

*Практикующий врач***РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТА ПО
ВНЕДРЕНИЮ СИСТЕМЫ НЕПРЕРЫВНОГО
ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА УПРАВЛЕНИЯ
ЦЕНТРАМИ ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ**

Алекберов М.М.

*Азербайджанский медицинский университет,
Баку*

В настоящее время, в связи с переходом народного хозяйства страны, в том числе непромышленной сферы, к рыночной экономике, возникла острая необходимость в улучшении охраны окружающей среды и укрепления здоровья населения, совершенствования системы санитарно-противоэпидемического обеспечения населения. В новых условиях хозяйствования эффективность профилактических мероприятий в большой мере зависит от характера системы управления санитарно-эпидемиологической службой, внедрения в деятельность центров гигиены и эпидемиологии (ЦГиЭ) новых организационных форм, принципов и методов работы, стиля руководства, на основе процессного подхода к управлению в этих учреждениях.

С целью внедрения новых принципов управления в деятельность ЦГиЭ и изучения их эффективности был осуществлен эксперимент в двух базовых ЦГиЭ административных районов г.Баку – Насиминском и Низаминском ЦГиЭ. В качестве контрольных учреждений были использованы другие ЦГиЭ административных районов г. Баку. Сущность эксперимента заключалась во внедрении системы непрерывного повышения качества управления (НПКУ) ЦГиЭ. Качество – это совокупность характеристик продукции или услуг, которая не только соответствует стандартам, эксплуатационным требованиям и явным ожиданиям потребителя, но и обеспечивает скрытые потребности пользователя. Следует отметить, что в настоящее время известны следующие концептуальные модели управления качеством: контроль качества (quality control); обеспечение качества (quality assessment); непрерывное повышение качества (continuous quality improvement).

Используемая на протяжении многих лет модель контроля качества, основанная на аудиторском принципе оказалась неэффективной в современных условиях, поскольку автоматически отводила работнику роль защищающегося по отношению к проверяющему, препятствовала выявлению истинных причин отклонений в технологических процессах, приводила к умышленному искажению информации вследствие боязни возможных наказаний. Оценка качества на соответствие стандартам производится самими работниками и не предусматривает учета мнения потребителя.

Модель обеспечения качества учитывает требования потребителя, но принципы ее построения и функционирования принципиально не отличаются от предыдущей.

Модель непрерывного повышения качества использует новые принципы организации всей системы обслуживания и является основой современной технологии управления, позволяющей без привлечения

дополнительных средств повысить производительность и качество.

Задачи по формированию системы управления качеством медицинской помощи стоят перед всем мировым сообществом. В 1996 г. Люблянская конференция министров здравоохранения европейских государств – членов ВОЗ приняла Хартию по реформированию здравоохранения, где в качестве одного из основополагающих принципов приводимых реформ определено непрерывное улучшение качества медицинской помощи и повышение ее эффективности.

Для достижения наилучших результатов необходимо управление процессами оказания медико-профилактической помощи, что требует не только проверку индивидуального выполнения и контроль, но и в первую очередь выявление отклонений и анализ их причин.

В ходе эксперимента в основу идеологии системы НПКУ санитарно-эпидемиологической службы были поставлены следующие принципы:

- направленность всей управленческой деятельности в санитарно-эпидемиологической службе на повышение качества санитарно - противоэпидемической помощи;

- вовлечение всех сотрудников центров гигиены и эпидемиологии в управление деятельностью этих учреждений;

- нацеленность на положительный результат, понимание его зависимости от признания потребителями высокого качества результатов деятельности как центров гигиены и эпидемиологии в целом и конкретных работников;

- материальное и моральное стимулирование членов трудовых коллективов, заинтересованности их в обеспечении высокого качества оказываемой медико-профилактической помощи.

Система НПКУ проявляется как наиболее полно разработанная подсистема учреждений, получившая мировое признание благодаря стандартам ИСО серии 9000. В связи с этим считали, что именно эта подсистема должна стать концептуальной основой для формирования интегрированной системы управления центрами гигиены и эпидемиологии. Поэтому при построении системы НПКУ ЦГиЭ нами использованы следующие наиболее существенные положения стандартов ИСО: формирование общей политики управления предприятия; четкое распределение ответственности и полномочий в системе; акцентирование внимания не на вертикальных, а на горизонтальных связях в управлении; делегирование прав и ответственности на нижние этажи управленческой иерархии; контроль за выполнением всех управленческих решений и процедур, реализуемых в подсистеме; принятие мер по устранению причин выявленных или потенциальных несоответствий в системе; непрерывное улучшение общего управления.

