

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

Шифр _____

Наказ ректора про
затвердження теми

„До захисту допускається”

завідувачка кафедри

_____ Г.О.Швіндіна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА
на тему
«Менеджмент в сфері охорони здоров'я на прикладі
реанімаційного відділення»

за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»,
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування
в охороні здоров'я»

Студента гр. УЗ.мз-91ш Буткевича Володимира Петровича

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр.

Кваліфікаційна робота магістра містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на
відповідне джерело Буткевич Володимир Петрович

Наукові керівники:

_____ *Сміянов В.А.*
д.м.н., проф., завідувач кафедри громадського здоров'я

_____ *Матвєєва Ю.Т.*
к.е.н, старший викладач кафедри управління імені Олега Балацького

Суми 2021 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

„_____” _____ 20____ р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА

за спеціальністю

281 Публічне управління та адміністрування,
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування
в охороні здоров'я»

студенту групи УЗ.мз-91ш

_____ Буткевичу Володимирі Петровичу _____

1. Тема роботи Менеджмент в сфері охорони здоров'я на прикладі реанімаційного відділення
затверджена наказом по СумДУ № _____ від „_____” _____ 20____ р.
2. Термін подання студентом закінченої роботи _____
3. Мета кваліфікаційної роботи: є теоретичне обґрунтування та розробка організаційно-економічного механізму якісних перетворень у системі управління охороною здоров'я на регіональному рівні з урахуванням загальних тенденцій функціонування й реальних можливостей фінансування цієї сфери за трансформаційних умов.
4. Об'єкт дослідження: процес реформування організації управління реанімаційним відділенням.
5. Предмет дослідження: менеджмент в сфері охорони здоров'я на прикладі реанімаційного відділення.
6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах: Закони України, Постанови Кабінету Міністрів України, монографії, підручники, навчальні посібники, статті та тези конференцій вітчизняних та зарубіжних авторів, Інтернет-ресурси, щорічна статистична звітність підприємства КНП «Шосткинської ЦРЛ», положення про структурний підрозділ реанімаційного відділення.

7. Орієнтовний план кваліфікаційної роботи, терміни подання розділів керівникові та зміст завдань для виконання поставленої мети.

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
I	Загально-теоретичні підходи щодо менеджменту закладів охорони здоров'я	
II	Науково-методичні підходи щодо аналізу та дослідження системи управління реанімаційним відділенням	
III	Удосконалення системи управління реанімаційного відділення	

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:

У розділі 1 студент має дослідити загально-теоретичні підходи щодо менеджменту закладів охорони здоров'я.

У розділі 2 студент має провести аналіз системи управління реанімаційним відділенням.

У розділі 3 студент має запропонувати методи удосконалення системи управління реанімаційним відділенням.

8. Консультації щодо виконання роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
1			
2			
3			

9. Дата видачі завдання _____

Керівник кваліфікаційної роботи

(підпис)

Матвєєва Ю.А.

Завдання до виконання одержав

(підпис)

Буткевич В.П.

АНОТАЦІЯ

У роботі визначено сутнісно-змістовну основу менеджменту закладів охорони здоров'я. Проаналізовано наявні проблеми в системі управління закладами охорони здоров'я в Україні та особливості управління реанімаційними відділеннями в закладах охорони здоров'я. Також розглянуто науково-методичні підходи щодо оцінювання системи управління реанімаційним відділенням та систему управління персоналом та технологічними процесами. Проведено ґрунтовне дослідження факторів і напрямів підвищення діяльності реанімаційного відділення. Запропоновано алгоритм удосконалення системи управління реанімаційним відділенням, який сформовано на основі оцінки ключових показників ефективності діяльності зазначеного відділення. Приведено рекомендації щодо впровадження заходів з удосконалення системи управління реанімаційним відділенням.

Ключові слова: менеджмент закладів охорони здоров'я, система управління реанімаційним відділенням, система управління персоналом, система управління технологічними процесами, удосконалення системи управління, ефективність діяльності.

РЕФЕРАТ

Дипломна робота містить 49 сторінок основного тексту, 3 розділи, 1 малюнок, 5 таблиць, список використаної літератури із 77 джерел.

Метою дослідження є теоретичне обґрунтування та розробка організаційно-економічного механізму якісних перетворень у системі управління охороною здоров'я на регіональному рівні з урахуванням загальних тенденцій функціонування й реальних можливостей фінансування цієї сфери за трансформаційних умов [69].

Об'єкт дослідження - процес реформування організації управління реанімаційним відділенням.

Предмет дослідження - менеджмент в сфері охорони здоров'я на прикладі реанімаційного відділення.

У першому розділі "Загально-теоретичні підходи щодо менеджменту закладів охорони здоров'я" розглядали: поняття, суть і проблеми в управлінні закладами охорони здоров'я; особливості управління реанімаційними відділеннями в закладах охорони здоров'я.

У другому розділі "Науково-методичні підходи щодо аналізу та дослідження системи управління реанімаційним відділенням на прикладі реанімаційного відділення" було запропоновано до розгляду такі питання: науково-методичні підходи щодо оцінювання системи управління реанімаційним відділенням; аналіз системи управління персоналом та технологічними процесами реанімаційного відділення; дослідження основних факторів та напрямів підвищення ефективності діяльності реанімаційного відділення.

Третій розділ "Управління процесами діяльності закладів охорони здоров'я". Проведено оцінювання ключових показників ефективності діяльності реанімаційного відділення. Розглянуто алгоритм удосконалення системи управління реанімаційним відділенням та дані рекомендації щодо впровадження заходів з удосконалення системи управління реанімаційним відділенням.

Ключові слова: заклади охорони здоров'я, реанімаційне відділення, показники ефективності діяльності, системи управління реанімаційним відділенням.

ПЛАН

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНО-ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ЩОДО МЕНЕДЖМЕНТУ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	11
1.1. Сутнісно-змістовна основа менеджменту закладів охорони здоров'я	11
1.2. Проблеми в системі управління закладами охорони здоров'я в Україні ..	13
1.3. Особливості управління реанімаційними відділеннями в закладах охорони здоров'я	15
РОЗДІЛ 2. НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ЩОДО АНАЛІЗУ ТА ДОСЛІДЖЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ РЕАНІМАЦІЙНИМ ВІДДІЛЕННЯМ.....	19
2.1. Науково-методичні підходи щодо оцінювання системи управління реанімаційним відділенням	19
2.2. Аналіз системи управління персоналом та технологічними процесами реанімаційного відділення	21
2.3. Дослідження основних факторів та напрямів підвищення ефективності діяльності реанімаційного відділення.....	24
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ РЕАНІМАЦІЙНОГО ВІДДІЛЕННЯ	27
3.1. Оцінювання ключових показників ефективності діяльності реанімаційного відділення	27
3.2. Алгоритм удосконалення системи управління реанімаційним відділенням.....	36
3.3. Рекомендації щодо впровадження заходів з удосконалення системи управління реанімаційним відділенням.	40
ВИСНОВКИ	Помилка! Закладку не визначено.
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	47

ВСТУП

Актуальність. Приблизно 200000 пацієнтів щорічно страждають від зупинки серця в лікарні (ІНСА) в США.[60] Ранній початок серцево-легеневої реанімації (CPR) і дефібриляції мають вирішальне значення для підвищення виживаності, враховуючи, що кожна хвилина відстроченого лікування знижує виживання на 10%. [61] Не дивно, що лікарні вирішили виділити значні ресурси на навчання медичних працівників методам реанімації та створити системи екстреного реагування на рівні установи, щоб оптимізувати їх роботу і поліпшити результати лікування пацієнтів, які страждають зупинкою серця. Однак, незважаючи на ці значні вкладення, загальні показники виживаності в лікарнях після цих подій залишаються низькими, зі значними відмінностями між закладами [62, 63].

На перший погляд така зміна виживання після ІНСА може здатися дивною. Встановлені керівні принципи забезпечують логічні, послідовні алгоритми вдосконаленої підтримки серцевої життя (ACLS), які широко прийняті і використовуються в багатьох країнах світу; таким чином, постачальники медичних послуг в більшості лікарнях після одного і того ж навчання ACLS намагаються проводити ті ж процедури з тих же причин. Рідше вони зверталися до складних питань, пов'язаних з реалізацією цих алгоритмів в реальних умовах, і до того факту, що бригади, а не окремі особи, в кінцевому підсумку несуть відповідальність за проведення реанімації у лікарнях. Ситуація змінюється в міру того, як останні рекомендації [64] почали розширюватися за цими темами, враховуючи, що структура реанімаційних бригад, як відомо, різниться в різних лікарнях [65]. Однак залишається мало емпіричної інформації, яка могла б допомогти установам вибрати оптимальну конфігурацію реанімаційних бригад, незважаючи на їх повсюдну присутність в лікарнях, за останні п'ять десятиліть.

Відповідно, ми провели якісне дослідження з явною метою краще зрозуміти, як найбільш ефективні лікарні організують свої реанімаційні бригади для досягнення високих показників виживання при ІНСА. За допомогою поглиблених відвідувань і докладних інтерв'ю з персоналом кількох лікарень ми визначили загальні теми, пов'язані з кращими результатами, з використанням методологічного підходу, який застосовувався в різних областях, від профілактики інфекцій до лікування серцевого приступу.[66-68] ІНСА являє собою складне людське завдання, в якому беруть участь кілька людей, і надає нові ідеї, які доповнюють велику і постійно зростаючу літературу про кількісні дослідження, в яких детально розглядаються відмінності в реанімаційній допомозі в різних лікарнях.

Мета і задачі дослідження. Метою дослідження є теоретичне обґрунтування та розробка організаційно-економічного механізму якісних перетворень у системі управління охороною здоров'я на регіональному рівні з урахуванням загальних тенденцій функціонування й реальних можливостей фінансування цієї сфери за трансформаційних умов [69].

Відповідно до мети визначено основні *завдання* дослідження:

- обґрунтувати структурно-логічну сутність, наукові підходи щодо зміни організації роботи реанімаційного відділення і реанімаційних бригад;
- розглянути особливості перетворень в системі управління реанімаційними відділеннями і реанімаційними бригадами;
- оцінити ситуацію в системі державного та регіонального управління реанімаційного відділення та реанімаційних бригад;

Об'єкт дослідження - процес реформування організації управління реанімаційним відділенням.

Предмет дослідження - менеджмент в сфері охорони здоров'я на прикладі реанімаційного відділення.

Методи дослідження. Ми розрахували стандартизовану за ризиком виживання ІНСА до показників виписки в реанімаційних лікарнях в період з 2017 по 2019 рік. Ми визначили лікарні з географічною і академічною

різноманітністю у верхній, середній і нижній частині квартилей виживання для ІНСА і провели якісне дослідження, яке включало відвідування ділянок з докладними інтерв'ю з клінічним і адміністративним персоналом в дев'яти лікарнях. Використовуючи тематичний аналіз, дані були проаналізовані для визначення основних тем, які сприймаються інформантами.

РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНО-ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ЩОДО МЕНЕДЖМЕНТУ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутнісно-змістова основа менеджменту закладів охорони здоров'я

Управління сферою охорони здоров'я – це область, яка напряду пов'язана з лідерськими якостями менеджерів, управлінням та адмініструванням систем громадської охорони здоров'я, лікарень та лікарняних мереж. Управління лікарнею – це в першу чергу ресурс для тих, хто має обов'язки керівника лікарні, для того щоб забезпечити максимально ефективно лікування пацієнтів. Менеджмент охорони здоров'я, або його ще називають медичний менеджмент – це загальний термін, який включає в себе використання людських, економічних, господарських, матеріальних та комп'ютерних ресурсів для ведення та лікування пацієнтів. Стратегії медичного управління створені для зміни поведінки споживачів та постачальників медичних послуг з метою покращення якості надання медичної допомоги. Тому особливої уваги в умовах ринкової економіки заслуговує фінансово-господарська діяльність медичних закладів [6].

