Результаты оценки качества стационарной помощи детям: региональные проекты

Качество медицинской помощи детям

- ✧ Безопасность
- ✧ Эффективность
- ✧ Помощь, сконцентрированная на ребенке
- ✧ Непрерывность оказания помощи



Для нас качестве медицинской помощи является показателем профессиональной этики

Для пациентов – это их право

ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ ВОЗ для оценки качества медицинской помощи: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БОЛЕЕ ЧЕМ В 20 СТРАНАХ , БОЛЕЕ 15 ЛЕТ

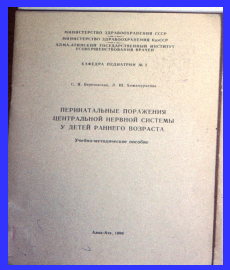
Quality of hospital care for children in Kazakhstan, Republic of Moldova, and Russia: systematic observational assessment

Trevor Duke, Elena Keshishiyan, Aigul Kuttumuratova, Mikael Ostergren, Irina Ryumina, Ekaterina Stasii, Martin W Weber, Giorgio Tamburlini



"Perinatal damage to the central nervous system"

Over-diagnosis and dangerous treatments



- Plasma concentrate
- Frusemide
- Acetazolamide
- "Dehydration" therapy
- Glutamic acid
- Vitamin B6, B12, B1
- Pirazitam
- Debazol
- Sidoxin
- Sodium Bromide
- $MgSO_4$
- "Herbal cocktail"
- Encephabol
- Theophyline
- Complamine
- Trindol
- Nootropil (vasodilator)
- Phenobarbitol
- Electrophoresis

Данные о качестве помощи детям в РФ впервые опубликованы в 2002 г. в The Lancet
Тогда обращала внимание полипрагмазия и необоснованная госпитализация

Условия в педиатрическом отделении (больницы Азии), 2012 г.







Вход в реанимацию, Киргизия, 2012 – 2014 гг.

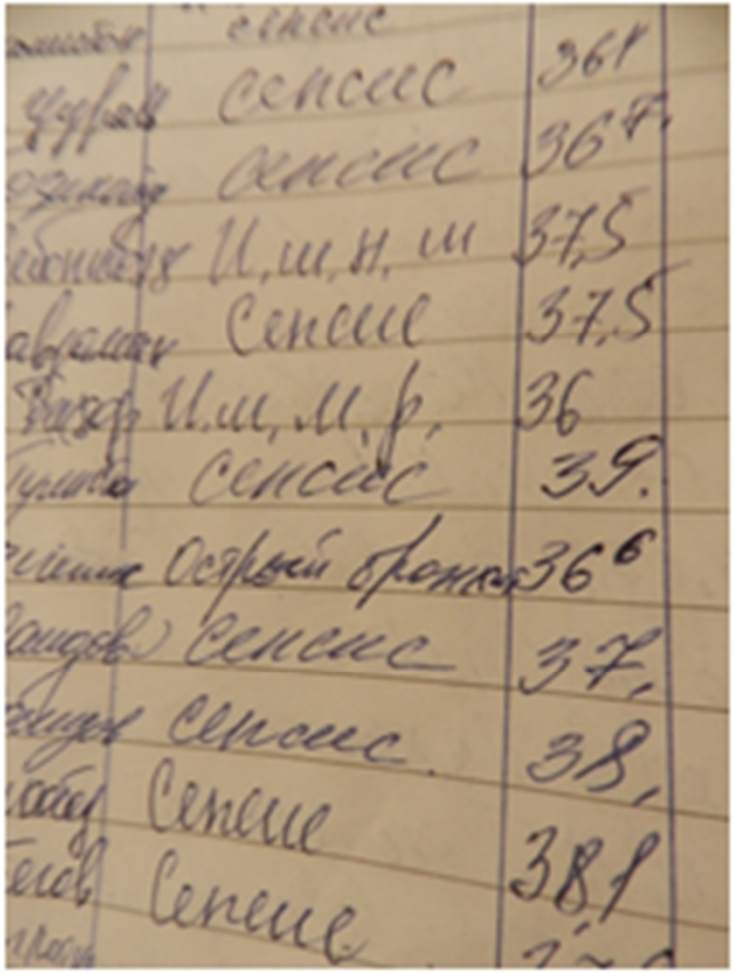
Условия выживания в педиатрическом отделении, 2012 г.







Диагнозы в журнале поступления больных, Таджикистан, 2012 г.





