

МЕНЕДЖМЕНТ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПНЕВМОНИИ

Дронова А.А.

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Минздрава России», Санкт-Петербург, Россия (197022, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8), e-mail: anastasiia.dronova@gmail.com

Вопрос менеджмента качества медицинской помощи актуален для больных пневмонией. На основе данных из протоколов патологоанатомического вскрытия (500 единиц) и результатов социологического опроса среди больных пневмонией (330 единиц) проведена оценка качества прижизненной диагностики пневмонии и качества оказанной медицинской помощи больным пневмонией. В 77,1 % случаев имело место полное совпадение посмертного клинического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию; в 20,7 – неполное совпадение; единичными (2,2 %) были случаи несовпадения диагнозов (только при двусторонней и сливной пневмонии). У 28,9 % умерших были выявлены диагностические ошибки. Качество оказанной медицинской помощи в стационаре считали отличным 34,8 % респондентов; хорошим – 57,6 %; удовлетворительным – 7,6 %. При оценке качества медицинской помощи в стационаре средний балл составил $4,27 \pm 0,07$ (по пятибалльной шкале). 17,7 % респондентов указали на наличие проблем и недостатков оказания медицинской помощи в стационаре, включая отсутствие условий для личной гигиены в палатах, недостаточное материально-техническое оснащение и другие. Разработка медико-экономических стандартов с учетом формы, локализации и объема поражения легочной ткани, повышение уровня квалификации врачей, улучшение материально-технической базы – мероприятия, которые необходимо проводить для совершенствования системы управления качеством медицинской помощи больным пневмонией.

Ключевые слова: пневмония, качество медицинской помощи, менеджмент качества, диагностическая ошибка.

QUALITY MANAGEMENT OF THE MEDICAL CARE FOR PNEUMONIA

Dronova A.A.

Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, Saint-Petersburg, Russia (197022, Saint-Petersburg, street L. Tolstogo, 6-8), e-mail: anastasiia.dronova@gmail.com

The question of the quality management of medical care is relevant to patients with pneumonia. Based on data from the autopsy protocols (500 units) and the results of a sociological survey among patients with pneumonia (330 units) the quality of in vivo diagnosis of pneumonia and the quality of medical care for patients with pneumonia are evaluated. In 77.1% of cases a complete coincidence of clinical and pathologic diagnosis of the main disease has taken place; 20.7 – partial coincidence; 2.2 % – discrepancy between diagnoses (only for bilateral pneumonia and drain). In 28.9% of the dead diagnostic errors were identified. The quality of medical care provided in a hospital is considered excellent to 34.8 % of respondents; good – 57.6 %; satisfactory – 7.6 %. The average score of the quality of care in the hospital was 4.27 ± 0.07 (on a scale). 17.7 % of respondents indicated the presence of problems and disadvantages of medical care in the hospital, including the lack of conditions for personal hygiene in the wards, inadequate material and technical equipment and others. Development of medico-economic standards with into account the form, location and amount of damage to lung tissue, increased the qualification of doctors, improvement of material-technical base – actions to be carried to improve the quality management system of medical care for patients with pneumonia.

Keywords: pneumonia, quality of medical care, quality management, diagnostic error.

Вопросы обеспечения надлежащего качества медицинской помощи являются приоритетными в деятельности медицинских организаций [5]. Согласно Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года, важным условием для охраны здоровья граждан является разработка и внедрение систем обеспечения и непрерывного повышения качества медицинской помощи [2, 4]. В области здравоохранения создаются системы менеджмента качества, которые носят универсальный характер и

применимы практически ко всем аспектам оказания медицинской услуги [8]. Однако, несмотря на их внедрение в практику, вопросы повышения качества медицинской помощи остаются актуальными и дискуссионными, в том числе и для больных пневмонией [1, 3,9]. До сих пор весьма значима проблема недостаточной точности диагностики пневмоний. Процент диагностических ошибок достигает 40 %, более того, в ряде случаев верный диагноз устанавливается только при аутопсии [10]. Среди причин поздней или ошибочной диагностики преобладают атипичность клинического течения, наличие сопутствующих заболеваний и осложнений, маскирующих течение основного заболевания [6]. При проведении лечебных мероприятий наибольшие трудности вызывает этап принятия решения о назначении антибактериальной терапии больным пневмонией. Ошибки выбора антибактериального препарата, своевременности начала и длительности антибактериального лечения способствуют затяжному течению данного заболевания, развитию осложнений и росту показателя летальности [7].

