

Деятельность LRC по распространению знаний.

Сергей Косинцев, информационный координатор,
Алексей Кирьянов, врач анестезиолог-реаниматолог
Муниципальное ЛПП "Роддом №1" г. Курган
Партнерство: Курган/Щучье – Аплтон

Информацию – каждому медику!

Одной из своих первоочередных задач работники LRC считают предоставление информации всем медицинским работникам учреждения

- *выполнение заявок*
- *информационная доска*
- *сообщения на утренних планерках*
- *составление дайджестов*
- *тематические доклады*
- *распространение информации через локальную сеть*
- *формирование папок с тематическими подборками*
- *личные контакты*

Пропаганда ресурсов LRC

Услугами центра учебных ресурсов пользуются:

- *врачи Курганских больниц*
- *студенты Курганского медицинского колледжа и Курганского государственного университета*
- *студенты иногородних ВУЗов: Тюменского, Челябинского, Омского и Екатеринбургского медицинских институтов, Томского педагогического института, некоторых Новосибирских ВУЗов*
- *пациентки роддома*

Повышение уровня знаний пациенток

На основе материалов LRC подготовлена образовательная программа для пациенток роддома.

Широко используются такие методы, как распространение плакатов и брошюр, показ учебных видеоматериалов, беседы и практические занятия. К участию в программе ***Средства массовой информации***

- *более 30 газетных публикаций*
- *12 радиопередач*
- *6 телевизионных программ*
- *встречи главного врача с жителями города*
- *горячая телефонная линия*
- *публикация электронного адреса учреждения с призывом обращаться с вопросами и пожеланиями.*

- *постоянная рубрика в местной газете «От фонаря»*

Повышение уровня знаний персонала

Осуществляется активное применение ресурсов LRC для получения необходимой информации.

Проводится обучение врачебного и сестринского персонала работе с компьютером, использованию информационных технологий.

Образовательная работа с подростками

В целях повышения уровня знаний молодежи в области репродуктивного здоровья на базе LRC функционирует лекторская группа, проводящая занятия в учебных заведениях города.

К настоящему моменту занятия проведены в 4 школах и 2 колледжах, их посетило 3227 слушателей в возрасте от 14 до 19 лет.

Учебная работа на выезде

В рамках отработки концепции мобильности учебно-лекционной работы был проведен выезд в летний лагерь отдыха школьников для проведения Дня здоровья

Лекционная работа в районах

В 2000 году выездной бригадой преподавателей из персонала родильного дома был проведен курс занятий для медицинских работников всех ЦРБ Курганской области. Обучено 69 врачей

и 89 средних медицинских работников.

Учебная база для медицинских классов

Сотрудниками LRC регулярно проводятся практические занятия для учеников 4-х медицинских классов Курганского центра довузовского образования «Гармония».

Были проведены открытые уроки для аналогичных классов из трех районных центров, а также для педагогов и родителей.

Совместные проекты

Совместные проекты способствуют распространению знаний, повышению квалификационного уровня работников, позволяют оперативно и эффективно использовать результаты исследований.

Партнеры:

- *Тюменский медицинский институт*
- *Кафедра прикладной психологии Курганского государственного университета*
- *Курганская городская санитарно-эпидемиологическая станция*

Дальнейшие планы

В настоящее время ведётся работа над созданием на базе LRC Учебного мобильного центра.

Роль LRC в обучении медицинского персонала, гигиеническом образовании и воспитании населения.

Бурдасов Анатолий, зам. главного врача,
Сергеев Павел, инженер по информационным технологиям
МУ "Корсаковская центральная районная больница", Сахалинская область
Партнерство: Сахалин – Хьюстон

Центр обучающих ресурсов (LRC) был создан в октябре 1999 года в рамках сотрудничества между Корсаковской Центральной районной больницей (КЦРБ) и Американским Международным Союзом Здравоохранения (АМСЗ).

Открытие Центра явилось логичным прологом подписания меморандума о сотрудничестве между Бэйлорским медицинским колледжем (Хьюстон, штат Техас), с одной стороны, и Департаментом здравоохранения администрации Сахалинской области и Корсаковской ЦРБ, с другой стороны.

