Публикация «Проект безумного качества»: мнение инфекциониста

Категория: Проблемы организации внутреннего контроля
Опубликовано: Четверг, 11 мая 2017, 22:06
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 4871

Валерий Викторович Васильев, д.м.н., профессор, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

В комментариях к публикации уважаемого Андрея Борисовича Таевского «Проект безумного качества»* обещал привести пример использования предлагаемых Минздравом «критериев оценки качества медицинской помощи» на практике. Выполняю обещание.

** В работе представлены результаты анализа проекта приказа Минздрава «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (далее – Проект), отменяющего и заменяющего приказ Минздрава от 15 июля 2016 года № 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (далее – Приказ 520н).*

Полагаю, что и другие специалисты могут найти, мягко говоря, слабые места в министерском прожекте.

Преамбула

Мне довелось участвовать в создании нескольких клинических рекомендаций (далее – КР), размещенных ныне на сайте Федеральной электронной медицинской библиотеки. В своих проектах мы не приводили никаких «моделей пациентов» и «критериев качества медицинской помощи» (во всяком случае, по моей специальности), исходя из того, что каждый пациент уникален по-своему, а западные КР таких пунктов не содержат. Некоторые из КР, находящихся там же, представляют собой совокупность собственно КР и стандартов медицинской помощи, огромны по объему и малоприменимы в повседневной жизни.

Проблема приказов Минздрава, старающихся ввести лечебно-диагностический процесс в прокрустово ложе стандартов медицинской помощи в сочетании с КР, заключается, на мой (частный) взгляд в бесконечном многолетнем упорном стремлении впрячь в одну упряжку «коня и трепетную лань». Причем, в неадекватные сроки, без учета (и, даже, не побоюсь этого выражения, без знания) реальной действительности.

Ниже приведено мое ***личное*** мнение по поводу применения проектов некоторых «критериев…» на практике.

They are real nowhere men,
Sitting in their nowhere land,
Making all their nowhere plans for nobody.
Doesn't have a point of view
Know not where they're going to…
(парафраз известной композиции Дж.Леннона и П.МакКартни)

Phoca PDF

Категория: Проблемы организации внутреннего контроля
Опубликовано: Четверг, 11 мая 2017, 22:06
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 4871

Больная доставлена в приемное отделение инфекционного стационара на 2-е сутки болезни с диагнозом «Острый гастроэнтероколит». Жалобы на слабость, повышение температуры тела до 39, ноющую приступообразную боль преимущественно в нижнем отделе живота, тошноту, кашицеобразный стул (около 10 раз с начала заболевания) в уменьшающемся объеме, без патологических примесей. При осмотре в приемном отделении – без признаков обезвоживания, клиника острого энтероколита средней степени тяжести, без признаков раздражения брюшины, лимфаденопатии, гепатолиенального синдрома; гемодинамика стабильная. Предварительный диагноз: Острый гастроэнтероколит средней степени тяжести. Назначены и проведены лабораторные методы диагностики: общие анализы крови и мочи, копрограмма, посевы и ПЦР кала. Назначено терапевтическое лечение в профильном отделении: диета, в/в инфузии кристаллоидов (1 л.), фторхинолон в средней терапевтической дозе; внутрь глюкозо-солевая смесь (до 1,5 л./сут.), полиферментный препарат (при отсутствии рвоты).

На утро – нормализация температуры, рвоты, стула нет. В крови – небольшой нейтрофильный лейкоцитоз, СОЭ до 20 мм в час. Фторхинолон в/в отменен, назначен перорально, инфузионная терапия отменена. Дальнейшее наблюдение в стационаре – температура нормальная, рвоты нет, стул 1 раз в сутки, полуоформленный, без примесей. На четвертые сутки получены результаты лабораторных исследований: бакпосевы (три), ПЦР – отрицательно. Клинически – практически здорова. На шестые сутки – в крови нормоцитоз, СОЭ=15 мм в час. Выписана на 7-е сутки с диагнозом Острый гастроэнтероколит неустановленной этиологии (А09) средней степени тяжести.