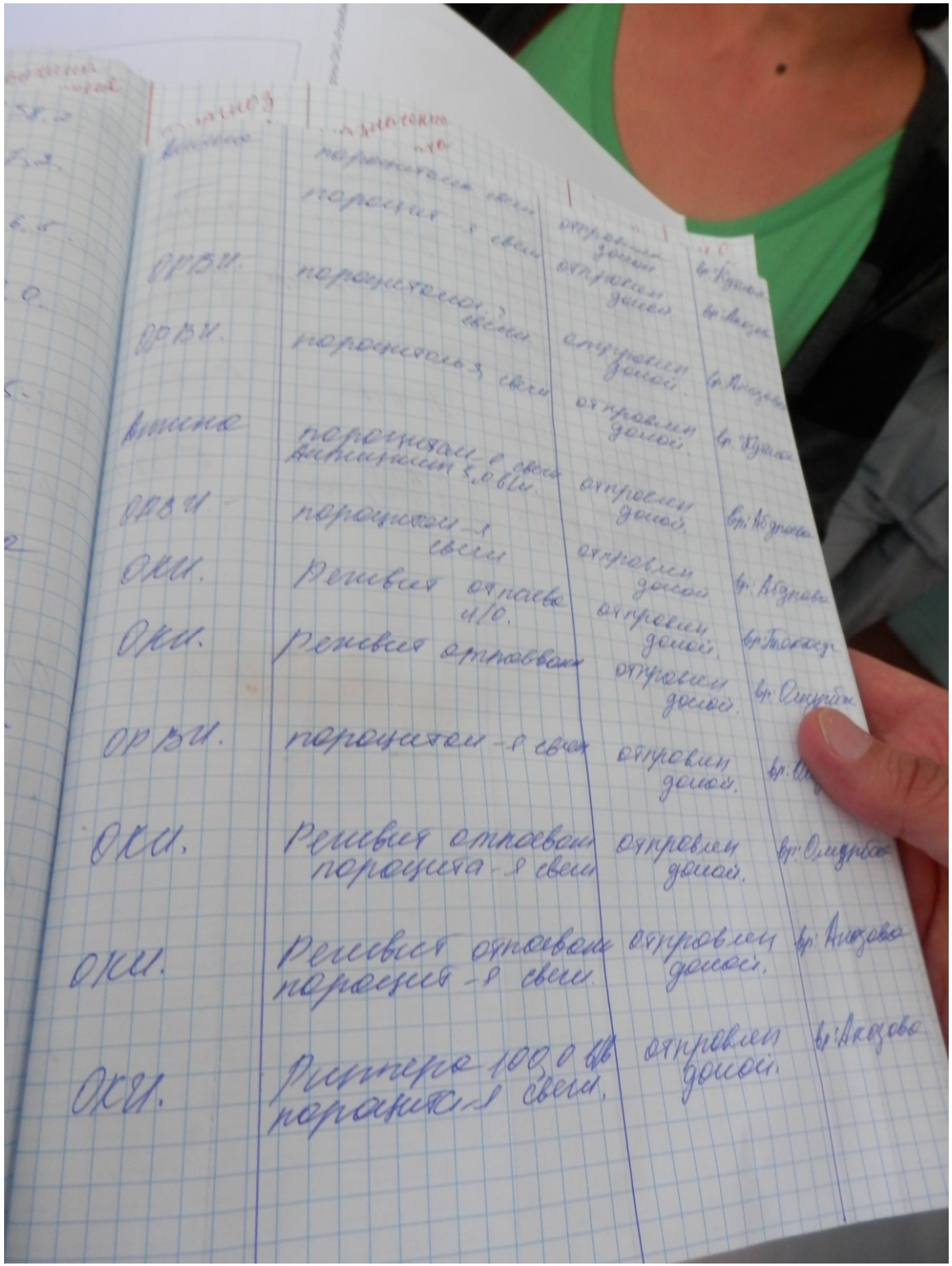
Приемное отделение, 2014 г.



Командная работа в приемном, Киргизия, 2014 г.



Журнал госпита-лизаций, Киргизия, 2014 г.



Качество помощи: общие проблемы повсеместно

- **Пример:**
- **США - данные с конгресса Американской Академии педиатрии (AAP), октябрь 2014 г.**

Многие заседания AAP касались проблем гипердиагностики, избыточной госпитализации и лечения, полипрагмазии

Около $750 млрд в год расходуется в США на меры в области медицины, которые не имеют ничего общего с улучшением результатов охраны здоровья.

Ошибки в стационарах – 3-я причина смертности в США, внутрибольничная инфекция входит в число 5 основных причин смертности (Hospital Safety Score. October 23, 2013)

Единственный надежный путь избежать медицинской ошибки - отказаться от вмешательства ???

Примеры неоправданной активности:

Антибиотики при ОРИ, отите, тонзиллите: бактериальную инфекцию имеют 27% детей, антибиотики получают 57% больных (26% широкого спектра)

Антибиотики при бронхите и бронхиолите: получают 68% больных

Требуют сокращения в/в введения
Средняя длительность в/в введения антибиотиков при ИМП в 15 больницах США – от 1 до 18 дней

Неоправданное применение КТ – 82.000.000 исследований в год (1:2,6-9,6 жителей)
Лучевая нагрузка (2 рентген-снимка грудной клетки = 1 ед)
КТ грудной клетки = 150 ед
КТ брюшной полости = 250 ед

2013-2014 гг: оценка качества стационарной помощи детям в РФ: 16 больниц в 7 Федеральных Округах

- ЦФО – 4 больницы
- ЮФО – 1 больница
- СЗФО – 1 больница
- Приволжский ФО – 3 больницы
- Северо-Кавказский ФО – 3 больницы
- Сибирский ФО – 1 больница
- Дальневосточный ФО – 3 больницы

Качество стационарной помощи детям в больницах РФ (n=16)

Показатели качества	Средний балл (шкала 0 – 3)
Обеспечение лекарствами и оборудованием	**2,5**
Лабораторная поддержка	**2,4**
Готовность к оказанию неотложной помощи в приемном отделении	**1,1**
Структура педиатрических отделений	**2,6**
Соблюдение прав ребенка (Конвенция о правах детей)	**1,5**
Доступность больниц и преемственность с амбулаторной службой	**2,8**
Протоколы оказания медицинской помощи	**1,5**

