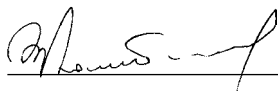


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра здравоохранения



В.В. Колбанов

1 июля 2005 г.

Регистрационный № 157–1204

**СИСТЕМА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ОТ ТРАВМ
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

Инструкция по применению

Учреждения-разработчики: Белорусский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации

Авторы: Е.Д. Белоенко, В.Б. Смычэк, Л.Г. Казак, О.Н. Савко

ВВЕДЕНИЕ

Обеспечение качества медицинской помощи и контроль его уровня являются одними из основных элементов совершенствования медицинской помощи населению и усиления эффективности деятельности организаций здравоохранения.

В соответствии со статьей 45 Конституции Республики Беларусь гражданам Республики Беларусь гарантируется право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных организациях здравоохранения. В развитие данного положения Конституции статьей 5 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» определено, что конституционное право граждан на охрану здоровья обеспечивается охраной окружающей среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, гигиеническим воспитанием и обучением граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, созданием условий для занятий физической культурой и спортом, а также предоставлением населению доступной и качественной медицинской помощи.

Концепцией развития здравоохранения на 2004–2007 гг. контроль качества оказываемых населению медицинских услуг выделен в приоритетное направление.

В системе организации контроля качества особое место занимает ведомственный контроль как основной вид контроля, осуществляемый органами здравоохранения всех уровней и наиболее приближенный к производителям медицинских услуг — лечебно-профилактическим организациям (ЛПО).

Травматолого-ортопедическая служба Республики Беларусь является одной из основных. Для оказания стационарной помощи больным в республике развернуто 3402 койки, в том числе в Брестской области — 438, Витебской — 328, Гродненской — 467, Гомельской — 445, Могилевской — 340, Минской — 694, в г. Минске — 690, в том числе в ГУ БелНИИТО — 340.

Амбулаторная экстренная травматологическая помощь оказывается на травмоприемах и в травмопунктах поликлиник и больниц. Число травмоприемов на начало 2004 г. составило 147 при численности травмопунктов — 15. Приемы больных осуществляются

во всех организациях здравоохранения, имеющих травматологические отделения, а также в 51 поликлинике областных центров и крупных городов областного подчинения.

Ведомственный контроль деятельности этой службы призван улучшить использование имеющихся ресурсов, повысить качество и эффективность работы по оказанию специализированной помощи больным с травмами и их последствиями.

Международный стандарт ISO 8402-86 описывает систему качества как совокупность организационной структуры, ответственности, процедур и ресурсов, направленных на внедрение административного управления качеством. Таким образом, система должна определить круг участников контроля, распределить полномочия между ними, установить правила их взаимодействия, механизмы и средства контроля.

Задачи контроля и управления качеством:

- выбор оптимальных технологий оказания травматолого-ортопедической помощи;

- удовлетворение потребителя медицинской услуги в соответствии с требованиями действующего стандарта травматолого-ортопедической помощи;

- профилактика неудовлетворенности потребителей услуг и нарушений требований к качеству травматолого-ортопедической помощи;

- постоянный анализ условий процесса оказания травматолого-ортопедической помощи и ее результата для выявления возможности повышения качества услуг;

- оптимизация связанных с качеством затрат для требуемого функционирования и уровня травматолого-ортопедической помощи.

Основными источниками информации для анализа деятельности травматолого-ортопедической службы в целом по республике являются: годовой отчет «Сведения о лечебно-профилактической организации за год» (форма № 30) и вкладыши к отчету: «Сведения о медицинских кадрах» (форма № 17), «Сведения о деятельности больницы» (форма № 14), «Сведения о причинах временной нетрудоспособности» (форма № 16-ВН), отчеты главных внештатных ортопедов-травматологов областей и г. Минска.

Источниками информации для оценки качества работы травматолого-ортопедического отделения служат: «Сведения о деятельности больницы» (форма № 14), отчет заведующего травматолого-ортопедическим отделением больницы или поликлиники, медицинская карта амбулаторного (форма № 025/у) и стационарного (форма № 003/у) больного, контрольная карта диспансерного наблюдения (форма № 030/у), направление на МРЭК (форма № 088/у), книга регистрации выданных листков нетрудоспособности (форма № 036/у).

