

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ

Е.В. Никонова, Л.В. Лактионова

ФГУЗ Клиническая больница №83 ФМБА России, Москва

Статья посвящена вопросам регулирования производственного технологического процесса лечения больных в медицинских учреждениях, качества и контроля оказания медицинской помощи. Рассматривают современную систему контроля качества оказания медицинской помощи, включающую изучение удовлетворенности пациентов медицинской помощью, выявление дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказывающих негативное действие и повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи, оценку полноты и своевременности диагностических мероприятий, адекватность выбора и соблюдение лечебных мероприятий, правильность и точность постановки диагноза, выбор наиболее рациональных управленческих решений и проведение оперативных корректирующих воздействий, контроль за реализацией управленческих решений.

Ключевые слова: контроль качества медицинской помощи, экспертиза качества, врачебные ошибки

QUALITY CONTROL OF HEALTH CARE IN MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL

Nikonova EV, Laktionova LV

The article is devoted to the regulation of the technological process of treatment in medical facilities, quality and control care. We consider a modern system of quality control of medical care includes the study of patient satisfaction with medical care, identification of defects, medical errors and other factors that adversely effect and resulting in a decline in the quality and effectiveness of medical care, assessment of the completeness and timeliness of diagnostic measures, the adequacy of the selection and compliance with therapeutic measures, correct and accurate diagnosis, choosing the most rational management decisions and conduct rapid corrective actions, monitor the implementation of management decisions.

Key words: quality of care, examination quality, medical errors

Современное лечебное учреждение представляет собой сложную производственную систему, в которой непрерывно реализуются сотни технологических процессов, в том числе агрессивные и небезопасные. Именно поэтому создание современной технологии управления больницами и поликлиниками, гарантирующей высокое качество медицинской помощи и безопасность пациентов, является неотложной и актуальной проблемой [1].

Системы здравоохранения во всем мире имеют общую цель – улучшение состояния здоровья населения. Тем не менее, улучшение состояния здоровья невозможно без выполнения главной задачи любой системы

здравоохранения – предоставления качественной медицинской помощи. В настоящее время качественную медицинскую помощь характеризуют как доступную, эффективную, безопасную, основанную на доказательствах, оптимальную по объему используемых ресурсов, адекватную современному уровню развития медицины, оставляющую у пациента чувство удовлетворенности от взаимодействия с системой здравоохранения.

Управление производственным процессом в больнице предусматривает деятельность по организации непосредственного технологического процесса лечения больных и целого комплекса других процессов, составляющих инфраструктуру лечебного

учреждения. Главным в управлении качеством медицинской помощи является квалифицированное управление медицинским технологическим процессом. Медицинский технологический процесс – это система взаимосвязанных минимально необходимых, но достаточных и научно обоснованных лечебно-диагностических мероприятий, выполнение которых позволяет наиболее рациональным образом провести лечение и обеспечить достижение максимального соответствия научно прогнозируемых результатов реальным при минимизации соотношения затрат/качества [1]. Подсчитано, что в 85-95% проблем качества обусловлены дефектами самой системы и только незначительная часть 5-15% может быть устранена путем улучшения выполнения индивидуальной работы.

Определение понятия «качество» – это, прежде всего, совокупность характеристик объекта, относящихся к его способности удовлетворять установленные и предполагаемые потребности (ISO 8402 Международный стандарт, 1994 г.) [2]. Приоритетными характеристиками качества медицинской помощи являются пациенты, врачи и медицинские ресурсы. Наиболее значимыми в понятии «качество медицинской помощи» является результативность, эффективность, оптимальность, приемлемость, законность. Выделяют два основополагающих момента – это принятие правильного решения о необходимости медицинской помощи и последующее оказание этой помощи правильным образом, наиболее эффективным способом. История борьбы за качество медицинской помощи – это история развития теорий, пытающихся дать в руки организаторов здравоохранения практические инструменты и методы, с помощью которых врачи будут «делать то, что нужно, как нужно» [1].

Современная концепция обеспечения качества медицинской помощи возлагает ответственность на нежелательные события, в первую очередь, на структурные, организационные и оперативные недостатки системы здравоохранения, а не на отдель-

ных медицинских работников или продукты медицинского назначения [3]. К сожалению, научные исследования и аналитические работы, посвященные проблемам безопасности пациентов в отечественной системе здравоохранения, акцентируют внимание на специфических вопросах, присущих оказанию определенной медицинской помощи, оставляя в стороне комплексный характер процесса обеспечения качества медицинской помощи.