Муниципальное учреждение «Корсаковская центральная районная больница», в составе которой функционирует Центр обучающих ресурсов, оказывает различные виды первичной, неотложной и стационарной помощи населению Корсаковского района. Приоритетными направлениями деятельности МУ «КЦРБ» являются усиление и повышение роли звена первичной медико-санитарной помощи, сохранение здоровья населения через укрепление деятельности профилактической направленности, повышение качества оказываемой медицинской помощи населению.

Центр обучающих ресурсов способствует реализации указанных задач через:

- Предоставление медицинским работникам доступа к информационным ресурсам Центра для продолжения образования, проведения консультаций и обмена информацией с коллегами.
- Создание условий для обучения персонала и активной части школьников города пользованию компьютерами и работе в Интернете.
- Содействие внедрению научно обоснованных методов в клиническую практику.
- Публикацию различных информационных материалов для мед. персонала и населения об актуальных и проблемных вопросах здравоохранения района.
- Привлечение различных слоев населения к оказанию содействия в решении поставленных задач районного здравоохранения.
- Создание локальной компьютерной сети.
- Создание доступного по локальной сети электронного библиотеки-каталога мед. ресурсов: в Интернете, на CD и бумажных носителях, on-line журналов и т. п.
- Содействие в реализации программ партнерства.

Реализация поставленных задач.

1. *Более широкое внедрение в практическую деятельность больницы коммуникационных и информационных технологий, компьютеризация рабочих мест в подразделениях больницы:*

- увеличение пользовательских мест с 6 в 1999 году до 12 в 2001 году;
- использование технических средств LRC при мониторинге заболеваемости;
- переход от бумажных носителей информации на электронные при разработке показателей деятельности больницы;
- свободный и достаточный доступ к интернет-ресурсам;

- доступ к электронной почте для получения необходимой медицинской информации, заказа литературы и оборудования;
 - возможность консультирования больных с помощью электронной почты.
2. *Обучение возможно большего числа медицинского персонала навыкам работы с персональным компьютером.*
- Обучено навыкам работы на ПК:
- 1999 год - 7
 - 2000 год - 38
 - 2001 год - 29
3. *Использование Интернет-ресурсов при проведении лечебно-диагностического процесса, подготовке обучающего материала для проведения больничных конференций и семинаров:*
- исполнено 162 информационных запросов, в том числе
 - ✓ 1999 год - 8
 - ✓ 2000 год - 54
 - ✓ 2001 год - 62
 - ✓ 2002 год - 28
 - получено ответов через глобальную сеть на консультационные запросы по лечению и ведению больных - 7
 - обзоры клинической практики - 2
 - участие LRC при адаптации клинических протоколов (артериальная гипертензия, бронхиальная астма, сахарный диабет)
 - непосредственное участие в подготовке пакета обучающих материалов для врачей и медицинских сестер:
 - ✓ инфекционный контроль;
 - ✓ навыки общения;
 - ✓ сердечно – легочная реанимация;
 - ✓ грудное вскармливание;
 - ✓ профилактика рака молочной железы;
 - ✓ профилактика пролежней;
 - ✓ клиническая эпидемиология;
 - ✓ этапы сестринского процесса;
 - ✓ школа ЭКГ и др.
 - совместная разработка со специалистами внутрибольничных учетных форм
 - участие в стратегическом планировании (совместная разработка Бизнес-плана учреждения)
4. *Использование технических возможностей Центра при подготовке обучающего материала по гигиеническому воспитанию и образованию населения:*
- выпуск собственной больничной газеты «Пульс»;
 - выпуск вкладыша «Милосердие и здоровье» к районной газете «Восход» с информацией о здоровье населения и мерах профилактики наиболее значимых для региона заболеваний;
 - содействие в выпуске подростковой газеты «Будь здоров»;
 - совместно с социологической службой разработка опросников по качеству оказания медицинской помощи населению;

- разработка и тиражирование буклетов и памяток гигиенической и профилактической направленности;
 - оказание помощи школьникам в обучении компьютерным навыкам;
 - участие в подготовке и проведении ярмарки здоровья, дней открытых дверей LRC, оказание методической и технической помощи при оформлении стендов по профилактике заболеваний в отделениях больницы.
5. *Разработка компьютерной нормативно-правовой базы местного уровня:*
- должностные инструкции;
 - функциональные обязанности;
 - организационная структура ЦРБ;
 - схема оповещения при ЧС по системе ГО.
6. *Содействие в реализации программ партнерства:*
- информационная поддержка;
 - разработка материалов для обучающих мероприятий;
 - предоставление ресурсов и технических средств Центра для проведения различных семинаров, конференций;
 - разработка и выпуск печатных материалов.

