

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

 В.В. Колбанов

1 декабря 2004 г.

Регистрационный № 53–0504

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИЧИН
НЕДОСТАТОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ
СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ПРИ МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТАХ**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет

Авторы: А.М. Дятлова, д-р мед. наук, проф. В.С. Глушанко, канд. мед. наук, доц. Ю.В. Алексеенко

ВВЕДЕНИЕ

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) составляют существенную долю в структуре заболеваемости и смертности населения, характеризуются высокими показателями временной нетрудоспособности и первичной инвалидности. Это обуславливает значительные экономические затраты на организацию догоспитальной и стационарной медицинской помощи больным с ОНМК и более существенные суммарные затраты на их восстановительное лечение и обслуживание, а также косвенные потери, связанные с высокими показателями временной и стойкой нетрудоспособности. В связи с вышеизложенным, особенно в условиях перехода к рыночной экономике и страховой медицине, совершенствование качества оказанной медицинской помощи больным с ОНМК становится приоритетной и социально значимой проблемой здравоохранения, решение которой возможно с помощью проведения научно обоснованного анализа и оценки эффективности реализованных медицинских технологий, а также установления основных причин снижения эффективности примененных медицинских технологий с целью нахождения адекватных путей их устранения (Постоялко Л.А., 2003; Цыбин А.К., 1997; Щепин О.П. и соавт., 2002; Линденбратен А.Л., 1997).

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ТЕРМИНЫ И ИХ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Определение качества оказанной медицинской помощи проводилось с применением методики «Интегральная оценка эффективности медицинских технологий», разработанной А.К. Цыбиным, В.С. Глушанко, Т.В. Колосовой (утверждена Министерством здравоохранения Республики Беларусь 10.05.2000 г.). Данную методику рекомендуется использовать при определении причин недостаточной эффективности стационарной помощи при мозговом инсульте. Ее основой является расчет интегрального показателя эффективности медицинских технологий, который представляет собой сумму значений 41 оценочного критерия.

Различают три группы оценочных критериев: клинико-диагностические, лечебно-реабилитационные и организационно-методические. Клинико-диагностические критерии отражают полноту клинического обследования больного лечащим врачом, соответствие стандарту, своевременность и обоснованность лабораторных и инструментально-диагностических исследований при поступлении и при выписке из отделения. Лечебно-реабилитационные критерии характеризуют полноту проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий, обоснованность и своевременность их назначения больному и отмены. Организационно-методические мероприятия оценивались на основании совокупности критериев, характеризующих длительность госпитализации, правильность постановки клинического и заключительного диагнозов, наличия расхождений с патолого-анатомическим диагнозом. Оценивались также полнота, обоснованность и своевременность оказанных консультаций врачами-специалистами, соответствие критериям качества состояния здоровья пациента перед выпиской из отделения, адекватность использованной медицинской технологии и наличие объективных резервов для применения более эффективной медицинской технологии с учетом квалификационного уровня лечащего врача и технологической оснащенности организации здравоохранения.

Оценка по всем критериям проводилась только для больных с ОНМК, которые были выписаны из отделения. При летальных исходах расчет интегрального показателя эффективности медицинских технологий осуществлялся по 29 критериям. По некоторым критериям оценка не проводилась (Kd_9 – Kd_{16} , Om_1 – Om_4): полнота контрольного клинического обследования пациента перед выпиской из отделения; полнота, обоснованность и своевременность контрольных лабораторных и инструментально-диагностических исследований; наличие потребности в контрольном дообследовании пациента; соответствие длительности госпитализации больного сроку, установленному для данной клинико-статистической группы; обоснованность длительности госпитализации; наличие ранней выписки; наличие необоснованной задержки выписки пациента.

Вариант оценки критериев определялся на основании сравнения фактически оказанной медицинской помощи с медико-экономическим стандартом, при этом учитывались индивидуальные особенности каждого случая. Экспертная оценка проводилась на основании «Временных протоколов (стандартов) обследования и лечения больных с патологией нервной системы в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях», утвержденных приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 24 от 15.02.2002 г. Международные стандарты в сложившейся нормативной ситуации носят рекомендательный характер.