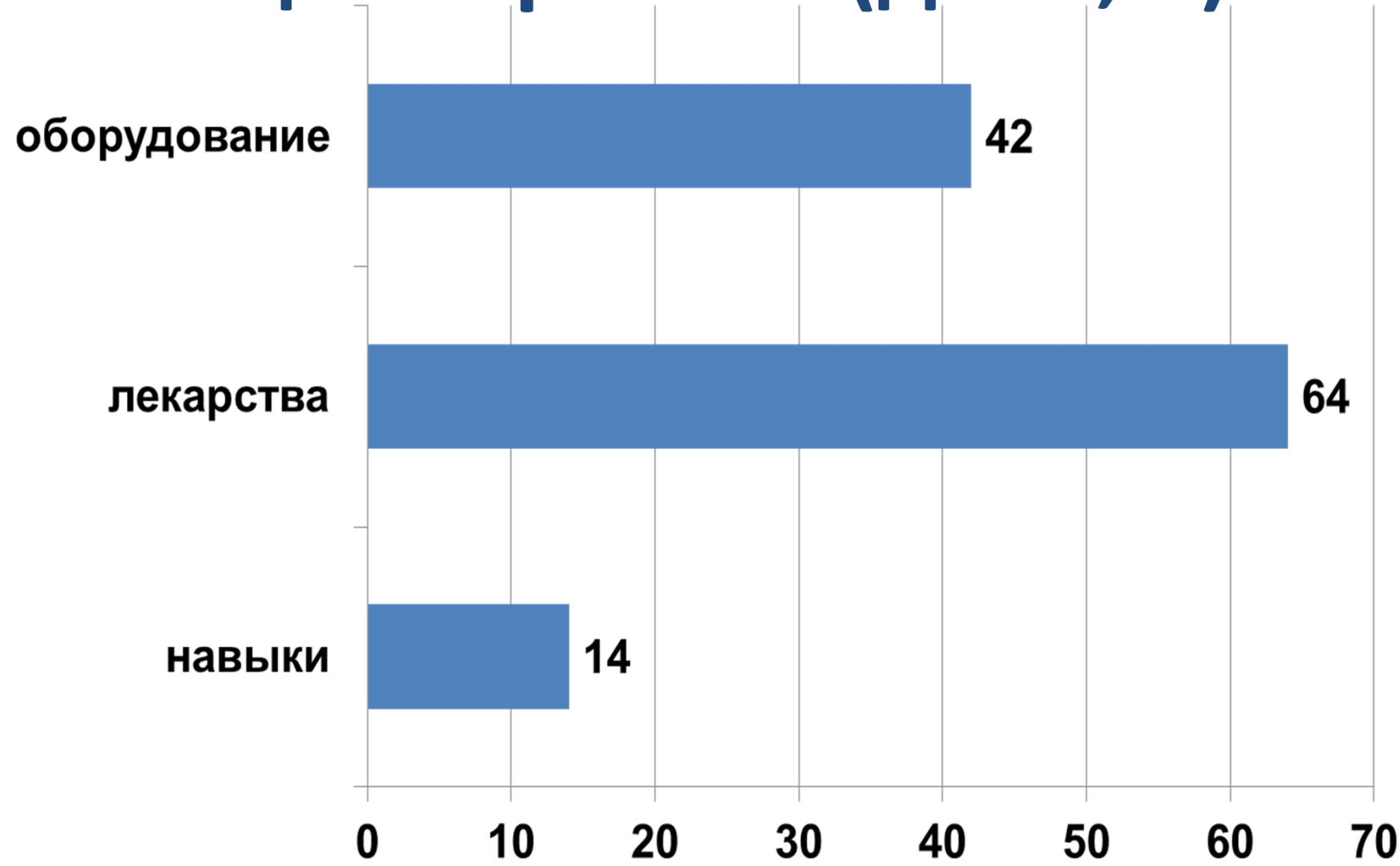
Особенности оказания помощи в стационарах РФ (1)

Показатели качества	Противоречия
Лекарства +++	Полипрагмазия / назначение очень дорогих антибиотиков (резерва), иммуномодуляторов, устаревшие схемы лечения (литическая смесь)
Оборудование +++	Новое оборудование часто не используется / есть очень дорогое оборудование, но нет пульсоксиметров, глюкометров, мешков Амбу
Приемное отделение +++	Выполняет функцию регистратуры / тяжелые больные госпитализируются через отделение реанимации
Укомплектованность персоналом ++	Персонал не обучен оказанию неотложной помощи
Педиатрические отделения +++	Хорошие гигиенические условия, отдельные детские отделения / высокая скученность в палатах (отчасти из-за необоснованной госпитализации)

