О «правильных» дефектах медицинской помощи

Категория: Управление качеством медицинской помощи
Опубликовано: Вторник, 19 июля 2016, 12:50
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 6366

Качество — это делать что-либо правильно, даже когда никто не смотрит. (© Генри Форд)

Действительно, классификаторы дефектов, как целенаправленно составленные справочники возможных изъянов медицинской помощи, нужны сторонним силам, цели которых не совпадают с целями здравоохранения, а часто противоречат им. В отраслевом управлении они бесполезны, по меньшей мере, или вредны, с учётом неизбежной подмены приоритетов, возникающих деформаций системы управления и отвлекаемых ресурсов.

Классификатор дефектов могут составлять описания лишь предотвратимых недостатков при оказании медицинской помощи, другим там не место. Если дефект в классификаторе описывает предотвратимый недостаток при оказании медицинской помощи, его признаки должны быть включены и в систему критериев оценки качества, и наоборот. Но, что есть критерии оценки качества, как не управляемые параметры? Если параметр важен и управляем, он должен быть включен в систему критериев оценки качества, а если не важен или не управляем – его там быть не должно. Единственно возможный классификатор дефектов, таким образом, тот, что полностью соответствует критериям оценки качества как части системы управляемых параметров медицинской деятельности, относящейся к процессу оказания медицинской помощи пациенту. Он не может содержать позиций, имеющих собственную сущность и не включённых в эту часть.

Далее. Получить результаты экспертизы, объективно и достоверно отражающие качество медицинской помощи, возможно лишь при условии раздельной оценки соответствия установленным требованиям – в той или иной степени, универсальным и безличным (контроль исполнения), и собственно качества медицинской помощи, оказанной конкретному пациенту в его уникальной клинической ситуации. В авторской технологии экспертизы (см. работу «Технология экспертизы качества медицинской помощи по федеральным критериям») на первом этапе выявляются нарушения установленных требований, на втором – отклонения медицинской помощи, оказанной конкретному пациенту, а также оценивается их выраженность, на третьем – дефекты.

На втором этапе применяется оценочная шкала с градацией значений (у нас – от 0 до 1 с шагом 0,1) и чёткими ориентирами для отнесения оценки к тому или иному значению шкалы. Снижение экспертной оценки качества до определённого значения шкалы производится по факту отклонения процесса оказания медицинской помощи от оптимального хода для данного пациента в его клинической ситуации, с учётом достигнутых результатов и возможных последствий. Снижение оценки ниже определённого порогового значения (у нас – ниже 0,8) свидетельствует

Phoca PDF

об экстремальном отклонении, имеющем негативные последствия для пациента. То есть, о дефекте. Дальнейшее снижение экспертной оценки качества ниже установленных пороговых значений (у нас: ниже 0,8 до 0,6 включительно – I класс тяжести, ниже 0,6 до 0,4 включительно – II класс, ниже 0,4 до 0,2 включительно III класс, ниже 0,2 – IV класс) сигнализирует о большей клинической значимости допущенного отклонения, отклонения от того, что было лучшим для этого больного, о плохих результатах и ухудшении прогноза для жизни, здоровья и благополучия пациента и других негативных последствиях, но только об управляемых и предотвратимых. В преодолении экспертной оценкой того или иного порогового значения выражается «тяжесть» дефектов.

Дефекты и их «тяжесть» в экспертизе качества медицинской помощи, таким образом, суть производные, поскольку устанавливаются по факту выявления экстремального отклонения управляемого параметра и оценки его клинической значимости. Так, зачем нам классификатор производных? Он будет лишь мешать – вносить путаницу, порождать лишние сущности и искажать управление. Если в нём есть что-то, чего не предусмотрели в системе оценочных критериев – необходимо их доработать нужным образом, всего лишь (этим, в соответствии с имеющимися полномочиями, должен заниматься Минздрав России). Если в нём есть что-то, чему не нашлось места на оценочной шкале (среди критериев отнесения оценки к тому или иному её значению), нужно доработать шкалу, и это не проблема. Роль классификатора дефектов в нормальной системе управления, подкреплённой надёжной, научно обоснованной информационной базой работы врачей и экспертов, сокращается до набора текстовых шаблонов для более скорого описания отклонений. Все необходимые параметры лечебно-диагностического процесса, в т.ч. ориентиры оптимального хода, индикаторы и пределы отклонений должны содержаться в клинических рекомендациях, принимаемых профессиональными медицинскими сообществами.