С целью проведения сравнительного анализа работы врачей выделено пять уровней суммарных клинико-диагностического, лечебно-реабилитационного, организационно-методического критериев медицинских технологий и интегрального показателя для выживших и умерших больных (см. Приложение).

Каждый критерий имеет два или три варианта оценки и величины в условных единицах. Первый вариант оценки, имеющий наибольшую величину в условных единицах, характеризует адекватно реализованную медицинскую технологию. Определение второго или третьего варианта оценки означает то, что использовалась неадекватная медицинская технология, и в этих случаях необходимо установить причины ее применения. Учитывая различные формулировки в описании степени реализации каждой составляющей медицинской технологии, для упрощения изложения мы будем первый вариант оценки именовать как «полная», которая подразумевает полную обоснованность реализации составляющей медицинской технологии и соответствие ее действующему стандарту. Второй вариант при трехступенчатой градации — «почти полная» — не реализованы важные, предусмотренные стандартом составляющие медицинской технологии. Третий вариант при трехступенчатой градации и второй вариант при двухступенчатой градации — «неполная», при которой не реализованы очень важные нормативные составляющие медицинской технологии.

Разработка регистрационной карты причин применения неадекватных медицинских технологий осуществлялась на базе

Витебского государственного медицинского университета. Аprobация проводилась на базе неврологического отделения Витебской областной клинической больницы в период 2001–2002 гг.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Инструкция по применению предназначена для заведующих неврологическими отделениями, главных неврологов области, для независимых экспертных комиссий неврологического профиля. Она позволит осуществлять выборочную объективную экспертную оценку с целью выявления и анализа причин снижения результативности и эффективности оказанной медицинской помощи больным с ОНМК в неврологических отделениях. Результаты исследования рекомендуется использовать в деятельности больниц для устранения выявленных недостатков и повышения качества медицинского обслуживания данного контингента больных.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ

1. Методические рекомендации «Интегральная оценка эффективности медицинских технологий».
2. Медицинские документы: «Медицинская карта стационарного больного», «Лист назначения».
3. Персональный компьютер с установленным пакетом программ WINDOWS 98/2000.

ТЕХНОЛОГИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Этап 1. Определение варианта оценки для каждого критерия, градаций и уровней интегрального показателя эффективности медицинских технологий, суммарных клинико-диагностического, лечебно-реабилитационного и организационно-методического коэффициентов

У контингента выписанных из стационара больных эффективность медицинских технологий оценивалась по 41 критерию, для каждого из которых определялся вариант оценки. С этой целью использовалась методика «Интегральная оценка эффективности медицинских технологий». Ряд критериев, обозначенных в методике, не могли быть использованы по отношению к контингенту

умерших больных с ОНМК. Поэтому нами они были исключены, в результате чего использовались только 29 критериев, для каждого из которых определялся вариант оценки. Для умерших больных также были разработаны новые градации в условных единицах интегрального показателя медицинских технологий, суммарных клинико-диагностического, лечебно-реабилитационного и организационно-методического коэффициентов (Приложение). Установление градаций и уровней данных показателей необходимо для оценки и интерпретации применения медицинских технологий в общем.

На общем оценочном фоне применения медицинских технологий определение причин их неадекватного использования является логически последовательным целевым компонентом.

Этап 2. Определение причин применения неадекватных медицинских технологий

Данная инструкция применяется только при выборе варианта оценки «почти полной» и «неполной» реализации медицинских технологий, которые предполагают, как говорилось выше, использование неадекватных медицинских технологий, требующих установления причин их применения. Для их формализации нами разработана специальная регистрационная карта, содержащая три раздела: 1 — причины неадекватного клинико-диагностического обследования, 2 — причины неадекватного проведения лечебно-реабилитационных мероприятий, 3 — причины неадекватного организационно-методического обеспечения медицинских технологий.

Раздел 1 позволяет установить характер и причины неполного осмотра врачом и неадекватного обследования больного; раздел 2 — определить необходимую коррекцию лечебной тактики и установить причины неадекватного назначения и несвоевременной отмены лечебно-реабилитационных мероприятий; раздел 3 — выявить причины задержки и ранней выписки больного, неправильного и несвоевременного установления заключительного диагноза, неадекватного оказания больному консультативных услуг. Данная регистрационная карта применяется как по отношению к контингенту лиц, выписанных из стационаров в социальную среду, так и к умершим больным с ОНМК.

