Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности

Опубликовано: Пятница, 03 июля 2015, 13:50

Автор: Андрей Таевский Просмотров: 10000

Мы уже не раз обращали внимание коллег на двойственное значение системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. С одной стороны, её наличие и использование в каждой медицинской организации является обязательным в соответствии с действующим законодательством в сфере здравоохранения. Несоблюдение данного положения влечёт за собой плачевные последствия в случае обнаружения при проверки, так как относится к грубым нарушениям лицензионных условий и требований.

С другой стороны, при правильном подходе к делу и должной организации, она обретает исключительную управленческую ценность. И, чем крупнее медицинская организация и сложнее её организационная структура и система управления, тем большую ценность можно из неё извлекать, что связано с делегированием полномочий. Концепция извлечения описана в статье «Управление качеством медицинской помощи по отклонениям». Прочтите её, если не сделали этого раньше, так как здесь мы опираемся на материал этой работы.

Информация, добываемая в процессе контроля на всех уровнях, должна быть статистически обработана и представлена руководству организации в форме отчёта. Это необходимо делать, даже если организация мала и руководитель возложил ответственность за обеспечение внутреннего контроля на самого себя. И даже не потому, что отчёты могут быть запрошены при проверке. Отчёт — это эссенция управленческих сведений, где в сжатом виде содержится информация обо всех выявленных значимых отклонениях в лечебно-диагностическом процессе, и не только.

Представляем вашему вниманию практические советы по подготовке отчётов по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях.

# Подготовка отчёта по внутреннему контролю качества. Практические советы

Нам понадобится статистический материал. Источники — карты внутреннего контроля, экспертные заключения, журналы по контролю качества. Хорошо, если он будет уже обработан. Ещё лучше, если первичная статистическая обработка данных будет проводиться в момент проведения контроля. Как это делать быстро и легко, мы подробно описали в работе «10 практических советов по автоматизации расчётов при проведении внутреннего контроля качества в медицинской организации ».

Как мы уже говорили, на качество наибольшее негативное влияние оказывают экстремальные отклонения — за счёт своей величины, и

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности

Опубликовано: Пятница, 03 июля 2015, 13:50

Автор: Андрей Таевский Просмотров: 10000

регулярные — менее выраженные, но повторяющиеся. И то, и другое находит своё отражение в снижении значений укрупнённых показателей в сводной таблице за отчётный период\*:

Таблица 1 Общие (по укрупненным критериям) сравнительные результаты экспертизы I-II и III уровней контроля за май

No	Укрупненные критерии	Уровень экспертизы	
$\overline{\Pi}/\overline{\Pi}$		I-II	III
1.	Диагностические мероприятия (ДМ):	0,98	0,99
2.	Оформление и обоснование диагноза (ОД):	0,92	1,00
3.	Лечебно-профилактические мероприятия (ЛПМ):	0,97	1,00
4.	Сроки оказания, преемственность этапов (СП):	0,98	1,00
5.	Оформление медицинской документации (ОМД):	0,97	0,95
	<b>УК</b> Л = (ДМ+ОД+ЛПМ+СП+ОМД)/5	0,96	0,99

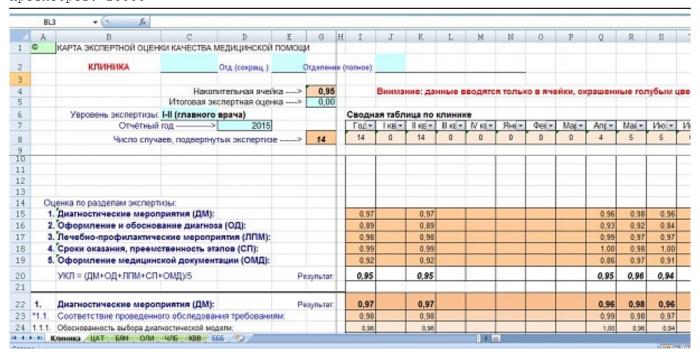
<sup>\*</sup> Примечание: здесь и далее для примера использованы материалы внутреннего контроля в небольшой стоматологической клинике с двухуровневой системой контроля «московской» модели.

Данные для этой таблицы генерируются в Автоматизированной экспертной технологической карте контроля качества медицинской помощи (далее – AЭТК-ККМП) автоматически по каждому уровню контроля. Из одной карты (в данном примере – уровень I-II) мы берём подписи строк и столбцов, наименования показателей и одну колонку данных (здесь – за май), из второй (здесь – уровень III) – вторую колонку данных (конечно, тоже за май).