Медичне керівництво складається з дипломованих фахівців в сфері охорони здоров'я та великим клінічним досвідом, що дозволяє контролювати тактику ведення пацієнта, його лікування та реабілітацію. Існують технології відбору ефективних проектів, програм (експертні, конкурсні і ін.) [1, 2] Проте, коли постає питання кваліфікованого управління сферою охорони здоров'я – дипломованих менеджерів, як правило, недостатньо для раціонального управління адміністративною одиницею. В результаті змальовується комплекс функціонально виражених підцілей програми з оцінками відносної важливості кожної підцілі і кількісно вираженими цільовими нормативами, розробляються варіанти комплексів об'єктивно виражених цілей, при цьому цілі оформляються у вигляді функціонального

або об'єктивно виражених потреб, які задовольняються у разі досягнення основної мети [3]. Це переважно стосується сектору державної медицини.

Вирішення питання раціонального менеджменту в сфері охорони здоров'я стало надзвичайно важливим в наш час. Якісна медична послуга та коректний менеджмент – ключ к створенню якісних та привабливих для користувача медичної послуги закладів. Науковий прогрес сьогодення пов'язаний з медичними проблемами також направлений на підтримку думки про те, що раціональний кваліфікований менеджмент у сфері охорони здоров'я – новий крок до удосконалення галузі. Для виконання цієї роботи створюються спеціальні інформаційні центри, оснащені ЕОМ, набором периферійної і термінальної техніки і обслуговувані кваліфікованим персоналом [4]. Таким чином, управління реалізацією програми можна вести в автоматизованому режимі, що дозволяє керівництву, позбавившись від дрібних поточних справ, вести творчу роботу [4, 2].

Здоров'я людини – це ресурс від якого залежить її благополуччя. Коли здоров'я людини порушується це приводить до прагнення виправити ситуацію в найбільш короткий термін та на найбільш комфортних умовах. Така людина і є пацієнтом. Інтерес пацієнта – за найбільш короткий проміжок часу повернути втрачене. Інтерес лікаря – задовільнити потребу пацієнта якомога швидше таким чином, щоб пацієнт, у разі необхідності, повернувся саме до цього лікаря. Інтерес лікарні витратити на лікування кожного пацієнта якомога менше ресурсу. І звідси випливає головна мета менеджера – скоординувати роботу закладу таким чином, щоб інтереси пацієнта, лікаря та лікарні були задовільнені в повній мірі без утиску інтересів жодної зі сторін.

1.2. Проблеми в системі управління закладами охорони здоров'я в Україні

Мірою колапсу української системи охорони здоров'я є епідеміологічна ситуація населення країни, а також зміни, що відбулися в його стані здоров'я з кінця радянської епохи [5, 7, 8]. База даних «Здоров'я для всіх» [9] показує, що смертність від серцево-судинних захворювань в 1990 р склала 589,03 смертей на 100 000 жителів України. У більш пізній період він збільшився, склавши 634,59 смертей на 100 000 жителів у 2015 році. Для порівняння, в посткомуністичних країнах, які стали державами-членами Європейського Союзу (Болгарія, Хорватія, Чеська Республіка, Естонія, Угорщина, Латвія, Литва, Польща, Румунія, Словаччина, Словенія) середнє значення цього показника в 1990 р становило 625,73 смертей на 100 000 населення, а до 2015 р знизилося до рівня 362,5 смертей на 100 000 населення. Так, в цій групі країн ми спостерігали поліпшення на 42%, а в Україні за той же період смертність збільшилася майже на 8%. Що важливо, в початковий період смертність в Україні була нижчою, ніж в більшості інших країн, включених в групу порівняння. Крім того, в деяких з них в першій половині 90-х років, а в деяких - в другій половині першого десятиліття трансформації, спостерігалось зростання смертності. Це приклади Румунії, Латвії, Болгарії та Естонії. Проте, всі вони зазнали явне і в цілому регулярне падіння в наступні роки, в той час як у випадку України спостерігається зростання до 2005 року, і тільки в останні роки країна відмічає деяке покращання, хоча і має результат гірше, ніж будь-який з порівняння країн індивідуально. Негативна тенденція ще більш очевидна в разі даних по ішемічній хвороби серця, де в Україні за розглянутий період смертність збільшилася більш ніж на 36%, хоча в групі «нових» країн-членів ЄС в той же час аналогічний показник був. відсоток зниження середнього значення смертності.

В українській системі охорони здоров'я неефективність як з точки зору лікування, так і з точки зору профілактичних втручань також добре

ілюструється іншими епідеміологічними даними. Смертність від інфекційних та паразитарних захворювань в період з 1990 по 2015 рік збільшилася з 11,78 до 21,67 смертей на 100 000 населення. У прийнятій референтній групі при цьому відбулося зниження з рівня 8,76 до 7 смертей на 100 000 населення. Ще більш разюча ця різниця в разі туберкульозу, де в 2015 р смертність в Україні склала 9,89 випадку на 100 000 населення, а в контрольній групі - 1,77 смертей на 100 000 населення.

Україна має понад 2200 лікарень і більше 400 000 лікарняних ліжок (5,22 лікарень і 890,7 ліжок на 100 000 населення) в державному секторі. У перерахунку на душу населення це більше, ніж в країнах ЄС. Але в установах застаріле обладнання, і далеко не всі з них можуть забезпечити комплексний догляд [10]. До сих пір механізм фінансування охорони здоров'я в Україні ґрунтувався на загальній податковій системі, при якій витрати розподілялися між державним (національним) і регіональним бюджетами. У 2015 році державне фінансування системи охорони здоров'я досягло 71 мільярди гривень (близько 3,2 мільярда доларів США) або близько 3,5% ВВП, в той час як загальні, державні та приватні витрати складають 7,4% ВВП. Через низький значення українського ВВП ці витрати, хоча вони можуть здатися досить високими у відносному вираженні, призводять до вкрай низького рівня витрат на душу населення, який склав менше 300 доларів США в 2012 році. На первинну медико-санітарну допомогу припадає близько 10% витрат на охорону здоров'я. фінансування догляду, і велика частина витрат йде на вузькоспеціалізовану допомогу [11].

У 2005-2015 роках загальний обсяг фінансування збільшився більш ніж в п'ять разів. Однак таке зростання можна пояснити в основному девальвацією валюти: середньорічний обмінний курс долара США зріс з 5,13 грн у 2005 році до 21,85 грн в 2015 р [12]. Слід зазначити, що розподіл коштів на охорону здоров'я здійснюється відповідно до існуючої інфраструктури, а не реальним потребам, визначеним структурою і рівнями захворюваності населення України [13]. Останні результати національних

обстежень домогосподарств Health Index. Україна доводить, що доступ до ліків залишається серйозною проблемою для населення України. Домогосподарства витратили майже 11% середніх загальних витрат на покупку ліків. Відповідно до іншого опитування домогосподарств, 92% населення побоюються фінансових труднощів і катастрофічних витрат в разі хвороби [14]. Є дані про обмежений доступ до різних категорій медичних послуг. Дослідження показали, що до 75% людей зі звичайними психічними розладами і розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, в Україні не мають доступу до медичної допомоги. Перешкоди на шляху до надання допомоги включають стигму та сором, страх перед психіатрією і відсутність довіри до системи охорони здоров'я, але також вони є наслідком системних недоліків, таких як відсутність інформації та обізнаності, висока вартість лікування, боязнь публічної записи діагнозу психічне захворювання і географічна віддаленість [15].

Агреговані дані про результати системи охорони здоров'я також показують відносно низький прогрес за останні три десятиліття, а також значно гірші результати в порівнянні з середніми показниками для всієї групи посткомуністичних країн [16, 17].

1.3. Особливості управління реанімаційними відділеннями в закладах охорони здоров'я

Організація надання реанімаційної допомоги в лікарняних закладах наразі налагоджена по прикладу індивідуальної підготовки кадрів, хоча все частіше і в медичній літературі, і в реанімаційних навчальних матеріалах наголошується на організацію команди розробників [18-21].

Хоча деякі постачальники медичних послуг як і раніше налаштовані скептично і ставлять під сумнів цінність командної роботи [19, 22], переконливі докази підтверджують, що організація команди розробників коду є вартим починанням [23-29].

В умовах лікарні реанімаційна допомога може надаватися різною кількістю людей, які майже завжди діють в складі команди. Реанімація здійснюється людським ресурсом і якісно процес реанімації залежить від агентів, які надають допомогу. На жаль, агенти, які надають реанімаційну допомогу, уразливі для помилок, втоми і відволікання уваги [30], а командна робота - це набутий навик, який не виникає природним чином [31-35]. А також якість і швидкість надання допомоги під час процесу реанімації може мати значення для пацієнта [27, 28, 36-40]. Приклади включають розлад глибини і частоти компресій грудної клітини з плином часу, що відбивається на захворюваності та смертності пацієнтів [41-42], а також зниження виживаності з затримками дефібриляції всього на секунди [37, 41-42].

Більше половини часу управління реанімаційних відділення вимагається на планування, організацію, контроль лікувально-діагностичного процесу. Аналіз регулювання діяльності управління відділенням достатньо складний, так як неможливо виділити деякі нормативні способи його здійснення.

Із аналізу управлінських функцій, а також умов організації роботи в реанімаційному відділенні було встановлено, що стратегії реалізації управлінських компетенцій, розподілена за функціональною ознакою досягнення цілей управління, передбачають чотири основні групи.

1. Контролюючі стратегії, які направлені на контроль ділових ситуацій. До них відносяться регламентація діяльності, регулярна система звітів, регулярні сесії групового характеру, хронометраж робочого дня, заохочення і покарання, створення системи мотивації.

2. Стабілізуючі стратегії, які дозволяють зберігати стабільними службові відносини «керівник-співробітник». Це створення традицій, визначення норм і цінностей, формування корпоративної культури, стійкість міжособистісних відносин і передбачливість управлінських рішень, безперебійність в роботі технічних засобів, стійкість матеріального становища.

3. Розвиваючі стратегії, забезпечують розвиток співробітників. Такими стратегіями є підвищення кваліфікації, створення умов особистісного росту, ротація персоналу, проведення професійних конкурсів, семінарів, конференцій, наставництво, створення системи оцінки і кар'єрного розвитку, формування резерву кадрів на керівні посади.

4. Перетворюючі стратегії, які відображають зміни і удосконалення обставин в інноваційному напрямку: створення інноваційного середовища, заохочення інновацій, підтримка творчих, креативних рішень, критичного мислення.

Розвиток управлінської компетенції в реанімаційному відділенні беззаперечно передбачає виділення системи детермінант, необхідних психолого-акмеологічних умов та факторів.

Важливими умовами розвитку управлінської компетенції є: наявність в суспільстві великої потреби в професіоналах високого класу, можливість здійснення особистісного професійного розвитку і саморозвитку до високого рівня професіоналізму особистості, постійний саморозвиток, позитивний професіональний і персональний імідж.

Акмеологічні фактори згруповані в: загальні об'єктивні: психологічні вимоги до професії, введення діагностичного центру оцінки персоналу, а також формування групи резерву для підвищення; загальні об'єктивно-суб'єктивні: психологічна готовність до процесу розвитку управлінські компетенції і практичної реалізації наявних управлінських знань та вмінь; загальні суб'єктивні: самоефективність, конкурентоздатність.

Спеціальними (особливими) факторами виступають інноваційність, авторитетність, співробітництво, дисциплінованість, наставництво.

В сфері охорони здоров'я ці фактори сприяють досягненню високих показників діяльності, впливають на успішність. Виявлені психологічні фактори тісно пов'язані між собою, їх структура рухома і залежить від специфіки діяльності.

Складові детермінації управлінської компетенції не вичерпують всієї складності даного явища, що обумовило необхідність розробити психолого-акмеологічну модель, яка відображає сукупність її складових, що імітують розвиток управлінської компетенції в реанімаційному відділенні. Модель складається із наступних блоків: структурні компоненти (компетенції), стратегії реалізації управлінських компетенцій, спрямованість управлінської діяльності, психолого-акмеологічні умови і фактори, тренінг розвитку управлінських компетенцій і стратегії їх реалізації.