В Российской Федерации наблюдается стабильный рост претензий к медицинским работникам в отношении качества лечения: по данным Российского центра судебно-медицинских экспертиз в 2003 г. было выполнено 2448 экспертиз по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи, в 2004 г. – 2685 таких исследований, а в 2005 г. – уже 3085. По данным социологического опроса, проведенного фондом «Общественное мнение» в феврале 2007 г., 42% опрошенных россиян заявили, что они были жертвами врачебных ошибок или ненадлежащего оказания медицинской помощи. Среди них 32% указали на установление им неправильного диагноза и назначение неправильного лечения, 19% сообщили о случаях причинения вреда здоровью медиками в отношении их родственников, а 10% отметили, что жертвами врачебных ошибок в разное время становились все члены их семьи [4].

Несмотря на растущую заинтересованность в обеспечении безопасности пациентов, проблема нежелательных событий по-прежнему осознается недостаточно. Возможностей для документирования, анализа и извлечения уроков из опыта все еще не хватает из-за отсутствия единообразной методологии выявления и измерения, неадекватности схем направления отчетности о нежелательных событиях, озабоченности проблемой разглашения конфиденциальных данных, страха перед привлечением к профессиональной ответственности.

Обеспечение качества медицинской помощи и его контроль являются одним из важных составляющих работы многопро-

фильной больницы. При оценке качества медицинской помощи в стационаре применяется выборочный, текущий, обязательный экспертный контроль, а также целевой и тематический контроль [5].

Система контроля качества имеет ступенчатую структуру и осуществляется заведующими отделениями (1-я ступень), заместителем главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности и контролю качества (2-я ступень), врачебной комиссией больницы (3-я ступень). При необходимости осуществляется контроль в Федеральном медико-биологическом агентстве (4-я ступень).

Оценка качества медицинской помощи в стационаре осуществляется, прежде всего, по карте стационарного больного (истории болезни) и в консультативно-диагностическом центре по карте амбулаторного больного. Задачи по обеспечению качества медицинской помощи в многопрофильной Клинической больнице № 83 носят многоплановый характер и имеют особенности, обусловленные структурой, организацией труда, кадровым составом и оборудованием стационара.

Система контроля качества медицинской помощи в Клинической больнице № 83 включает:

- 1) экспертизу процесса оказания медицинской помощи конкретным пациентам;
- 2) изучение удовлетворенности пациентов медицинской помощью;
- 3) выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказавших негативное действие и повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи;
- 4) оценку полноты и своевременности диагностических мероприятий, адекватность выбора и соблюдение лечебных мероприятий, правильность и точность постановки диагноза;
- 5) выбор наиболее рациональных управленческих решений и проведение оперативных корректирующих воздействий;
- 6) контроль за реализацией управленческих решений.

Изучение удовлетворенности пациентов медицинской помощью проводится при еженедельных клинических обходах отделений заместителями главного врача по медицинской части и по экспертизе временной нетрудоспособности и контролю качества медицинской помощи. Кроме основной задачи контроля качества оказания медицинской помощи, на обходах много внимания уделяется опросу пациентов с целью выяснения их мнения о лечебно-диагностическом процессе в клинике, о работе сотрудников, о качестве сервиса и т.д. Ежемесячно в больнице проводятся встречи пациентов с администрацией с обязательным присутствием заместителей главного врача по медицинской части, по хирургии, по экспертизе временной нетрудоспособности и контролю качества медицинской помощи, по консультативной работе, директора клиники (хозяйственная часть), заведующего пищеблоком. На этих встречах пациенты имеют возможность задать вопросы, высказать претензии, обсудить проблемы с ответственными лицами. По результатам общения принимаются необходимые административные меры. Главный врач и все заместители в соответствии с законом РФ еженедельно имеют часы приема граждан по личным вопросам, однако в реальной жизни прием посетителей и пациентов происходит гораздо чаще, и вопросы оказания медицинской помощи решаются в режиме он-лайн.

Важным и результативным, с нашей точки зрения, является проведение анкетирования пациентов и сотрудников по вопросам организации и деятельности подразделений клинической больницы с целью выявления имеющихся недостатков, их значимости, «критических точек разрыва» мнений, которые свидетельствуют о необходимости принятия административных мер. По данным анализа двух опросов 2009 и 2010 гг. определены отделения, требующие реорганизации: приемное отделение, пищеблок, договорной отдел. В настоящее время устранены замечания к работе пищеблока, реорганизована работа приемно-

го отделения (созданы отдел госпитализации, палаты временного пребывания для больных с подозрением на инфекционное заболевание, изменена этапность обследования, разработаны и внедряются алгоритмы оказания экстренной медицинской помощи и др.), поэтапно изменяется кадровый состав, функции и стиль работы договорного отдела.

Выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказавших негативное действие и повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи, проводится при текущей и заключительной экспертизе медицинской помощи, которую выполняют заведующие отделениями, заместители главного врача по направлениям, врачи эксперты договорной отдела. Основной объем расследований случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи пациентам клиники выполняет заместитель главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности и контролю качества медицинской помощи, в обязанности которого входит и комиссионное обсуждение медико-экономических экспертиз со страховыми компаниями.

Важным аспектом оказания качественной и эффективной медицинской помощи является наличие и соблюдение стандартов диагностики и лечения. В нашей клинике разработаны и внедрены в практику внутрибольничные стандарты диагностики и лечения, основанные на нормативных документах (приказы Минздравсоцразвития РФ), а также международных и российских рекомендациях. Формируя индивидуальные назначения пациенту на основе внутрибольничных стандартов диагностики и лечения (введенных в информационную систему в виде шаблонов), лечащий врач в обязательном порядке реализует программу необходимого минимума и более обоснованно, взвешенно подходит к назначению дополнительных услуг. В то же время наличие стандартов значительно облегчает проведение экспертизы, хотя в случае различных источников финанси-

рования лечения пациентов (ОМС, ДМС, бюджет и личные средства) возникают трудности в исполнении объема стандарта.

Оценка полноты и своевременности диагностических мероприятий, адекватность выбора и соблюдение лечебных мероприятий, правильность и точность постановки диагноза – ежедневная составляющая экспертной работы лечащего врача, заведующего отделением, врача-эксперта, заместителя главного врача. Практика показывает, что порядок, объем и сроки контроля должны быть строго прописаны во внутренних нормативных документах клиники: приказах, положениях, должностных инструкциях. В нашей больнице для контроля оказания качества медицинской помощи на всех этапах – скорая медицинская помощь, амбулаторная, стационарная – создан институт главных внештатных специалистов по направлениям, которые обеспечивают контроль полноты и своевременности проведения лечебно-диагностических мероприятий.

Выбор наиболее рациональных управленческих решений, проведение оперативных корректирующих воздействий и контроль за реализацией управленческих решений – сложные организационные процессы. Для адекватного выполнения этой задачи требуются учет объемов помощи, полноценная информация о сроках и исполнителях, возможность контроля и полного анализа данных, а также механизмы реализации принятых мер. Одним из основных инструментов в этом случае является информационная медицинская система.

Для оптимального решения задач по обеспечению и контролю за лечебно-диагностическим процессом в КБ № 83 внедрена информационная система КОТЕМ, которая позволяет вести полноценный учет выполняемых услуг. Важные составляющие нашей информационной системы – это ведение медицинской документации (электронная история болезни и амбулаторная карта), то есть существует полная база данных (объем оказанной помощи пациентам); «функционал назначений»,

позволяющий организовать лечебно-диагностический процесс в соответствие со стандартами, «функционал аналитика», позволяющий выполнять текущую оценку оказания медицинской помощи в клинике в соответствии с внутрибольничными и российскими стандартами и, соответственно, своевременно принимать необходимые меры. Экспертную оценку лечебно-диагностического процесса посредством анализа объемов, комплекса услуг, обоснованности назначений, контроль на уровне исполнителя выполняют на разных этапах ответственности заведующие отделениями, врачи-эксперты договорного отдела, заместители главного врача. Врачебная комиссия является высшим органом, выносящим окончательное суждение по конкретному случаю.

Информация, полученная в результате оценки качества и эффективности медицинской помощи, обязательно доводится до руководителя стационара и является обязательной для обсуждения среди сотрудников клиники.

Примером неправильной оценки состояния пациента, непроведение необходимого обследования и тем самым неправильная постановка диагноза могут служить материалы следующей экспертизы.

Больная Н., 1977 г. рождения, была госпитализирована в стационар 07.11.2008 г. с жалобами на слабость, потерю сознания, однократную рвоту. В анамнезе язвенная болезнь желудка. Врач приемного отделения ставит диагноз: Вегетососудистая дистония. Состояние после сосудистого криза. Язвенная болезнь желудка, ремиссия. При осмотре пациентки в отделении в 22:30 обратили на себя внимание наличие у пациентки головной боли в лобно-височных областях, тошнота, потеря сознания на несколько секунд без судорог. При этом врач не отметил при сборе анамнеза, что у пациентки дома была однократная рвота и черный стул. При осмотре отмечена бледность кожи, тахикардия – ЧСС 90 в 1 мин, АД 160/90 мм рт. ст. Врачом поставлен диагноз: Нейроциркуляторная энцефалопатия с

синкопальными состояниями, астеноневротический синдром. Больной были назначены клинический анализ крови, общий анализ мочи, ЭЭГ на 08.11.08 г. В 23:10 у пациентки вновь закружилась голова, потемнело в глазах, она потеряла сознание на несколько секунд. Рвоты и стула не было. АД 100/65 мм рт. ст. Назначена терапия: витамины В1 и В6, церукал, реланиум в/м и беллатаминал. 08.11.2008 г. пациентка оставлена под наблюдение дежурного врача. 09.11.2008 г. пациентке был сделан общий анализ крови, при этом уровень гемоглобина составил 53 г/л (ни 07.11.08 г., ни 08.11.08 г. клинический анализ крови не выполнен). Срочно вызван хирург. Заподозрена язвенная болезнь желудка, состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение. Экстренно выполнена эзофагогастродуоденоскопия, при проведении которой выявлены три зеркально расположенные язвы 12-перстной кишки в стадии частичной репарации, состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение.

