

Բժշկական օգնության որակի գնահատման մեթոդների վերլուծությունը հայրենական եվ օտարերկրյա հետազոտություններում

Ժ. Յ. Դավթյան

*ԵՊԲՀ, բուժօգնության որակի վերահսկման բաժին
0025, Երևան, Կորյունի փ. 2*

Բանալի բառեր. բուժօգնության որակ, բուժօգնության որակի գնահատում, որակի գնահատման տեսություններ

Բժշկական օգնության որակի (ԲՕՈ) ապահովման և շարունակական բարելավման կարևորագույն պայմաններից է բժշկական օգնության որակի գնահատումը: Բուժօգնության որակի գնահատումը բավականին բարդ, մանրակրկիտ և ծավալուն աշխատանք պահանջող գործընթաց է, որի արդյունքները պետք է ընդհանուր առմամբ բուժօգնության որակի լավացման, բարելավման իրական հիմք հանդիսանան: Բուժօգնության որակի գնահատում ասելով հարկավոր է ի նկատի ունենալ բժշկական օգնության բոլոր բաղադրիչների գնահատումը, դա բավականին դժվար աշխատանք է, սակայն դա է ճիշտ և արդյունավետ աշխատանքի կատարման միակ երաշխիքը [1,2]:

ԲՕՈ-ի գնահատման հիմքն են հանդիսանում այնպիսի հեղինակների աշխատություններ, ինչպիսիք են՝ Deming W. E. [8], Eagle J. F. [10], Donabedian A. [1], Green R. [11], Rosenfeld L. G. [16], Muller C. [12], Myers B. A. A. [13], Шепин О. П. [5], Starr P. [17], Curtis P. McLaughlin., Arnold D. Kaluzny [7], Nancy O. Graham [14], Richard P. [16] և այլն:

ԲՕՈ-ի գնահատման ապահովման ցանկացած մեթոդի ընտրության մասին խոսելիս չպետք է մոռանալ այն ֆինանսական միջոցների մասին, որոնք անհրաժեշտ են այդ մեթոդների գործի ներդրման համար[3]: Վերջին տարիներին ԲՕՈ-ի գնահատման և վերահսկման նպատակով գործի են դրվում բավականին ծավալուն, թանկարժեք աշխատանքային ծրագրեր, որոնք բաղկացած են բազմաստիճան, մանրակրկիտ փորձաքննությունից: Այս միջամտությունը թե՛ ԲՕՈ-ի նախնական գնահատման, թե՛ բուժհաստատությունների ԲՕՈ-ի կատարման և վերահսկման ոլորտի վերաբերյալ գիտելիքներ տալու և

աշխատած թելադրելու առումով բավականին արդյունավետ է: Սակայն այս ամենն արդիական է և առավելագույնս արդյունավետ մինչև ԲՕՈ-ի բարելավման աշխատանքների սկզբնական փուլի ավարտը, որից հետո անհրաժեշտություն է առաջանում շարունակել աշխատանքը պարզ, զգայուն և ֆինանսապես ձեռնտու մեթոդներով:

Բուժօգնության որակի գնահատման համակարգ ներմուծելու համար անհրաժեշտ է ապահովել տեղեկությունների պարբերական կամ շարունակական հոսք կլինիկական ասպարեզից դեպի հսկման համակարգ, մի գործընթաց, որը կապված է որոշ դժվարությունների հետ [3]:

Բուժօգնության որակի գնահատման նպատակով կիրառում են հետևյալ մեթոդները. *ինդուկտիվ, դեդուկտիվ, փորձագիտական, համակարգային վերլուծման և համալիր մեթոդ*[5,6]:

Ինդուկտիվ մեթոդը հիմնված է ռետրոսպեկտիվ վերլուծման վրա, որի հիմքում ընկած են ենթադրություններ՝ հիվանդությունների զարգացման մեխանիզմների և դրանց բուժման մեթոդների արդյունավետության մասին: Բուժման որոշ ավանդական եղանակներ, որոնք մինչ օրս համարվել են օգտակար, փորձագիտական քննության ենթարկվելուց հետո մասնակիորեն դառնում են որոշ դեպքերում քիչ օգտակար, որոշ դեպքերում նույնիսկ վնասակար [5]:

Դեդուկտիվ մեթոդը հիմնվում է կլինիկական հետազոտություններից ստացված վիճակագրական տվյալների վրա (պատահական ընտրությամբ անցկացված) հանդիսանում է ԲՕՈ-ի գնահատման այլընտրանքային մեթոդ: Քանզի բժշկագիտությունն անդադար զարգանում և ենթարկվում է փոփոխությունների, ապա նոր գիտելիքի ընկալումն ու մեկնաբանումը ոչ պակաս կարևոր է բժշկի համար ուսանողական տարիներին ստացած գիտելիքների ու հմտությունների ընկալման համեմատ[5,6]:

Փորձագիտական մեթոդը հիմնվում է առաջատար մասնագետների կարծիքների վրա, այսինքն այս մեթոդն ավելի շատ հիմնված է սուբյեկտիվ տեղեկատվության վրա: Յուրաքանչյուր փորձագետ ունի որակի չափման, գնահատման իր մոդելը (ստանդարտը): Այսպիսի գնահատականը հիմնվում է եղած փաստացի տվյալների և ստանդարտ հանդիսացող մոդելի համեմատության վրա: Պրակտիկորեն փորձագիտական գնահատականը սկսվում է առանձին բժշկական փաստաթղթերի վերանայմամբ և վերջանում ընդհանրացված տվյալներով [5,9]:

Տարբեր երկրներում կատարված հետազոտությունները ցույց են տվել, որ նախ տարբեր փորձագետների կարծիքները բուժօգնության որակի գնահատման հարցում տարամիտվում են, երկրորդը՝ փորձա-

քննությունը հիմնականում ենթադրում է անհատականացված կողմնորոշում, առանց հաշվի առնելու ընդհանուր երևույթների հետ կապը [5,15]: Սա է պատճառը, որ ժամանակի ընթացքում բուժօգնության որակի գնահատման այս ձևին արդարացի կերպով եկավ փոխարինելու ստուգազննումը (մոնիտորինգ)՝ հիմնված որակի շարունակական բարելավման մեթոդի վրա, որը ներառում է բուժօգնության որակի ապահովմանը նպաստող ցուցանիշների և չափանիշների ստուգազննումը և անկախ է «փորձագետի կարծիքից»[6]:

Համակարգային վերլուծման մեթոդ կիրառելով կարելի է ուսումնասիրել համակարգի տարբեր բաղադրիչ մասերը, առանձին հատկությունները, կարելի է պարզորոշ դարձնել «մուտքը» (ախտորոշիչ, բուժական գործընթացին վերաբերվող տվյալները) դեպի համակարգ և «ելքերը» (հիվանդության ելքին վերաբերվող արդյունքներ): Ակնառու է, որ արդյունքների գնահատումը բուժօգնության որակի չափման ամենաիրական գործիքն է [3,5,6]:

Համակարգային վերլուծման և համալիր մեթոդ բուժհաստատություններում ԲՕՈ-ի գնահատման համար կիրառում են նշված մեթոդներից մի քանիսը միաժամանակ: Բուժօգնության որակի գնահատման այդպիսի մոտեցումը կրում է համալիր բնույթ: Ըստ մի շարք հեղինակների [6] այս մեթոդի թերությունն այն է, որ անկանխատեսելի խնդիրները կարող են աննկատ մնալ գնահատման ընթացքում, սակայն համալիր գնահատումը, ճիշտ ընտրված ոլորտների պարագայում, հանդիսանում է լավագույն մեթոդը, քանի որ ի տարբերություն այլ մեթոդների այն հնարավորություն է տալիս գնահատել «կառուցվածք, գործընթաց, արդյունք» եռյակը որպես մի միասնություն:

Պացիենտի գոհունակությունը որպես բուժօգնության որակի գնահատման մեթոդ

Առողջապահական համակարգի աշխատակիցները պետք է գիտակցեն, որ պացիենտը բուժօգնության պասիվ ստացողը չէ միայն: Պացիենտները պետք է լինեն գործուն մասնակիցներ: Այդպիսին լինելով՝ նրանք օգնում են ոչ միայն իրենց, այլև նրանց, ովքեր հոգ են տանում իրենց մասին: Դա է պատճառը, որ բուժհաստատություններում պետք է պացիենտին տրվի հնարավորություն՝ արտահայտելու իր կարծիքը, ընտրելու իր բժշկին [9,19]:

Ըստ Ա. Դոնապետյանի կա չորս միջոց, որոնց գործադրմամբ պացիենտները կարող են ազդել բուժօգնության ցուցաբերման վրա.