Информационной основой для оценки оказания помощи конкретному больному является осмотр пациента в процессе лечения, экспертиза первичной медицинской документации (медицинской карты амбулаторного больного, истории болезни стационарного больного).

Источниками информации для ведомственного контроля качества травматолого-ортопедической помощи населению являются также материалы проверок деятельности подразделений главными специалистами и головной организацией (БелНИИТО), а также итоги систематически проводимой экспертизы отдаленных результатов лечения.

Описание метода

Предлагаемая методика включает в себя многофакторную систему оценки качества оказания специализированной помощи взрослым больным с травмами и их последствиями. Она позволяет выявить недостатки как в оказании помощи (диагностической, лечебной и реабилитационной) отдельным пациентам, так и в общей системе функционирования травматолого-ортопедической службы.

Оценочная система представляет собой совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих комплексов учета, контроля и собственно оценки; использование ее построено на принципиальной основе мониторинга. Методическая база системы — общая теория систем, квалиметрические принципы и методы, аддитивная теория ценностей. Основным квалиметрическим методом является сравнительный количественный анализ данных, характеризующих фактическую деятельность, и стандартных, нормативных, а также средних показателей, рассчитанных для оцениваемого параметра. Вычисляются относительные показатели (коэффициенты), отража-

ющие степень отклонения фактически достигнутого результата от норматива или среднего показателя. Для однозначной оценки вычисляется интегральный показатель, представляющий собой среднее взвешенное арифметическое значение оценочных показателей параметров, выделенных для оценки.

Данная инструкция предназначена для аналитической и организационно-методической работы заведующих травматолого-ортопедическими отделениями больниц и ЛПУ, оказывающих амбулаторную и стационарную травматолого-ортопедическую помощь, заместителей главных врачей по хирургии и клинико-экспертной работе, главных травматологов-ортопедов областей.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА

В настоящее время в Республике Беларусь не существует общепринятой и всеобъемлющей системы экспертизы качества медицинской помощи. Оценке подлежат составляющие его элементы, предложенные Всемирной организацией здравоохранения: адекватность (соответствие потребностям потребителей и исполнителей), научно-технический уровень (соответствие современным медицинским технологиям), эффективность (достижение запланированного результата), экономичность (соответствие результата затратам). При этом необходимо учитывать 4 компонента: квалификацию врача, оптимальность использования ресурсов, риск для пациента, удовлетворенность пациента от взаимодействия с медицинской подсистемой. Рекомендуется включать в программы обеспечения качества как методы постоянного мониторинга, так и экспертные методы оценки качества.

В настоящее время наиболее значимым методологическим подходом к оценке качества медицинской помощи считается стандартизация услуг, лечебных и диагностических технологий, процедур. Вместе с тем анализ сложившейся системы контроля и управления качеством медицинской помощи показал, что при отсутствии утвержденных стандартов по травматологии и ортопедии не утратили своей значимости и другие традиционные формы контроля качества, в первую очередь различные формы экспертных оценок.

Официальная позиция Министерства здравоохранения республики по вопросу организации ведомственного контроля качества

впервые была сформулирована в виде клинико-экспертной работы, проводимой одноименными комиссиями. Она включала внутренний контроль качества в медицинской организации и проведение медицинской экспертизы состояния здоровья пациентов. При этом внутренний контроль качества медицинской помощи включает экспертизу первичной медицинской документации (иногда в сочетании с очным осмотром пациента) и оценку результатов путем сравнения их с заранее установленными показателями — моделями конечных результатов.

Структурно-организационная схема оценки качества травматолого-ортопедической помощи взрослому населению включает совокупность трех взаимосоставляющих: формы контроля, участников контроля и средств контроля (см. рис.).

Участники ведомственного контроля качества осуществляют его в двух формах:

- по индивидуальной оценке своевременности, полноты и адекватности травматолого-ортопедической помощи больным в различных ЛПО;

- по оценке результатов оказания данной помощи (изучение результатов диагностики, отдаленных исходов лечения и медицинской реабилитации, анализ показателей социальных последствий травм и рациональности использования ресурсов материально-технической базы травматолого-ортопедической службы).