В этом примере показано отсутствие должной оценки жалоб врачами, анамнеза пациентки, а также несоблюдение алгоритма обследований у пациентов с язвенной болезнью желудка, то есть отсутствие назначения общего клинического анализа крови в первые часы нахождения пациентки в стационаре, проведение эзофагогастродуоденоскопии и осмотра хирургом.

Также примером дефекта ведения пациентки является следующий случай. Пациентка, 1924 г. рождения, госпитализирована 14.05.2009 г. в 11:36 в клинику с диагнозом: ОД – зрелая катаракта. ОС – незрелая катаракта, макулодистрофия. В 12:04 осмотрена врачом-терапевтом приемного отделения. Основные жалобы при осмотре на низкое зрение правого глаза. Анамнез заболевания собран неполно, обследование не назначено.

14.05.2009 г. в 13:35 пациентка осмотрена лечащим врачом. В жалобах только указано на снижение зрения. Анамнез собран не полностью. Назначены лабораторные и диагностические исследования. 15.05.2009 г.

в 16:10 по данным клинического анализа крови у пациентки выявлен сниженный гемоглобин до 45 г/л, гипохромная анемия. С учетом полученных данных лечащим врачом рекомендовано дообследование – эзофагогастродуоденоскопия (только на 18.05.2009 г.) и назначено лишь наблюдение дежурного терапевта. Консультация же хирурга не назначена. 15.05.2009 г. пациентка продолжает наблюдаться дежурным терапевтом.

Только 16.05.2009 г. в 11:20 пациентка осмотрена хирургом. Уровень гемоглобина составил 46 г/л. Данных за острую хирургическую патологию нет. Показаний к переливанию крови нет. Рекомендован прием препаратов железа и обследование: эзофагогастродуоденоскопия и колоноскопия. В течение нескольких часов пациентка продолжает наблюдаться дежурными хирургом и терапевтом. Переливание крови дежурными врачами не назначается.

В 20:20 только решение консилиума определяет жизненные показания к переливанию крови. В 20:30 пациентка дала согла-

сие на проведение гемотрансфузии. Перелито 640 мл эритроцитной взвеси. Уровень гемоглобина после проведения гемотрансфузии 17.05.2009 г. повысился до 69 г/л.

В данном случае видно, что ни лечащий врач, ни дежурные врачи недооценили состояние пациентки и не выполнили вовремя необходимые исследования и лечение. Также отмечено затягивание во времени назначение дежурными врачами лечение пациентки – переливание эритроцитной взвеси.

Заключение

Таким образом, системное решение повышения качества медицинской помощи невозможно без системного подхода к повышению профессионального уровня врача, осуществления контроля за лечением больных и квалифицированного управления медицинским технологическим процессом. Эффективность функционирования работы лечебного учреждения органично связана с уровнем качества медицинской помощи, причем эта эффективность является производным самого качества.

Литература

1. Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Качество медицинской помощи. Управление. Измерение, Безопасность. Информация. М.: Медицина XXI, 2004. С. 8-14.
2. Международные стандарты ИСО серии 9000-10000 на системы качества: версии 1994 г. М.: Стандарты, 1995.
3. Чернышев И.В., Какорина Е.П., Аполихин О.И. Стандартизация лечебно-диагностического процесса как основа экспертизы качества оказания медицинской помощи при раке мочевого пузыря // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2003; 9: 15-17.
4. Фоменко А.Г. Безопасность пациентов как важнейшее условие обеспечения качества медицинской помощи // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. 2008; 12: 56-64.
5. Опыт работы по экспертизе качества медицинской помощи в центральной поликлинике МПС // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи 2008; 12: 66-67.
6. Дьяченко В.Г. Методологические вопросы качества и эффективности медицинской помощи // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. 2009. № 6. С. 3-16.

Контактная информация:

Никонова Евгения Владимировна – Зам. главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности и контролю качества КБ № 83 ФМБА России, к.м.н.
Адрес: 115682, Москва, Ореховый бульвар, тел.: (499) 725-44-50