Нынешние ресурсы Центра.

1. *Персонал: информационный координатор, инженер по ИТ, оператор.*

2. *Оборудование:*

- 5 компьютеров Pentium III, один из которых имеет выход в Интернет;
- лазерный принтер HP LaserJet 1100;
- цветной принтер HP DeskJet 1120C;
- веб-камера;
- сканер HP ScanJet 5200C;
- ламинатор формата А3;
- слайд-проектор;
- ноут-бук;
- LCD-проектор.

3. *Справочные и обучающие материалы*

Будущие направления

Одной из важных задач по внедрению информационных технологий в медицинскую практику является создание локальной компьютерной сети в ЦРБ. Предполагается компьютеризировать все амбулаторно-поликлинические, стационарные и вспомогательные подразделения ЦРБ в пределах города, объединить компьютеры в сеть согласно имеющейся разработанной схемы с установкой сервера на базе LRC. Таким образом, появится возможность совместного пользования сотрудниками различных подразделений имеющейся в базах данных информацией.

Деятельность по самоокупаемости LRC

- Предоставление платного доступа в Интернет в определенные часы для населения, в том числе и возможности, вести электронную переписку, зарегистрироваться в почтовых программах.
- Оказание различного рода консультаций на платной основе по поиску необходимых информационных ресурсов, нужных адресов, использованию программного обеспечения и т.д.

- Платное обучение населения навыкам работы на ПК.
- Оформление различного рода работ, материалов (курсовые, дипломные работы и т.д.).
- Использование имеющегося оборудования для издательской деятельности.
- Предоставление имеющегося программного обеспечения для обучающих целей (программы изучения английского языка).

Кроме этого как источники финансовой поддержки рассматриваются: получение грантов, заинтересованные организации, учреждения, предприятия, частные лица.

Организация и проведение небольших конференций и обучающих семинаров с использованием ресурсов LRC (проекторная и компьютерная техника, программное обеспечение) и навыков и опыта работы его сотрудников.

В настоящее время LRC выполняет следующие платные услуги:

- изготовление визитных карточек
- оформление курсовых и квалификационных работ
- изготовление наглядных пособий
- изготовление объявлений, вывесок
- доступ к интернет-ресурсам сторонним гражданам

Опыт обучения населения навыкам оказания первой помощи.

Иващук Владимир, информационный координатор
Учебно-тренировочный центр по неотложным состояниям г. Владивосток
Партнерство: Владивосток – Ричмонд

Каждый человек сталкивается с ситуациями, когда необходимо оказать помощь кому-либо или самому себе. Незнание элементарных приемов оказания первой помощи является проблемой современного общества. Ниже следует лишь краткий перечень курсов, в рамках которых люди должны получать знания о первой медицинской помощи:

1. Урок «Основы безопасности жизнедеятельности» (школа);
2. Курсы на получение водительских прав;
3. Курсы на сертификаты по ведению профессиональной деятельности;
4. Техника безопасности при приеме на работу.

Преподавание основ неотложной помощи носит формальный характер и, как следствие, окончившие курсы не способны оказать помощь правильно. Сотрудники центра прилагают все усилия, чтобы изменить ситуацию. При этом основной акцент в обучение делается на концепцию «Обучение учителей». В рамках очного курса преподаватели учат студентов не только навыкам оказания первой помощи, но и тому, как передать полученные знания другим. Однако в рамках очного обучения невозможно охватить широкие слои населения.

В 2001 году начата программа комплексного распространения информации через печатные издания, электронные носители и Интернет. Сотрудниками центра выпущена книга «Пока не приехал доктор». Книга не является пособием по самолечению, а содержит описание признаков состояния и четкие пошаговые инструкции действий в различных ситуациях до приезда скорой помощи или визита к врачу. В 2001 году центр ресурсов обучения получил грант на распространение данной книги среди милиционеров, пожарных и спасателей. При спонсорской поддержке в мае 2002 года каждый преподаватель «Основ безопасности жизнедеятельности» в школах Приморского края получил экземпляр книги.