Структурні компоненти управлінської компетенції представлені наступними блоками:

організаційно процесуальний (передбачає стратегію реалізації управлінських компетенцій і базується на реалізації таких факторів як: потреба професіоналізму, можливість розвитку, постійний розвиток, постійна самоосвіта, позитивне акмеологічне середовище, позитивний імідж);

інноваційно розвиваючий (розвиток управлінських компетенцій і стратегій їх реалізація як системи передбачає розвиток кожного виду і забезпечення їх інтеграції. Всі разом вони забезпечують необхідні компетенції і стратегії, в тому числі:

1. Компетенції, направлені на контроль ділових ситуацій, контролюючі стратегії.
2. Компетенції, направлені на стабілізацію відносин із співробітниками, стабілізуючі стратегії.
3. Компетенції, направлені на покращення обставин в інноваційному напрямку, перетворюючі стратегії.
4. Компетенції, направлені на забезпечення розвитку співробітників, розвиваючі стратегії.)

РОЗДІЛ 2. НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ЩОДО АНАЛІЗУ ТА ДОСЛІДЖЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ РЕАНІМАЦІЙНИМ ВІДДІЛЕННЯМ

2.1. Науково-методичні підходи щодо оцінювання системи управління реанімаційним відділенням

Данні та навчальні матеріали не будуть доступні іншим дослідникам для відтворення результатів, враховуючи конфіденційний характер дослідження та можливість повторної ідентифікації людей. Ми провели якісне дослідження, яке включало в себе детальний аналіз з клінічним та адміністративним персоналом у закладах з високими, середніми та низькими показниками у відповідності до стандартизованої за ризиком виживання пацієнтів з ІНСА. Використовуючи дані національного перспективного дослідження реанімаційних заходів Get With The Guidelines (GWTG), ми визначили лікарні, в яких з 1 січня 2017 р. по 31 грудня 2019 р. виявилось не менше ніж 20 пацієнтів із зупинкою серця ($n = 192$). Потім ми використали раніше описаний та перевірений метод розрахунку стандартизованих за ризиком показників виживання до виписки для кожної лікарні за кожен календарний рік.[43] Цей метод був розроблений спеціально для облегшення порівняння лікарень та дозволив нам ранжувати кожну лікарню по квартилям ефективності. Ми зосередились на стандартизованих за ризиком показниках виживання пацієнтів до виписки, а не на інших випадках (наприклад, повернення спонтанного кровообігу), щоб забезпечити глобальний показник ефективності для бригад реанімації.

Ми визначили найефективніші лікарні як лікарні, що постійно знаходяться в самому високому квартилі протягом кожного з трьох календарних років (2017–2019 рр.), Лікарні із середнім рівнем ефективності - які постійно знаходяться в двох середніх квартилях за кожен рік, а також лікарні із самими низькими показниками - як лікарні, що стабільно

знаходяться в найнижчих квартилях за кожен рік. Після чого ми цілеспрямовано вибрали лікарні з кожної з цих груп для відвідувань об'єктів, приймаючи до уваги декілька критеріїв, визначених ап'орі, включаючи науковий статус, кількість укомплектованих ліжок та регіон перепису населення України. При виборі об'єктів ми використали концепцію «інформаційної потужності», запропоновану Мальтерудом та ін. [44]. Цей підхід забезпечує прагматичний метод відбору на основі визначених ключових параметрів (наприклад, ціль дослідження, специфічність вибірки, використання теорії), але особливу увагу до визначення вибірки, що надасть надійну інформацію, безпосередньо пов'язану з питаннями дослідження. Це заставило нас зосередити увагу на великій кількості найефективніших лікарень як найінформативніших випадках для дослідження факторів, що сприяють кращому успіху у випадку зупинки серця; тим не менше, ми все ж вибрали кілька лікарень із середньою та низькою ефективністю, щоб отримати порівняльне представлення.

Участь в дослідженні прийняло дев'ять лікувальних закладів. У кожному лікувальному закладі до людини зв'язаної з лікарняною участю в реанімаційному реєстрі GWTG, зазвичай до завідуючого з реанімації, звернулися з проханням щодо допомоги у визначенні ключових співробітників, що навчаються в ІНСА, для інтерв'ю. Ключовий персонал, який ми пропонуємо для співбесіди, включає представників реанімаційної бригади лікарень, бригади швидкого реагування або невідкладної медичної допомоги та комітету з реанімації, а також стажерів лікарів, медсестер, лікуючих лікарів та адміністративне керівництво в області невідкладної медицини, інтенсивної терапії та загальне управління. Після того, як були названі конкретні імена, дослідницький персонал набрав потенційних учасників за електронною поштою та за телефоном. Участь була добровільною, інтерв'ю несли конфіденційний характер. Ми відвідували об'єкти до тих пір, поки додаткові інтерв'ю не привели до появи нових концепцій (тобто не було досягнуто тематичне насичення).

Дослідники, що мають досвід у якісних дослідженнях, медицині та сестринському делегуванні, проводили поглиблені напівструктуровані інтерв'ю. У більшості випадків співбесіди проводились особисто протягом однієї години. У ряді випадків ми проводили інтерв'ю в групі від двох до п'яти учасників, якщо вимагалось, і коли учасники виконували аналогічні ролі реаніматологів у цій лікарні (наприклад, обслуговуючий персонал). В цілому ми виявили, що типи обговорюваних коментарів та концепцій істотно не відрізнялися між індивідуальними та груповими інтерв'ю. У кожне інтерв'ю ми зазвичай включаємо двох дослідників (одного ученого клініциста, одного експерта по якісним дослідженням), щоб збалансувати зміст та методологічні знання. Один дослідник в основному проводив інтерв'ю, в той час, як інший робив замітки та стимулював до обговорення питань, щоб прояснити або розвинути ідеї.

2.2. Аналіз системи управління персоналом та технологічними процесами реанімаційного відділення

Спочатку ми створили керівництво для інтерв'ю, засноване на клінічній схемі, розробленій на основі оцінок експертів та концептуально використовуючи етапи групової організації Такмана [45]. Пізніше воно було поповнено емпіричними результатами національного опитування, проведеного в лікарнях GWTG-Resuscitation і раніше опубліковано [46]. Це пілотне тестування дозволило нам переглянути питання, щоб покращити ясність і розуміння.

Інтерв'ю починалися з питання про роль людини в лікарні і в реанімації. Потім ми цікавилися їх поглядами на догляд за пацієнтами до, під час і після ІНСА, часто просячи учасників описати свою участь в недавньому або пам'ятному ІНСА як приклад. Ми спеціально запитували про командну роботу і лідерство під час реанімації та про підвищення якості в ІНСА та інших областях. Нарешті, ми запитали про цілісні процеси, пов'язані з ІНСА,

включаючи збір даних, загальна думка про передові методи роботи їх лікарень і найбільш необхідних областях для поліпшення. Всі інтерв'ю проводилися з використанням стандартного напіструктурованого керівництва по інтерв'ю, яке включало відкриті питання для отримання детальних звітів про досвід учасників з ІНСА, з подальшими зондувальними питаннями, заснованими на відповіді інтерв'юйованого (таблиця 2.1). Всі інтерв'ю записувалися на аудіо, розшифровувались незалежними професійними транскрипціоністами, а потім деідентифікувались для аналізу.

Таблиця 2.1 - Керівництво для інтерв'ю

1.	Для початку попросимо вас описати те, що ви робите.
2.	Опишіть політику і практику вашої лікарні щодо запобігання ІНСА і відбір пацієнтів, які підходять для реанімації.
3.	Опишіть, як ваша лікарня реагує на захід ІНСА.
4.	Опишіть, як ваша лікарня піклується про пацієнтів, після ІНСА, якщо вони виживають.
5.	Хто відповідає за нагляд і зусилля щодо забезпечення якості, пов'язаної з ІНСА, в вашій лікарні?
6.	Будь ласка, опишіть основні ініціативи вашої лікарні за останні 3 роки щодо вживання заходів поліпшення догляду за пацієнтами з ІНСА.
7.	Опишіть ваше сприйняття адміністративної підтримки зусиль щодо забезпечення якості і особливо для ініціатив, пов'язаних з ІНСА у вашій лікарні.
8.	Якби ви могли щось змінити в процедурах обслуговування ІНСА в вашій лікарні, що б це було?
9.	Якби ви допомагали іншим лікарням покращувати догляд ІНСА, як би ви рекомендували структурувати програму?
ІНСА = зупинка серця в лікарні; CPR = серцево-легенева реанімація; QI = Поліпшення якості	

Ми провели тематичний аналіз для розробки і застосування послідовного і всебічного кодування відкритих текстових даних зі стенограм інтерв'ю[47-49]. Такий підхід до проведення якісного аналізу широко застосовувався в дослідженнях охорони здоров'я[50] і добре підходить для відповіді на питання, що стосуються окремих осіб, досвіду, поглядів і думок, а також для оцінки практик і процесів в організаціях. Інтерактивно розроблені коди, які відображають виникають теми цих даних, дозволяють систематизувати дослівні цитати або спостереження в їх основні концепції.

Ми слідували загальноприйнятому процесу створення попередньої кодової книги.[51] Кожен член дослідницької групи читав кілька стенограм інтерв'ю, щоб забезпечити повне занурення в зміст. Потім дослідницька група разом розробила кодову книгу, використовуючи приклади з даних. Потім транскрипти з перших двох сайтів були закодовані і обговорені декількома членами команди, щоб забезпечити узгодження між кодировщиками і подальше уточнення кодової книги. Коди були визначені всередині категорій, спочатку структуровані на часовій шкалі ІНСА (концепції, які стосуються до, під час і після заходу) і переглянуті після послідовних відвідувань об'єкта. Це дозволило нам уточнити властивості і розміри існуючих кодів, а також ідентифікувати нові коди, щоб відповідати концепціям в міру їх розвитку на основі даних. Кілька членів команди закодували 25% одних і тих же стенограм для перших п'яти сайтів для підвищення узгодженості.

Усі члени дослідницької групи проглядали закодовані розшифровки стенограми, а також пропонували дані зі звітів про коди за окремим кодом, щоб визначити більш широкі смислові моделі (наприклад, теми). На цьому етапі ми порівнюємо теми з даними, щоб провести детальний аналіз кожної і прийняти рішення про інформативне називання для кожної теми. Процес уточнення кодів та опис тем продовжується після кожного відвідування сайту, і ми не виявили нових концепцій у встановлених стенограмах, що забезпечують тематичну насиченість. Для підвищення точності ми

триангулювали по крайній мірі трьома способами: 1) наявність кількох дослідників, кодуєчих даних та приймаючих участь в аналізі та інтерпретації; 2) проведення інтерв'ю з кількома інформантами; і 3) збір лікарняних документів та протоколів про реанімацію та відвідування засідання реанімаційного комітету на місцях, коли це можливо. Різноманітність біографічних даних і досвіду дослідницької групи сприяло більш глибокому обговоренню і розумінню концептуального змісту даних. Ми залучали всіх членів дослідницької групи в регулярні командні зустрічі на етапі аналізу, при цьому розбіжності обговорювалися відкрито, а консенсус досягався за допомогою спільних обговорень.

Ми підтримували документацію протягом декількох хвилин з зборів команди, присвячену побудові структур коду і визначень, а також принципам, які ми використовували при визначенні та застосуванні кодів при розробці тем. Використовуючи закодовані дані, ми підсумовували ключові теми в таблицях, які допомогли описати досвід лікарень з ІНСА і реанімаційними бригадами.

2.3. Дослідження основних факторів та напрямів підвищення ефективності діяльності реанімаційного відділення

У таблицях 2.2 і 2.3 представлені характеристики дев'яти лікарень і ключового персоналу, який брав участь в дослідженні. В цілому ми опитали від 12 до 29 учасників в кожній лікарні, в цілому 158 осіб з різних областей, включаючи лікарів, медсестер, інший клінічний персонал і адміністрацію. Всього було проведено 78 годин 29 хвилин інтерв'ю, в результаті чого було записано 778 482 слова.