Средства контроля качества специализированной помощи, оказываемой больным с травмами опорно-двигательной системы (своевременность, полнота, адекватность)

Реализация первой формы ведомственного контроля качества осуществляется заведующими специализированными отделениями путем систематических (как правило, еженедельных) обходов отделений, осмотра больных и пострадавших, экспертизы полноты и правильности ведения истории болезни в процессе лечения больного и при его завершении (выписке), проведения пред- и послеоперационных разборов больных. Экспертиза историй болезни может быть сплошной и выборочная (по характеру и локализации повреждений, по видам проведенных оперативных вмешательств или консервативного лечения, по возрасту пациентов и т. д.).



Рис. Общая схема системы контроля качества специализированной медицинской помощи пострадавшим от травм опорно-двигательного аппарата

При этом анализируются наиболее распространенные ошибки (замечания), выявляемые при оценке качества оказания медицинской помощи:

- неполнота формулировки диагноза (не указывается локализация, виды и классификационные признаки повреждений, наличие сопутствующих повреждений или заболеваний);

- дефекты обследования больных (не назначаются консультации других специалистов, несвоевременность первичной или контрольной рентгенографии; не назначаются по показаниям вспомогательные высокоинформативные методы обследования — ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, радиоизотопное исследование и др.);

- дефекты лечения больных (недостаточная или неправильная иммобилизация конечности при переломах, невыполненная или некачественная репозиция отломков при переломах костей; неправильный выбор методов лечения переломов костей и хирургической тактики; интраоперационные ошибки, несвоевременное назначение методов реабилитации);

- качество оформления медицинской документации (неполные сведения о диагностических мероприятиях, лечении в стационаре, не отмечается номер и серия листка нетрудоспособности, не указывается вид травмы);

- качество экспертизы временной утраты трудоспособности (временная нетрудоспособность (ВН)) — определение дней ВН и порядок ее продления (своевременность представления на ВКК учреждения).

Кроме того, заведующими отделениями могут использоваться и другие методы оценки качества работы.

Для оценки эффективности медицинской помощи, оказываемой в травматолого-ортопедическом отделении больницы, используется специальный показатель: *интегральный коэффициент эффективности (K_w)*, представляющий собой произведение коэффициентов медицинской и социальной эффективности.

Коэффициент медицинской эффективности (K_m) — это отношение числа достигнутых медицинских результатов к общему числу оцениваемых случаев оказания медицинской помощи. Например,

из 50 больных, закончивших лечение у врача за истекший месяц, намеченный результат достигнут у 45; $K_m = 0,9$.

Коэффициент социальной эффективности (K_c) — это отношение числа случаев удовлетворенности потребителя к общему числу оцениваемых случаев оказания медицинской помощи. Если из 50 больных 46 удовлетворены оказанной помощью, то $K_c = 0,92$.

Следовательно

$$K_{ii} = K_m \times K_c = 0,9 \times 0,92 = 0,82.$$

K_{ii} травматолого-ортопедического отделения больницы должен быть равен $0,96 \times 0,98 = 0,94$, что принимается за высокий показатель.

Экспертиза первичной медицинской документации

Экспертиза первичной медицинской документации носит самостоятельный характер. При анализе историй болезни наиболее распространенными дефектами являются:

- недостатки в сборе анамнестических данных (не указывается время и обстоятельства получения травмы, ее механизм);
- неполнота формулировки диагноза (не определены характер, уровень, вид и классификационные признаки перелома, степень смещения костных отломков, наличие осложнений);
- дефекты диагностического обследования (не проведен рентген-контроль после репозиции, отсутствуют необходимые консультации невролога, терапевта);
- недостатки в осуществлении лечебной тактики (неправильный выбор хирургической тактики и методики хирургического лечения, операция выполнена с опозданием или преждевременно, неправильный выбор методики стабильного остеосинтеза и конструкций для его выполнения, неправильный выбор общей тактики лечения, недостаточный объем проведенного хирургического вмешательства, недостаточная иммобилизация перелома при хирургическом или консервативном лечении);
- организационные недостатки (госпитализация не по профилю отделения);
- дефекты оформления историй болезни (не указан вид анестезии, неполно описаны клинические признаки перелома, не указан характер консервативного лечения).

Сравнительная оценка проведенных лечебно-диагностических мероприятий со стандартами

В Республике Беларусь введение единой системы стандартизации определено как одно из стратегических направлений реформирования здравоохранения, основывающегося на принципах, позволяющих адаптировать отрасль к существующим социально-экономическим условиям. Стандарт медицинской помощи отражает гарантированный объем медицинской помощи, является информационной поддержкой для врача в различных ситуациях и служит основой для юридической защиты как врача, так и пациента.