В марте 2001 года при содействии АМСЗ центр открыл сайт «Неотложная медицина и первая помощь» www.emsvlad.ru. На сайте размещена электронная версия книги, лекции, медицинские калькуляторы, протоколы лечения, статьи по неотложной медицине и медицине катастроф. Интернет является одним из наиболее эффективных и низкочастотных способов распространения культуры оказания первой медицинской помощи среди населения, средством пропаганды простых профилактических мероприятий и здорового образа жизни.

Таким образом, информационные технологии позволяют не только получать информации, но и широко ее распространять. Это необходимо для того, чтобы изменить отношение общества к первой медицинской помощи, сделать это частью образования культурного человека. Главная роль в этом процессе принадлежит центру ресурсов обучения, созданного при поддержке Американского международного союза здравоохранения.

Роль LRC в распространении информационных ресурсов среди профессионалов здравоохранения г. Снежинска.

Степанов Игорь, зав. отделением ГБО
Центральная медико-санитарная часть #15, г. Снежинск
Партнерство: Снежинск – Ливермор

ЦМСЧ-15 г. Снежинска представляет собой многопрофильное лечебное учреждение со стационаром до 550 коек, комплекс учреждений амбулаторно-поликлинического профиля с количеством посещений 2300 человек в смену.

ЦМСЧ-15, в силу возложенных на неё обязанностей, оказывает все виды первичной, квалифицированной, и ряд видов специализированной медицинской помощи населению г. Снежинска.

В связи с тем, что спектр интересов профессионалов здравоохранения ЦМСЧ-15 весьма широк, это накладывает свой отпечаток на характер и объёмы информации, необходимой для успешного функционирования учреждения.

В последнее время в г. Снежинске зарегистрированы заболевания, которые ранее не этой территории не встречались или встречались крайне редко (ВИЧ, вирусные гепатиты "С", "D" и др. вирусные инфекции, туберкулёз, сифилис и т. д.), а так же, в связи с тем, что значительная часть населения города стареет, перед здравоохранением встали новые задачи, которые потребовали новых подходов в организации и оказании медицинской помощи населению.

Для того, чтобы лучше понять, каким образом зародилась идея компьютеризации ЦМСЧ-15, в чём смысл её, в каком окружении она функционирует сегодня следует обратить свой взор в недавнюю историю.

Идея создания глобальной сети зародилась в недрах министерства обороны США ещё в 1969 г, но только в 1994 г. Интернет был "представлен" научному сообществу. И здесь следует подчеркнуть, что в области телекоммуникаций (технологий цифровой компьютерной связи) ВНИИТФ (Всероссийский Институт Технической Физики, градообразующее предприятие г. Снежинска) оказался пионером среди большинства российских предприятий, что не могло не оказать влияния на структуры, его обслуживающие, в том числе и на ЦМСЧ-15. Около 10 лет назад, на два года раньше официальной презентации Интернета ВНИИТФ включил один из своих компьютеров в состав российской сети RELCOM, родоначальницы российских информационных сетей. Тогда же примерно зародилась идея создания городской информационной сети. Однако, как все мы знаем, между "хочу" и "могу" дистанция огромного размера. Тем не менее, городская сеть в усечённом варианте начала формироваться. Вот коротко этапы формирования этой сети:

- в 1994 г. был арендован выделенный телефонный канал до Челябинска. Была организована специальная лаборатория во ВНИИТФ для поддержки Интернет-технологий (НИЛТИС), позднее преобразованная в отдел;
- 1995 г. явился годом начала сотрудничества со специалистами из американских национальных Сандинских (Лос-Аламос и Ливермор) лабораторий министерства энергетики США;
- в 1996 г. была построена спутниковая станция "ТелеРосс" и проведена одна из первых в нашей стране компьютерная видеоконференция через канал Интернет между Россией и США;

- в 1997 г. был проложен первый волоконно-оптический канал в городском сегменте открытой сети ВНИИТФ до здания городской Администрации. Спутниковый канал до Москвы был расширен до 256 Кб/сек.
- В 1998 г. в сеть включены локальные сети математической школы и гимназии, а также СФТИ (Снежинский Физико-Технический Институт);
- В 1999 г. организован новый ("южный") канал доступа в Интернет до Челябинска через телекоммуникационную компанию г. Озёрска;
- В 2000 г. начато коммерческое предоставление услуг населению города Снежинска через коммутируемое подключение.