Таблиця 2.2 - Характеристики лікарень

Лікарня	Регіон	Лікарняні ліжка	Середній RSSR, перцентиль, 2017-2019 рр.	Середня кількість ІНСА в рік, 2017-2019 рр.
A	Захід	>800	95.5	288.0
B	Захід	200 – 400	12.9	25.3
C	Південь	400 – 800	97.3	93.3
D	Захід	200 – 400	87.7	57.0
Продовження таблиці 2.2 - Характеристики лікарень				
E	Захід	200 – 400	56.1	68.7
F	Південь	>800	2.9	130.7
G	Захід	200 – 400	81.7	73.3
H	Північний схід	>800	88.7	140.7
I	Північний схід	400 – 800	5.4	129.3
RSSR = коефіцієнт виживання, стандартизований за ризиком; ІНСА = зупинка серця в лікарні				

Таблиця 2.3 - Тип персоналу, опитаного в лікарнях

Тип персоналу	Кількість інтерв'ю, n
Лікарі (поза адміністрацією)	
Лікар критичних станів та невідкладної допомоги	9
Анестезіолог	3
Лікарі клініцисти	9
Лікарі інтерни	6

Медсестри (неадміністративні)	
Медсестра	11
Медсестра / спеціаліст з клінічної допомоги / CRNA	16
Член команди медсестер або ED / Медсестра критичних станів	35
Медсестра відділення невідкладних станів / реанімації /	10
Інший персонал (неадміністративний)	
Продовження таблиці 2.3 - Тип персоналу, опитаного в лікарнях	
Фармацевт	8
Член команди RT Code	9
Інше (член команди лабораторного комплексу, біомедичні послуги, капелан, охоронець)	10
Адміністрація	
Старше керівництво (Директор, Головний лікар та медсестра)	9
Директор з обслуговування (наприклад: Critical Care, невідкладна медицина, анестезія, лабораторія, фармація)	9
Команда управління статистикою та даними	9
Інші (адміністратор відділу, тренер ACLS)	5
Загалом	158
CRNA = сертифікована зареєстрована медсестра-анестезіолог; ACLS = Розширена підтримка серцевого життя; ED = Відділ надзвичайних ситуацій	

РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ РЕАНІМАЦІЙНОГО ВІДДІЛЕННЯ

3.1. Оцінювання ключових показників ефективності діяльності реанімаційного відділення

Ґрунтуючись на сприйнятті учасників, ми визначили чотири широкі теми, які відрізняють реанімаційні бригади в найбільш ефективних лікарнях ІНСА в порівнянні з лікарнями, які не мають високих показників (Таблиця 3.1). Ці теми відображали 1) дизайн команди, 2) склад і ролі команди, 3) комунікацію і лідерство, і 4) навчання і освіту. Відмінності між цими чотирма темами більш детально обговорюються в подальшому, включаючи репрезентативні цитати.

Таблиця 3.1 - Рекомендації щодо управління реанімаційними бригадами

Тема	Рекомендації
Дизайн команди	Лікарні повинні створювати спеціальні або призначені групи для ІНСА.
Склад команди і ролі	<p>Лікарні повинні забезпечити участь різноманітних дисциплін протягом ІНСА, включаючи лікаря, медсестер, респіраторну терапію та фармацевтичну експертизу.</p> <p>Лікарні повинні розробити системи для включення слухачів, одночасно забезпечуючи наявність передового досвіду за необхідності.</p> <p>Лікарні повинні чітко визначити ролі та обов'язки членів команди до або на початку ІНСА, тому завдання чітко розмежовані у перші хвилини події. Вони повинні включати фокус на ядрі навиків, включаючи компресію грудної клітки, управління дихальними шляхами та внутрішньовенний доступ.</p>

Продовження таблиці 3.1 - рекомендації щодо управління реанімаційними бригадами	
Спілкування та лідерство	Лікарні повинні заохочувати розробку таких підходів покращити спілкування (наприклад, зворотній зв'язок) та підкреслити повагу в різних дисциплінах. При руйнуванні спілкування, лікарня повинна мати систему виправлення проблеми поведінки, без покарання. Лідерство під час ІНСА вимагає зосередженості. Визначення високої якості та чітко визначені лідери в реанімаційних групах мають важливе значення для успішної роботи в команді.
Навчання та освітні зусилля	У лікарнях слід застосовувати фіктивні коди, які мають бути: 1) регулярні та позапланові; 2) виникати у палатах для пацієнтів та зонах високого ризику; 3) багатoproфільнсть; та 4) включати дебрифінг коду після фальшивого коду.

Дизайн команди в цілому, в найбільш ефективних лікарнях були спеціальні або призначені реанімаційні бригади, а не спеціальні реанімаційні бригади в неефективних лікарнях. Виділені бригади використовувалися в багатьох найбільш ефективних лікарнях і ставилися до присутності основної групи медперсоналу і / або персоналу респіраторної терапії, що не має клінічних обов'язків під час даної зміни, що замінило їх ролі в бригаді реанімації.

Дуже часто почута інформація в інтерв'ю, була ідентична тільки виражена різними словами. Що тільки підтвердило висновки викладені раніше. На основі висловлювань спільних по змісту від різних працівників можна робити помітки(Таблиця 3.2), які дозволяють краще зрозуміти ставлення до організації роботи в лікарнях з різною ефективністю.

Таблиця 3.2 – Аналіз організації роботи реанімаційних бригад лікарень, на основі інтерв'ю від безпосередніх учасників процесу

Посада, лікарня	Цитата із інтерв'ю	Замітка
Лікуючий лікар інтенсивної терапії; Лікарня А; Високоєфективний	<i>«Я думаю, що у нас знову є той факт, що у вас є «команда»... Ви не чекаєте, що хтось залишить те, що вони роблять. У вас є спеціальна команда, і це все, що вони роблять, чекають нас, як пожежна охорона ... Ви не дивіться, хто сьогодні відповідь»</i>	Часто ці члени команди мали конкретний клінічний досвід, який використовувався для інших служб невідкладної допомоги, таких як групи швидкого реагування або інших гострих станів.
Медсестра інтенсивної терапії; Лікарня Н; Високоєфективна	<i>«Вони швидко реагують, вони реагують на код, вони є частиною нашої групи по лікуванню сепсису і нашої групи реагування на складні дихальні шляхи ...»</i>	У деяких найбільш ефективних лікарнях були призначені, а не спеціальні групи. Призначені групи відрізняє те, що їх медперсонал і / або персонал респіраторної терапії можуть мати інші клінічні обов'язки, які включають безпосередній догляд за пацієнтом, але існують системи, що дозволяють швидко позбутися від цього при виникненні ІНСА.
Керівник медсестри; Лікарня G; Високоєфективна	<i>«Наша [медсестра відділення інтенсивної терапії] не може вийти з відділення ... вона повідомила б про це начальнику на початку своєї зміни і сказала, що я не зможу піти на кодекс сьогодні ввечері. Тому вони заздалегідь складають план, хто візьме на себе цю роль, щоб вони не виконували її в даний момент, під час кризи».</i>	Навпаки, лікарні з невисокою ефективністю створювали реанімаційні бригади спеціально у відповідь на ІНСА.
Медсестра інтенсивної терапії; Лікарня В; Низький рівень ефективності	<i>«Ми більше не призначаємо кодових медсестер. Як тільки ми почуємо його дзвінок, ви побачите, чи є люди в коридорі або якась голова стирчить з дверей»</i>	

Продовження таблиці 3.2 – Аналіз організації роботи реанімаційних бригад лікарень, на основі інтерв'ю від безпосередніх учасників процесу		
Респіраторний терапевт; Лікарня F; Низький рівень ефективності	<i>«Отже, у нас зламаний процес того, хто буде реагувати на нулі коду ... І це ще один з моїх списків побажань - або об'єднати це в тій чи іншій формі або способом, або, знову ж таки, створити спеціальну команду ...»</i>	Склад бригад в різних лікарнях не відрізнявся з точки зору включення лікарів, медсестер, анестезіологів і респіраторних терапевтів. Найбільш ефективні лікарні повідомили про більшу кількість допоміжного персоналу (наприклад, аптеки, канцелярії, служби безпеки та духовного персоналу) для своїх систем екстреного реагування, а також про більше визнання різноманітності і досвіду, необхідних для повноцінного надання реанімаційної допомоги. Одна з найбільш ефективних лікарень також назвала своєю перевагою велику обізнаність членів команди.
Лікар-ординатор; Лікарня I; Низький рівень ефективності	<i>«Я знаю, що в деяких лікарнях є кодові команди ... Ні, у нас цього немає ... у нас немає кодових команд»</i>	
Клінічна медсестра-фахівець і педагог; Лікарня C; Високоєфективна	<i>«Команда працює разом протягом стількох років, що у них дійсно прекрасне взаєморозуміння, і вони знають навички один одного і свої недоліки ... розумна командна робота ... і це єдина причина, по якій у вас є результат».</i>	У найбільш ефективних лікарнях також були чітко визначені ролі та обов'язки членів команди під час проведення ІНСА.
Медсестра інтенсивної терапії; Лікарня G; Високоєфективна	<i>«П'ятнадцять років тому, коли я починав, це було безкоштовно для всіх Отже, коли (медичний директор) взяв на себе управління і все як би структурував ... Ви просто приходите і знаєте, що повинні робити, і немає ні криків, ні галасу»</i>	У лікарнях з невисокою ефективністю конкретні ролі і обов'язки учасників були менш зрозумілі - навіть в самій відповіді - що породжувало різну ступінь лиха.
Лікуючий лікар інтенсивної терапії; лікарня E; середньо	<i>«Чесно кажучи, все стає більш хаотичним ... Я просто відчуваю інший рівень занепокоєння, коли ви приходите до цих кодів, а ролі не</i>	Ми також побачили значні відмінності в присутності лікарів-резидентів і їх функціях під

Продовження таблиці 3.2 – Аналіз організації роботи реанімаційних бригад лікарень, на основі інтерв'ю від безпосередніх учасників процесу		
ефективний	<i>завжди так чітко визначені»</i>	час ІНСА. У лікарнях з невисокою продуктивністю лікарів-ординаторів іноді вважали слабким місцем через часту зміну стажерів.
Лікар швидкої допомоги; Лікарня В; Низький рівень ефективності	<i>«Це свого роду ситуація за ситуацією ... Респіратор завжди йде прямо до дихальних шляхів, починаючи з дихальних шляхів, що інтуїтивно зрозуміло, а потім, з точки зору інших співробітників, це просто частково залежить. Здається, їм комфортно розподіляти свої ролі ... »</i>	
Інструктор ACLS; Лікарня І; Низький рівень ефективності	<i>«Я не маю на увазі, що інтерни відстій, але подивіться, що ми їм даємо. Вони приходять першокурсниками, нічого не знають. Вони приходять другокурсниками, вони ніби як знають, що відбувається. До третього року вони починають свій успіх. Вони починають добре розбиратися в тому, що вони роблять, потім вони закінчують навчання і йдуть, а потім ми повертаємося до людей, які тільки починають свій шлях ... »</i>	З іншого боку, в найбільш ефективних лікарнях в спеціальні резервні плани для лікарів-резидентів залучені більш досвідчені клініцисти.
Медсестра інтенсивної терапії; Лікарня Н ; Високоєфективний	<i>«Часто трапляється, що резидент MICU бере на себе відповідальність за код, а потім цей співробітник грає допоміжну роль. І, як ви знаєте, в залежності від їх кодового досвіду, вони можуть літати в значній мірі незалежно, чи їм може знадобитися якийсь керівник з точки зору порад колег або рекомендацій медсестер ... »</i>	У найефективніших лікарнях також виділяється час, щоб допомогти черговим медсестрам виконувати їх рол, що надають першу допомогу, в тому числі дозволивши їм виконувати дефібриляцію без присутності лікарів, якщо це показано.
Викладач медсестер; Лікарня А; Високоєфективна	<i>«Коли я приїхав сюди, медсестри не могли натискати кнопку дефібриляції. Вони могли заряджати монітор, вони могли розпізнавати Vfib, вони не могли натискати кнопку ... це було схоже на стелю Сікстинської капели, де</i>	Лікарні по-різному сприймали такі важливі навички, як стиснення грудної клітки, коли їх виконували різні люди в цих ролях. В одній з найбільш ефективних лікарень