Цель исследования – разработка мероприятий по совершенствованию системы управления качеством медицинской помощи больным пневмонией.

Материалы и методы исследования

На специально разработанную карту была проведена выкопировка данных из протоколов патологоанатомического вскрытия (500 единиц), которые включали сведения о диагнозах (направления, приемного покоя, клинического, патологоанатомического), совпадении и расхождении диагнозов, наличии, причинах и категории диагностической ошибки. Базой исследования являлось городское патологоанатомическое бюро. Кроме того, был проведен социологический опрос среди больных пневмонией по специально разработанной «Анкете изучения мнения пациентов с пневмонией о качестве и доступности медицинской помощи» (330 единиц). Исследование проводилось в одной из крупных многопрофильных больниц Санкт-Петербурга. Полученные данные были сгруппированы, зашифрованы и подвергнуты статистической обработке с использованием программного пакета статистика версии 7.0 в программе Excel. Были рассчитаны статистические показатели (и их ошибки), оценка их различий проводилась с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

Нами были изучены все протоколы патологоанатомического вскрытия за год, в которых пневмония была указана в качестве основного заболевания, осложнения или сопутствующего заболевания. Важно отметить, что у подавляющего большинства (92,6 %) умерших пневмония выступала в роли осложнения, приведшего к смерти (т.е. непосредственной причины смерти больных). В структуре основных заболеваний, выявленных при

патологоанатомическом вскрытии, доля пневмонии составила 6,7 %. У 0,7 % умерших пневмония была диагностирована как сопутствующая патология. Изучение качества прижизненной диагностики показало, что более чем в $\frac{3}{4}$ случаев (77,1 %) имело место полное совпадение посмертного клинического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию. На долю частичного совпадения диагнозов пришлось 20,7 %. Единичными (2,2 %) были случаи несовпадения диагнозов. Уровень диагностики отличался при разных формах заболевания. Выше был показатель полного совпадения диагнозов при верхнедолевой и правосторонней пневмонии (100,0 % и 88,9 % соответственно); ниже – при двусторонней и сливной (74,5 % и 76,9 % соответственно).

Процент совпадений клинического и патологоанатомического диагнозов по осложнениям пневмонии составил 61,6 %. Более чем в трети (36,0 %) случаев диагнозы совпали частично; в 2,4 % случаев имело место несовпадение диагнозов. Хуже была диагностика при сливной пневмонии и при нижнедолевой локализации патологического процесса в легком (полное совпадение диагнозов имело место только в 52,6 % случаев).

Удельный вес совпадений диагнозов по сопутствующим заболеваниям составил 78,5 %; процент частичного совпадения диагнозов – 11,1 %. У каждого десятого умершего (10,4 %) диагнозы не совпали.

В целом диагностические ошибки были выявлены у 28,9 % умерших (при наличии пневмонии в качестве осложнения), в т.ч. у 16,3 % – ошибки первой категории (т.е. диагностические ошибки, связанные с объективной невозможностью установления верного диагноза, не повлияли на исход заболевания); у 12,6 % – второй (т.е. диагностические ошибки, возникшие по объективным или субъективным причинам, не повлияли на исход заболевания). Ошибки третьей категории (т.е. диагностические ошибки, которые повлекли за собой ошибочную врачебную тактику и сыграли решающую роль в смертельном исходе заболевания) выявлены не были. Процент ошибок второй категории был достоверно ($p < 0,05$) выше (17,0 %) при двусторонней пневмонии, чем при одностороннем поражении легких (7,1 %).