Кроме вышеперечисленных событий, можно было бы отметить образование компании "Клон" – нашего провайдера Интернет услуг, который имеет связь через радиоканал (2Гб/сек) с федеральным провайдером (в Щелкуне) и осуществляет поставки Интернет услуг населению и организациям через радиоканал и, где есть возможность, через коммутируемое подключение. Таким образом прижились информационные технологии в современном понимании в г. Снежинске.

Понятно, что для того, чтобы существовала компьютерная сеть, сначала должны быть компьютеры. Компьютеризация ЦМСЧ-15 начиналась с конца 80-х годов, оборудование в то время состояло из СМ-4 находящегося в городской поликлинике, Main Frame серии ЕС находящегося на основном предприятии и терминалами, расположенными в зданиях медсанотдела (ЦМСЧ-15), обмен данными осуществлялся по телефонным линиям с помощью модемов. В качестве персональных компьютеров использовались Robotron-1715. На этом оборудовании решались задачи паспортизации, вакцинации населения и др.

К середине 90-х годов, когда появилась возможность получать персональные IBM совместимые компьютеры, круг решаемых задач расширился: функциональная диагностика (ввод и анализ кардиограмм), ультразвуковая диагностика, делопроизводство, бухгалтерия.

Первая компьютерная сеть в ЦМСЧ-15 начиналась с РС-АТ286 и РС-ХТ. Передача данных осуществлялась по технологии ARCNET с топологией шина.

В дальнейшем, по мере роста числа компьютеров, мы осуществили переход на технологию Ethernet и перешли на топологию звезда.

Параллельно создавались разрозненные сети в главном, хирургическом и поликлиническом корпусах.

Первые попытки объединить сети при помощи медных соединений, имели большое количество недостатков: проблемы с грозозащитой, малая пропускная способность. Три года назад проложена волоконно-оптическая магистраль, соединяющая шесть основных зданий медсанчасти, по ней появилась возможность передачи не только компьютерных данных, но и ISDN телефонии.

В 1999 г. АМСЗ обратился к администрации и коллективу ЦМСЧ-15 с предложением Партнёрства между системой здравоохранения г. Снежинск (ЦМСЧ-15, Россия) и системой здравоохранения округа Аламеда (Калифорния, США), которое было принято. После более детальной проработки совместного плана по целям и задачам Партнёрства, после серии обменных визитов с целью выявить возможности Партнёров в области реформирования здравоохранения был разработан Рабочий план Партнёрства, который явился основным документом, регламентирующим деятельность Партнёров. Параллельно с Партнёрством начал работать проект АМСЗ, направленный на внедрение информационных технологий в здравоохранение ЦМСЧ-15. На средства

АМСЗ был открыт LRC (центр учебных ресурсов), перед которым были поставлены задачи обучения персонала ЦМСЧ-15 пользованию компьютером, информационными ресурсами Интернет, дополнительными материалами, предоставленными АМСЗ в электронном формате и на бумажных носителях, был предоставлен канал Интернет со скоростью 128 Кбит/сек. и объёмом ежемесячного трафика 1500 Мб, который в настоящее время снижается до 1000 Мб. В силу организационных, технических и режимных проблем, организация доступа к Интернет, а, следовательно, и «полновесный» доступ к мировым информационным ресурсам первоначально был затруднён. Идеи внедрения информационных технологий в здравоохранение воспринимались, как что-то «не из нашей жизни». Отрицательно сказалось и недостаточное понимание профессионалами здравоохранения г. Снежинска сути и духа проекта LRC. Здесь в равной мере можно упрекнуть как сотрудников ЦМСЧ-15 за превратное толкование политики АМСЗ, так и сам АМСЗ за недостаточно настойчивое разъяснение своей политики.