Было выявлено, что в экспериментальных и других ЦГиЭ частота использования основных принципов управления существенно различаются. В экспериментальных ЦГиЭ по сравнению с другими применяются преимущественно принципы системного под-

хода; программно-целевой характер управления; объективность процесса управления; развитие демократического стиля управления; единство стратегии и тактики управления, применение принципов маркетинга, комплексный подход к планированию и реализации управленческих решений.

Основными причинами, затрудняющими применения основных принципов управления в контрольных ЦГиЭ являются несоблюдение коллегиальности в принятии управленческих решений директивный характер управления со стороны вышестоящих учреждений, низкий уровень преемственности между структурными подразделениями, отсутствие должностных инструкций, отсутствие соответствующих инструктивно методических документов и другие.

Изучение стиля управления показало, в экспериментальных ЦГиЭ преимущественно применялся демократический стиль работы, а в других ЦГиЭ – авторитарный стиль работы. По частоте использования в экспериментальных и других ЦГиЭ второе место занимает соответственно либеральный и смешанный стиль управления. В экспериментальных ЦГиЭ реже использовались авторитарный, а в других ЦГиЭ демократический стиль управления.

Для объективной оценки качества и эффективности управленческих решений изучены основные, характеризующие их показатели. Существенных различий между показателями удельного веса выполненных управленческих решений в экспериментальных и других ЦГиЭ ($95,0 \pm 0,6$ и $95,3 \pm 0,3\%$) не выявлены ($P > 0,05$). Следует отметить, что незначительное превышение уровня выполнения управленческих решений не связано с характером или качеством организации работы и управленческой деятельностью контрольных учреждений, а с относительно высоким уровнем удельного веса выполненных некачественных управленческих решений ($P < 0,001$). Так как удельный вес

выполненных некачественных решений был больше на $5,3\%$ в других учреждениях ($23,3 \pm 0,6\%$) чем в экспериментальных ЦГиЭ ($18,0 \pm 1,2\%$).

Вторым показателем характеризующим качества управленческих решений является удельный вес невыполненных качественных решений. Уровень этого показателя в экспериментальных и других ЦГиЭ составлял соответственно ($18,3 \pm 1,2$ и $24,5 \pm 0,6\%$). Наблюдалось достоверное снижение уровня этого показателя ($6,2\%$) в экспериментальных ЦГиЭ ($P < 0,001$).

Удельный вес некачественных управленческих решений существенно ниже ($P < 0,001$) в экспериментальных ЦГиЭ по сравнению с другими учреждениями ($23,4 \pm 1,3$ и $30,4 \pm 0,7\%$ соответственно). Уровень коэффициента качества управленческих решений в экспериментальных ЦГиЭ ($76,6 \pm 1,3\%$) значительно ($4,6\%$) выше ($P < 0,001$), чем в других ЦГиЭ ($72,0 \pm 0,7\%$).

Существует достоверное различие между показателями коэффициента качества управленческих решений, принятых в экспериментальных и других ЦГиЭ. Известно, что одним из определяющих факторов качества управленческих решений является соблюдение алгоритма и допущенные ошибки на различных этапах их разработки и принятия.

Изучение и сравнительная оценка уровней частоты ошибок в принятии управленческих решений и на отдельных этапах их разработки показало, что удельный вес управленческих решений с нарушением установленной этапности при их разработке в экспериментальных ЦГиЭ ($23,4 \pm 1,3\%$) значительно ниже ($P < 0,001$), чем в других ЦГиЭ ($29,5 \pm 0,7\%$). Проведен сравнительный анализ показателей частоты допущенных ошибок в различных этапах разработки управленческих решений (табл.1).