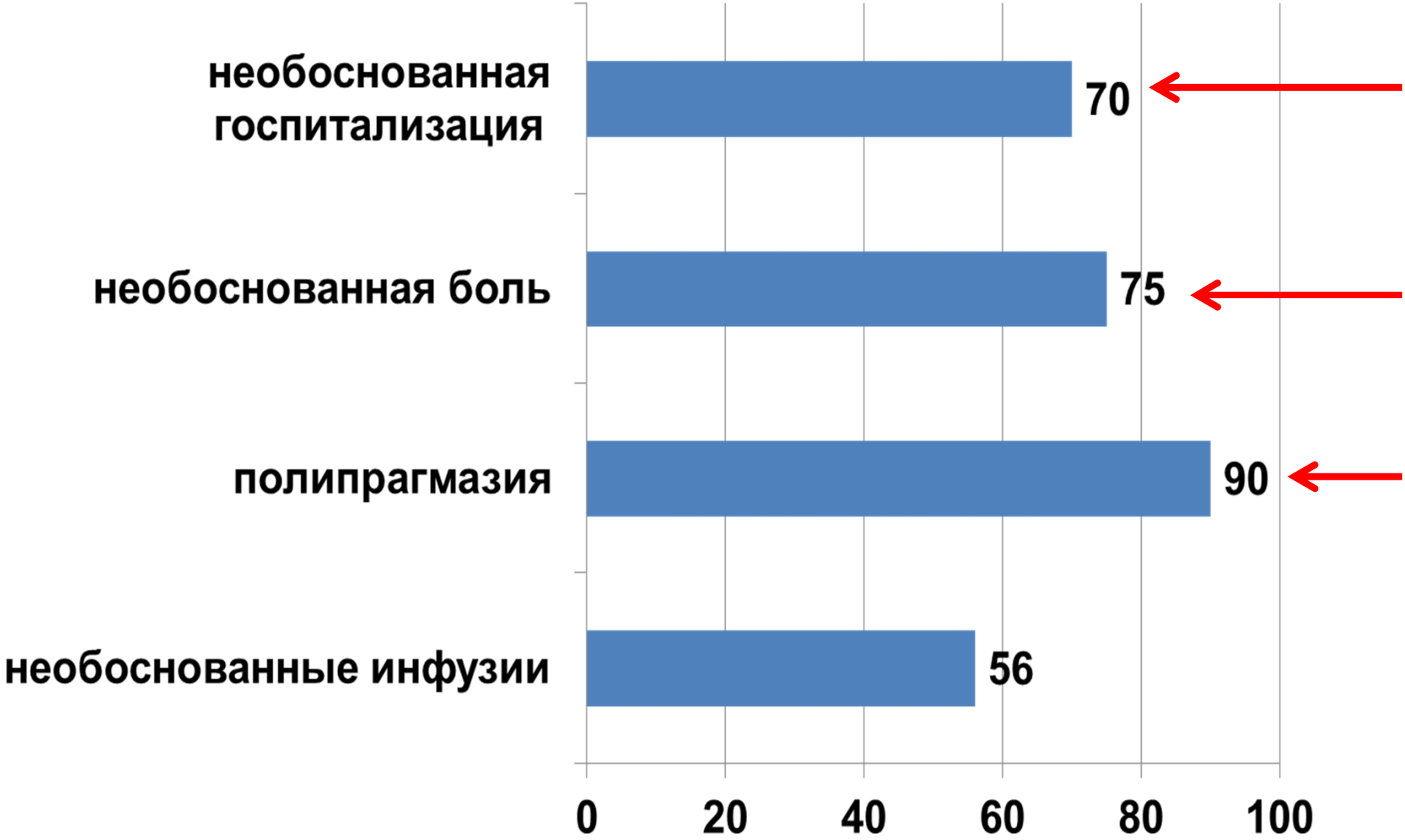
Особенности оказания помощи в стационарах РФ (2)

Показатели качества	Противоречия
Соблюдение прав ребенка +	Госпитализация детей с матерями / запрет для родителей посещать ребенка в реанимации / игровые не везде
Доступность больниц и преемственность	Больницы доступны для всех нуждающихся / необоснованно госпитализируются нетяжелые пациенты из отдаленных районов, где просто нет адекватной амбулаторной службы
Протоколы оказания медицинской помощи	Нет единых протоколов для лечения многих болезней / устаревшие схемы лечения: - Неадекватная антибиотикотерапия - Неадекватная инфузионная терапия - Неадекватная кислородотерапия - Полипрагмазия