По состоянию на сегодняшний день сеть ЦМСЧ-15 представлена примерно 120 компьютерами с принтерами и дополнительным оборудованием, проложена оптоволоконная магистраль, сетевое оборудование, модемное соединение, соединение с Интернет (иннет) провайдером - выделенный канал. Далеко не в каждом городе России с относительно небольшим населением (ориентировочно около 50 тыс. человек) здравоохранение располагает своей компьютерной сетью. Это если говорить о достоинствах. Но есть и недостатки, о которых речь пойдёт ниже.

После установления партнёрских отношений с АМСЗ и Партнёрами из Ливермора (Калифорния, США), перед ЦМСЧ-15 встали новые задачи, отчасти продиктованные политикой АМСЗ в области реформирования здравоохранения в ННГ, отчасти исходящие из контекста Партнёрства.

Таковыми задачами стали:

1. Доступ к каналу Интернет профессионалов здравоохранения для улучшения обеспеченности информационными ресурсами, особенно в звене первичной медико-санитарной помощи;
2. Поддержание устойчивой связи через электронные каналы (E-mail), с Партнёрами и офисами АМСЗ, а так же, между подобными центрами LRC;
3. Обучение персонала пользованию компьютерами, работе в сети ЦМСЧ-15 и в Интернете;
4. Поиск информации с использованием оплачиваемого АМСЗ доступа к базам данных для создания протоколов клинической практики;
5. Популяризация ресурсов Интернет;
6. Информационная поддержка проектов здравоохранения в г. Снежинске.

Место пациента в потоке медицинской информации.

Дубиков Александр, зав. ревматологическим отделением, к.м.н.
Городская клиническая больница №2, г. Владивосток
Партнерство: Владивосток – Ричмонд

Медицинские информационные технологии стремительно развиваются в течение последних нескольких десятков лет. Этап ориентированности на профессионалов сменяется этапом ориентированности на потребителей, а именно больных. Медицинские информационные технологии ориентированные на пациента – являются составной частью медицинской информатики и имеют своей задачей анализ потребностей больных в достоверной информации, обеспечение доступа к информации, интегрирование предпочтений пациентов в медицинские информационные системы.

Медицинские информационные технологии и медицинская информатика для больного должны стать составными частями современной концепции общественного здравоохранения и государственной политики в здравоохранении.

Одним из быстрых и эффективных способов обеспечения доступа потребителя к медицинской информации может стать адаптация существующих баз данных для профессионалов к требованиям пациентов.

Свободный доступ пациентов к электронным версиям историй болезни и амбулаторных карт обеспечивает возможность более полного участия больного в процессе принятия решений.

Программное обеспечение, помогающее пациенту оценить существующие подходы, обеспечивает научно-обоснованный выбор больным лечебно-диагностического процесса, а также облегчает процесс максимальной индивидуализации лечения.

Защита прав пациента: информированное согласие, обеспечение прав граждан на соблюдение конфиденциальности информации.

Насреддинова Кристика

Самарский государственный университет, юридический факультет

Здравоохранение является комплексной отраслью, управление которой необходимо рассматривать с различных позиций. Анализируя понятие «результативность» медицинской помощи, важно выделить защиту прав пациента. Приоритет прав, свобод и законных интересов пациента при оказании медицинской помощи делает актуальной разработку соответствующих правовых норм.

В докладе сделан акцент на два актуальных вопроса правового регулирования медицины: это информированное согласие и обеспечение прав граждан на соблюдение конфиденциальности информации.

Большинство федеральных нормативно-правовых актов в сфере здравоохранения содержат положения и об информированном согласии и о соблюдении конфиденциальности информации. Но следует отметить, что механизм реализации этих прав еще не выработан и на практике возникают трудности с их реализацией. Хотя право граждан на конфиденциальность передаваемых ими сведений при обращении и получении медицинской помощи, а также иной информации, составляющей врачебную тайну, порождает дисциплинарную, административную или уголовную ответственность медицинских работников и иных лиц за ее разглашение. А непредставление, предоставление недостоверной или недостаточной информации о здоровье умаляет свободу пользования правом на здоровье. Это право является неотъемлемым правом каждого человека.

Все это подчеркивает актуальность и необходимость решения указанных проблем.