Продовження таблиці 3.2 – Аналіз організації роботи реанімаційних бригад лікарень, на основі інтерв'ю від безпосередніх учасників процесу		
	<p><i>один лікар тягнувся і намагався торкнутися кнопки. І (медсестра), і (лікар) і інші зрозуміли, що це смішно. Ми не могли надійно доставити лікаря в палату за 2 хвилини, і він безумовно не встиг би зрозуміти, що потрібно зробити, тому медсестри проводять дефібриляцію зараз ... »</i></p>	<p>компресійні стискування грудної клітини були високо оцінені, і їх ефективність обмежувалася конкретними особами (наприклад, медсестрою інтенсивної терапії)</p>
<p>Медсестра інтенсивної терапії; Лікарня Н; Високоефективна</p>	<p><i>«Одна річ, яка не дозволила мені або дійсно розчарувала мене в якості чергової медсестри, це те, що я була навчена ACLS, я була навчена ACLS приймати ліки ... Але культура була «ніколи», ви знаєте, ви ніколи не натискаєте ері, ви ніколи не робите що-небудь без лікаря, навіть незважаючи на те, що нас навчають ... Ми прийняли рішення що до 2019 року ... наші розряди тепер доставляються протягом 1 хвилини ... СЛР зазвичай проводиться або починається менш ніж за 1 хвилину, якщо у вас є очевидна зупинка серця »</i></p>	
<p>Медсестра швидкої допомоги; Лікарня G; Високоефективна</p>	<p><i>«Я маю на увазі дні, коли, ви знаєте, що студент-медсестра або фельдшер міг робити штучне дихання, вони просто ... насправді цього більше не відбувається»</i></p>	<p>На противагу цьому лікарня з низькими показниками ефективності оцінила цю навичку менше і припустила, що його легко можуть виконати менш досвідчені виконавці.</p>
<p>Медсестринська освіта; лікарня F; Низький рівень ефективності</p>	<p><i>«Ми вчимо технічних фахівців, що вони можуть виконувати стиснення в кодових ситуаціях. Якщо у нас є студенти-медсестри, ми дозволимо їм робити компресії. Загалом, у нас багато людей, яким потрібно чергувати, тому ми</i></p>	<p>Нарешті, контроль натовпу повсюдно вважався проблемою через прибуття не членів команди.</p>

Продовження таблиці 3.2 – Аналіз організації роботи реанімаційних бригад лікарень, на основі інтерв'ю від безпосередніх учасників процесу		
	<i>будемо навчати кого завгодно, щоб робити компресії »</i>	
Медсестра; Лікарня І; Низький рівень ефективності	<i>«Наша найбільша проблема в тому, що приходить занадто багато людей ... У нас є коди, на які відповідають від 17 до 22 осіб ... Тому іноді складно визначити, хто відповідає за цей код ...»</i>	У найефективніших лікарнях описувалися різні моделі спілкування, які заохочували міждисциплінарне обговорення і взаємна повага між членами команди. Це не означало, що спілкування було бездоганним або що напруга ніколи не виникала, але були конкретні механізми для усунення збоїв.
Медсестра інтенсивної терапії; Лікарня Н; Високоєфективна	<i>«Я думаю, що у нас є дійсно хороші коди, а є коди, які погано працюють. На справді хороших кодах спілкування просто фантастичне ... Якби мені довелося зробити відсоток, ймовірно, 75 були б хорошим спілкуванням, а 25 - ні »</i>	У неефективних лікарнях спілкування під час ІНСА частіше описувалося як хаотичне, збиває з пантелику або незадовільне з пробілами в практиці, схвалені такими керівними принципами, як спілкування по замкнутому циклу, коли члени команди явно підтверджують і озвучують запити по мірі їх виконання.
Старша медсестра; Лікарня С; Високоєфективна	<i>«Нам дуже, дуже пощастило в тому, що мій найкращий партнер - наш старший медичний директор тут, в лікарні, тому ми з ним дуже тісно співпрацюємо. Так що я насправді почую це від нього більше ... Він скаже, агов, ви чули про те, що [бригаді реаніматологів] дзвонили минулої ночі, між [медсестрою бригади] і лікарем виникли проблеми ... Отже, давайте Я знаю, що мені навіть не потрібно було брати участь в цьому процесі. Це було розглянуто відповідним чином, і [старший медичний директор] ... прийме будь-який зворотній зв'язок, а потім проведе все необхідне розслідування »</i>	

Продовження таблиці 3.2 – Аналіз організації роботи реанімаційних бригад лікарень, на основі інтерв'ю від безпосередніх учасників процесу		
Медсестра інтенсивної терапії; Лікарня І; Низький рівень ефективності	<i>«Спілкування просто необхідно налагодити. Є деякі працівники, які дійсно добре вміють віддавати прямі накази або знаходити ролі, замикаючи коло і все таке. Але є деякі, хто не навчений цьому, і вони не знають, як це робити, і тому будуть говорити тихо, або вони не дадуть повний наказ, і все як би втрачається»</i>	Іншою ключовою частиною комунікації була присутність сильного лідера під час ІНСА.
Медсестра-координатор; лікарня Е; середньо ефективний	<i>«Інтерв'юер: Чи зможете ви виділити одну або дві речі, які, на вашу думку, стосуються конкретно реанімаційної допомоги, - в чому ви б хотіли бачити подальше поліпшення ...? Учасник: Спілкування. Зворотній зв'язок»</i>	
Менеджер медсестри; Лікарня А; Високоєфективна	<i>«Інтенсивісти зазвичай беруть роль на себе ... він зразок для наслідування. Так що якщо він спокійний і, знаєте, начебто все спокійно. Так що я бачив багато кодів, за якими, якщо вони дійсно турбуються, це викликає занепокоєння у всій кімнаті»</i>	В одній з найбільш ефективних лікарень високо цінувалося хороше керівництво, незалежно від того, чи був керівник групи лікарем або медсестрою. Дійсно, була підкреслена модель спільного керівництва з медсестрами, які були спеціалізованими членами реанімаційної бригади.
Респіраторний терапевт; Лікарня С; Високоєфективна	<i>«Інтерв'юер: Так хто ж запускає код? Учасниця: Знову ж таки, якщо там є лікар, то зазвичай ... в більшості випадків це буде медсестра [реанімаційної бригади], тому що вона має сертифікат ACLS, тому вона буде викликати лікаря тощо. Лікар може прийти і як би зважити те, що відбувається, але вони часто звертаються до медсестри [реанімаційної бригади]»</i>	Всі лікарні обговорювали тренінги та освітні заходи в області реанімації, але розрізнялися в їх реалізації. Яскравим прикладом є фіктивні коди, які описувалися як більш докладні в найбільш ефективних лікарнях. Зокрема, фіктивні коди були: 1) позаплановими і проводилися на регулярній

Продовження таблиці 3.2 – Аналіз організації роботи реанімаційних бригад лікарень, на основі інтерв'ю від безпосередніх учасників процесу		
Клінічна медсестра і педагог; Лікарня С; Високоєфективна	<i>«Між лікарями і [командою реаніматологів] відчувається просто прекрасне співробітництво. Коли вони ... лікарі відповідають на код, вони відповідають, але звертаються до [бригади реаніматологів]. Це означає не те, що лікар лінувався, а те, що вони знають, що ... їх досвід, і вони покладаються на них з-за цього досвіду»</i>	основі; 2) проводяться в реальних палатах, а не в змодельованих середовищах; 3) мультидисциплінарні; і 4) включають структурований пост-дебріфінг. Одна з найбільш ефективних лікарень описала фіктивні коди в областях з високим ризиком, націлені на поліпшення через низький трафік або більш високу частоту використання кодів. Вони також зосередилися на спільну роботу і спілкування під час фіктивних кодів.
фармацевт; лікарня D; Високоєфективна	<i>«Таким чином, фіктивні коди зазвичай розміщуються в областях, які, можливо, є зоною з низькою відвідуваністю або десь, де не всі знають, де вони розташовані, щоб допомогти людям орієнтуватися в будівлі»</i>	Неефективні лікарні не описали той же тип процесів для фіктивних кодів. Перебуваючи в цих лікарнях, що імітують коди, як правило, носили формальний характер, не були багатoproфільними і проводилися в змодельованих середовищах.
Медсестра-педагог по інтенсивній терапії; Лікарня D; Високоєфективна	<i>«Якщо є коди, що відбуваються за межами ICU або CCU, ми націлені на ці області для помилкових кодів»</i>	
Лікар кардіолог; Лікарня D; Високоєфективний	<i>«І вся справа в командному навчанні, менше клініки, більше команди ...»</i>	
Клінічна медсестра і інструктор по ACLS; Лікарня I; Низький рівень ефективності	<i>«Занадто багато людей, які ... ну, я зайнятий іншими справами. Ви не можете відтягувати мене через це [пародійні коди], ну, знаєте, таке ставлення. А для мене це дійсно єдиний спосіб отримати справжній фіктивний код.»</i>	Крім фіктивних кодів, найефективніші лікарні часто розширювали свої освітні можливості, впроваджуючи нові підходи до навчання, в яких наголос часто робився на багатoproфільну допомогу
Медсестра-педагог; Лікарня F; Низький рівень ефективності	<i>«Що стосується фіктивного коду, зазвичай лікарі не беруть участь у фіктивному коді ...»</i>	

Продовження таблиці 3.2 – Аналіз організації роботи реанімаційних бригад лікарень, на основі інтерв'ю від безпосередніх учасників процесу		
Інструктор ACLS; Лікарня А; Високоєфективна	« <i>ACLS більше орієнтований на командну роботу, що дозволяє кожному випробувати кожен з ролей, щоб вони мали більш глибоке розуміння того, як працює команда. Ми називаємо це спортом, тому що ... він вимагає спілкування, вимагає результатів. І ти не навчишся грати в футбол самостійно</i> »	

3.2. Алгоритм удосконалення системи управління реанімаційним відділенням

Ми описуємо результати якісного дослідження, щоб зрозуміти, як найбільш ефективні лікарні організують свої реанімаційні бригади для досягнення високих показників виживання у пацієнтів з ІНСА. Грунтуючись на думках учасників, з якими ми розмовляли, ми виявили чотири основні теми, які відрізняють найефективніші лікарні: командний дизайн; склад і ролі команди; спілкування і лідерство; і зусилля по навчанню і навчання. В цілому, ми відзначили, що в найбільш ефективних лікарнях були формально організовані групи, що складаються з представників різних дисциплін з розмежованими ролями та обов'язками. Ми також виявили, що найбільш ефективні лікарні частіше заохочують сильне спілкування і лідерство під час ІНСА, одночасно підтримуючи навчальні та освітні заходи, такі як вичерпні фіктивні коди. Наскільки нам відомо, це перша багатоцентрирована оцінка роботи реанімаційних бригад під час ІНСА з використанням якісних методів, і ми вважаємо, що наші результати будуть корисні для лікарень, зацікавлених в поліпшенні результатів цих заходів.

Для лікарень може бути складно забезпечити якісну реанімацію. ІНСА - це раптові і несподівані події, які можуть перевантажити ресурси навіть найстійкіших організацій. Після початкової публікації плідних досліджень потенційного порятунку життя від стиснення грудної клітки, неінвазивної

вентиляції і дефібриляції на початку 1960-х років почали з'являтися [52-54] повідомлення про підходи різних лікарень до проведення реанімації[55-57]. Піклуючись про кращі процеси застосування цих методів лікування, численні професійні організації розробили протоколи для стандартизації СЛР, BLS і ACLS. У 1970-х роках ці протоколи були стандартизовані такими групами, як Американська кардіологічна асоціація, в ACLS - центр реанімаційної допомоги, який в значній мірі тривав безперервно протягом майже п'яти десятиліть[58]. Регулюючі організації також були зацікавлені в забезпеченні адекватного надання реанімаційних послуг. Наприклад, стандартизованої політики і процедури для надання реанімаційних послуг в медичних організаціях, включаючи наявність обладнання для надання невідкладної допомоги та відповідне навчання окремих постачальників услуг[59].