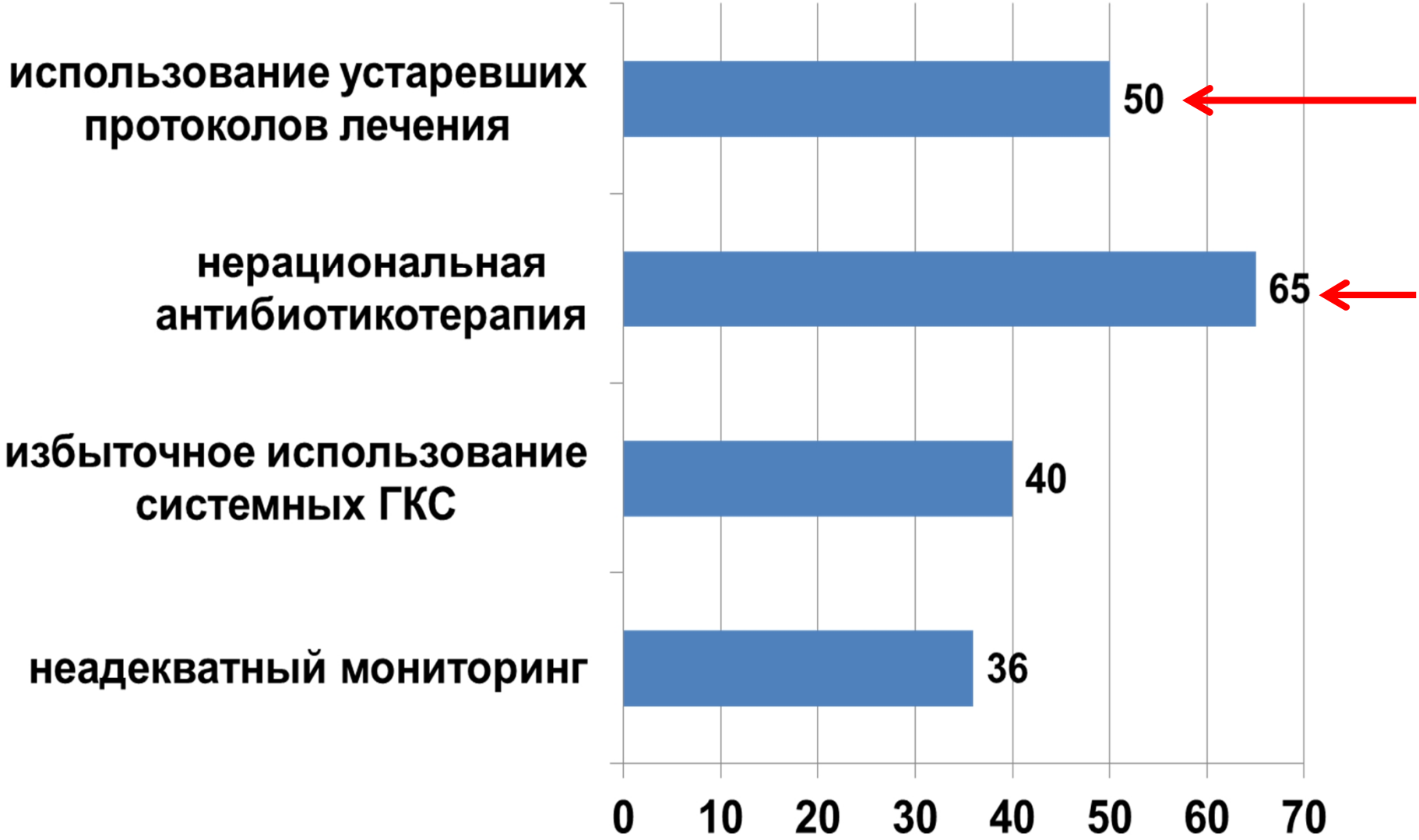
Готовность приемных отделений к оказанию неотложной помощи в стационарах РФ (доля,%)



Клиническая практика в детских стационарах РФ (доля, %) (1)



Клиническая практика в детских стационарах РФ (доля, %) (2)



Цель проекта

- Оптимизация работы детских стационаров муниципального и регионального уровня на основе системы аудита и поддерживающего мониторинга оказания медицинской помощи

Этапы работы

1. Оценка качества оказания стационарной помощи детям в различных регионах РФ (использован адаптированный опросник ВОЗ)