Комплексный анализ доступных данных литературы на эту тему позволяет сделать несколько обобщений.

Во первых, необходимо выделить два обязательных компонента этих прав: добровольность и информированность.

Во вторых, большинство авторов понимают эти права как обязательные условия любого медицинского вмешательства.

И, наконец, в третьих, принцип информированного согласия и соблюдение конфиденциальности информации рассматриваются в контексте как прав пациента, так и обязанностей врача.

Однако имеется целый ряд проблем, которые не позволяют считать вопрос информированного согласия и соблюдение конфиденциальности информации в медицине решенным.

Основными из них являются: форма предоставления информации по поводу предстоящего медицинского вмешательства; объем информирования; форма отображения согласия пациента на передачу сведений составляющих врачебную тайну; критерий компетентности пациентов относительно предоставляемой информации; организационные проблемы внедрения в практику здравоохранения принципа информированного согласия и соблюдение конфиденциальности информации.

Следует нормативно закрепить предоставление фиксированного для каждого заболевания «минимального стандарта» информации в сочетании с особенностями

конкретного клинического случая, а также предоставление «стандарта» дачи согласия пациента на передачу сведений, составляющих врачебную тайну другим гражданам в определенных целях.

Эти документы должны отвечать следующим условиям: единый для данного вида медицинского вмешательства образец документа; печатная форма представления; сохранение копии документа у пациента и в лечебном учреждении.

Организационные проблемы внедрения в практику здравоохранения этих документов являются важными еще и потому, что от их разрешения зависит дальнейшее внедрение информирования в повседневную деятельность медицинских организаций. Здесь выявляются следующие основные проблемы: фактор времени и презумпция согласия. Фактор времени важен потому, что врачу придется тратить свое время не только на свои прямые обязанности, но и на сам процесс информирования, а также отображения согласия пациента в документации. Актуальность данного фактора проявляется в необходимости следовать уже принятым или находящимся в разработке стандартам оказания медицинской помощи.

Презумпция согласия на некоторые несложные медицинские процедуры, характеризующиеся низкой степенью вероятности осложнений, является просто необходимой. Это отчасти связано и с фактором времени, и с профилактикой излишней формализации сферы оказания медицинской помощи.

Таким образом, внедрение в практику принципа информированного согласия и обеспечение прав граждан на соблюдение конфиденциальности информации позволит оказывать медицинскую помощь с учетом прав и законных интересов пациентов. А это значительно повысит результативность медицинской помощи.

Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи в многопрофильном стационаре.

Вардосанидзе С.Л., главный врач, засл. врач РФ

Восканян Ю.Э., Пучкина Н.Е.

Ставропольская краевая клиническая больница

Партнерство: Самара/Ставрополь – Айова

Анализ мнения пациентов о качестве оказываемых медицинских услуг в учреждении является важным индикатором качества лечебно-диагностического процесса. К сожалению, в отечественных стационарах этому фактору уделяется мало внимания. Введение системы обязательного медицинского страхования принципиально не изменило сложившуюся ситуацию, поскольку финансирование ЛПУ определялось исходя из общего количества проведенных койко-дней, но не числа пролеченных больных и результатов лечения. До сих пор существует система направлений больного в определенный стационар врачом поликлиники, к которой прикреплен больной, что сегодня рассматривается зарубежными специалистами как грубое нарушение прав человека. Все вышеперечисленное можно объяснить только одним – высокой вероятностью самораспада большинства лечебно-профилактических учреждений после законодательного подтверждения прав пациентов в выборе места лечения и введения финансирования за фактические объемы выполненных работ и их результаты.