В настоящее время в республике разработаны протоколы (стандарты) обследования и лечения больных ортопедо-травматологического профиля в отношении наиболее часто встречающихся нозологических форм согласно МКБ-10 с перечнем современных минимально достаточных диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий. Сравнительная оценка реально проведенных лечебно-диагностических мероприятий с регламентированными стандартами является одной из ведущих форм как ведомственного, так и внешнего контроля качества.

Анализ адекватности использованных медицинских технологий

Эффективность травматологической помощи характеризуется адекватностью использованной медицинской технологии. Существует корреляционная связь между характером исходов лечения по данным экспертных оценок (результативностью) и адекватностью использованной медицинской технологии, которая отождествляется с возможностью получения медицинской помощи в нужном месте, своевременно, соответствующего характера и объема. В связи с этим адекватность технологии может быть использована как средство измерения и оценки качества медицинской помощи для повышения ее эффективности.

При определении эффективности работы ЛПУ, врача по конечному результату наиболее предпочтительным следует признать метод экспертных оценок, основанный на анализе всего технологического процесса у отдельного пациента на предмет соответствия полноты, своевременности, обоснованности и последовательности

мероприятий, необходимых для достижения конкретного результата. При этом прослеживается вся цепочка, начиная с анамнеза, используемых диагностических исследований при установлении диагноза, проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий, заканчивая получением заключительного результата, то есть динамики изменения состояния здоровья на начальном этапе (при поступлении) и заключительном (перед выпиской).

Полная адекватность реализованной технологии обеспечивается 11 критериями, каждый из которых имеет свою оценку в баллах с учетом его значимости (табл. 1)

Таблица 1

Критерии, характеризующие адекватность реализованной технологии

Критерии	Баллы
1. Обоснованная госпитализация	1
2. Своевременность, обоснованность и полнота проведенных первичных лабораторных исследований	3
3. Обоснованность, своевременность и полнота проведенных первичных функциональных исследований	3
4. Обоснованность, своевременность и полнота оказанных пациенту консультаций заведующего отделением, сотрудника кафедры травматологии и ортопедии, других врачей-специалистов	3
5. Правильная оценка объективного статуса пациента, его соответствие характеру полученной травмы	1
6. Обоснованно установленный клинический диагноз	1
7. Адекватность избранной схемы лечения	1
8. Правильное использование премедикации	1
9. Применение оптимального метода операции	1
10. Отсутствие необходимости коррекции индивидуальной программы реабилитации	1
11. Обоснованность и полнота проведенных контрольных лабораторных и функциональных исследований накануне выписки	2
Всего баллов	18

В основу определения степени адекватности травматологической помощи у конкретного пациента положена градация коэффициента соразмерности: от 0 до 0,25 — как неадекватная медицинская технология, 0,26–0,50 — частично соответствующая, 0,51–0,75 — частично не соответствующая и 0,76–1,0 — адекватная. Степень адекватности рассчитывается соотношением суммы баллов критериев, фактически имеющих место у конкретного пациента, к сумме баллов всех критериев, обеспечивающих полную адекватность использованной технологии. В дальнейшем для расчета коэффициента адекватности технологии в целом, применявшейся конкретным врачом-травматологом или структурным подразделением, используется шкала оценок, при которой адекватная технология принята за 1,0, частично не соответствующая — 0,75, частично соответствующая — 0,25 и не соответствующая — 0. Сумма оценок степени адекватности соотносится с числом потребителей медицинских услуг и обозначается коэффициентом адекватности (K_a) (табл. 2).

Таблица 2
Методика определения коэффициента адекватности реализованной медицинской технологии в травматологическом отделении

Наименование подразделения	Степень адекватности медицинских технологий, случаев						K_a
	адекватная	частично не соответствует	частично соответствует	не соответствует	всего	условное количество адекватных технологий	
Условно взятое травматологическое отделение	19	213	60	10	302	193,75	0,64

Из табл. 2 следует, что в условно взятом травматологическом отделении использованные лечебные технологии следует считать как частично не соответствующие.