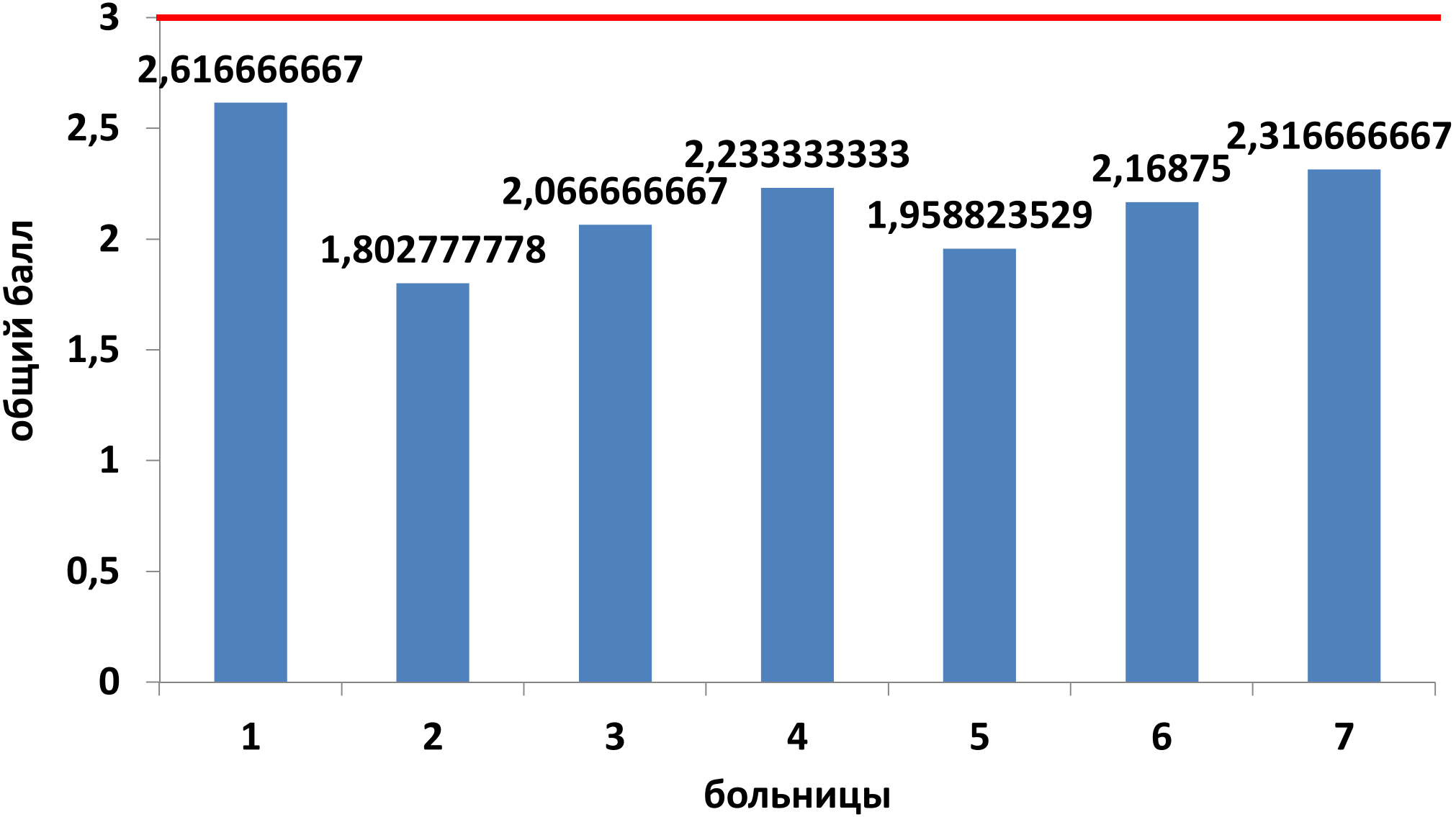
2. Проведение тренингов в стационарах

3. Повторный аудит в больницах после тренинга, мониторинг качества оказания стационарной помощи

Первый (стартовый) аудит

- Использован **инструментарий ВОЗ** для оценки качества стационарной помощи детям (обновленная версия 2015 г.)
- **Аудиторы**: эксперты НЦЗД, врачи из детских больниц региона (всего 9 человек)
- **Продолжительность** аудита – 1 день в каждой больнице
- **Обсуждение результатов** аудита непосредственно после его окончания со всем персоналом больницы (администрация, врачи, медсестры)
- Составление конкретного **плана действий** в больнице по результатам аудита с указанием сроков выполнения и ответственных лиц
- **Цель – максимально позитивно мотивировать персонал**

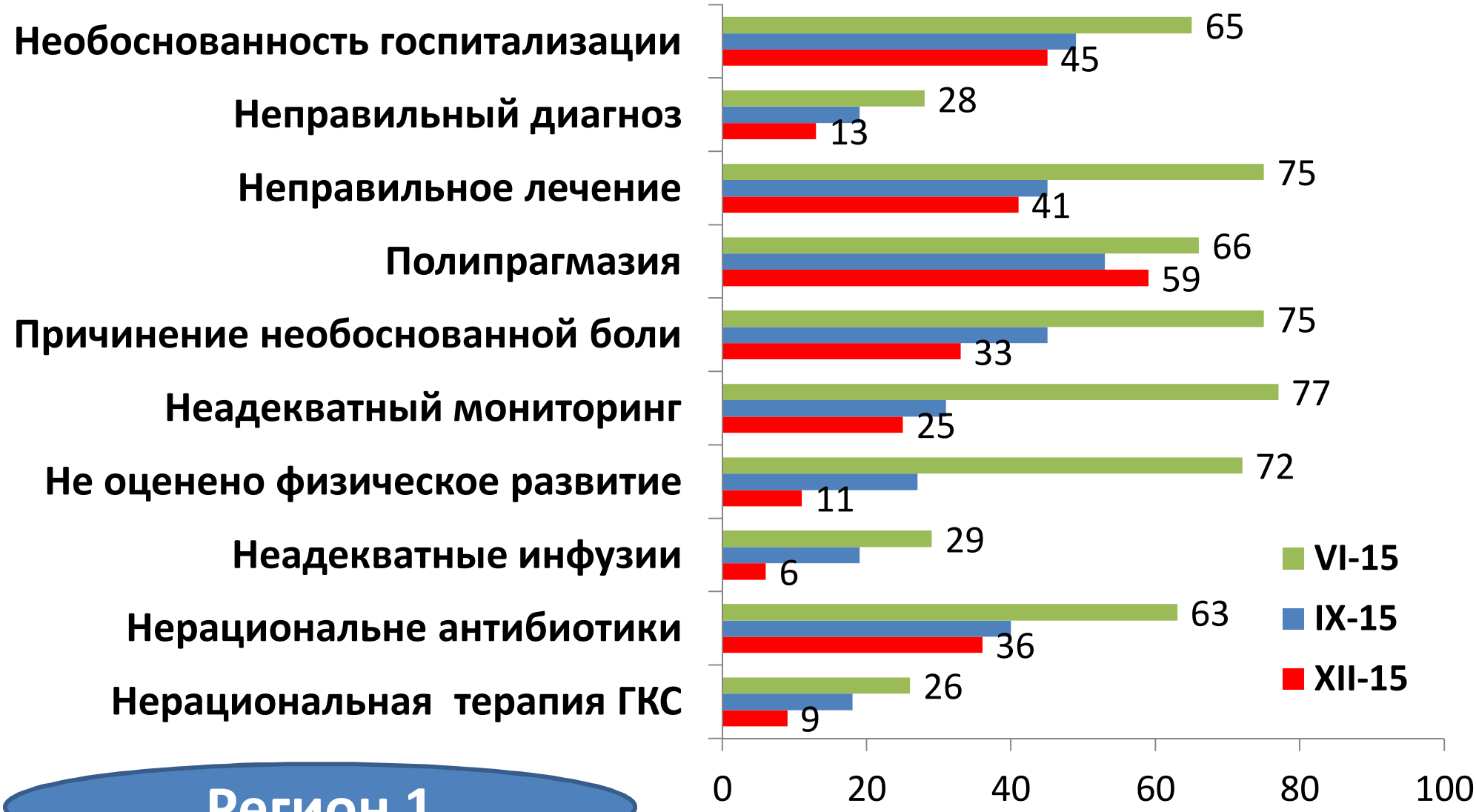
Результаты первого аудита в регионе 1 (средний балл каждой больницы, шкала 0 – 3)



