМ и ВВ антибиотиков, которые можно было бы применять орально, или ВВ линия лечения детей, которая могла бы применяться орально - Любые другие инвазивные процедуры такие, как ненужная поясничная пункция или другие инвазивные процедуры
Мониторинг – <i>Недостаточный</i>	Нет соблюдения рекомендаций КС ВОЗ: <ul style="list-style-type: none"> - У ребенка с респираторной инфекцией скорость развития респираторной болезни не проверяется два раза в день - У ребенка с диареей вес не проверяется дважды в день - У ребенка с менингитом неврологический уровень не проверяется дважды в день
Статус питания – <i>не оценен</i>	Как вес, так и рост должны записываться хотя бы один раз в истории болезни, и при риске острого или хронического истощения, все должно быть четко описано в истории болезни.
Применения ВВ растворов – <i>Неправильно</i>	Сравнение с рекомендациями КС ВОЗ: (Глава 10.2): <ul style="list-style-type: none"> - ВВ растворы прописываются даже когда они не нужны, например, в случае если ребенок может пить - Когда нужны ВВ растворы, выдается неправильный раствор (например, гипотонический раствор) или неправильное количество (слишком много, или слишком мало).

Обзор историй болезней: Форма извлечения данных

Использовать в качестве ссылки КС ВОЗ и «Определению ниже приведенных случаев» - просто поставьте крестик в таблице

Истории болезней выбираются случайно из секций респираторных инфекций, диареи и жара.

В каждой больнице должно быть проверено 35 случаев (10-13 на каждого эксперта)

Дата.....Название больницыИмя эксперта.....

	Случай 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	В целом
1.Госпитализация													
<i>Не требуется</i>													
<i>Требуется</i>	X												
2.Диагноз													
<i>Неправильный</i>													
<i>Правильный</i>													
3. Лечение													
<i>Неправильное</i>													
<i>Правильное</i>													
4.Точный диагноз													
<i>Отсутствует</i>													
<i>Присутствует</i>													
5.Ятрогенный риск													
<i>Повышен</i>													
<i>Не повышен</i>													
6.Боль													
<i>Не обязательна</i>													
<i>Обязательна</i>													
7.Мониторинг													
<i>Неправильный</i>													
<i>Правильный</i>													
8.Статус питания													
<i>Не проверяется</i>													
<i>Проверяется</i>													

4.2 Шаблон со сводом баллов

Свод баллов 10 больниц

	День 1	День 2	Субгруппа а)				Суб-группа b)				Общий Балл
	Назв.больницы	Назв.больницы	Назв.больницы	Назв.больницы	Назв.больницы	Назв.больницы	Назв.больницы	Назв.больницы	Назв.больницы	Назв.больницы	
1. Информационная система											
2. Основные лекарства, снабжение, оборудование											
3. Лаборатория											
4. Скорая помощь											
5. Услуги в педиатрических палатах											
6.1 Кашель, затрудненное дыхание											
6.2 Диарея											
6.3 Анемия и задержка роста											
6.4 Жар/Лихорадка											
6.5 Хронические болезни											
6.6 Неотложная хирургия											
7. Профилактика и лечение инфекционных болезней											
8. Услуги по уходу за детьми											
9. Мониторинг и дальнейшие действия											
10. Руководство и аудит											
11. Обращения											
12. Соответствия стандартам обслуживающего персонала											
13. Соответствия стандартам медицинских работников											
14. Новорожденные											

Каждая группа (Восток, Запад) должна подготовить таблицу к вечеру 1 августа

(рекомендовано заполнять таблицы каждый день, после второго дня у каждой субгруппы будет собственная таблица, 1 августа вы должны будете отдать обе таблицы Марсии)

Инструкции

- Пожалуйста, распространите данную матрицу на встрече с руководителями больниц и главами отделений, которую должны заполнить работники больницы. Удостоверьтесь, что они понимают как ее заполнять (приведите примеры при необходимости).
- В конце оценки обсудите план действий вместе и выберите определенную версию. **Мы рекомендуем заполнять матрицу прямо в ваших блокнотах.**

4.4 Шаблон плюсов и минусов

Свод плюсов и минусов

Введите сюда общий свод плюсов и минусов, выявленных в больницах

	Плюсы	Минусы
1. Информационная система		
2. Основные лекарства, снабжение, оборудование		
3. Лаборатория		
4. Скорая помощь		
5. Услуги в педиатрических палатах		
6.1 Кашель, затрудненное дыхание		
6.2 Диарея		
6.3 Анемия и задержка роста		
6.4 Жар/Лихорадка		
6.5 Хронические болезни		
6.6 Неотложная хирургия		
7. Профилактика и лечение инфекционных болезней		
8. Услуги по уходу за детьми		
9. Мониторинг и дальнейшие действия		
10. Руководство и аудит		
11. Обращения		
12. Соответствия стандартам обслуживающего персонала		
13. Соответствия стандартам медицинских работников		
14. ДП Новорожденные		

