

Система контроля качества и эффективности оказания медицинской помощи пациенту Медицинского центра Банка России

Назаренко Г.И., Замиро Т.Н., Михеев А.Е., Кабаенкова Г. С.

Медицинский центр Банка России, Россия, г. Москва

Юрченко С.Г., Малых В.Л., Гулиев Я.И.

Институт программных систем РАН, Исследовательский центр медицинской информатики, Россия, г. Переславль-Залесский, e-mail: medicina2007@mvl.botik.ru

В статье представлены результаты совместной работы Медицинского центра Банка России (МЦ БР) и Исследовательского центра медицинской информатики Института программных систем Российской академии наук (ИПС РАН) в области автоматизации аудита лечебного процесса в МЦ. Особенностью построения системы аудита является использование индикаторов качества и введение формализации для причин отклонений от технологического процесса.

Ключевые слова: индикаторы качества, контроль качества, аудит лечебного процесса, клиничко-экспертная работа, медицинская информационная система.

Проблема оценки качества оказания медицинской помощи является одной из самых актуальных и трудно решаемых. Свидетельством сложности решения данного вопроса может служить обилие методик и методологических подходов по этой теме. Это обусловлено невозможностью однозначно оценить все существующие факторы, взаимосвязанные, а иногда и исключают друг друга, которые могут оказать влияние на ход лечебно-диагностического процесса.

Важным элементом задачи повышения качества является система аудита лечебного процесса, которая должна зафиксировать имеющиеся отклонения и позволить провести их всесторонний анализ, организовав в результате обратную связь в системе контроля данного технологического процесса. Таким образом, он будет состоять из трех стадий — планирование качества, контроль качества (выявление отклонений) и улучшение качества. Предполагается, что данные стадии будут циклически повторяться, выявляя более эффективные методы проведения лечебно-диагностического процесса.

Полностью автоматическая система обеспечения и совершенствования качества оказания медицинской помощи, однако, на текущем этапе невозможна. Поэтому требуется участие в процессе аудита лечебного процесса экспертов, которые обладают достаточной квалификацией, и в чьи задачи входят:

- 1) составление методологий (технологических карт) лечения тех или иных нозологий, выработка индикаторов качества — оценки эффективности того или иного этапа лечения;
- 2) анализ и выявление отклонений на основе некоторого множества реальных историй болезней, оценка влияния отклонений на лечебно-диагностический процесс;
- 3) изменение методологии для улучшения эффективности лечения данной нозологии или принятие каких-то иных решений.

Среди задач, стоящих перед системой клинического аудита можно отметить следующие:

- систематический контроль клинического процесса, направленный на выявление возможностей его совершенствования;
- выявление и анализ отклонений на каждом этапе оказания медицинской помощи;
- выявление и анализ причин технологических отклонений на каждом из этапов клиничко-диагностического процесса;
- оценка эффективности оказанной медицинской помощи;
- анализ и оценка деятельности структурных подразделений лечебного учреждения по диагностике и лечению пациентов с теми или иными заболеваниями;
- выработка и осуществление мероприятий по устранению выявленных отклонений и принятия решений по дальнейшему совершенствованию управления качеством оказания медицинской помощи.

Комплексная оценка качества медицинской помощи включает следующие обязательные элементы: степень соответствия современным медицинским технологиям, оптимальность использования ресурсов, анализ исходов или результатов лечения, контроль степени риска, удовлетворенность пациента медицинским обслуживанием.

Разработанная в Медицинском центре БР программа клинического аудита качества лечебно-диагностического процесса предусматривает оценку технологии ведения пациента на всех этапах оказания медицинской помощи: поликлиника, БИТ, приемное отделение и дежурная служба, коечные отделения стационара, отделения реанимации.

Клиническому аудиту подлежат все случаи возникновения в стационаре побочных эффектов медикаментозной терапии, случаи ВБИ, осложнения диагностических и лечебных процедур, летальные исходы, а также случаи повторной госпитализации в МЦ по поводу одного и того же заболевания в течение года или превышения стандартных сроков лечения. В отдельных случаях клиническому аудиту могут быть подвергнуты вмешательства, сопряженные с высоким риском для пациентов, со значительными финансовыми затратами, большим объемом вмешательств или использованием новых медицинских технологий.

Аудит предусматривает анализ соответствия между проведенными пациенту лечебно-диагностическими мероприятиями и оптимальным для Медицинского центра технологическим процессом по критериям своевременности и адекватности оказания медицинской помощи, а также степени достижения ожидаемых результатов и безопасности вмешательств для пациентов.

В рамках реализации системы клинического аудита в Медицинском центре Банка России была предпринята попытка выработать индикаторы качества лечения некоторых нозологий. Также была предложена классификация обобщенных причин технологических отклонений. Отклонение — любое отступление от выполнения диагностических и лечебных мероприятий, предусмотренных технологической картой, вне зависимости от влияния на результаты лечения. После обнаружения отклонений от технологической карты, эксперт совместно должен выявить причину этих отклонений.

Отклонения, связанные с пациентом:

- тяжесть состояния;
- наличие противопоказаний;
- решение пациента;
- инфекционный процесс;
- смена диагноза;
- позднее обращение за медицинской помощью;
- другое.

Отклонения, связанные с системой оказания медицинской помощи:

- очередь на исследование;
- длительность процесса проведения исследования;
- недоступность исследования (отсутствие прибора, реактива, выходные дни);
- отсутствие лекарств;
- отсутствие специалиста;
- другое.