Так, а можем ли мы вовсе обойтись без дефектов как понятия в управлении качеством медицинской помощи? Ответ на этот вопрос отрицательный. Во-первых, экстремальные отклонения имеют правовые, административные, финансовые и иные последствия, часто в других сферах, вне здравоохранения, где понятие дефекта медицинской помощи прочно укрепилось в терминологии. А во-вторых и в главных, выявление и учёт дефектов имеет собственное и немалое значение в управлении. Этот момент требует пояснений.

Дело в том, что как одиночные экстремальные отклонения, так и незначительные, но регулярные отклонения вызывают сходное снижение показателей качества и одинаково заметны в статистике. Статистическая обработка результатов многих экспертиз качества медицинской помощи позволяет устанавливать проблемные зоны и наиболее значимые причины отклонений, и эти данные являются основой целесообразного управления.

Phoca PDF

Мы подробно разбирали эти вопросы в работе «Управление качеством медицинской помощи по отклонениям». Однако, каждое экстремальное отклонение – всегда трагедия для пациента и врача, и всегда риск существенных потерь для медицинской организации.

Экстремальное отклонение или угроза его возникновения должны корректироваться тем раньше, чем оно «тяжелее». И каждое такое отклонение, и его причины требуют отдельного рассмотрения, чему препятствует «размывание» их в статистике. Поэтому, и нужно их учитывать особым образом. Как раз, установление факта экстремального отклонения, учитываемого как дефект (в единицах), плюс определение клинической значимости отклонения, выраженного в сниженной экспертной оценке качества и учитываемого как дефект определённого «класса тяжести», и позволяют реализовать эту задачу.

Плохая новость: для учёта не только числа, но и тяжести дефектов потребуется ещё два (в двухуровневой модели контроля) или три (в трёхуровневой модели) столбца в таблице оценки качества по критериям в Карте внутреннего контроля. Кто пытался поместить федеральные критерии оценки качества медицинской помощи, особенно «стационарные», в эту таблицу, тому эта задача не покажется лёгкой. Нам с большим трудом удалось сохранить форму Карты двухстраничной (для двусторонней печати) после добавления в таблицу всех нужных столбцов.