Таблица 1. Сравнительная оценка частоты ошибок на различных этапах разработки и принятия управленческих решений в экспериментальных и других изученных ЦГиЭ

№	Этапы разработки управленческих решений	Частота ошибок		t	P
		В экспериментальных ЦГиЭ	В контрольных ЦГиЭ		
1	Уяснение цели и задачи	$15,2 \pm 1,1$	$16,5 \pm 0,5$	1,1	$> 0,05$
2	Изучение и оценка обстановки	$12,9 \pm 1,0$	$16,2 \pm 0,5$	3,9	$< 0,001$
3	Выработка вариантов решения	$18,6 \pm 1,2$	$22,5 \pm 0,6$	3,0	$< 0,001$
4	Документальное оформление решения	$4,7 \pm 0,7$	$5,4 \pm 0,3$	1,0	$> 0,05$
5	Регистрация решения	$3,6 \pm 0,6$	$5,4 \pm 0,3$	2,7	$< 0,01$
6	Подготовка задач подчиненным	$18,3 \pm 1,2$	$23,7 \pm 0,6$	4,2	$< 0,001$
	Всего с нарушением установленной этапности	$23,4 \pm 1,3$	$29,5 \pm 0,7$	4,1	$< 0,001$

Известно, что большую роль в разработке управленческих решений и формировании у работников исполнительского замысла и морального стимула в их реализации играет уяснение цели и задачи принятия этих решений. Установлено, что частота ошибок на этом этапе в других ЦГиЭ ($16,5 \pm 0,5\%$) больше, чем в экспериментальных ЦГиЭ ($15,2 \pm 1,1\%$), хотя между ними не выявлены существенных различий ($P > 0,05$). На втором этапе частота ошибок в эксперименталь-

ных и других ЦГиЭ существенно различаются ($12,9 \pm 1,0$ и $16,2 \pm 0,5\%$; $P < 0,001$). Это свидетельствует о том, что при привлечении всех членов коллектива к решению возникших проблем, создаются более благоприятные условия для изучения и объективной оценки обстановки, за счет повышения уровня полноты и достоверности информационного обеспечения управления. Относительно больше ошибок допускаются на третьем этапе: выработки различных вариан-

тов решения ($18,6 \pm 1,2$ и $22,5 \pm 0,6\%$ соответственно). Сравнительный анализ частоты ошибок в третьем, пятом и шестом этапах разработки управленческих решений показывает, что в экспериментальных ЦГиЭ по сравнению с другими учреждениями их уровень заметно снизился. Среди причин несвоевременного и некачественного выполнения управленческих решений в экспериментальных ЦГиЭ преобладают факторы, не зависящие от характера организации работы и качества управления (табл. 2): отсутствие технических средств ($20,7 \pm 5,5\%$), производственная необходимость в подконтрольных объектах ($15,1 \pm 4,9\%$),

вмешательство вышестоящих органов управления ($13,2 \pm 4,7\%$), непредвиденные ситуации ($11,8 \pm 4,2\%$).

В других ЦГиЭ наоборот, среди причин несвоевременного и некачественного выполнения управленческих решений первые места занимают факторы, характеризующие качества организации и управления деятельностью этих учреждений, в том числе стиль управления ($17,9 \pm 2,5\%$), не соблюдение технологического процесса разработки и принятия управленческих решений ($14,5 \pm 2,3\%$), отсутствие инструктажа ($13,7 \pm 2,2\%$), недооценка инструктирования ($6,4 \pm 1,6\%$).

Таблица 2. Сравнительная оценка удельного веса причин несвоевременного и некачественного выполнения решений в экспериментальных и других ЦГиЭ

№	Наименования причин	Удельный вес причин		t	P
		В экспериментальных ЦГиЭ	В контрольных ЦГиЭ		
1	Стиль управления	$5,7 \pm 3,2$	$17,9 \pm 2,5$	3,1	<0,001
2	Не соблюдения технологического процесса разработки управленческих решений	$9,4 \pm 4,0$	$14,5 \pm 2,3$	1,1	>0,05
3	Отсутствие инструктажа	$11,3 \pm 4,3$	$13,7 \pm 2,2$		<0,001
4	Отсутствие мотивации	$7,5 \pm 3,6$	$8,9 \pm 1,9$	0,5	>0,05
5	Уровень квалификации	$15,1 \pm 4,9$	$8,5 \pm 1,8$	0,3	>0,05
6	Производственная необходимость	$20,7 \pm 5,5$	$5,1 \pm 1,4$	2,0	<0,05
7	Отсутствие технических средств	$13,2 \pm 4,7$	$7,8 \pm 1,7$	2,3	<0,01
8	Вмешательство вышестоящих органов	$5,7 \pm 3,2$	$6,0 \pm 1,5$	1,5	>0,05
9	Стаж работы	$11,8 \pm 4,2$	$6,8 \pm 1,6$	0,2	>0,05
10	Непредвиденные ситуации	-	$4,3 \pm 1,3$	1,7	>0,05
11	Недооценка инструктирования	-	$6,4 \pm 1,6$		<0,001
	Всего:	100,0	100,0		