Незважаючи на таку значну увагу до ІНСА, було зроблено на диво мало рекомендацій про те, як найкраще будувати реанімаційні бригади. Національні дані припускають, що до чверті лікарень можуть навіть не мати реанімаційних бригад, і варіативність методів в дизайні, складі, ролях та обов'язках членів команди вважається суттєвою.[65] Крім того, неясно, чи є відмінності у багатьох з них. ці особливості призводять до відмінностей в характеристиках ІНСА. Саме в цьому контексті наші висновки особливо вражаючі і корисні, оскільки ми відзначили суттєві відмінності в способах найбільш ефективних лікарень. Ми підсумовуємо ці результати, як набір потенційних рекомендацій для клініцистів і адміністраторів лікарень, які слід враховувати при розробці своїх систем для реанімації.

Наші результати підкреслюють важливість спеціалізованих або призначених реанімаційних бригад в лікарнях. Кращі лікарні описали спеціалізовані команди як потужний спосіб досягнення послідовної клінічної експертизи та командної роботи, необхідних для ефективного управління цими важливими подіями. Однак створення спеціалізованих бригад у багатьох лікарнях навряд чи можливо, тому що їм можуть знадобитися вкладення ресурсів, які можуть стати перешкодою для деяких установ. Це

обмеження призвело до того, що інші високопродуктивні лікарні найняли спеціальні бригади, в яких члени реанімаційних бригад апріорі визначені як заздалегідь певні особи, які відповіли на ІНСА. Ми також виявили, що деякі найбільш ефективні лікарні шукали способи по-різному використовувати клінічний досвід реанімаційних бригад в своїх лікарнях, щоб компенсувати інвестиції в ресурси. Аналогія, наведена в одній лікарні, полягала в тому, що в даний час існує тенденція до того, щоб як і раніше були задіяні спеціальні пожежні для боротьби з пожежами, одночасно розширюючи свою участь в інших критичних надзвичайних ситуаціях.[70]

Наші результати також показують, що лікарням необхідно ретельно продумати склад своїх команд, а також ролі і обов'язки постачальників в цих командах. В ідеалі включення членів команди має враховувати когнітивні і технічні навички, необхідні для успішного проведення реанімації, а не просто титули. Одна з найбільш ефективних лікарень, схоже, добилася великого успіху, оскільки чітко розподілила ролі і обов'язки, щоб окремі респонденти знали, що робити відразу ж після прибуття в ІНСА. В інших найбільш ефективних лікарнях основна увага приділялася розмежування ролей і обов'язків членів команди якомога раніше під час проведення ІНСА.

Поліпшення комунікації та лідерства під час ІНСА також має бути вищим пріоритетом для установ, хоча наші результати також показують, що на ці елементи впливають фактори, пов'язані з іншими темами. Наприклад, лікарні з спеціалізованою командою, ймовірно, зіштовхнуться з меншими проблемами з комунікацією і лідерством в силу того, що менша група постачальників несе відповідальність за всю невідкладну реанімаційну допомогу. Нарешті, наші дані показали переваги включення фіктивних кодів в навчання та освітні заходи. Ключові особливості надійної програми фіктивного коду для більш точного моделювання реальних ІНСА включали проведення позапланових заходів, що проводяться в реальних палатах пацієнтів в будь-який час дня і міждисциплінарних підходів. Уявні коди

також повинні бути ефективними для забезпечення зацікавленості персоналу і включати в себе розбір польотів після імітаційного коду.

Хоча ми використовували встановлені методи для підвищення точності наших результатів, наше дослідження має обмеження. По-перше, ми відвідували лікарні одноразово. Неefективні лікарні могли рухатися по траєкторії до поліпшення, яка не була відображена в наших даних. Щоб звести до мінімуму цю можливість, ми розрахували стандартизовані за ризиком коефіцієнти виживання за трирічний період для когорти лікарень, які ми використовували для відбору, і зосередилися на лікарнях зі стійкою продуктивністю в кожен з трьох років для виживання ІНСА. По-друге, наші інтерв'ю були засновані на сприйнятті учасників, і завжди існує можливість упередженості реакції соціальної бажаності в цьому типі роботи, яка могла б виникнути, якби учасники спотворювали свій досвід, щоб дати бажані відповіді. Аналогічним чином, ми також не могли пояснити, чи були постачальники медичних послуг в лікарнях обізнані про оцінки GTWG-Resuscitation їх організацій, які надаються учасникам реєстру. Щоб вирішити ці проблеми, ми опитали кількох ключових співробітників в кожній лікарні, щоб отримати вичерпну картину догляду, і використовували сценарії зондів під час наших напівструктурованих інтерв'ю, щоб виявити конкретні деталі, які було б важко спотворювати (наприклад, як влаштовані реанімаційні бригади). Ми також закликали респондентів ділитися як позитивним, так і негативним досвідом. По-третє, ми зосередилися тільки на лікарнях, включених в великий національний реєстр, і були обмежені в нашій здатності оцінювати дуже маленькі лікарні (<200 ліжок) з декількома випадками ІНСА. Хоча наші висновки відносяться до цих сайтів, детальний характер даних дає змогу оцінити ступінь, які аналогічні проблеми можуть виникнути в інших установах, що підтримують переносимість ключових процесів. Буде потрібна додаткова робота, щоб підтвердити придатність наших результатів до інших організацій. Нарешті, наше дослідження виявило ключові теми, які, як нам здається, впливають на продуктивність в ІНСА. Необхідна додаткова робота

для розробки конкретних інструментів для вимірювання основних характеристик, пов'язаних з цими темами, і для кількісної перевірки впливу цих конструкцій на більшу вибірку лікарень. Таким чином, ця робота вимагає підтвердження.

Протягом майже п'яти десятиліть реанімаційні бригади були розгорнуті в лікарнях з використанням різних підходів, в основному заснованих на зручності, а не на доказах. Результати цього дослідження просувають нас вперед від простого опису типів лікарень зі стабільно вищими показниками виживаності після ІНСА до розуміння потенційних ключів до їх успіху. Хоча для підтвердження цих результатів в більших когортах лікарень потрібна додаткова робота, наші результати допоможуть окремим лікарням вивчити свої власні процеси лікування ІНСА і надати конкретні практичні рекомендації щодо поліпшення ведення цих пацієнтів з високим ризиком.

3.3. Рекомендації щодо впровадження заходів з удосконалення системи управління реанімаційним відділенням.

Якість визначається ІОМ як «ступінь, в якому медичні послуги для людей та населення збільшують ймовірність бажаних результатів для здоров'я та відповідають сучасним професійним знанням». Незважаючи на те, що останнім часом все більше наголошують на результатах діяльності медичних працівників та якості догляду, акцент на якості догляду не є новим. Приблизно 100 років тому Кодман запропонував лікарням збирати дані про свої результати, виявляти сильні та слабкі сторони та порівнювати результати з іншими лікарнями. Незрозумілі варіації у догляді за пацієнтами базуються скоріше на упередженнях лікаря, а не на факторах, пов'язаних з пацієнтом. У дослідженні лікарів інтенсивної терапії в університетській лікарні та ін. повідомили про 43% різницю у використанні ресурсів та витратах (\approx 1000 доларів) між інтенсivistами без суттєвої різниці в

смертності чи тривалості перебування [71]. Різноманітність надання медичної допомоги ускладнює відстеження процесів та результатів.

Хоча лікарі сприймають поліпшення якості медичної допомоги як мету, вони іноді скептично ставляться до зусиль щодо поліпшення якості та розглядають участь у зусиллях з підвищення ефективності як непродуктивне використання свого часу та розглядають зусилля щодо зменшення варіацій як втручання у їхню автономність. На поведінку лікарів впливають пропозиції шанованого колеги чи зразка для наслідування, відповідна підтримка для розвитку професійних навичок, підкріплення колегами, відгуки пацієнтів та видимі результати. Лікарі повинні погодитись, що процеси, що впливають на клінічну діяльність, призводять до вимірюваних результатів. Зворотній зв'язок та вдосконалення процесу, заснованого на вкладах клініцистів, могли б отримати бажання від персоналу передової служби. Лідерів-лікарів потрібно визнати хорошими клініцистами та розвивати навички спілкування, побудови команд / коучингу, ведення переговорів та вирішення конфліктів, принципи поліпшення якості, щоб вони могли ефективно реалізовувати ініціативи з підвищення ефективності. [72-75] Лікарі, які намагаються очолити зусилля з підвищення ефективності, потребують бути обережними щодо взаємодії з іншими лікарями, оскільки неправильний підхід може призвести до невдачі, хоча втручання є ефективним. Історія Ігнака Саммельвейса, який був піонером у гігієні рук, але не зміг вплинути на своїх колег, ілюструє, що людина, яка хоче ініціювати зміни, повинна мати можливість передавати свої ідеї як своєму начальству, так і колегам у не погрожуючи, і будьте обережні, як він передає повідомлення. [76] Оскільки лікарі інтенсивної терапії взаємодіють з багатьма медичними спеціальностями та мають кращі знання про організацію лікарні завдяки їхній взаємодії як з лікарями, так і з адміністраторами, вони дуже підходять для того, щоб стати лідерами в ініціативах з підвищення ефективності.

Донабедян запропонував переглянути структуру, процес та результати для покращення якості медичної допомоги. [77] Модель описана на рис. 3.1.

Структура, в налаштуваннях інтенсивної терапії, стосується типу та розміру інтенсивної терапії, характеру персоналу та доступності технологій. Проблеми процесу включають спілкування між персоналом, використання доступних технологій та керівних принципів та нагляду за стажерами. Результати включають використання ресурсів, використання діагностичних та терапевтичних процедур та смертність. Втручання, що впливає на структуру, займає більше часу і є більш дорогим, тому спочатку легше орієнтуватися на процеси догляду, модифікуючи їх за потребою та вимірюючи результати, на які впливає цей процес. Деякі показники результатів, такі як тривалість перебування (LOS), смертність, легко виміряти, але на них впливає ряд змінних, і їх нелегко віднести до одного втручання.

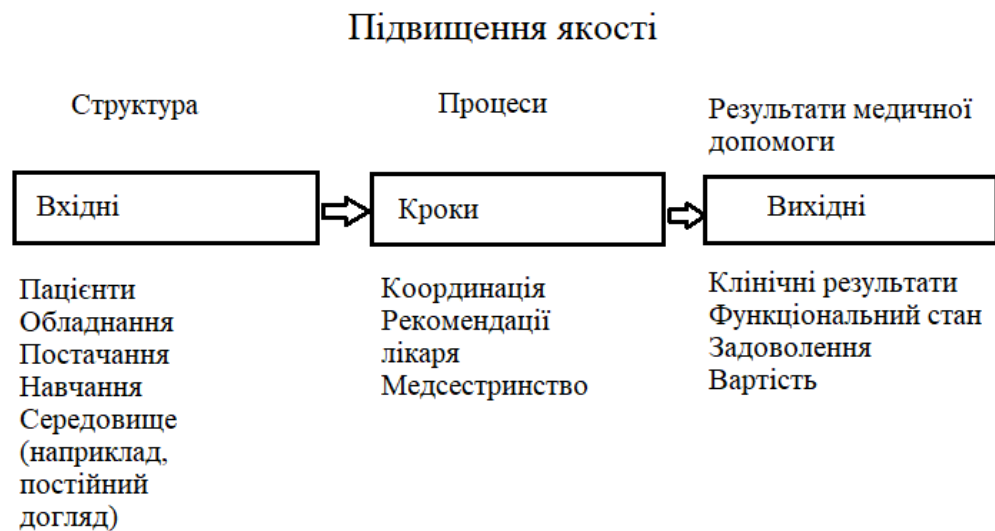


Рисунок. 3.1 – Модель Аведіса Донабедея «Покращення якості медичної допомоги»

Успіх підвищення ефективності залежить від визначення проєктів, які всі зацікавлені сторони вважають корисними, та побудови командної культури. Міри та результати діяльності повинні бути чітко визначеними, дійсними та надійними. Документація та збір даних повинні бути включені в

щоденні робочі процедури. Розвиток групи та визначення процесу / результату, за яким слідує повторюваний процес впровадження, оцінки та корегування процесу на основі оцінки, є важливими кроками у досягненні цілей. Визначення та підтримка керівництва необхідні для впровадження та успіху. Комплексний план з описом цілей, плану реалізації, витрат та переваг з бізнес-планом та графіком буде корисним для отримання адміністративної підтримки.