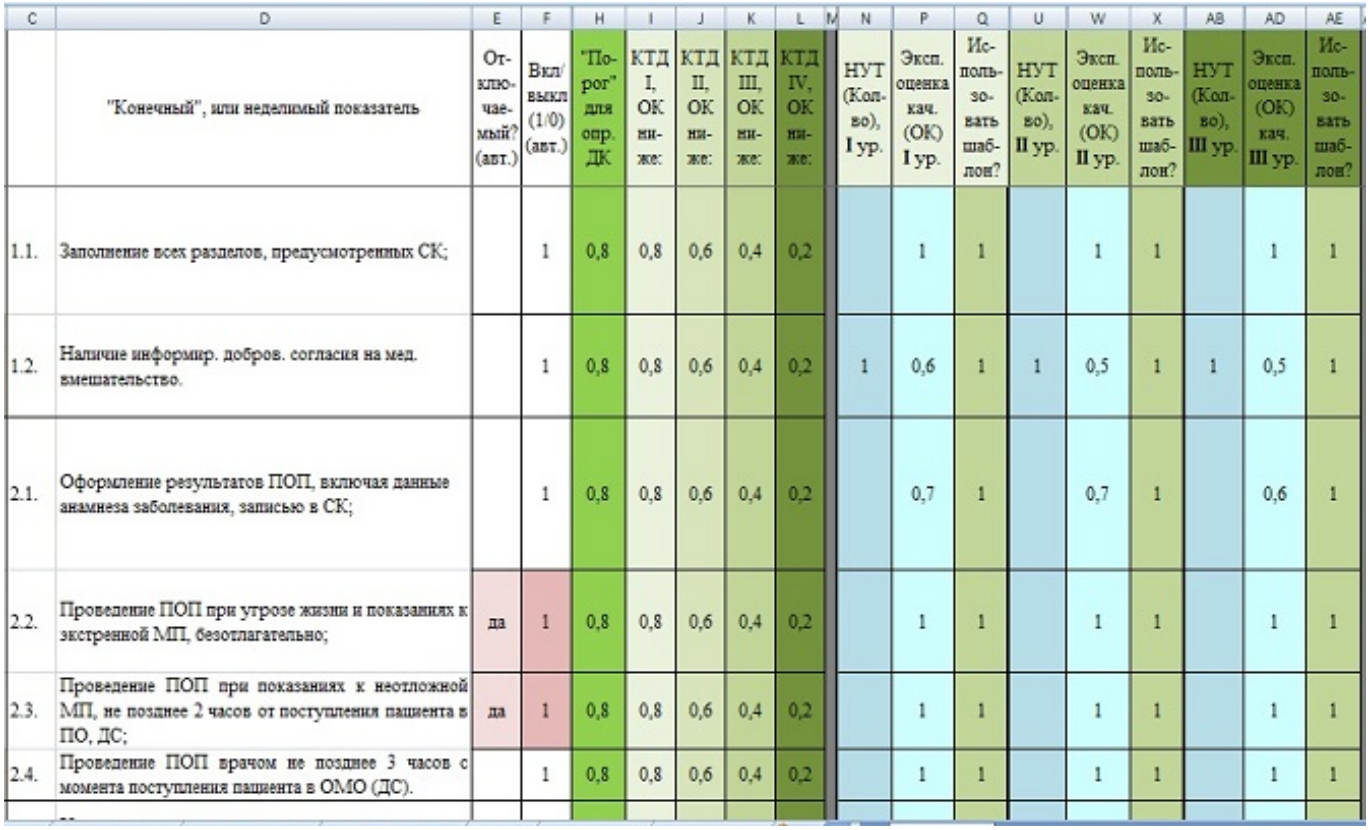
	Разделы экспертизы и критерии оценки качества оказания медицинской помощи	НУТ[1]		I уровень (рук. подр.)			II уровень (начмед)			III уровень (ВК[2])		
	Дата контроля:	Выявлено	Устранено	22.07.2016			26.07.2016			27.07.2016		
				ОК[3]	ДК[4]	КТ[5]	ОК[3]	ДК[4]	КТ[5]	ОК[3]	ДК[4]	КТ[5]
1.	Ведение медицинской документации (СК[6] и др.)	1		0,80	1		0,75	1		0,75	1	
1.1.	Заполнение всех разделов, предусмотренных СК[6];			1,00			1,00			1,00		
1.2.	Наличие ИДС[7] на медицинское вмешательство.	1		0,60	1	I	0,50	1	II	0,50	1	II
2.	ПОП[8] и сроки оказания МП[9] в ПрмО[10], ПрфО[11], ДС[12] или АРО[13]:			0,93	1		0,93	1		0,90	1	
2.1.	Оформление результатов ПОП[7], включая данные анамнеза заболевания, записью в СК[6];			0,70	1	I	0,70	1	I	0,60	1	I
2.2.	Проведение ПОП[8] при угрозе жизни и показаниях к экстренной МП[9], безотлагательно;			1,00			1,00			1,00		

Рис.1 Фрагмент генерируемой учётной формы «Карта внутреннего контроля качества» в АЭТК-ЭКМП (Автоматизированная экспертная технологическая карта экспертизы качества медицинской помощи)

Хорошая новость: 3-й этап экспертизы, а именно, установление и учёт дефектов и определение их класса тяжести при условии грамотного проведения 1-го и, особенно, 2-го этапов, прекрасно автоматизируется. И решение на базе электронных таблиц уже реализовано. Столбцов в Карте

Phoca PDF

контроля прибавилось, а заполняемых экспертом – нет. Самое главное – правильно оценить качество по каждому критерию на основе оценочной шкалы, а факт дефекта и его класс тяжести выставляются в Карте контроля качества автоматически – см. рис. 1. Эксперт, в основном, заполняет на одном уровне контроля только один столбец данных – выставляет экспертные оценки качества медицинской помощи по критериям (2-й этап экспертизы) и, реже, лишь при выявлении нарушений установленных требований, отмечает факты нарушений в соседнем столбце (1-й этап экспертизы) – ячейки, окрашенные в голубой цвет на. рис. 2.