Цель госпитализации достигнута? Да.

Вовремя? Да.

Какие претензии??? Да, море!

Разбор по пунктам 3.1.5 «Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при кишечных инфекциях (коды по МКБ-10: А02.0; А02.2+; А02.8; А02.9; А03; А04; А05.0; А05.2; А05.3; А05.4; А05.8; А05.9; А08; А09)» с точки зрения формального соблюдения требований.

Phoca PDF

3.1.5 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при кишечных инфекциях (коды по МКБ-10: А02.0; А02.2+; А02.8; А02.9; А03; А04; А05.0; А05.2; А05.3; А05.4; А05.8; А05.9; А08; А09)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено измерение массы тела	Да/Нет
2.	Выполнена оценка синдрома дегидратации по шкале Clinical Dehydration Scale	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Выполнена оценка гематокрита	Да/Нет
5.	Выполнено бактериологическое исследование кала и/или определение бактерий в кале методом полимеразной цепной реакции и/или определение бактерий в кале серологическими методами	Да/Нет
6.	Выполнено определение вирусов в кале методом полимеразной цепной реакции и/или определение вирусов в кале серологическими методами	Да/Нет
7.	Выполнено микроскопическое исследование кала на простейшие	Да/Нет
8.	Выполнена оральная регидратация, с использованием глюкозо-солевых растворов (в зависимости от возраста и типа дегидратации)	Да/Нет
9.	Выполнен расчет объема инфузионной терапии в случае проведения инфузионной терапии	Да/Нет
10	Выполнена терапия лекарственными препаратами группы кишечные адсорбенты	Да/Нет
11	Проведена терапия противомикробными лекарственными препаратами (при инвазивных диареях средней степени тяжести и тяжелой степени тяжести заболевания и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
12	Достигнута нормализация характера стула и кратности дефекации на момент выписки из стационара	Да/Нет

Рис.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при кишечных инфекциях (коды по МКБ-10: А02.0; А02.2+; А02.8; А02.9; А03; А04; А05.0; А05.2; А05.3; А05.4; А05.8; А05.9; А08; А09), пункт 3.1.5 Проекта.

1. П. 1. – выполнен.
2. П. 2. – оценка синдрома дегидратации по шкале Clinical Dehydration Scale – не выполнен.
3. П. 3 – анализ крови и мочи – выполнен.
4. П. 4. – оценка гематокрита – не выполнен.
5. П.п. 5, 6 – бактериология кала, ПЦР – выполнены
6. П. 7. – микроскопия кала – выполнен
7. П. 8. – оральная регидратация – выполнен
8. П. 9. – расчет объема инфузии – не выполнен.
9. П. 10. – кишечные адсорбенты – не выполнен.
10. П. 11. – противомикробная терапия – выполнен.
11. П.12. – нормализация стула к выписке – выполнен.

Из 12 пунктов не выполнены 4. Какое качество? Правильно, «выявлены

Phoca PDF

нарушения при оказании медицинской помощи». Виновен! Наказать! Взыскать!

Разбор по невыполненным пунктам с практической точки зрения инфекциониста

П. 2. У больного признаков дегидратации – ноль, зачем формально применять CDS?

П.4. Зачем гематокрит (см. чуть выше)?

П.9. Зачем нужен точный расчет объема инфузионной терапии? Принципиально в данном случае в/в инфузия в объёме 1 л. ***ничего*** не решала, можно было вообще обойтись без неё. Более того: при Остром гастроэнтероколите на более важное прогностическое значение имеет не дегидратация, а риск инфекционно-токсического шока, при котором расчёт жидкостей совсем другой.

П.10 – не принципиально в лечении данного пациента, особенно, при наличии рвоты.

На практике «невыполненные» пункты нуждаются в выполнении в ***определённых*** ситуациях, которые не оговаривает ни Приказ 520н, ни обсуждаемый Проект. Эти ситуации должны быть прописаны в КР, но они (КР) не имеют силы нормативного правового акта. Предложенные критерии – мало обоснованы, мягко говоря. А ведь описанных в примере пациентов – подавляющее большинство в структуре ОКИ!