В структуре объективных причин диагностической ошибки превалировала тяжесть состояния больного (64,3 %); на долю кратковременности пребывания в стационаре пришелся 21,4 %; на долю распространенности патологического процесса – 14,3 %.

Среди субъективных причин ошибок диагностики преобладал недостаточный уровень обследования больных (54,2 %), в т.ч. по причине отсутствия необходимых и доступных исследований. В 45,8 % случаев имела место гипердиагностика других заболеваний.

Учитывая значимость для оценки качества помощи мнения непосредственных потребителей (в данном случае – больных пневмонией), был проведен социологический

опрос больных. Из них 58,8 % составили мужчины, 41,2 % – женщины. Возраст опрошенных в 14,7 % случаев не превышал 30 лет; в 19,1 % составлял от 31 до 40 лет; в 25,0 % – 41–50 лет; в 11,8 % – 51–60 лет; в 29,4 % – 61 год и старше. В социальной структуре респондентов наибольшую долю (61,8 %) составили работающие лица; 20,6 % – пенсионеры; 7,3 % – инвалиды; 5,9 % – безработные; наименьший удельный вес (4,4 %) пришелся на учащихся и студентов.

На вопрос о качестве медицинской помощи (по пятибалльной шкале) в стационаре ответы респондентов распределились следующим образом. 7,6 % респондентов считали его удовлетворительным; 57,6 % – хорошим и 34,8 % – отличным. Важно отметить, что неудовлетворительные оценки не были поставлены. Уровень оценок отличался среди различных категорий пациентов. Выше оценили качество оказания помощи женщины. Так, среди женщин доля отличных оценок была достоверно ($p < 0,05$) выше (40,7 %), чем среди мужчин (30,8 %). Доля отличных оценок снижалась с увеличением возраста. Так, в возрасте до 30 лет она составила 63,4 %; в 31–40 лет – 33,3 %; в 41–50 лет – 29,4 %; старше 50 лет – 14,3 %. Отличались показатели и среди респондентов с разным социальным положением. Среди пенсионеров достоверно ($p < 0,05$) выше (30,0 %) был процент считающих отличным качество медицинской помощи, чем среди работающих (18,2 %).

Средний балл оценки качества медицинской помощи в стационаре составил $4,27 \pm 0,07$. Ниже он был среди мужчин ($4,21 \pm 0,10$), респондентов 51–60 лет ($4,14 \pm 0,14$). Отмечались отличия среднего балла среди респондентов с разным социальным положением: среди учащихся – 4,75; пенсионеров – 4,29; безработных – 4,50; работающих и инвалидов – по 4,20.

Недостатки оказания медицинской помощи в стационаре были отмечены 17,7 % респондентами. Наиболее критичными в оценке были женщины, респонденты 51–60 лет, работающие (21,4 %; 25,0 % и 23,8 % соответственно). Среди негативных моментов в работе стационара указывались: отсутствие условий для личной гигиены в палатах, несогласованность при переводе из отделения в отделение, недостаточное материально-техническое оснащение.

Каждым четвертым (25,0 %) респондентом были высказаны пожелания и предложения по улучшению качества оказания медицинской помощи в стационаре. Наиболее активными в высказывании пожеланий и предложений были лица 51–60 лет (37,5 %), работающие и пенсионеры (по 28,6 %), которые сводились к укреплению материально-технической базы стационара (11,8 %); улучшению условий пребывания в отделении (10,3 %); ускорению оформления документов на выписку (4,4 %); сокращению времени обработки анализов (2,9 %).

Заключение

При в целом достаточно высоком уровне диагностики имеют место случаи несовпадения диагнозов (при запущенных формах пневмонии с обширным поражением легких). В трети случаев была выявлена диагностическая ошибка, наличие которой подтверждает тот факт, что до сих пор имеются трудности в процессе верификации пневмонии и сохраняется необходимость повышения настороженности врачей в отношении своевременной ее диагностики.