Оценка уровня удовлетворенности пациента оказанной медицинской помощью

Больной не в состоянии оценить собственно качество медицинской помощи и правильность выполнения требований лечебно-диагностических технологий, поэтому его удовлетворение в период лечения не может быть объективным критерием качества. В основном оно зависит от формы психологического взаимодействия больного и медработника. Тем не менее, низкий уровень удовлетворенности пациента качеством оказанной помощи может свидетельствовать о неблагополучии в отдельных звеньях здравоохранения.

Основными причинами неудовлетворенности пациентов могут быть:

- нарушение врачебной деонтологии и этики;
- отсутствие продуктивного психологического воздействия контакта или пренебрежительное отношение лечащего врача к пациенту;
- недостаточное информирование пациента о диагнозе и о плане лечения;
- недобросовестная работа среднего медицинского персонала;
- санитарное состояние отделения или трудности гигиенического плана;
- плохое питание;
- длительное ожидание консультаций других специалистов;
- длительное ожидание определенного обследования;
- очередь на отдельные процедуры физио-функционального лечения.

Таким образом, обобщение материалов, полученных в результате контроля качества процесса лечения отдельных больных или при проверке отделений, создает достаточно полную картину деятельности травматолого-ортопедической службы в целом.

Удовлетворенность медицинской помощью оценивается критерием, характеризующим объективное состояние системы здравоохранения, посредством субъективного осознания его индивидуумом. Существуют параллели между субъективной характеристикой и фактическим состоянием качества медицинских услуг.

Установлено 10 критериев, достоверно характеризующих удовлетворенность оказанной травматологической помощью, имеющих балльную оценку (табл. 3).

Таблица 3

Критерии, характеризующие удовлетворенность оказанной травматологической помощью

Критерии	Баллы
1. Удовлетворенность пациента первичным осмотром лечащего врача-травматолога	1
2. Удовлетворенность консультациями заведующего отделением, сотрудника кафедры травматологии и ортопедии, других врачей-специалистов	3
3. Удовлетворенность перечнем и объемом проведенных в стационаре лабораторных и функциональных исследований	2
4. Удовлетворенность пациента проведенным лечением	1
5. Удовлетворенность качеством медицинского наблюдения в стационаре	1
6. Отсутствие недостатков при проведении обследования, консультаций и лечения в стационаре	3
7. Удовлетворенность предложенным планом реабилитации	1
8. Согласие пациента вновь лечиться в данном стационаре при наличии возможности выбора места госпитализации из нескольких медицинских учреждений	1
9. Удовлетворенность достигнутым результатом после госпитализации	1
10. Отсутствие жалоб пациента при выписке из стационара	1
Всего баллов	15

Методика расчета коэффициента удовлетворенности (K_y) представлена в табл. 4.

Соотношение суммы баллов, фактически имевших место у конкретного пациента, к числу критериев, подлежащих оценке, составит K_y . Оценка «удовлетворен» соответствует значению коэффициента в интервале от 0,68 до 1,0, неполная удовлетворенность — в интервале от 0,34 до 0,67, а неудовлетворенность — 0,33 и ниже. Исходя из этой градации, устанавливается фактическое распределение числа пациентов по степени удовлетворенности для каждого

структурного подразделения. При расчете для них коэффициентов удовлетворенности медицинской помощью используется следующая шкала оценок: «удовлетворен» — 1,0, «не совсем удовлетворен» — 0,5 и «неудовлетворен» — -0,5.

Таблица 4

Методика расчета коэффициента удовлетворенности медицинской помощью в травматологическом отделении

Название отделения	Количество пациентов, человек					K _y
	удовлетворены	«не совсем» удовлетворены	неудовлетворены	всего	условное число удовлетворенных	
Условное травматологическое отделение	176	100	26	302	213	0,71

Средства контроля результатов оказания специализированной помощи

Оценка качества медицинской помощи по результатам ее оказания предполагает определение степени достижения цели медицинской организации в отношении конкретного больного или группы больных. Она осуществляется по следующим показателям:

- описательная оценка результата: «улучшение», «ухудшение», «без перемен»;
- статистические показатели (инвалидность, ВН, летальность, процент осложнений, совпадение и расхождение диагнозов);
- стандарт результативности по данным лабораторных, инструментальных, морфофункциональных показателей.