Успішному впровадженню змін на практиці сприяють контрольні списки, попередньо роздруковані набори наборів захворювань, щоденні набори замовлень, що включають цілі щодо догляду. Стандартизовані набори наказів сприяють впровадженню найкращих практик на додаток до поліпшення відповідності найкращим практикам. Встановлення стандартів медичної допомоги, моніторинг процесів та результатів, створення мультидисциплінарних команд, запис даних як частина звичайного догляду, автоматизований пошук інформації за допомогою інформаційних технологій сприяють зусиллям з підвищення ефективності. Електронний запис біля ліжка полегшує збір та пошук даних. Досвід установ із успішними стратегіями впровадження включає: підтримку керівництва, заохочення старших керівників, керівників лікарів та медсестер у реалізації ініціатив, а також залучення доглядачів біля ліжок до розробки та реалізації підвищення ефективності.

ВИСНОВКИ

1. Менеджмент охорони здоров'я, або його ще називають медичний менеджмент – це загальний термін, який включає в себе використання людських, економічних, господарських, матеріальних та комп'ютерних ресурсів для ведення та лікування пацієнтів.

2. Медичне керівництво складається з дипломованих фахівців в сфері охорони здоров'я та великим клінічним досвідом, що дозволяє контролювати тактику ведення пацієнта, його лікування та реабілітацію. Існують технології відбору ефективних проектів, програм (експертні, конкурсні і ін.)

3. Мірою колапсу української системи охорони здоров'я є епідеміологічна ситуація населення країни. Смертність від інфекційних та паразитарних захворювань в період з 1990 по 2015 рік збільшилася з 11,78 до 21,67 смертей на 100 000 населення. У прийнятій референтній групі при цьому відбулося зниження з рівня 8,76 до 7 смертей на 100 000 населення. Ще більш разюча ця різниця в разі туберкульозу, де в 2015 р смертність в Україні склала 9,89 випадку на 100 000 населення.

4. Україна має понад 2200 лікарень і більше 400 000 лікарняних ліжок (5,22 лікарень і 890,7 ліжок на 100 000 населення) в державному секторі. У перерахунку на душу населення це більше, ніж в країнах ЄС. Але в установах застаріле обладнання, і далеко не всі з них можуть забезпечити комплексний догляд. До сих пір механізм фінансування охорони здоров'я в Україні ґрунтувався на загальній податковій системі, при якій витрати розподілялися між державним (національним) і регіональним бюджетами. У 2015 році державне фінансування системи охорони здоров'я досягло 71 мільярди гривень (близько 3,2 мільярда доларів США) або близько 3,5% ВВП, в той час як загальні, державні та приватні витрати складають 7,4% ВВП. Через низький значення українського ВВП ці витрати, хоча вони можуть здатися досить високими у відносному вираженні, призводять до вкрай низького рівня витрат на душу населення.

5. Більше половини часу управління реанімаційних відділення вимагається на планування, організацію, контроль лікувально-діагностичного процесу. Із аналізу управлінських функцій, а також умов організації роботи в реанімаційному відділенні було встановлено, що стратегії реалізації управлінських компетенцій, розподілена за функціональною ознакою досягнення цілей управління, передбачають чотири основні групи: контролюючі стратегії, які направлені на контроль ділових ситуацій; стабілізуючі стратегії, які дозволяють зберігати стабільними службові відносини «керівник-співробітник»; розвиваючі стратегії, забезпечують розвиток співробітників; перетворюючі стратегії, які відображають зміни і удосконалення обставин в інноваційному напрямку. Розвиток управлінської компетенції в реанімаційному відділенні беззаперечно передбачає виділення системи детермінант, необхідних психолого-акмеологічних умов та факторів.

6. Для підвищення точності необхідно триангулювати по крайній мірі трьома способами: 1) наявність кількох дослідників, кодуючих даних та приймаючих участь в аналізі та інтерпретації; 2) проведення інтерв'ю з кількома інформантами; і 3) збір лікарняних документів та протоколів про реанімацію та відвідування засідання реанімаційного комітету на місцях, коли це можливо. Різноманітність біографічних даних і досвіду дослідницької групи сприятиме більш глибокому обговоренню і розумінню концептуального змісту даних.

7. Склад бригад в різних лікарнях не відрізнявся з точки зору включення лікарів, медсестер, анестезіологів і респіраторних терапевтів. Найбільш ефективні лікарні повідомили про більшу кількість допоміжного персоналу (наприклад, аптеки, канцелярії, служби безпеки та духовного персоналу) для своїх систем екстреного реагування, а також про більше визнання різноманітності і досвіду, необхідних для повноцінного надання реанімаційної допомоги. Одна з найбільш ефективних лікарень також назвала своєю перевагою велику обізнаність членів команди.

8. Наші результати підкреслюють важливість спеціалізованих або призначених реанімаційних бригад в лікарнях. Кращі лікарні описали спеціалізовані команди як потужний спосіб досягнення послідовної клінічної експертизи та командної роботи, необхідних для ефективного управління цими важливими подіями. Однак створення спеціалізованих бригад у багатьох лікарнях навряд чи можливо, тому що їм можуть знадобитися вкладення ресурсів, які можуть стати перешкодою для деяких установ. Також наші результати також показують, що лікарням необхідно ретельно продумати склад своїх команд, а також ролі і обов'язки постачальників в цих командах. В ідеалі включення членів команди має враховувати когнітивні і технічні навички, необхідні для успішного проведення реанімації, а не просто титули.

9. Успішному впровадженню змін на практиці сприяють контрольні списки, попередньо роздруковані набори наборів захворювань, щоденні набори замовлень, що включають цілі щодо догляду. Стандартизовані набори наказів сприяють впровадженню найкращих практик на додаток до поліпшення відповідності найкращим практикам. Встановлення стандартів медичної допомоги, моніторинг процесів та результатів, створення мультидисциплінарних команд, запис даних як частина звичайного догляду, автоматизований пошук інформації за допомогою інформаційних технологій сприяють зусиллям з підвищення ефективності. Електронний запис біля ліжка полегшує збір та пошук даних.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Законопроект України "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування" // <http://www.rada.gov.ua> – 12.03.2017.
2. Про затвердження державних нормативних потреб у стаціонарній медичній допомозі у розрахунку на 10 тис. населення: Постанова Кабінету Міністрів України №640 від 28.06.17р. // <http://www.rada.gov.ua>.
3. Бакуменко В.Д. Формування державно-управлінських рішень: проблеми теорії, методології, практики: Моногр. – К.: Вид-во УАДУ, 2012. – 245 с.
4. Інновації : понятійно-термінологічний апарат, економічна сутність та шляхи стимулювання : навч. посіб. – К. : Центр навч. літ., 2005. – 118 с.
5. Luck J, Peabody JW, DeMaria LM, Alvarado CS, Menon R. Перспективи пацієнтів та постачальників щодо якості та ефективності системи охорони здоров'я в перехідній економіці: дані з України. *Soc Sci Med.* 2014; 114: 57–65. doi: 10.1016 / j.socscimed.2014.05.034.
6. http://www.business-inform.net/export_pdf/business-inform-2016-1_0-pages-190_194.pdf
7. Ганківський О, Воробйова А, Сальникова А, Ругані С. Важливість консультацій громади для отримання доказів для реформи охорони здоров'я в Україні. *Int J Управління політикою охорони здоров'я.* 2017; 6 (3): 135–145. doi: 10.15171 / ijhpm.2016.104.
8. Робертс Б, Караніколас М, Рехель Б. Тенденції здоров'я. У: Rechel В, Richardson Е, МакКее М, редактори. Тенденції в системах охорони здоров'я в колишніх радянських країнах. Європейська обсерваторія систем та політики охорони здоров'я. Копенгаген: Всесвітня організація охорони здоров'я; 2014. С. 9–28.
9. База даних ВООЗ "Здоров'я для всіх" <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-family-of-databases-hfa-db>. (доступ 20 серпня 2018 року).

10. Лехан В., Рудій В., Шевченко М., Ніцан К.Д., Річардсон Е. Україна: огляд системи охорони здоров'я. Системи охорони здоров'я на перехідному етапі. 2015; 17 (2): 1–154.
11. МОЗ України. Національна стратегія реформування охорони здоров'я в Україні на 2015–2020 роки. Отримано з: http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2015/03/Strategiya_Engl_for_inet.pdf (дата звернення 25 серпня 2018).
12. Державна служба статистики України. Витрати на охорону здоров'я. Отримано з: <http://www.ukrstat.gov.ua> (доступ 15 серпня 2018 р.).
13. Світовий банк. Україна: огляд державних фінансів. Вашингтон: Група Світового банку 2017. Отримано з: <http://documents.worldbank.org/curated/en/476521500449393161/Ukraine-Public-finance-review> (доступ 15 серпня 2018 р.).
14. Степурко Т, Семигіна Т. Індекс здоров'я. Україна - 2017. Результати національного опитування домогосподарств. Київ 2018. Отримано з: <http://health-index.com.ua/zvit-index-2017-eng.pdf>. (дата звернення 15 серпня 2018 р.).
15. Вайсбекер І, Хан О, Кондалова Н, Пул Л, Коен Дж. Психічне здоров'я у перехідному періоді: оцінка та керівництво для посилення інтеграції психічного здоров'я у платформи первинної медико-санітарної допомоги та послуг на базі громад в Україні. Вашингтон, округ Колумбія: Глобальна ініціатива з охорони психічного здоров'я, Група Світового банку, 2017. Отримано з: <http://documents.worldbank.org/curated/en/310711509516280173/Mental-health-in-transition-assessment-and-guidance-for-zmichennya-integraciya-psichichnogo-zdorov'ya-v-pervinnu-oxoronu-zdorov'ya-ta-platforni-poslug-na-gromadi-v-Ukraini> (доступ 29 жовтня 2018).
16. Романюк П, Шромек А.Р. Еволюція результатів системи охорони здоров'я в Центральній та Східній Європі та їх взаємозв'язок із соціальними,

- економічними та політичними факторами: аналіз 25 років перехідного періоду. *BMC Health Serv Res.* 2016; 16: 95. doi: 10.1186 / s12913-016-1344-3.
17. Романюк П, Качмарек К, Сиркевич-Світала М, Голецький Т, Шромек А.Р. Системи охорони здоров'я та їх оцінка: методологічна пропозиція щодо синтетичного показника результатів. *Фронт громадського здоров'я.* 2018; 6: 126. doi: 10.3389 / fpubh.2018.00126.
18. Каммінс Р.О., Сандерс А, Манчіні Е, Хазінський М.Ф. В лікарні реанімація: резюме. *Ann Emerg Med* 1997; 29 (5): 647-9.
19. Morey JC, Simon R, Jay GD, et al. Зменшення помилок та підвищення ефективності роботи у відділі невідкладної допомоги за допомогою офіційного тренінгу з командної роботи: результати оцінки проекту MedTeams. *Health Serv Res* 2002; 37 (6): 1553-81.
20. Ostergaard NT, Ostergaard D, Lippert A. Впровадження команди навчання з медичної освіти в Данії. *Qual Saf Health Care* 2004; 13 (додаток 1): i91-5.
21. Small SD, Wuerz RC, Simon R, Shapiro N, Conn A, Setnik G. Демонстрація тренінгової команди з симуляції високої точності для екстреної медицини. *Acad Emerg Med* 1999; 6 (4): 312-23.
22. Soar J, McKay U. Переглянута роль зупинки серця в лікарні команда? *Реанімація* 1998; 38 (3): 145-9.
23. Беккер Л.Б., Пепе ПЕ. Забезпечення ефективності невідкладної кардіологічної допомоги на території громади. *Ann Emerg Med* 1993; 22 (2 бали 2): 354-65.
24. Sandroni C, Cavallaro F, Ferro G, et al. Огляд лікарні реакція на зупинку серця в загальних відділеннях лікарень Росії Рим. *Реанімація* 2003; 56 (1): 41-7.
25. Адамс Б.Д., Цайлер К, Джексон В.О., Хьюз Б. Мешканці екстреної медицини ефективно керують госпітальними бригадами з зупинки серця. *Am J Emerg Med* 2005; 23 (3): 304-10.