Результаты первого аудита в регионе 2

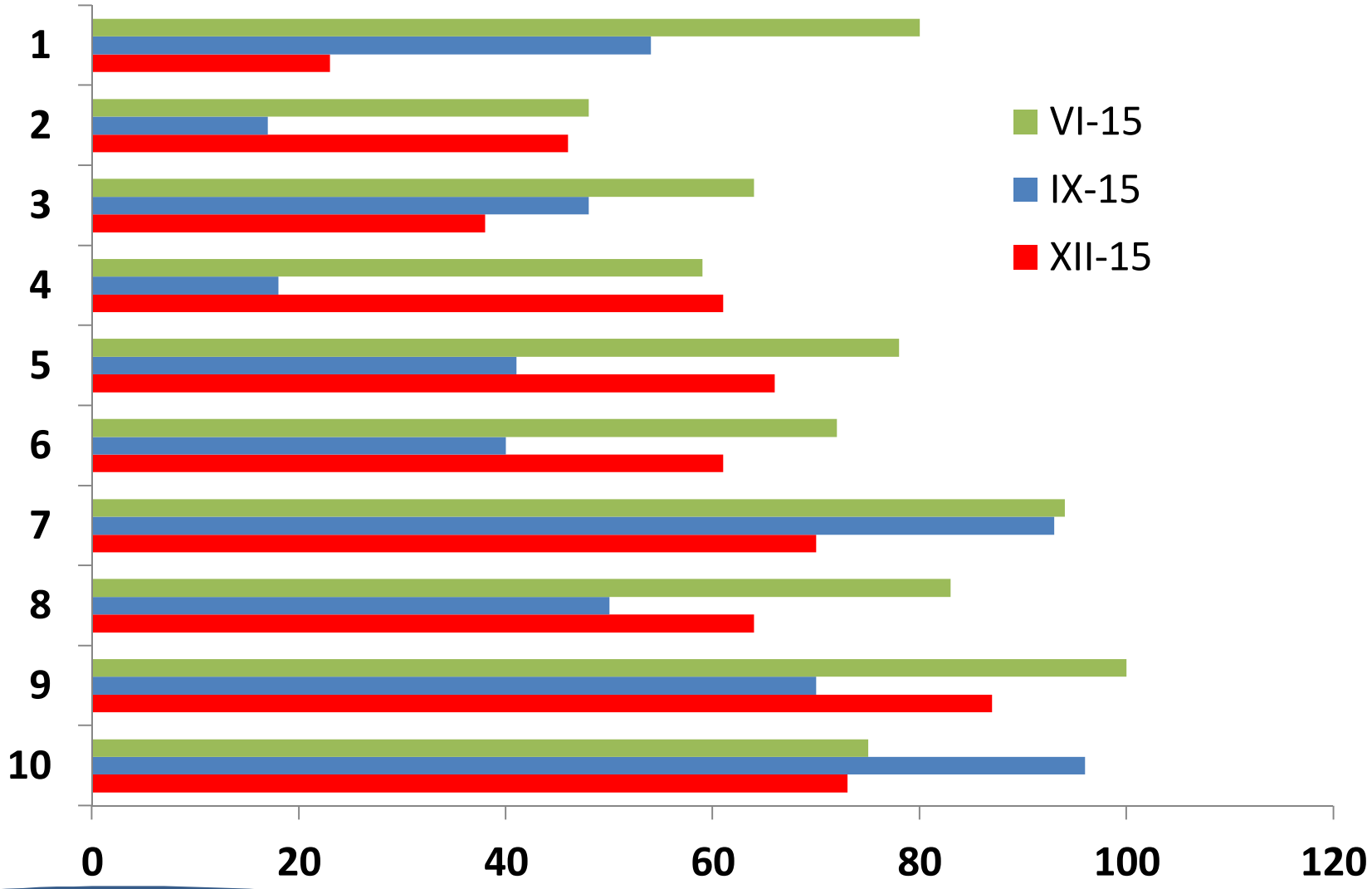


Результаты анализа историй болезни при первом (n=312), втором (n=383) и третьем (n=402) аудитах