Анализ показателей

Анализ показателей работы отделения проводит заведующий отделением. Он анализирует показатели, характеризующие:

- кадровый потенциал отделения и нагрузку медицинского персонала, в том числе укомплектованность штатов, соотношение врачей и средних медицинских работников, коэффициент совмести-

тельства, удельный вес врачей и средних медицинских работников, имеющих квалификационные категории и сертификаты, прошедших последипломное усовершенствование в течение последних пяти лет;

– состав лечившихся больных по возрасту, характеру и локализации патологии, наличию сопутствующих заболеваний;

– объем и качество лечебно-диагностического процесса, в том числе обеспеченность рентгеновским обследованием, число и кратность рентгеновских и других диагностических исследований, удельный вес пострадавших, направленных на госпитализацию (косвенно характеризует показатель работы скорой помощи и квалификацию врачей травмопунктов), процент отказов в госпитализации и структуру их причин, процент расхождения диагнозов травмопункта и стационара, число операций (и структуру оперативных вмешательств), перевязок, долю гипсовых повязок, обеспеченность методами медицинской реабилитации, лечением и вспомогательными лечебными процедурами в расчете на 100 лечившихся, частоту и структуру послеоперационных осложнений.

В стационаре анализируются показатели общей и послеоперационной летальности, процент расхождений клинических и патолого-анатомических диагнозов II и III категории, а также показатели использования коечного фонда (средняя длительность лечения одного больного по основным нозологическим группам), средняя занятость койки в год. В организациях, оказывающих амбулаторную травматолого-ортопедическую помощь, анализируются показатели, связанные с профилактической работой, экспертизой ВН, диспансеризацией.

Анализ показателей травматологических кабинетов (пунктов), приемных покоев и отделений поликлиники проводит заведующий отделением (травматологическим кабинетом, приемным покоем). Он анализирует показатели, характеризующие:

– кадровый потенциал подразделения и нагрузку медицинского персонала на 1 ч амбулаторного приема (по вышеприведенной схеме), качество организации и планирования амбулаторной помощи. При планировании наиболее целесообразно исходить не из численности населения, а из показателей травматизма:

$$N = (T + \Pi) / \Phi,$$

где N — число врачебных должностей;

T — число травм, зарегистрированных за год;

Π — среднее число посещений на одну травму;

Φ — число посещений одного врача больными в год: $\Phi = 290 \times 6,5 \times 7 = 13\,200$ (посещений), где 290 — число рабочих дней в году; 6,5 — продолжительность рабочего дня (часы); 7 — число принимаемых человек в час;

– учет всех случаев производственных и непроизводственных травм, анализ их обстоятельств, информирование заинтересованных служб (ГАИ, милиция, предприятия), разработку медицинских санитарно-гигиенических мероприятий по снижению травматизма, представление материалов о состоянии травматизма в административные органы территории, контроль выполнения мероприятий по снижению всех видов травматизма;

– организацию работы медперсонала, включая санитарно-просветительскую профилактическую и диспансерную работу;

– оснащение травматологического пункта, наличие и качество ведения медицинской документации;

– диагностическую и лечебную работу (по вышеприведенной схеме);

– заболеваемость с временной утратой трудоспособности (число случаев и дней ВН на 100 первично обратившихся, средняя продолжительность одного случая ВН);

– профилактическую работу (доля привитых против бешенства, столбняка), число телефонограмм, переданных в ГАИ, милицию, административные органы;

– диспансеризацию: контингент и объем диспансеризации (состав больных, полнота охвата наблюдением по нозологическим формам); активность диспансеризации (доля госпитализируемых диспансерных больных, доля оперированных, доля получивших реабилитационное, санаторно-курортное лечение, среднее число посещений в порядке диспансеризации); показатели эффективности диспансеризации (исходы диспансеризации — процент выздоровления, улучшения, ухудшения, без перемен, число случаев и дней ВН на 100 состоящих на диспансерном учете, средняя дли-

тельность одного случая ВН по нозологическим формам, процент переведенных на инвалидность, процент состоящих на диспансерном учете больных, которым группа инвалидности снижена, повышена или снята).

Для сопоставления работы травматологических кабинетов (пунктов), приемных покоев и отделений поликлиники целесообразно использовать методику комплексной оценки работы по интегральному показателю (см. Приложение 1).