- 1) շուկայական ավանդական մեխանիզմներ,
- 2) կազմակերպչական մեխանիզմներ,
- 3) միջանձնական շփումների միջոցով՝ բուժման ընթացքում,
- 4) քաղաքական ձեռնարկումների միջոցով:

Պացիենտներին պետք է խրախուսել, որ արտահայտեն իրենց կարծիքը՝ ինքնաբերաբար կամ ուղղակի հարցապնդումների միջոցով [5]: Թերևս, կարող է լինել որևէ վստահված անձ՝ պաշտոնապես նշանակված, սակայն չեզոք մի միջնորդ, որին պացիենտները կարող են վստահել իրենց մտահոգությունները և որն էլ կարող է փոխանցել դրանք համապատասխան պաշտոնյաներին: Մեկ այլ միջոց է պարբերական հանդիպումները պացիենտների և բուժօգնություն ցուցաբերողների միջև, որի նպատակն է քաջալերել միջանձնական շփումները: Բուժօգնության զուտ մասնագիտական հմտություններն ընկալելը, թերևս, դուրս է միջին սպասարկվողի կարողությունների շրջանակից: Պացիենտները կարող են իրենց ներդրումն ունենալ բուժհաստատության ընդհանուր քաղաքականության ձևավորման, ինչպես նաև, բուժօգնության այն ասպեկտների գնահատման մեջ, որոնք ազդում են իրենց ինքնագգացողության, հարմարավետության, բավարարվածության կամ ավելի լավ կենսակերպի ձգտման վրա [9,17,18]: Վերջիվերջո բուժօգնության որակի գնահատումը հիմնված է փաստացի ստացված տվյալների, առկա «ստանդարտ»-ի կամ «էտալոն»-ի համեմատության վրա և հանդիսանում է առողջապահության կառավարման կարևորագույն ուղղություններից մեկը:

Ըստ տարբեր հեղինակների բուժօգնության որակի գնահատումը պետք է հիմնվի «կառուցվածք», «գործընթաց», «արդյունք» եռաբաղադրիչ համակարգի կիրառման վրա՝ համեմատական վերլուծության, փորձագետների գնահատականի, սոցիոլոգիական հետազոտությունների ներգրավմամբ [5,9, 10,16]:

Այսպիսով, բուժօգնության որակի միայն համալիր, բազմակողմանի գնահատումը թե այն կազմակերպողների, թե մատուցողների և թե սպասարկվողների կողմից, թույլ կտա ստանալ անհրաժեշտ տեղեկություններ, տվյալների բազա և դրանով իսկ հնարավորություն կընձեռի ստեղծել բնակչությանը մատուցվող բուժօգնության որակի գնահատման և ապահովման գործող մեխանիզմներ: Այս սկզբունքները ներառված էին Ն. Ա. Մեմաշկոյի անվան առողջապահության կառավարման և սոցիալական հիգիենայի ինստիտուտում մշակված բուժօգնության որակի գնահատման հայեցակարգի հիմքում [4,5]:

Բուժօգնության որակի գնահատման գործուն համակարգ ստեղծելիս պետք է ի նկատի ունենալ, որ անհրաժեշտ է լիազորությունների հստակ բաժանում բուժհաստատության, առողջապահության մյուս օրգանների, բժշկական ապահովագրության տարբեր սուբյեկտների միջև: Այսպիսի բաժանման համար հիմք են հանդիսանում վերը նշված բուժօգնության որակի բաղկացուցիչների՝ կառուցվածքի որակը (նյու-

թա-տեխնիկական բազան), գործընթացի որակը (բժշկական տեխնոլոգիաները), արդյունքների որակը (բուժման ելքը) [10,15]:

Լիցենզավորում և ակկրեդիտացիա իրականացնող ծառայությունները պարտավոր են առաջին հերթին ստուգել բուժհաստատության, բուժաշխատողների որակավորումը և համապատասխանությունը սպառողի ակնկալիքներին: Արդյո՞ք պացիենտի սպասելիքները լիարժեք իրականություն են դառնում, թե ոչ, արդյոք կա՞ որակյալ բուժօգնություն, արդյունքները գոհացնո՞ւմ են, բավարարվո՞ւմ են եղած պահանջները, թե ոչ: Այժմ կա պահանջ ԲՕՈ-ի գնահատման կոնկրետ փաստերի նկատմամբ, որի մեջ կներառվեն բուժհաստատության ցուցանիշների ստուգագնումը, բուժհաստատության ինքնագնահատման արդյունքները, նյութատեխնիկական բազան, բժշկական տեխնոլոգիաները, բուժաշխատողի և բուժհաստատության որակավորման աստիճանը, պացիենտի կարծիքի ուսումնասիրման տվյալները: Իրականում սրանք են այն տվյալները, որոնցով զարգացած երկրներում ղեկավարվում է պացիենտը՝ բուժհաստատություն ընտրելիս [4]:

Ընդհանուր առմամբ պետք է նշել, որ ինչքան էլ տարբեր լինեն ԲՕՈ-ի քանակական գնահատման եղանակները, նրանց միավորում է մեկ սկզբունք, այն է՝ բուժման և ախտորոշման գործընթացի կամ դրանց տարբեր փուլերի գնահատումը, որի արդյունքներն էլ հետո համեմատվում են որևէ պաշտոնական կամ ոչ պաշտոնական ստանդարտի հետ: Ինչպես ցույց է տալիս պրակտիկ գործունեությունը այս դեպքում ստացվում է որոշակի տեղեկատվություն, որը կարող է կիրառվել կառավարման գործում[9]:

Անխոս բավականին դժվարություններ կան, որոնք հանդիպում են այս տեղեկությունները հավաքելիս, օրինակ՝ փորձագետի (էքսպերտի) ընտրությունը, հավաստի տվյալների հավաքագրումը, որակի խոչընդոտ հանդիսացող պատճառների վրա ներգործելու անհնարինությունը:

Առողջապահական համակարգի գործունեությունը կախված է շատ այլ գործոններից, հիվանդների, պացիենտների գիտակցությունից և վարքագծից, բուժհաստատությունում տիրող մթնոլորտից և այլ բազմաթիվ գործոններից և գործընթացներից, որոնք հաճախ դժվար է կանխատեսել և չափել[16]:

Առողջապահական համակարգի անկազմակերպ գործունեության պայմաններում չի կարող լինել համապատասխան տեղեկատվության մատակարարում, որի հետևանքով չի գործի ԲՕՈ-ի գնահատման և ապահովման որևէ համակարգ: ԲՕՈ-ի գնահատման համակարգը պետք է հիմնված լինի հավաստի տեղեկությունների վրա և

պետք է հիմք հանդիսանա առողջապահության կազմակերպման քաղաքականության պլանավորման, կառավարման, օրենսդրական որոշումների կայացման համար[17]:

«Փակեք դուռը բոլոր սխալների առաջ և ճշմարտությունը չի կարող ներս մտնել»:

Ռ. Տադոր

Իսկապես ԲՕՈ-ի գնահատման ճանապարհին շատ կարևոր հանգամանք է սխալների, թերությունների ի հայտ բերումը, որն իհարկե անհանգստություն առաջացնող միջամտություն է թե՛ հսկողի, թե՛ աշխատող բժշկի համար: ԲՕՈ-ի գնահատման յուրաքանչյուր մեթոդ պետք է հնարավոր դարձնի աշխատանքի թերությունների ի հայտ բերումը, քանզի դա ենթադրում է այդ թերությունների շտկում: Այդ առումով ակնհայտ է, որ շատ մեծ աշխատանք է պահանջվում անկեղծության մթնոլորտի ստեղծման, ԲՕՈ-ի բարելավման ներքին մեխանիզմների խթանման համար: ԲՕՈ-ի գնահատման մեթոդների արդյունավետության պայման է այդ գնահատման շարունակականությունը, քանզի բուժօգնության որակի բարելավման ոլորտը կարիք ունի մշտապես շարունակական զարգացման: Հայաստանյան առողջապահական համակարգում, բուժօգնության գնահատման և շարունակական բարելավման ռազմավարության արդյունքում, ԱԱՊ օղակի բուժհաստատություններում ստեղծված «Բուժհաստատության որակի բարելավման խորհուրդը» (ՈԲԽ) պետք է ունենա չափանիշներ՝ գնահատելու կիրառվող բուժախտորոշիչ մեթոդներն ու եղանակները և հետևի բժիշկների կողմից դրանց կիրառմանը:

Բուժհաստատությունում ԲՕՈ-ի գնահատման համապատասխան մեթոդի կիրառումը հնարավոր կդարձնի որակի շարունակական բարելավումը: Քանի որ ԲՕՈ-ի ցանկացած մակարդակ չի կարող բավարար համարվել, ուստի միշտ պետք է ձգտել ավելի բարձր մակարդակի՝ ակնկալելով հասնել առավելագույնի:

Поступила 17.01.12

Анализ методов оценки качества медицинской помощи в отечественных и зарубежных исследованиях

Ж. Я. Давтян

Факт существования различных методов оценки качества медпомощи подтверждается богатой литературой на эту тему. Существуют раз-

личные подходы и представления понятий “оценка качества медпомощи”, что в свою очередь приводит к формированию различных характеристик и определений. В литературе существуют десятки определений понятия “качество”, которые зачастую противоречат друг другу. Это обосновано рядом причин, одной из которых является то, что значения качества медпомощи для пациента, врача, организаторов здравоохранения лежат в разных измерениях. Качество в первичной медицинской помощи мало исследовано, и поэтому есть большая необходимость работы в этой области.

Analysis of quality assessment issues in Armenian and foreign surveys

Zh. Y. Davtyan

The quality assessment in health care provision is widely elucidated in the literature. Organizations seeking to solve quality assessment and performance problems frequently implement training and other interventions without full understanding of the nature of the performance gaps and whether the chosen interventions are appropriate for closing the gaps. There are other reasons to access quality of medical care. The status of quality in the primary health care is relatively unexplored. There are many examples in medical literature of various definitions describing the quality assessment, which even contradict each other.

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

1. *Դավթյան Շ. Յ., Հովհաննիսյան Ս. Գ.* Առողջության առաջնային պահպանման համակարգում բուժօգնության որակի գնահատում Կոտայքի մարզի բուժհաստատությունների օրինակով: Մ. Հերացու անվան Պետական բժշկական համալսարանի «Բժշկություն գիտություն և կրթություն» Գիտատեղեկատվական հանդես, Երևան, 2011, 10, էջ 77-83:
2. *Հովհաննիսյան Ս. Գ., Դավթյան Շ. Յ.* Բուժօգնության որակի ապահովման խնդիրների արժարժումը հայրենական և օտարերկրյա հետազոտություններում: Հայաստանի բժշկագիտություն ՀՀ ԳԱԱ, 2012, LII, 2, էջ 18-32:
3. *Տոնապետյան Ս.* Որակի ապահովման հիմքերն առողջապահության ոլորտում: Երևան, 2001, էջ 123-127:
4. *Հովհաննիսյան Ռ. Ս.* Հայաստանի առողջապահական համակարգում բժշկական չափորոշիչների ներդրման հետ կապված հիմնախնդիրները. Բժշկական սեղմագրերի հայկական հանդես, Երևան, 2005, էջ 35-42:
5. *Капцов В. А., Комаров Ю. М., Троицкая А. Ю., Кудрин В. А., Медведев О. С., Михайлова Н. В., Осипова Н. В., Галанова Г. И.* Обеспечение качества медицинской помощи. ФГУП ВНИИЖГ РЕИНФОР. М., 2004, с.12-16.

6. *Щепин О. П., Стародубов В. И., Линденбратен А. Л., Галанова Г. И.* Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи. М., 2002, с. 61-78.
7. *Curtis P. McLaughlin, Arnold D. Kaluzny* Continuous Quality Improvement in Health Care: theory, implementations, and applications. 2006, p.71-81.
8. *Deming W. E.* Some Theory of Sampling. N. Y., Dover, 1966.
9. *Donabedian A.* Quality Assurance in Health Care: Consumers Role. 1992, p.247-251.
10. *Eagle J. F.* Quality of medical care. J. of paediatrics, 1963, p.1151-1157.
11. *Green R.* Assuring quality in medical care. The state of the art, Cambridge, M. A., Ballinger, 1976.
12. *Muller C.* Medical review of prescribing, 1965, p. 50-54.
13. *Myers B. A.* A guide to medical care administration. Concepts and principles . Washington, 1969, vol. 1.
14. *Nancy O. Graham* Quality in health care, Theory, Application, and Evolution. 1995.
15. *Richard Putnam Wenzel* Assessing quality health care: perspectives for clinicians. 1992, p. 58-64.
16. *Rosenfeld L. G.* Quality of medical care in hospitals. 1957, p. 856-865.
17. *Starr P.* The Social Transformation of American Medicine. 1982.
18. *Strong P.M.* Sociological imperialism and the profession of medicine: a critical examination of the thesis of medical imperialism. Ibid, 1979, Vol. 13 (A), p. 199-215.
19. *132. Vuory H.V.* Quality assurance of health services. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Public Health in Europe, 16, 1982.