Рассмотрим «критерии» на некоторых примерах.

П. 3.1.12 Проекта, «Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при клещевом вирусном энцефалите (код по МКБ-10: А84)»:

Phoca PDF

3.1.12 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при клещевом вирусном энцефалите (код по МКБ-10: А84)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-реаниматологом и/или врачом-неврологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена консультация врачом-неврологом	Да/Нет
3.	Выполнена спинномозговая пункция и исследование спинномозговой жидкости (цитоз, белок, глюкоза, лактат, цитологическое исследование) не позднее 6 часов от момента установления диагноза	Да/Нет
4.	Выполнена повторная спинномозговая пункция и исследование спинномозговой жидкости (цитоз, белок, глюкоза, лактат, цитологическое исследование)	Да/Нет
5.	Выполнено определение возбудителя в крови и спинномозговой жидкости бактериологическим методом с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам и/или серологическим методом и/или методом полимеразной цепной реакции не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
6.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
7.	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при средне тяжелой и тяжелой степени тяжести заболевания)	Да/Нет
8.	Проведена терапия иммуноглобулином человека против клещевого энцефалита	Да/Нет
9.	Проведена дезитоксикационная терапия	Да/Нет
10	Выполнено повторное определение возбудителя в крови и спинномозговой жидкости серологическим методом и/или методом полимеразной цепной реакции	Да/Нет
11	Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара	Да/Нет
12	Достигнута нормализация показателей спинномозговой жидкости на момент выписки из стационара	Да/Нет
13	Достигнута эрадикация возбудителя в спинномозговой жидкости на момент выписки из стационара	Да/Нет

Рис.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при клещевом вирусном энцефалите (код по МКБ-10: А84), пункт 3.1.12 Проекта.

Пункт 5 – яркое свидетельство глубокого непрофессионализма создателей Проекта: речь идет о клещевом ***вирусном*** энцефалите, а предлагается «…определение возбудителя в крови и спинномозговой жидкости ***бактериологическим*** методом с определением ***чувствительности возбудителя к антибиотикам*** и другим лекарственным препаратам…»!

КР по клещевому вирусному энцефалиту у взрослых (2014 г) в критериях эффективности указывают: «санация ликвора», но ***не*** «эрадикация» (как в Проекте), потому, что отрицательная ПЦР, иммуноцитохимия и прочее (крови, ликвора) ***не является доказательством эрадикации.*** Еще «веселее» описторхоз («Критерии качества специализированной медицинской помощи

Phoca PDF

взрослым и детям при описторхозе (код по МКБ-10: B66.0)», п. 3.1.13 Проекта):

3.1.13 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при описторхозе (код по МКБ-10: B66.0)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, билирубин, креатинин, общий белок, альбумин, амилаза)	Да/Нет
4.	Выполнено микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов	Да/Нет
5.	Выполнено определение антител к возбудителю описторхоза (Opistorchis felineus) в крови	Да/Нет
6.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
7.	Проведена терапия антигистаминными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
8.	Проведена терапия спазмолитическими лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Проведена терапия специфическими антигельминтными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
10	Отсутствие яиц описторхисов в кале на момент выписки из стационара	Да/Нет

Рис.3. 3.1.13 Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при описторхозе (код по МКБ-10: B66.0), пункт 3.1.13 Проекта.

Больной описторхозом – плановый больной! Какое значение для его здоровья имеет первый час осмотра после поступления в стационар? Правильно, никакое.

Какое значение в диагностике описторхоза имеет определение антител? Правильно – чаще нулевое (или гипердиагностика, особенно – в эндемичных районах). Острая фаза описторхоза подозревается (и диагностируется) редко, в хроническую ИФА положительна чуть более чем в 30% случаев. А если в медицинской организации нет необходимых для выполнения предусмотренных данным пунктом Проекта «критериев» (при полном отсутствии реальной клинической потребности) аппаратуры, реагентов, специалистов? Предлагается всем проводить ИФА? Хорошо, сделали и получили: ИФА крови «+», кала «–». Каков диагноз?