Целью настоящего исследования было организация система эффективного мониторинга мнения пациентов о качестве оказываемых медицинских услуг, а также анализ зависимости удовлетворенности пациентов от различных социальных, биологических и экономических факторов. В результате была создана специальная комиссия, председателем которой стал заместитель главного врача по КЭК. Комиссией проведено выборочное слепое (без учета результата лечения) тайное анкетирование выписанных больных из отделений стационара (до 10-15% из каждого подразделения) с использованием разработанных двух списков вопросов: обязательного и дополнительного. Список обязательных вопросов включал в себя полную удовлетворенность качеством медицинской помощи (по направлениям: доступность, сам процесс и ее результат), желание повторно лечиться в нашем учреждении, предложения и замечания по ходу организации лечебно-диагностического процесса. Список дополнительных вопросов касался отдельных технических деталей организации работы лечебно-профилактического учреждения (питание, размещение, бытовые условия, сервисные услуги и т. д.). Здесь необходимо отметить, что к анализу ответа на вопросы второстепенной группы нужно подходить очень осторожно. Так, например, одинаково благоустроенная палата может быть неудовлетворительно оценена представителем богатого класса, и в то же время получить положительную оценку человека, имеющего средний заработок или зарплату ниже среднего уровня. Часто болеющие люди, имеющие возможность сравнить организацию лечебно-диагностического процесса в разных лечебных учреждениях, дают более высокую оценку при более комфортных условиях в палатах, в отличие от пациентов, которые попали в больницу впервые и имеют возможность сравнения только с домашними бытовыми условиями. Именно поэтому особого внимания вопроснику с второстепенным списком мы уделять не будем. В дальнейшем нами проводился ежеквартальный анализ мнения пациентов и его смещения при переменах в организации лечебно-диагностического процесса, а также коррекция лечебно-диагностического процесса с учетом мнения пациентов.

Результаты выборочного анкетирования 1112 случайно отобранных респондентов распределились следующим образом. Полностью удовлетворены качеством лечебно-диагностического процесса (включая оценку по всем трем категориям: доступность, непосредственно сам процесс и его результат) были 332 (29,8%), однако желание повторно лечиться в нашем учреждении изъявили уже 698 (62,8%). Это, по-видимому, являлось результатом сравнения качества нашей больницы с другими ЛПУ региона. На частоту абсолютной удовлетворенности пациентов не оказал значимого влияния возраст больного, однако желание повторно лечиться в нашем учреждении достоверно чаще изъявляли пациенты старших возрастных групп. Достоверно чаще встречалась полная удовлетворенность лечебно-диагностическим процессом у пациентов хирургических отделений, однако в отношении желания повторно лечиться в нашем стационаре такой тенденции не прослеживалось. Мужчины, в отличие от женщин, были более терпимы к оценке качества лечебно-диагностического процесса. То же самое касалось и пациентов с экстренной патологией (в отличие от планово госпитализированных). Среди повторно госпитализированных больных достоверно реже встречалась положительная оценка лечебно-диагностического процесса, чем у пациентов, госпитализированных впервые. Желание повторно лечиться в стационаре распределилось в обратной зависимости (см. табл.).

Таблица

Зависимость результатов оценки пациентов от различных факторов

Фактор	Полная удовлетворенность лечебно-диагностическим процессом	Р	Желание повторно лечиться в том же стационаре	Р
>60 лет (n=519)	148 (28,5%)	0,399	411 (79,2%)	0,000
< 60 лет (n=593)	184 (31,0%)		287 (48,3%)	
Больные хирургических отделений (n = 841)	288 (34,2%)	0,000	534 (63,4%)	0,432
Больные терапевтических отделений (n=271)	44 (16,2%)		164 (60,5%)	
Больные с экстренной патологией (n=115)	89 (77,4%)	0,000	96 (83,4%)	0,000
Больные с плановой патологией (n=997)	243 (24,4%)		602 (60,4%)	

Женщины (n=719)	187 (26,0%)	0,00 0	434 (60,4%)	0,03 2
Мужчины (n=393)	145 (36,9%)		264 (67,1%)	
Поступившие в наш стационар впервые (n= 886)	299 (29,2%)	0,00 0	548 (61,9%)	0,02 4
Поступившие в наш стационар повторно (n = 226)	33 (14,6)		150 (66,4%)	

Таким образом, в ходе проведенной оценки выделены факторы, которые могут отрицательно повлиять на суммарную оценку удовлетворенности пациентов и спровоцировать их возможную миграцию в другие учреждения: молодой возраст, количество терапевтических больных, количество планово-поступивших пациентов, женский пол, число повторных поступлений. Это следует учитывать при необъяснимых отрицательных смещениях удовлетворенности с одновременным ростом показателей клинической результативности лечения. С другой стороны, именно этим контингентам больных стоит уделить особое внимание в силу их большей требовательности.