Регистрационная карта

Раздел 1. Причины неадекватного клинико-диагностического обследования пациента с ОНМК

1. Необходимая коррекция клинико-диагностического обследования пациента с ОНМК:

1. Собрать более полный анамнез заболевания при первичном осмотре в стационаре.

2. Соматический осмотр больного провести в более полном объеме при поступлении в стационар.

3. Неврологический осмотр больного провести в более полном объеме при поступлении в стационар.

4. Дополнительно провести лабораторные исследования, включенные в перечень обязательного уровня обследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови — мочевины, креатинин, аланинаминотрансфераза, аспаргатаминотрансфераза, билирубин, глюкоза; коагулограмма при инфаркте мозга).

5. Дополнительно провести лабораторные обследования, включенные в перечень дополнительного уровня обследования (электролиты, исследование крови на стерильность, ревмопробы, липидный спектр крови, анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому).

6. Дополнительно провести функционально-инструментальные обследования, включенные в перечень обязательного уровня обследования (эхзонцефалоскопия, электрокардиография).

7. Дополнительно провести функционально-инструментальные обследования, включенные в перечень дополнительного уровня обследования (магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, люмбальная пункция, контрастная церебральная ангиография, ЭЭГ, ультразвуковая диагностика, рентгенография органов грудной клетки, рентгенография черепа, эхокардиография, УЗИ органов брюшной полости).

8. Лабораторные исследования провести в более ранние сроки.

9. Функционально-инструментальные обследования провести в более ранние сроки.

10. Отменить некоторые назначенные лабораторные исследования.

11. Отменить некоторые назначенные функционально-инструментальные обследования.

II. Причины проведения неадекватного обследования больного:

1. Неадекватное назначение лечащим врачом.

2. Отсутствие специалиста, проводящего необходимое функционально-диагностическое обследование.

3. Не проведены необходимые консультации врачей-специалистов.

4. Несвоевременное проведение консультаций врачей-специалистов.

5. Отсутствие технических возможностей в лаборатории.

6. Отсутствие функционально-диагностического оборудования.

7. Неисправность или перегруженность функционально-диагностического оборудования.

8. Задержка выполнения назначений медицинским персоналом.

9. Наличие у пациента противопоказаний к проведению исследований.

10. Отказ больного от проведения исследований.

11. Крайне тяжелое состояние больного.

12. Непродолжительное пребывание в стационаре.

Раздел 2. Причины неадекватного проведения лечебно-реабилитационных мероприятий у пациентов с ОНМК

I. Необходимая коррекция проведения лечебных и реабилитационных мероприятий:

1. Дополнительно назначить лечебные мероприятия.

2. Дополнительно назначить реабилитационные мероприятия.

3. Изменить дозировки введения лекарственных препаратов.

4. Провести часть лечебных мероприятий в более ранние/поздние сроки.

5. Провести часть реабилитационных мероприятий в более ранние/поздние сроки.

6. Отменить некоторые лечебные и/или реабилитационные мероприятия.

7. Отменить часть лечебных и/или реабилитационных мероприятий в более ранние сроки.

8. Отменить часть лечебных и/или реабилитационных мероприятий в более поздние сроки.

9. Отменить некоторые назначенные лабораторные исследования.

10. Отменить некоторые назначенные функционально-инструментальные обследования.

II. Причины неадекватного назначения курса лечебных и реабилитационных мероприятий:

1. Неадекватное назначение лечащим врачом.

2. Задержка выполнения назначений медицинским персоналом.

3. Отсутствие необходимых медикаментозных препаратов.

4. Отсутствие необходимого оборудования для проведения физиотерапевтических мероприятий.

5. Неисправность необходимого оборудования для проведения физиотерапевтических мероприятий.

6. Перегруженность физиотерапевтических кабинетов.

7. Несвоевременное и/или неполное обследование пациента.