Несмотря на достаточно высокий уровень удовлетворенности пациентов качеством помощи в стационаре, имеются негативные моменты в работе, среди которых особенно выделяются недостаточность материально-технического оснащения и отсутствие условий для личной гигиены в палатах. Данные «слабые стороны» необходимо учитывать при разработке мероприятий, направленных на повышения качества оказания стационарной медицинской помощи больным пневмонией.

В современных условиях проблема менеджмента качества медицинской помощи из-за отсутствия единого подхода к управлению качеством сохраняет свою актуальность. Данный факт находит отражение и при оказании лечебно-диагностической помощи больным пневмонией. Существует необходимость разработки медико-экономических стандартов медицинской помощи данной категории больных с учетом формы, локализации и объема поражения легочной ткани, наличия осложнений и сопутствующей патологии. Актуальным является повышение уровня квалификации врачей в вопросах своевременной верификации, лечения и профилактики пневмонии. При разработке мер по совершенствованию управления качеством медицинской помощи необходимо учитывать дефекты и пожелания, указываемые непосредственными потребителями медицинских услуг. Так, следует улучшить материально-техническое оснащение в стационарах, включая сервисные условия пребывания.

Список литературы

1. Аджиев М. Э. Основные проблемы системы менеджмента качества медицинской организации / М. Э. Аджиев // Молодой ученый. – 2013. – № 12. – С. 561-562.
2. Анализ качества медицинской помощи пациенту стационара [Электронный ресурс] / О. А. Смирнова, Д. С. Блинов, В. И. Шукшин и др. // Вестник новых медицинских технологий. – 2015. – № 1. – URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-1/4966.pdf> (дата обращения: 25.02.2015).
3. Ацель Е. А. Управление качеством медицинской помощи в период модернизации здравоохранения [Электронный ресурс] / Е. А. Ацель, А. В. Фомина // Современные

- исследования социальных проблем. – 2013. – № 1 (21). – URL: <http://dx.doi.org/10.12731/2218-7405-2013-1-37> (дата обращения: 08.06.2015).
4. Бедорева И. Ю. Научное обоснование системы менеджмента качества медицинской организации: дис. ... д-ра мед. наук. – Новокузнецк, 2009. – 355 с.
 5. Болтенкова И. Б. Мониторинг медицинской помощи [Электронный ресурс] / И. Б. Болтенкова // Медицина и образование в Сибири. – 2012. – №4. – URL: <http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/pdf.php?id=774> (дата обращения: 15.05.2015).
 6. Дворецкий, Л. И. Ошибки ведения больных внебольничной пневмонией. Можно ли их избежать? [Электронный ресурс] / Л. И. Дворецкий // Рус. мед. журн. – 2009. – № 23. – URL: http://www.rmj.ru/articles_6899.htm (дата обращения: 10.04.2014).
 7. Ноников В. Е. Ошибки в диагностике и антибактериальной терапии внебольничных пневмоний [Электронный ресурс] / В. Е. Ноников // Медицина неотложных состояний. – 2011. – № 5 (36). – URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/21384> (дата обращения: 17.06.2014).
 8. Петрова Н. Г. Основы медицинского менеджмента и маркетинга: учеб. пособие / Н. Г. Петрова, И. В. Додонова, С. Г. Погосян. – СПб.: ФОЛИАНТ, 2013. – С. 175-197.
 9. Роль принципов всеобщего менеджмента качества в управлении Федеральным учреждением здравоохранения / И. Ю. Бедорева, Н. Г. Фомичев, М. А. Садовой, В.Ю. Самарина // Хирургия позвоночника. – 2006. – № 4. – С. 75-83.
 10. Христюлова Е. И. Ошибки в диагностике внебольничных пневмоний на догоспитальном этапе / Е. И. Христюлова, Л. И. Волкова // Терапевтический архив. – 2005. – № 3. – С. 33-36.

Рецензенты:

Вишняков Н.И., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Минздрава России», г. Санкт Петербург;

Шапиро К.И., д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Минздрава России», г. Санкт Петербург.