C	D	E	F	H	I	J	K	L	M	N	P	Q	U	W	X	AB	AD	AE
	"Конечный", или неделимый показатель	Отключаемый? (авт.)	Вкл/выкл (1/0) (авт.)	"Порог" для опр. ДК	КТД I, ОК ниже:	КТД II, ОК ниже:	КТД III, ОК ниже:	КТД IV, ОК ниже:		НУТ (Кол-во), I ур.	Эксп. оценка кач. (ОК) I ур.	Использовать шаблон?	НУТ (Кол-во), II ур.	Эксп. оценка кач. (ОК) II ур.	Использовать шаблон?	НУТ (Кол-во), III ур.	Эксп. оценка (ОК) кач. III ур.	Использовать шаблон?
1.1.	Заполнение всех разделов, предусмотренных СК;		1	0,8	0,8	0,6	0,4	0,2			1	1		1	1		1	1
1.2.	Наличие информир. добров. согласия на мед. вмешательство.		1	0,8	0,8	0,6	0,4	0,2		1	0,6	1	1	0,5	1	1	0,5	1
2.1.	Оформление результатов ПОП, включая данные анамнеза заболевания, записью в СК;		1	0,8	0,8	0,6	0,4	0,2			0,7	1		0,7	1		0,6	1
2.2.	Проведение ПОП при угрозе жизни и показаниях к экстренной МП, безотлагательно;	да	1	0,8	0,8	0,6	0,4	0,2			1	1		1	1		1	1
2.3.	Проведение ПОП при показаниях к неотложной МП, не позднее 2 часов от поступления пациента в ПО, ДС;	да	1	0,8	0,8	0,6	0,4	0,2			1	1		1	1		1	1
2.4.	Проведение ПОП врачом не позднее 3 часов с момента поступления пациента в ОМО (ДС).		1	0,8	0,8	0,6	0,4	0,2			1	1		1	1		1	1

Рис.2 Фрагмент рабочей зоны эксперта в АЭТК-ЭКМП (Автоматизированная экспертная технологическая карта экспертизы качества медицинской помощи)

Подсчёт итоговых значений: числа выявленных нарушений установленных требований, интегральной оценки качества медицинской помощи и числа дефектов по данному случаю оказания медицинской помощи, как и прежде, осуществляются автоматически. Экспертные заключения при отработанных текстовых шаблонах могут также генерироваться с минимальной потребностью в заполнении вручную. Это то, что касается автоматизации экспертизы качества медицинской помощи. Воспроизводимые своими силами решения в MS Excel представлены в статье «Автоматизация экспертизы качества по федеральным критериям. Практические советы»: Часть I, Часть II, остающейся актуальной. Для реализации задачи автоматизации

Phoca PDF

третьего этапа экспертизы достаточно ввести несколько столбцов с пороговыми значениями показателей (столбцы H – L на рис.2), и добавить два столбца с простыми формулами, сопоставляющими экспертные оценки качества с этими пороговыми значениями по каждому показателю и определяющими таким образом наличие дефекта и его класс тяжести.

Автоматизированные учёт и статистическая обработка результатов экспертиз в системе внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности налажены. Как сделать самостоятельно в MS Excel, описано в работе «Автоматизация контроля качества по федеральным критериям». А вот с автоматизацией учёта дефектов и их классов тяжести в системе внутреннего контроля дело обстоит несколько сложнее. Возможностей электронных таблиц здесь уже недостаточно, и статистически обрабатывать дефекты пока приходится вручную в Журнале внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Благо, разработка умного программного обеспечения для полной автоматизации экспертной работы близка к завершению.

Читайте также свежий анонс обновления описания основных документов медицинской организации: Базовый пакет технологий экспертизы качества и управления качеством медицинской помощи

Всегда ваши, команда Здрав.Биз и Андрей Таевский.

Phoca PDF