На третьем этапе цикла управления особое значение имеет осуществление контроля за исполнением принятых решений. Качество и эффективность контроля во многом зависит от применяемых принципов, определяющих его методологию. Результаты исследования показали, что в экспериментальных ЦГиЭ контроль за выполнением управленческих решений осуществляется на основе таких принципов как плановость проведения контроля; системный подход; объективность в оценке организации, качества и результатов работы; адекватность методов и форм контроля при их применении; комплексность в применении адекватных форм и методов; приоритетность в обеспечении контроля определенных направлений деятельности; проведение контроля в оптимальные сроки; полный охват проверкой выполнения запланированных мероприятий комплексом адекватных методов и форм контроля; применение комплексных форм организации контроля; экономичность в проведении контроля; участие общественных организаций в проведении контроля; соблюдение правил единой государственной системы делопроизводства, принятых в Азербайджанской Республике.

В других ЦГиЭ по сравнению с экспериментальными ЦГиЭ определенные принципы контроля применяются реже. В том числе, комплексность в применении адекватных форм и методов контроля ($44,5 \pm 16,4\%$; $P < 0,01$); приоритетность в обеспечении

контроля определенных направлений деятельности ($66,7 \pm 15,7\%$; $P < 0,05$); участие общественных организаций в проведении контроля ($77,8 \pm 13,9\%$; $P < 0,05$).

Изучение применяемых форм контроля за выполнением плановых мероприятий и управленческих решений показало, что в экспериментальных и других ЦГиЭ они существенно различаются по частоте их применения. Больше всего и почти в одинаковой интенсивности ($P > 0,05$) применяется непосредственный контроль по планам и управленческим решениям в экспериментальных и других ЦГиЭ ($61,3 \pm 1,5$ и $60,2 \pm 0,7\%$ соответственно). Карточечный ($40,5 \pm 1,5$ и $17,4 \pm 0,6\%$; $P < 0,001$), контроль качества ($33,7 \pm 1,5$ и $9,7 \pm 0,4\%$; $P < 0,001$), статистический ($37,8 \pm 1,5$ и $15,2 \pm 0,5\%$; $P < 0,001$), метод экспертных оценок ($20,9 \pm 1,3$ и $11,8 \pm 0,5\%$; $P < 0,001$) используются более интенсивно в экспериментальных ЦГиЭ по сравнению с другими ЦГиЭ.

С целью изучения и сравнительной оценки удовлетворенности различных групп респондентов организаций работы в экспериментальных и других ЦГиЭ проведено социологическое исследование среди руководителей и врачей-гигиенистов этих учреждений, руководителей немедицинских учреждений и населения. Результаты социологического исследования показали, что все руководители экспериментальных ЦГиЭ в отличие от руководителей других учрежде-

ний удовлетворены организацией работы и управлением этими учреждениями (100,0% и 83,1±3,4% соответственно; $P < 0,001$).

Установлено, что также в экспериментальных ЦГиЭ 90,0±6,7% врачей-гигиенистов удовлетворены, 10,0±6,7% не удовлетворены организацией работы своих учреждений. В других ЦГиЭ удельный вес удовлетворенных организаций работы врачей-специалистов составлял только 68,9±3,0%. Почти одна третья часть их (31,1±3,0%) не удовлетворена сложившимся характером организации работы своих ЦГиЭ. Существует достоверное различие между показателями удельного веса удовлетворенных организаций работы в экспериментальных и других ЦГиЭ ($P < 0,01$). Большинство (48,0±4,5%) руководителей не медицинских учреждений также удовлетворены, 40,0±4,4% - частично удовлетворены, организацией работы экспериментальных ЦГиЭ.