4.5 Базовые характеристики

Базовые характеристики 16 районных больниц

Пожалуйста, заполните таблицу до 15 июля

	Название больницы	Название больницы	Название больницы	Название больницы	Название больницы	Название больницы	Название больницы	Название больницы	Название больницы	Название больницы	Название больницы	Название больницы	Название больницы	Название больницы	Название больницы	
ДАННЫЕ О НАСЕЛЕНИИ, ПРОЖИВАЮЩЕМ В ОБЛАСТИ ВОДОСБОРА (РАЙОНЕ)																
Общая численность населения																
В целом, детей (0-18 лет)																
Этническая принадлежность (%)																
Живущих за чертой бедности (% населения)																
Коэффициент смертности (0-18 лет)																
Коэффициент смертности, дети до 5 лет																
Коэффициент смертности, дети до 1 года																
Показатель грамотности взрослого населения																
Улучшенные источники питьевой воды (% населения)																
Улучшенные санитарные условия (%населения)																
Данные больницы (2011 г.)																
Число обращений (включают как прямые обращения, так и перенаправленные), все дети																

Обращения, дети до 5 лет
Обращения, дети до 1 года
Госпитализированы, все дети (0-18)
Госпитализированы, дети до 5 лет
Госпитализированы, дети до 1 года
Количество детских коек
Количество педиатров
Количество общих врачей
Количество медсестер
Количество реаниматологов
Медицинский персонал уже обученный по КС
Коэффициент смертности, все дети (0-18)
Коэффициент смертности, дети до 5 лет
Коэффициент смертности, дети до 1 года

Инструкции:

- Пожалуйста, заполните используя недавнюю статистику (используйте статистику со всего 2011 года для больниц- не используйте данные с периода менее 1 года, такие как статистика 3–4 месяцев).
- Впишите сюда использованные вами источники информации :

Приложение 5. Дополнительная Глава_ Новорожденные и младенцы

Критерий	0	1	2	3	Комментарии
Обычная помощь при родах и вскоре после родов					
Неонатальная реанимация ведется врачами и медсестрами корректно					
Все новорожденные получают соответствующую помощь при родах (осмотр ребенка, обтирание ребенка, передача матери, укутывание, поощрение ГВ)					
Все новорожденные получают соответствующий уход после родов (пребывание в больнице, ГВ, витамин К, очищение пуповины, профилактика конъюнктивита, прививки)					
Профилактика инфекций у новорожденных					
Применяются основные гигиенические процедуры такие, как мытье рук и практика чистых инъекций					
ВВ терапии исключаются, если они больше не нужны					
Мать ребенка получает информацию о предотвращении инфекций, лечении дома и распознании тревожных симптомов					
Тревожные симптомы и серьезные бактериальные инфекции					
Признаки тяжелых бактериальных инфекций распознаны и прописана терапия антибиотиками					
Тревожные симптомы и признаки тяжелых болезней распознаны правильно					
Предоставлено правильное общее лечение и правильный выбор антибиотиков					
Поддерживающий уход					
Температура проверяется во время процедур для поддержания теплового уровня					

Правильная оценка, управление и мониторинг растворов					
Правильная оценка, управление и мониторинг необходимости кислорода					
Метод Кенгуру поощряется					
Общие неонатальные проблемы					
Правильный анализ, лечение и мониторинг желтухи					
Конъюнктивит правильно диагностируется и лечится					
Дети, рожденные от матерей с сифилисом, правильно осматриваются, и лечатся антибиотиками (как мать, так и ребенок)					
Дети, рожденные от матерей с ТБ и ВИЧ правильно осматриваются и перенаправляются в специализированные центры в соответствии с национальным руководством					

РЕЗЮМЕ

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Обычная помощь при родах и вскоре после родов					
Профилактика инфекций у новорожденных					
Тревожные симптомы и серьезные бактериальные инфекции					
Поддерживающий уход					
Общие неонатальные проблемы					

Главные плюсы

1.
2.
3.
4.

Главные минусы

1.
2.
3.
4.

Дополнительные комментарии

.....

Общие баллы для этой секции

Общий балл - Новорожденные и младенцы	Хорошо	Следует улучшить		
		2	1	0
(нужно обвести)	3	2	1	0

Приложение 6. Повестка совещания по подведению итогов

3 августа 2012 г.

Место проведения совещания: Отель Ак-Кеме, Бишкек, Кыргызстан

Участники совещания: Предлагаемые участники совещания с заинтересованными сторонами, не более 35–40 участников, только основные национальные эксперты:

- Высокопоставленные чиновники из МЗ, ответственные за ЗМР, ПМСП/стационарная помощь, УК, системы здравоохранения, фармакологи и кадрам
- Главные врачи только от 10 больниц проекта (будут определены позже)
- Профессорско-преподавательский состав и национальные исследовательские институты
- Профессиональные ассоциации (педиатры, ВОП и медсестры)
- Управление качеством/лицензирование/аккредитация исследований
- Международные партнеры ЮНИСЕФ, ЮНФПА, Всемирный банк и т.д.

Повестка:

09:00–13:00

- Приветственная речь (МЗ и ВОЗ СО)
- Введение в совещание и его цели (ВОЗ СО 10 мин)
- Представление участников (10 мин)
- Выводы и рекомендации по оценке качества педиатрического больничного ухода в областях Проекта (Марсия Лаццерини, 1 час)

Кофе-брейк (20 мин)

- Продолжение обсуждения (30 мин.)
- Стратегии УК и поддержка улучшения КМУ (Айгуль Куттумуратова, ЕРБ ВОЗ, 25 мин.)
- Групповая работа по определению стратегий и мероприятий для УК педиатрических услуг в больницах первичного уровня (действия на национальном уровне, больницы, областная координация, включая обучение и активный надзор) (1 час)

13:00–14:00 Обед

14:00–17:30

- Подведение итогов групповой работы
- Достижение консенсуса по приоритетным действиям
- Достижение консенсуса по процессу мониторинга и индикаторам
- Завершение