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности

Опубликовано: Пятница, 03 июля 2015, 13:50

Автор: Андрей Таевский Просмотров: 10000



При переносе таблицы из MS Excel в MS Word (или из другой оболочки электронных таблиц в другой текстовый редактор) выглядит она не очень красиво. Таблицу нужно отформатировать. Лучше, при этом, сразу сделать копию отформатированной таблицы, очистить от значений показателей и сохранить в отдельном файле. Затем, её копии можно будет вставлять в отчёты и заполнять данными. При этом, при заполнении выделенных ячеек таблицы в MS Word содержанием равного количества выделенных ячеек из MS Excel форматирование не страдает.

В данном примере мы видим значительную разницу между результатами, полученными на I-II и III уровнях. Это вызвано двумя причинами: малое количество статистического материала (малая и недостаточно загруженная клиника, небольшой объём работы), и выявление легко устранимых отклонений на I-II уровне. Они были оперативно скорректированы к моменту проведения заседания врачебной комиссии, что и вызвало резкое улучшение итоговых показателей. В отчёте, конечно, такие вещи нужно обязательно объяснять.

Далее, мы идём вглубь и аналогичным образом составляем сводную таблицу детализированных показателей по уровням контроля за отчётный период. Данные и для этой таблицы генерируются в АЭТК-ККМП автоматически по каждому уровню контроля (см. скриншот выше — видна часть соответствующей таблицы MS Excel).

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности

Опубликовано: Пятница, 03 июля 2015, 13:50

Автор: Андрей Таевский Просмотров: 10000



Таблица 2

# Детализированные сравнительные результаты экспертизы I-II и III уровней контроля за май

<u>™</u> / <u>π</u>	Укрупненные критерии	Уровень экспертизы	
		I-II	III
1.	Диагностические мероприятия (ДМ):	0,98	0,99
*1.1.	Соответствие проведенного обследования требованиям:	0,98	0,98
1.1.1.	Обоснованность выбора диагностической модели;	0,96	1,00
1.1.2.	Соответствие обследования стандартам по основному заболеванию;	1,00	1,00
1.1.3.	Соответствие обследования по сопутствующему заболеванию и осложнениям.	0,98	0,95
*1.2.	Полнота и своевременность необходимых консультаций:	0,99	0,98
1.2.1.	Консультации смежных специалистов (по показаниям);	0,96	0,95
1.2.2.	Совместные осмотры с зав.отделением, консилиумы;	1,00	1,00
1.2.3.	•		1,00
*1.3.			1,00
1.3.1.	Описание жалоб и анамнеза;	0,96	1,00
1.3.2.	Объективный осмотр.	1,00	1,00
2.	Оформление и обоснование диагноза (ОД):	0,92	1,00
2.1.	Соответствие диагноза основного заболевания МКБ, указание кода МКБ.	0,82	1,00
2.2.	Соответствие диагноза сопутствующих заболеваний и осложнений МКБ.	0,96	1,00
2.2	05	0.00	1.00

Обращает на себя внимание снижение результатов III уровня по отношению к I-II по отдельным параметрам. На первый взгляд, это противоречит высказанным ранее положениям. Однако, здесь мы наблюдаем действие одной из приведённых выше причин — малое количество статистического материала, что, вкупе со второй дают этот эффект. Вторая причина заключается в том, что не все медицинские карты, подвергнутые экспертизе на III уровне контроля, прошли проверку на I-II. При наличии существенных отклонений по некоторым контролируемым параметрам, выявляемых на III уровне минуя I-II, сводные данные по этому показателю становятся закономерно ниже.

При выявлении экстремальных отклонений, это свидетельствует о наличии в клинике серьёзных организационных проблем. Экстремальные отклонения необходимо выявлять как можно раньше, и не дело, когда они выявляются только на уровне врачебной комиссии. Правда, в период становления системы внутреннего контроля, пока не налажен двусторонний обмен

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности

Опубликовано: Пятница, 03 июля 2015, 13:50

Автор: Андрей Таевский Просмотров: 10000

информацией со специалистами, это неизбежно.

Также, наблюдается такой эффект: экспертизе на всех уровнях подвергаются, в первую очередь, «проблемные» случаи оказания медицинской помощи, по которым результаты заметно хуже. На I, II или I- II уровнях (зависит от варианта системы, соответствующей структуре организации) они «разбавляются» более благополучными в большем объёме статистического материала, а на III уровне - нет, т.к. разбор таких случаев - прямая обязанность врачебной комиссии и первая её задача в плане обеспечения качества. Это тоже надо учитывать.