Отклонения, связанные с действиями персонала:

- неправильная интерпретация клинико-лабораторных и инструментальных данных;
- нарушение требований фармакотерапии;
- несвоевременное проведение лечебно-диагностических мероприятий;
- несоблюдение технологии выполнения лечебно-диагностических мероприятий;
- необоснованное невыполнение назначений консультанта;
- необоснованное невыполнение элементов технологической карты;
- необоснованные вмешательства (манипуляции, процедуры, операции);
- дефект ухода;
- другое.

Последние два класса отклонений являются наиболее значимыми с точки зрения управления качеством медицинской помощи в МЦ.

Инструментами для проведения клинического аудита являются: технологические карты, разработанные и утвержденные в МЦ, индикаторы качества лечебно-диагностического процесса (ЛДП), клинические руководства, отраслевые стандарты и опыт экспертов.

В процессе проведения клинического аудита эксперту необходимо заполнить карту аудита («Карта клинического аудита качества и эффективности оказания медицинской помощи пациенту стационара»), которая представляет из себя документ, содержащий 25 самостоятельных разделов (пунктов) — набор данных о пациенте, его диагнозе, характере госпитализации, возможных технологических отклонениях в обследовании и лечении, в том числе констатации возникших осложнений. Специальный раздел в «Карте аудита» отведен оценке соблюдения индикаторов качества.

«Карта аудита» включает также разделы по оценке результативности лечения и Заключение эксперта о соответствии технологии ведения пациента современным требованиям.

Кроме того, «Карта аудита» содержит «таблицу-перечень» возможных причин отклонений, сгруппированных в три блока с учетом зависимости их от пациента, персонала, «системы» («организационных ситуаций» в МЦ).

«Карта аудита» предусматривает возможность фиксирования экспертом комментариев по выявленным дефектам и предложений по их устранению.

Клинический аудит может иметь оперативный (направленный на разрешение оперативных вопросов по ведению пациента) либо стратегический характер (заключительный аудит, направленный на совершенствование лечебно-диагностического процесса).

Оперативный аудит качества ЛДП проводится с целью оценки соблюдения технологии оказания медицинской помощи и проведения своевременной коррекции ее при выявлении отклонений в период пребывания пациента в стационаре.

Заключительный аудит проводится по закрытым историям болезни (или по законченным случаям наблюдения в амбулаторных условиях) с целью оценки качества соблюдения технологии ЛДП на всех этапах оказания медицинской помощи, а также в случаях возникновения постстационарных осложнений, повторных госпитализаций, летальных исходов и др.

Разработанная в рамках МИС «Интерин» система клинического аудита фиксирует статистику отклонений, выполняет ее статистический анализ по различным критериям и разбиениям, с их представлением в виде сводных аналитических таблиц либо графиков:

- Число технологических отклонений в клинических отделениях;
- Структура технологических отклонений на этапах медицинской помощи;
- Причины технологических отклонений в клинических отделениях;
- Причины технологических отклонений на этапах медицинской помощи;
- Структура причин технологических отклонений в МЦ;
- Структура причин технологических отклонений на этапах медицинской помощи;
- Степень достижения результата в клинических отделениях;
- Оценка технологии ведения пациентов;
- Правильность формулировки диагноза.

Кроме того, имеется возможность сопоставления статистики за разные временные периоды:

- Технологические отклонения на этапах медицинской помощи;
- Технологические отклонения в отделениях стационара;
- Достижение запланированного результата;
- Соответствие технологии ведения пациентов современным требованиям.

Поскольку оперативному и заключительному аудиту подвергаются не все истории болезни, а лишь их часть, например, по отдельной нозологической форме, по случаям повторной госпитализации пациентов, превышению стандартных сроков лечения, осложнениям диагностических процедур или оперативных пособий и т.д., необходимо использовать не абсолютные, а относительные показатели, и для оценки различий обязательно применять статистическую обработку результатов методами, учитывающими небольшое число наблюдений. В таком случае выводы будут корректными, и можно будет судить о соответствии проведенных лечебно-диагностических мероприятий оптимальным для Медицинского центра технологическим процессам по критериям, которые включают оценку своевременности и адекватности оказания медицинской помощи, степени достижения ожидаемых результатов и безопасности вмешательства для пациентов. Оценивая статистически достоверные изменения в выборке историй болезни, подвергнутых аудиту, становится возможным перенести (экстраполировать) полученные результаты на всю генеральную совокупность изучаемых явлений или процессов и проанализировать лечебно-диагностический процесс в Медицинском центре в целом и в его

подразделениях. При подведении итогов аудита качества оказания медицинской помощи могут применяться различные методы математической и медицинской статистики:

- выборочный метод, оценка достоверности относительных и средних величин и различий между ними;
- метод «шесть сигм»;
- метод Деминга.

Система аудита лечебного процесса внедрена в стационаре МЦ БР во второй половине 2005 г. В первой половине 2006 г. система была доработана и внедрена в поликлинике МЦ БР.

В ходе внедрения системы выяснилась необходимость контроля полноты и непротиворечивости вносимых в карты клинического аудита данных, что иначе могло привести к невозможности проведения анализа либо к искажению его результатов. В систему была введена автоматическая логическая проверка данных, и предусмотрена возможность последующей коррекции введенных данных экспертом-супервизором.

Использование системы клинического аудита позволяет добиться следующих целей:

- выработка предложений, направленных на совершенствование управления лечебно-диагностическим процессом;
- внедрение новых технологических процессов (лечебных, диагностических, организационно-методических);
- совершенствование базы лечебно-диагностического процесса, разработка новых и усовершенствованных технологических карт и индикаторов качества лечебно-диагностического процесса;
- оценка деятельности медицинского персонала, повышение его квалификации;
- совершенствование планирования лечебно-диагностических мероприятий и ожидаемых результатов лечения.