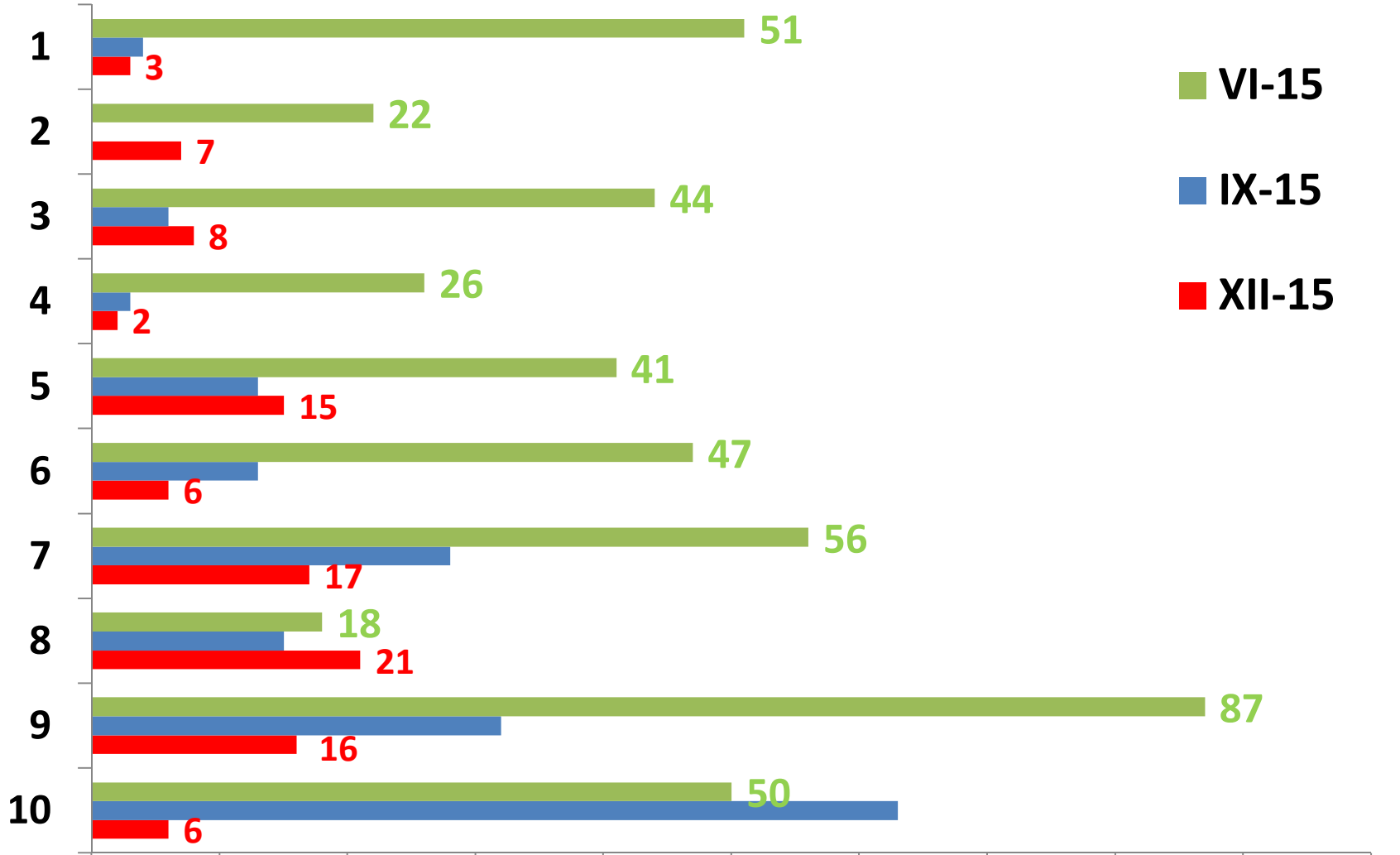
Регион 1

Полипрагмазия в больницах



Регион 1

Комплексный показатель: необоснованная госпитализация + полипрагмазия + причинение необоснованной боли



Регион 1

Программа 18-часового тренинга для врачей

- **Оценка состояния ребенка, принципы сортировки больных (ABCD). Неотложные и приоритетные признаки**
- Принципы оказания неотложной помощи детям
- Дыхательная недостаточность
- Синдром бронхиальной обструкции, пневмонии
- Шок, кома, судороги
- Лихорадка
- Дифференциальная диагностика тяжелой бактериальной инфекции у детей
- Инфекции мочевыводящих путей
- Диарея у детей, ведение пациентов с обезвоживанием
- Боли в животе , дифференциальная диагностика
- Экзантемы у детей
- Анафилаксия и крапивница
- Острый тонзиллит и острый средний отит
- **Клинические разборы**

Обучение практическим навыкам





Ролевые игры для врачей





Перспективы проекта

- Мониторинговый визиты и внешний аудит пилотных больниц каждые 3 мес
- Тренинг персонала (18 часов) не реже 1 раза в 6 мес
- Тренинг практических навыков – для медсестер и врачей каждые 3 мес
- Анализ результатов работы совместно с экспертами ФОМС
- Региональные меры по улучшению качества помощи детям