Затем, необходимо провести анализ экстремальных отклонений, регулярных отклонений, дефектов и, особенно важно, причин их возникновения. Выделить и описать наиболее существенные. Здесь уже нужна конкретика. Для этого, нам понадобится провести персональный анализ результатов (І уровень в трёхуровневой системе контроля или І-ІІ в двухуровневой) и сравнительных анализ данных по подразделениям (в трёхуровневой системе).

Таблица 5 Сравнительные результаты экспертизы I-II уровня контроля по специалистам клиники за май

№ п/п	Укрупненные критерии	2	2	2
1.	Диагностические мероприятия (ДМ):	0,98	0,97	0,99
2.	Оформление и обоснование диагноза (ОД):	0,92	0,93	0,92
3.	Лечебно-профилактические мероприятия (ЛПМ):	0,98	0,95	0,98
4.	Сроки оказания, преемственность этапов (СП):	1,00	0,90	1,00
5.	Оформление медицинской документации (ОМД):	0,95	0,97	0,98
	<b>УКЛ</b> = $(ДМ+ОД+ЛПМ+СП+ОМД)/5$	0,97	0,94	0,97

Таблица 6 Сравнительные результаты экспертизы III уровня контроля по специалистам клиники за май

№ п/п	2	***	2
----------	---	-----	---

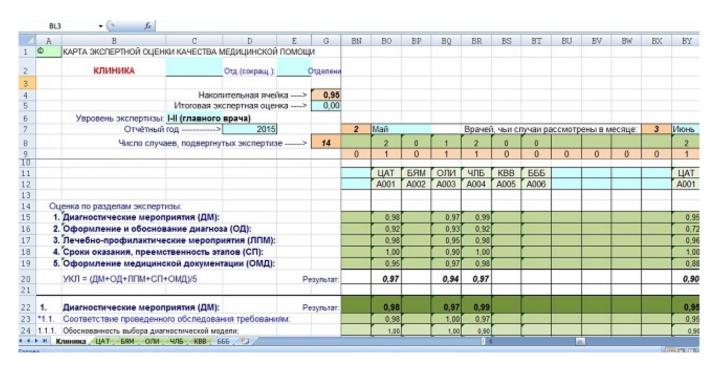
Таблицы результатов по специалистам и подразделениям с детализированными показателями формируются аналогичным образом. АЭТК-ККМП умеет генерировать отчётные данные для этих таблиц раздельно по

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности

Опубликовано: Пятница, 03 июля 2015, 13:50

Автор: Андрей Таевский Просмотров: 10000

каждому уровню контроля.



Задача этого этапа - выявить специалистов, допускающих экстремальные и регулярные отклонения по контролируемым параметром для последующей персональной разъяснительной работы, а также в целях выработки и принятия управленческих решений, направленных на повышение личной заинтересованности и ответственности специалистов в обеспечении качества медицинской помощи. В отчёте ситуация описывается конкретно - какой специалист допустил экстремальные или допускает регулярно отклонения и по каким параметрам. Также, и по подразделениям - это нужно для коррекционной работы совместно с их руководителями.

Динамика показателей также важна. Сравнительны таблицы результатов, полученных в разные отчётные периоды с помощью АЭТК-ККМП, иной программы или вручную, позволят руководителю отслеживать эффективность принимаемых управленческих решений, включая коррекционные мероприятия, методы материального и морального стимулирования труда и разъяснительную работу с персоналом.

Хороший отчет должен обязательно заканчиваться двумя содержательными разделами: выводами, где чётко и лаконично указываются основные причины снижения качества, оцениваются доминирующие тенденции в результатах и проводится анализ эффективности принятых ранее управленческих решений, и предложениями - конкретными и обоснованными.

Только сочетание анализа результатов контроля и синтеза на их основе управленческих решений с обратной связью в виде оценки их эффективности превращает систему внутреннего контроля из формальной,

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности

Опубликовано: Пятница, 03 июля 2015, 13:50

Автор: Андрей Таевский Просмотров: 10000

пустой хронофагии в действенный инструмент управления качеством по отклонениям. И отчёт по контролю качества для этого - лучшее место.

\_\_\_

Автоматизированные экспертные технологические карты самой последней версии включены в состав всех наших пакетов документов по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях. Подробности — в этом анонсе.

В наши пакеты по организации внутреннего контроля мы включаем с недавних пор также простые примеры отчётов в качестве ориентировочной информации для руководителей.

---

Всегда ваши, команда Здрав. Биз и Андрей Таевский.