Анализ показателей деятельности травматолого-ортопедической службы территории проводит главный травматолог-ортопед республики (области, г. Минска). Он анализирует и определяет:

- показатели обеспеченности населения травматологическими и ортопедическими койками, их соответствие потребностям населения, основным статистическим показателям травматизма в регионах республики и необходимость реструктуризации коечного фонда;

- показатели использования коечного фонда — средняя занятость травматологической и ортопедической койки для взрослых в году, средняя длительность лечения одного больного;

- уровень технической и технологической обеспеченности диагностического и лечебного процесса и его организации;

- основные направления научного сопровождения лечебно-диагностического процесса и его развития в соответствии с мировыми приоритетами, внедрение высокоэффективных технологий диагностики и лечения;

- уровень обеспеченности и врачебной квалификации кадрового состава службы по профилю.

Анализ показателей социальных последствий травм — средние сроки ВН, показатели инвалидности при различных травмах и заболеваниях органов опоры и движения, а также смертности от травм и несчастных случаев. Анализ сроков ВН проводят заведующие травматолого-ортопедическими отделениями ЛПО, амбулаторно-поликлинических учреждений, оказывающих травматологическую помощь. Анализ показателей инвалидности и смертности осуществляет главный специалист области, г. Минска с последующей суммарной оценкой состояния вопроса главными специалистами республики по профилю.

Изучение мнения специалистов

Изучение мнения специалистов проводится главным травматологом-ортопедом республики, главными специалистами областей и г. Минска для выяснения мнения специалистов по кардинальным вопросам организации профильного вида помощи.

Экспертиза отдаленных результатов

Экспертиза отдаленных результатов лечения является наиболее действенным инструментом контроля качества. Кроме функции оцениваются анатомический результат и правильность выбора врачебной тактики при травмах, определяется доля отличных, хороших, удовлетворительных и плохих исходов лечения (Приложение 2).

Итоги экспертизы отдаленных результатов необходимо оценивать углубленно с учетом тяжести, характера и локализации патологии, возраста больных, наличия сопутствующих заболеваний. На анатомические результаты лечения и медицинской реабилитации травм влияют наличие смещения переломов, их характер (открытые, закрытые, комбинированные, сочетанные повреждения и др.), локализация, возраст больных, точность репозиции переломов, правильность выбранной тактики лечения и его квалифицированного выполнения.

На функциональный результат в наибольшей степени влияют качество выполненной репозиции переломов, а также полнота и адекватность медицинской реабилитации.

При оценке врачебной тактики лечения большинство ошибок связано с выполнением открытой или закрытой репозиции и иммобилизации; при лечении пострадавших с сопутствующей патологией и лиц пожилого и старческого возраста.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ В ПРАКТИКЕ

Информация, полученная при оценке качества специализированной помощи больному, экспертизе первичной медицинской документации, при сравнении результатов диагностики и лечения со стандартами или моделями конечных результатов, при проверке деятельности травматолого-ортопедических отделений больниц и амбулаторных организаций, изучении мнения пациентов, используется для оперативного управления качеством.

Обобщенные материалы экспертизы качества оказываемой больному медицинской помощи, изучение мнения специалистов, экспертиза отдаленных результатов диагностики и лечения, анализ основных показателей лечебно-диагностического процесса используются при текущем и перспективном планировании деятельности травматолого-ортопедической службы республики, подготовке решений коллегии или медицинского совета органа здравоохранения, издании соответствующих приказов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДИКИ

Предложенная инструкция позволит участникам системы ведомственного контроля качества определять адекватные формы и способы контроля, проводить интегрированную оценку и намечать пути использования ее результатов для управления качеством травматолого-ортопедической помощи как дифференцированно для отдельных больных, так и для специализированного отделения и территориальной травматолого-ортопедической службы в целом.

Приложение 1

**Методика комплексной оценки работы травматологического
отделения поликлиники**

Показатель	Значимость показателя	Нормативное (среднеоптимальное) значение показателя	Травматологическое отделение поликлиники		
			P_{ϕ}	K_i	$a_i \times K_i$
Р	a_i	P_n	Р_ф	К_і	$a_i \times K_i$
1	2	3	4	5	6
Обеспечение врачами на 10 000 взрослых жителей	0,03	0,4			
Обеспеченность врачами на 10 000 детей	–	0,5			
Укомплектованность врачами	0,0145	100%			
Соотношение врач/средний медперсонал	0,0195	1:1,75			
% врачей, имеющих сертификат	0,04	100			
% врачей, имеющих категорию	0,0305	75			
Среднечасовая нагрузка на дневном приеме	0,028	7 человек			
% обследованных рентгенологически	0,0305	30			
Среднее число рентгенограмм на одного обследованного	0,015	2			
% больных, не направленных на госпитализацию	0,0305	95			
% госпитализированных из числа направленных	0,02	80			
% совпадения диагнозов лечащих врачей и клинико-экспертной комиссии	0,0275	95			
Средне число посещений на одну травму	0,2105	3,5			
Хирургическая активность	0,0765	12%			