Основными причинами неудовлетворенности врачей-специалистов организацией работы в экспериментальных ЦГиЭ являются низкий уровень заработной платы (20,0±5,5%), трудности в сборе и обработке информации с целью прогнозирования гигиенической и эпидемиологической обстановки в регионе (17,7±5,3%), несовершенство механизма административного воздействия на поднадзорные объекты (15,6±5,2%), недостаточная обеспеченность современной технологией (13,3±5,1%) и прочие причины (33,3±5,8%).

В других ЦГиЭ факторы обуславливающие неудовлетворенность врачей-специалистов различаются по их структуре и содержанию. Так, выявлены дополнительно четыре фактора, влияющие на неудовлетворенность врачей организацией работы других ЦГиЭ, которые имеют большой удельный вес среди всех причин: несовершенство организационной структуры ЦГиЭ (14,0±2,8%), отсутствие высокоэффективных технологий управления (9,3±2,4%), слабая поддержка со стороны органов власти (6,7±2,0%), низкий уровень преемственности структурных подразделений (6,0±1,9%).

Внедрение системы НПКУ открывает новые возможности по созданию благоприятных условий для повышения качества и эффективности управленческой деятельности, удовлетворению потребностей населения и работников различных объектов народного хозяйства в санитарно-противоэпидемическом обслуживании.

ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СДВИГИ И ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЛАПАРОТОМИЧЕСКОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ, КОРРЕКЦИЯ СЕЛМЕВИТОМ

Баклаева Н.Б.

*Тюменская государственная медицинская академия,
Тюмень*

Мы изучили состояние гемостаза и процессов липопероксидации у 136 больных миомой матки, подвергшихся удалению матки лапаротомическим досту-

пом. Среди них 76 женщин получали традиционную предоперационную подготовку и послеоперационное лечение, другие 60 женщин дополнительно получали селмевит. Исследовали коагуляционный и тромбоцитарный компоненты гемостаза и перекисное окисление липидов перед операцией, на 1, 3-4 и 5-7 сутки послеоперационного периода. В коагуляционном компоненте гемостаза перед операцией у женщин обеих групп имеются признаки гипокоагулемии на фоне ускоренного взаимодействия тромбин-фибриноген. Одновременно с этим наблюдается активация тромбоцитарного компонента гемостаза, проявляющаяся повышенной способностью к агрегатообразованию и к реакции высвобождения, контролируемой по содержанию в плазме фактора P_3 тромбоцитов. На фоне предоперационной подготовки, дополненной назначением селмевита, напряжение в системе свертывания менее выражено. В послеоперационном периоде у женщин, не получавших селмевит, мы наблюдали ускорение внутрисосудистого свертывания крови при одновременной активации противосвертывающего потенциала в такой степени, когда можно говорить о развитии начальных стадий ДВС, что сохранялось до конца периода наблюдения. Сдвиги в коагуляционном звене гемостаза сопряжены с активацией тромбоцитарного компонента, выражающейся в увеличении количества активных форм тромбоцитов и числа больших и малых агрегатов. Активация гемостаза, инициируемая усилением прокоагулянтных свойств тромбоцитов, протекает параллельно повышению интенсивности ПОЛ и снижению антиоксидантной активности крови. На фоне дополнения традиционной терапии назначением селмевита, которое сопровождалось ростом противокислительного потенциала, и, естественно, торможением интенсивности процессов ПОЛ, гемостатические сдвиги, вызванные оперативным вмешательством, значительно ослабляются и показатели гемостаза более быстро восстанавливаются до исходных значений.

Следовательно, имеются основания считать целесообразным применение селмевита как элемента предоперационной подготовки и послеоперационного лечения в качестве средства неспецифической коррекции гемостатических сдвигов.

ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОКОАГУЛЯЦИИ ПОСЛЕ МАЛЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Баклаева Н.Б., Матейкович Е.А.

*Тюменская государственная медицинская академия,
Тюмень*

Любое оперативные вмешательство, независимо от локализации сопровождается изменениями гемоккоагуляции. Важный фактор, обуславливающий при оперативном вмешательстве, в том числе и на матке, активацию свертывания – проникновение в кровяной тромбопластины из травмируемых тканей. Выскабливание полости матки – одна из наиболее часто выполняемых малых гинекологических операций. Мы изучили состояние гемоккоагуляции у 50 женщин, подвергшихся диагностическому выскабливанию полости матки. Исследования проводили перед операцией и