8. Несвоевременное и/или неполное оказание консультативной помощи.

9. Отказ больного от проведения лечебно-реабилитационных мероприятий.

10. Наличие противопоказаний к применению лечебно-реабилитационных мероприятий.

III. Причины несвоевременной отмены лечебных и реабилитационных мероприятий:

1. Несвоевременная отмена лечащим врачом.

2. Отсутствие необходимых медикаментозных препаратов.

3. Неисправность необходимого оборудования для проведения физиотерапевтических мероприятий.

4. Перегруженность специалиста, оказывающего необходимые реабилитационные мероприятия.

5. Несвоевременное и/или неполное обследование пациента.

6. Несвоевременное и/или неполное оказание консультативной помощи.

7. Отказ больного от проведения лечебно-реабилитационных мероприятий.

8. Наличие противопоказаний к проведению лечебно-реабилитационных мероприятий.

9. Наличие осложнений после проведения лечебно-реабилитационных мероприятий.

Раздел 3. Причины неадекватного организационно-методического обеспечения медицинских технологий у пациентов с ОНМК

I. Причины необоснованной задержки выписки:

1. Несвоевременное установление клинического и/или заключительного диагноза.

2. Несвоевременное лабораторное и/или функционально-инструментальное обследование больного.

3. Несвоевременное консультирование пациента врачами-специалистами.

4. Отсроченное начало проведения реабилитационных мероприятий.

5. Несвоевременное окончание курса лечения.

6. Несогласованность выписки с родственниками больного.

7. Произвольная задержка выписки больного лечащим врачом.

II. Причины обоснованной задержки выписки:

1. Тяжелое течение заболевания.

2. Наличие сопутствующей патологии.

3. Развитие осложнений основного заболевания.

4. Отсроченное проведение обследований с целью уточнения характера и причины инсульта.

III. Причины ранней выписки больного:

1. Улучшение состояния больного.

2. По настоянию больного или родственников.

3. Перевод в другое отделение или организацию здравоохранения.

4. Произвольная выписка больного лечащим врачом.

IV. Причины неадекватного (неправильного, несвоевременного) установления клинического и/или заключительного диагноза:

1. Особо трудный для диагностики случай заболевания.

2. Не в полном объеме проведение лабораторного и/или инструментального и функционально-диагностического обследования пациента.

3. Несвоевременное проведение лабораторного и/или инструментального и функционально-диагностического обследования пациента.

4. Оказание не в полном объеме пациенту консультативной помощи.

5. Несвоевременное проведение консультаций врачей-специалистов.

6. Отсутствие в данной организации здравоохранения возможностей для полного обследования пациента.

V. Причины неадекватного (несвоевременного, неполного) консультирования больного врачами-специалистами:

1. Не назначены лечащим врачом.

2. Несвоевременное назначение консультаций врачей-специалистов.

3. Несвоевременное проведение обследования пациента.

4. Неполное обследование пациента.

5. Отсутствие необходимого врача-специалиста.

6. Перегруженность врача-специалиста.

7. Отказ больного от проведения консультаций врачей-специалистов.

Противопоказания к применению: нет.

Приложение

Градации и уровни суммарных клинико-диагностического, лечебно-реабилитационного и организационно-методического критериев медицинских технологий и интегрального показателя

Уровень	Градации показателей у выживших больных, усл. ед.				Градации показателей у умерших больных, усл. ед.			
	Kd	Lr	Om	Ie	Kd	Lr	Om	Ie
Низкий	115–157	76–109	80–129	280–386	61–84	76–109	60–92	197–284
Ниже среднего	158–199	110–142	130–170	387–512	85–106	110–142	93–124	285–371
Средний	200–241	143–175	171–211	513–628	107–128	143–175	125–156	372–458
Выше среднего	242–283	176–208	212–252	629–744	129–150	176–208	157–188	459–545
Высокий	284–325	209–240	253–293	745–860	151–173	209–240	189–220	546–632

Примечания: Kd — суммарный клинико-диагностический коэффициент; Lr — суммарный лечебно-реабилитационный коэффициент; Om — суммарный организационно-методический коэффициент; Ie — интегральный показатель эффективности использованных медицинских технологий.