Если в кале обнаружены описторхисы – для чего УЗИ? Специалиста потренировать? А если не обнаружены – обнаружат при проведении УЗИ?

Phoca PDF

Впрочем, такое однажды слышал, от клинического ординатора, будущего гастроэнтеролога…

Далее. «Проведена терапия… препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)». Нет противопоказаний, а ***показания*** есть? Для спазмолитиков, например? Если больному противопоказаны антигельминтные препараты, какова цель госпитализации? И по какому разделу тогда предполагается оценивать качество?

«Отсутствие яиц описторхиса при выписке»? Хоть бы книжку кто открыл из авторов Проекта! Если пришел пациент, у которого врач предполагает описторхоз, положительная ИФА не является основанием для его госпитализации и антигельминтной терапии. Нужно найти яйца. Если их нет – что собираемся лечить? Антитела? Идти на поводу у пациента? И где тогда критерии «снижение величины антител в крови»?

Возвращаясь к примеру, приведенному в начале публикации. Какому-то «умному» человеку пришло в голову в одну группу свести коды по МКБ-10 A02.0; A02.2+; A02.8; A02.9; A03; A04; A05.0; A05.2; A05.3; A05.4; A05.8; A05.9; A08; A09. А ничего, что это сальмонеллезы (включая локализованные!), все эшерихиозы, шигеллез, бактериальные пищевые отравления? А ничего, что этиопатогенез этих заболеваний глубоко различен? А как насчет того, что диагностическое значение различных методов исследований ***различно*** при этих заболеваниях, исходя из особенностей патогенеза и этиологии? А как насчет того, что терапия бактериальных пищевых отравлений это не терапия гастроинтестинального сальмонеллеза, например?

И вот так «далее по списку»…

Почему критерии именно таковы? Когда их собирались вводить, мы с коллегами обсуждали этот вопрос и пришли к выводу, что в отсутствии доказательной базы этих критериев, единственное, что может спасти практических врачей от волюнтаризма в оценке качества помощи, это включение в критерии тех мероприятий, которые имеют коэффициент применения 1,0 или близкий к нему в стандартах медицинской помощи. Оказалось, что не мы одни такие «умные», это и «повисло» в проектах. Однако, как все мы помним, по стандартам медицинской помощи нельзя лечить Иванова, Петрова и Сидорова! Соответственно, и качество помощи оценивать по стандартам медицинской помощи нецелесообразно…

Идея Минздрава понятна: дать в руки «экспертам» надзорной службы и страховых медицинских организаций мерило, понятное этим экспертам, как правило, весьма далеким от реальных знаний в «экспертируемой» области. Однако, крайними в этой ситуации окажутся врачи, работающие с больным, даже если больной сам не предъявит претензий к качеству помощи (как в приведенном примере). По-хорошему, эксперт, оценивающий качество, сам

Phoca PDF

должен иметь сертификат в данной области и периодически проходить усовершенствование. Об этом уже ранее и намного лучше писал А.Б. Таевский.

В заключение хотел бы сказать следующее: торопливость нужна в определенных ситуациях, к которым явно не относится разработка критериев оценки качества медицинской помощи. На месте Минздрава я бы эти проекты разослал для начала главным специалистам и дал время (не «ответить завтра») на выработку обоснованных рекомендаций и принятие их ***медицинским сообществом*** (съездами, конгрессами по специальностям) ***отдельно*** от принимаемых КР (структура КР, рекомендуемая ГОСТом и Минздравом – отдельная тема для обсуждения).

Автор: Валерий Викторович Васильев, д.м.н., профессор, СЗГМУ им. И. И. Мечникова, г. Санкт-Петербург.

Источник материала.

Размещено на ресурсе ЭкспертЗдравСервис с разрешения автора.

Обсудить в Телеграм

Обсудить вКонтакте

Каталог решений Здрав.Биз.

Всегда ваш, Андрей Таевский.

Phoca PDF