Окончание Приложения 1

1	2	3	4	5	6
% «нестандартных» операций	0,0325	15			
% больных без послеоперационных осложнений	0,0530	98			
Частота наложения гипсовых повязок	0,0405	22–25%			
Обеспеченность ФТЛ	0,0275	30%			
Обеспеченность ЛФК	0,0275	10%			
Обеспеченность массажем	0,0275	8%			
Средняя продолжительность одного случая временной утраты трудоспособности	0,0330	20–25 дней			
% признанных инвалидами из числа направленных на МРЭК для установления инвалидности	0,020	100,0			
Доля состоящих на диспансерном учете	0,043	5–6%			
% явившихся по вызову для контрольного осмотра	0,0155	100%			
% состоящих на диспансерном учете с улучшением и снятых с учета по выздоровлению	0,0235	35–40%			
Отдаленные результаты лечения (средний балл)	0,06	4,5			
Комплексная оценка	$\sum (K \times a_i)$	–			

Комплексный показатель K рассчитывается по следующей формуле:

$$K = \sum (K_i \times a_i),$$

где K — показатель, характеризующий степень приближения фактического показателя к нормативному (оптимальному, среднему) в процентах;

a_i — значимость каждого показателя (постоянная величина, рассчитанная с помощью методики квалиметрических оценок).

Графы 2 и 3 (показатели a_i и P_n) остаются постоянными для каждого травматологического пункта (кабинета). В графу 4 (P_ϕ) вносятся фактические показатели анализируемого учреждения.

Для графы 5 показатель K_i рассчитывается по следующей формуле:

$$K_i = P_\phi \times 100.$$

Схема клинической оценки результатов лечения травм опорно-двигательной системы у взрослых

Группа признака	Название признака	Оценка			
		2	3	4	5
Функциональные	Амплитуда движения	Отсутствие функции или функциональная непригодность	Движения в 50% нормы, функционально пригодные	Движения в пределах 75% нормы	Нормальное
	Походка	Не ходит, ходит с костылями или резко выраженная хромота	Незначительная хромота, пользуется тростью	Легкая хромота после длительных нагрузок	Нормальная
	Боль	При ходьбе, небольшой функциональной нагрузке	При ходьбе на большие расстояния или большой функциональной нагрузке	Отсутствует	Отсутствует
	Утомляемость	Значительно повышена	Только после продолжительной ходьбы или длительной работы	Легкая, непостоянная	Не повышена
Анатомические	Физические	Укорочение	Резко выраженное (более 5 см). Требует протезирования или ортезирования	Значительное (3–4 см). Требуется ортопедическая обувь	Незначительное (1–2 см). Компенсация каблучком Отсутствует
	Деформация	Резко выраженная	Незначительная, но четко выраженная	Легкая, отмечается при сравнении со здоровой стороной	
	Атрофия	Превышает 4–5 см	Умеренная, не более 3–4 см	Менее 3–4 см	Легкая (1–2 см)
	Отеки и сосудистые изменения	Тяжелые, стойкие, длительные	Незначительные, временные при функциональной нагрузке	Легкие, временные	Нет

Окончание Приложения 2

	Рентгенологические	–	Значительные нарушения в структуре и форме. Отсутствие сращения, повторный вывих. Сращение со смещением	Сращение с умеренной деформацией. Деформирующий артроз. Ясно выраженные рентгенологические нарушения	Легкая деформация. Анатомические отношения в основном восстановлены
Трудоспособность	–	Полная утрата трудоспособности или способность к труду в специально созданных условиях (инвалид I–II группы)	Утрата основной профессии (инвалид III группы)	Остается на прежней работе с ограничениями по ВКК	Трудоспособность полная

Примечание: результаты лечения (индекс) оценивают по сумме оценок. Индекс 45–50 — отличный результат, выздоровление; 36–44 — хороший; 30–35 — удовлетворительный; 0–10 — плохой.