26. DeVita MA, Braithwaite RS, Mahidhara R, et al. Використання медичних реагування бригад у надзвичайних ситуаціях для зменшення серцево-легеневих арештів у лікарні. *Qual Saf Health Care* 2004; 13 (4): 251-4.
27. Тейлор С.Ф., Герхардт Р.Т., Сімпсон М.П. Асоціація між резидентури невідкладної медицини та покращений результат травматизму пацієнта. *J Emerg Med* 2005; 29 (2): 123-7.
28. Хендерсон С.О., Баллестерос Д. Оцінка реанімаційної бригади в масштабі всієї лікарні: чи збільшує це виживання при серцево-легеневій зупинці в лікарні? *Реанімація* 2001; 48 (2): 111-6.
29. Peberdy MA, Kaye W, Ornato JP, et al. Серцево-легенева реанімація дорослих у лікарні: повідомлення про 14720 зупинок серця з національного реєстру серцево-легеневої реанімації. *Реанімація* 2003; 58 (3): 297-308.
30. Reason J. Людська помилка: моделі та управління. *BMJ* 2000; 320 (7237): 768-70.
31. Ліпе Л.Л. Підхід системного аналізу до медичної помилки. *Дж Еваль Clin Pract* 1997; 3 (3): 213-22.
32. Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. Переклад поведінки в командній роботі з авіації на охорону здоров'я: розвиток поведінки маркери для реанімації новонароджених. *Qual Saf Health Care* 2004; 13 (додаток 1): i57-64.
33. Risser D, Simon R, Rice M, Salisbury M. Структурована робота в команді система для зменшення клінічних помилок. В: Spath P, Ed. зменшення помилок в охорона здоров'я: системний підхід до підвищення безпеки пацієнтів. Сан Франциско: Джоссі-Басс 2000.
34. Джевон П. Реанімація в лікарні: рекомендації реанімаційної ради (Великобританія). *Стенд Nurs* 2002; 16 (33): 41-4. 35.
35. Risser DT, Rice MM, Salisbury ML, Simon R, Jay GD, Berns SD. Потенціал поліпшення колективної роботи для зменшення медичних помилок у відділеннях надзвичайних ситуацій. Дослідницький консорціум MedTeams. *Ann Emerg Med* 1999; 34 (3): 373-83.

36. Jacobs I, Callanan V, Nichol G, et al. Ланцюг виживання. *Енн Emerg Med* 2001; 37 (додаток 4): S5-16.
37. Spearpoint KG, McLean CP, Zideman DA. Рання дефібриляція та ланцюг виживання при зупинці серця у дорослих; хвилин рахувати. *Реанімація* 2000; 44 (3): 165-9.
38. Портер Дж. М., Уршич К. Травма, яка відвідує кабінет реанімації: це впливає на результат? *Am Surg* 2001; 67 (7): 611-4.
39. Sandroni C, Ferro G, Santangelo S, et al. Зупинка серця в лікарні: виживання залежить головним чином від ефективності реагування на надзвичайні ситуації. *Реанімація* 2004; 62 (3): 291-7.
40. Zafari AM, Zarter SK, Heggen V, et al. Програма заохочення Рання дефібриляція призводить до поліпшення ефективності реанімації в лікарні. *J Am Coll Cardiol* 2004; 44 (4): 846-52.
41. Chan PS, Krumholz HM, Nichol G, et al. Затримка часу до дефібриляції після зупинки серця в лікарні. *N Engl J Med* 2008; 358 (1): 9-17.
42. Адамс Б.Д. Синій код - куди? Роквіль, Агентство ім. Дослідження та якість охорони здоров'я; 2007 (оновлений 2007 15 січня 2008; цитується); Доступно з: <http://www.webmm.ahrq.gov/case.aspx? caseID = 162>
43. Чан PS, Берг RA, Spertus JA, Schwamm LH, Bhatt DL, Fonarow GC, Heidenreich PA, Nallamothu BK, Tang F, Merchant RM; АНА GWTG-Слідчі реанімації. Стандартизація ризику виживання при зупинці серця в лікарні для полегшення порівняння в лікарні. *J. Am. Збірник Cardiol* 2013; 62: 601–609.
44. Мальтеруд К, Сірма В.Д., Гуассора А.Д. Розмір вибірки в дослідженнях якісного інтерв'ю: керуючись інформаційною потужністю. *Якість Health Res* (2015). 10.1177 / 1049732315617444
45. Такман Б.В., Дженсен МАС. Переглянуто етапи розвитку малих груп. *Груповий орган. Stud* 1977; 2: 419–427.
46. Чан П.С., Керін С.Л., Танг Ф., Івашина Т.Дж., Харрод М., Кеннеді М., Лерріх Дж., Кронік С., Налламоту Б.К. ; Американська асоціація серця погодиться з рекомендаціями - Реанімаційні слідчі. *Реанімаційні практики,*

- пов'язані з виживанням після серцевого арешту в лікарні: Загальнонаціональне опитування. *J.A.M.A. Cardiol* 2016; 1: 189–197.
47. Террі Г. Проводить тематичний аналіз. У Lyons E & Coyle A, (Eds.), *Аналіз якісних даних у психології (2-е видання) (стор. 104–118)*. Лондон: Мудрець, 2016.
48. Кресвелл JW. *Якісне дослідження та дизайн досліджень: вибір серед п'яти підходів* SAGE Publications, Inc, 2012.
49. Кукарц Удо. *Якісний аналіз тексту: Посібник із методів, практики та використання програмного забезпечення* Лондон, Великобританія: SAGE Publications, Ltd, 2014.
50. Браун V, Clarke V. Що може запропонувати "тематичний аналіз" дослідникам здоров'я та добробуту? *Міжнародний Дж. Кваль. Студ. Добробут здоров'я* 2014; 9: 0.3402 / qhw.v9.26152.
51. Ковенховен В.Б., Джуд Дж., Кнікербокер Г.Г. Масаж серця із закритою грудьми. *J.A.M.A* 1960; 173: 1064–1067.
52. Ковенховен В.Б., Джуд Дж., Кнікербокер Г.Г. Масаж серця із закритою грудьми. *J.A.M.A* 1960; 173: 1064–1067.
53. Safar P, Brown TC, Holtey WJ, Wilder RJ. Вентиляція та кровообіг із закритим грудним масажем серця у людини. *J.A.M.A* 1961; 176: 574–576.
54. Zoll PM, Linenthal AJ, Zarsky LRN. Фібриляція шлуночків. *Н. Енгл. J. Med* 1960: 262105–112.
55. Джонсон Дж. План дій щодо зупинки серця: Детальний план лікування госпіталізованих пацієнтів. *ДЖАМА* 1963; 186: 468–472.
56. Коберн В.В. КОД СИНИЙ: Екстрена процедура зупинки серця. *Лікарні* 1964; 38: 46–49.
57. Філіпс JH, Burch GE. Управління зупинкою серця. *Am. Heart J* 1964; 67: 265–277.
58. Карвет SW, Burnap TK, Bechtel J, McIntyre K, Donegan J, Buchman RJ, Reese HE. Тренінг з вдосконаленої підтримки серцевого життя. *J.A.M.A* 1976; 235: 2311–2315.

59. Спільна комісія та реанімація - Центр реанімації. Доступно за адресою: <http://www.resuscitationcentral.com/documentation/joint-commission-and-resuscitation>. (Доступ: 18 жовтня 2017 р.)
60. Merchant RM, Yang L, Becker LB, Berg RA, Nadkarni V, Nichol G, Carr BG, Mitra N, Bradley SM, Abella BS, Groeneveld PW; Американська кардіологічна асоціація Отримайте рекомендації - Реанімаційні слідчі. Захворюваність на зупинку серця у госпіталізованих пацієнтів у США. Крит. Care Med 2011; 39: 2401–2406.
61. Алі Б, Зафарі А.М. Оглядовий огляд: серцево-легенева реанімація та невідкладна серцево-судинна допомога: огляд чинних рекомендацій. Енн Стажист Med 2007; 147: 171–179.
62. Girotra S, Nallamothu BK, Spertus JA, Li Y, Krumholz HM, Chan PS. Тенденції виживання після зупинки серця в лікарні. Н. Енгл. J. Med 2012; 367: 1912–1920.
63. Чан П.С., Налламоту Б.К. Поліпшення результатів після зупинки серця в лікарні: життя після смерті. J.A.M.A 2012; 307: 1917–1918.
64. Bhanji F, Finn JC, Lockey A, Monsieurs K, Frengley R, Iwami T, Lang E, Ma MH, Mancini ME, McNeil MA, Greif R, Billi JE, Nadkarni VM, Bigham B. Частина 8: Освіта, впровадження та Команди: 2015 Міжнародний консенсус щодо серцево-легеневої реанімації та невідкладної науки про серцево-судинну допомогу з рекомендаціями щодо лікування. Тираж 2015; 132: S242 – S268.
65. Едельсон Д.П., Юен Т.Ц., Манчіні М.Є., Девіс Д.П., Хант Е.А., Міллер Дж.А., Абелла Б.С. Практика реанімації серцевої зупинки в лікарні в США: Національне репрезентативне опитування. J. Hosp. Med 2014; 9: 353–357.
66. Бредлі Е.Х., Каррі Л.А., Вебстер Т.Р., Маттера Дж.А., Руманіс С.А., Редфорд М.Дж., Макнамара Р.Л., Бартон Б.А., Берг Д.Н., Крумгольд Х.М. Досягнення швидкого часу від дверей до повітряних куль: як найкращі лікарні вдосконалюють складні клінічні системи. Тираж 2006; 113: 1079–1085.

67. Curry LA, Spatz E, Cherlin E, Thompson JW, Berg D, Ting HH, Decker C, Krumholz HM, Bradley EH. Що відрізняє лікарні з найвищою ефективністю за рівнем смертності від гострого інфаркту міокарда? Якісне дослідження. *Енн Стажист Мед* 2011; 154: 384–390.
68. Крумгольц Х.М., Бредлі Е.Х., Карі Л.А. Сприяння публікації суворих якісних досліджень. *Коло Кардіоваск. Якість Результати* 2013; 6: 133–134.
69. <https://www.webkursovik.ru/kartgotrab.asp?id=-12956>
70. Пожежники теж тренуються для боротьби з терористами. *NPR.org*
Доступно за адресою:
<https://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=127303858>. (Доступ: 14 грудня 2017 р.)
71. Garland A, Shaman Z, Baron J, Connors AF., Jr Physician attributable differences in intensive care unit costs: A single-center study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2006;174:1206–10. [PubMed] [Google Scholar]
72. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD. Changing physician performance a systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA*. 1995;274:700–5. [PubMed] [Google Scholar]
73. Naylor D. Better care and better outcomes. *JAMA*. 1998;279:1392–4. [PubMed] [Google Scholar]
74. Chelluri L. Process change in health care institutions-top-down or bottom-up? In: De Vita MA, Hillman K, Bellomo R, editors. *Medical emergency teams-implementation and outcome measurement*. Springer; 2006. [Google Scholar]
75. Brock WA, Nolan K, Nolan T. Pragmatic science: Accelerating the improvement of critical care. *New Horiz*. 1998;6:61–8. [PubMed] [Google Scholar]
76. Nuland SB. *The Doctors' plague; Germs, childbed fever and the strangestory of ignac semmelweis*. New York: WW Norton and Company; 2003. [Google Scholar]
77. Donabedian Q. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260:1743–8. [PubMed] [Google Scholar]