



Содержание дидактических материалов

СПИСОК ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ.....	2
АННОТИРОВАННАЯ ПРОГРАММА ПОДГОТОВКИ ЭКСПЕРТОВ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	ОШИБКА! ЗАКЛАДКА НЕ ОПРЕДЕЛЕНА.
РАСПИСАНИЕ ЗАНЯТИЙ НА ЦИКЛЕ "ОСНОВЫ ЭКСПЕРТИЗЫ КМП И АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЕГО ОЦЕНКИ.....	4
ЭТАЛОННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К МЕТОДУ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	6
ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	7
ОБУЧЕНИЕ НА ОСНОВЕ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ТЕХНОЛОГИИ ЭКСПЕРТИЗЫ. ПОРЯДОК САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ И ЭКЗАМЕНА... 	10
ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА, ПРИНЦИПЫ ЕЕ ОПИСАНИЯ ФОРМАЛИЗОВАННЫМ ЯЗЫКОМ ЭКСПЕРТИЗЫ.....	14
ФОРМАЛИЗОВАННЫЙ ЯЗЫК ОПИСАНИЯ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК.....	17
НЕГАТИВНЫЕ СЛЕДСТВИЯ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК.....	22
ФОРМАЛИЗОВАННЫЙ ЯЗЫК ОПИСАНИЯ НЕГАТИВНЫХ СЛЕДСТВИЙ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК... 	24
СХЕМА ПРИНЦИПОВ ОБОСНОВАНИЯ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК.....	25
ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА СЛУЧАЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	28
ИНФОРМАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ АТЭ ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОСТОЯНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	32
ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СОВОКУПНОСТИ СЛУЧАЕВ ЕЕ ОКАЗАНИЯ. ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ И ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ.....	35
ЭКСПЕРТНЫЕ ОШИБКИ.....	37
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. СТРУКТУРА ОБОБЩАЮЩИХ ТАБЛИЦ.....	38
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. ПЕРЕЧЕНЬ ТЕМ ДЛЯ ФАКУЛЬТАТИВНЫХ ЗАНЯТИЙ.....	40
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. СЛУЧАЙ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРТИЗЫ ЕЕ КАЧЕСТВА, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АТЭ КМП.....	41
ПРИЛОЖЕНИЕ 4. СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	45
ВАРИАНТЫ СОТРУДНИЧЕСТВА С ООО "ЦЕНТР КАЧЕСТВА И КВАЛИФИКАЦИИ".....	45

Список преподавателей

- | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Чавпецов Виктор Федорович - д.м.н., профессор, зав. кафедрой Организации здравоохранения и управления качеством медицинской помощи Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, уполномоченный МЗ и СР РФ в СЗФО по качеству медицинской помощи, тел. (812) 596-12-96*.</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
2. Михайлов Сергей Михайлович - д.м.н., профессор, зав. кафедрой Организации здравоохранения и управления качеством медицинской помощи Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, генеральный директор ООО «Центр качества и квалификации», тел.: (812) 596-12-96*.
 3. Карачевцева Марина Аркадьевна – д.м.н., профессор кафедры Организации здравоохранения и управления качеством медицинской помощи Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.
 4. Елифанов Михаил Василидович – к.м.н., доцент кафедры Организации здравоохранения и управления качеством медицинской помощи Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.
 5. Воронина Ульяна Викторовна – ассистент кафедры Организации здравоохранения и управления качеством медицинской помощи Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.
 6. Гуринов Петр Викторович – ассистент кафедры Организации здравоохранения и управления качеством медицинской помощи Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.
 7. Замятнин Сергей Алексеевич – к.м.н., ассистент кафедры Организации здравоохранения и управления качеством медицинской помощи Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.
 8. Федотова Валентина Петровна - ассистент кафедры Организации здравоохранения и управления качеством медицинской помощи Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова
 9. Луговой Валерий Васильевич – заведующий отделом Тульского территориального фонда ОМС.
 10. Ильющенко Борис Евгеньевич – главный специалист Тульского территориального фонда ОМС.
 11. Хархардина Валентина Алексеевна – заместитель директора Белгородского филиала ЗАО «МАКС-М».

Общество с ограниченной ответственностью «Центр качества и квалификации
 194358, Санкт-Петербург, ул. Гданьская, д. 10, лит «А», пом 9-Р, (Почтовый адрес, 194354,
 Санкт-Петербург, Учебный пер. д. 5) ИНН 7802099614/ КПП 780201001
 Р/с 40703810519000002517 в Куйбышевском филиале ОАО "Банк Санкт-Петербург" г. Санкт-Петербург, кор/с 30101810900000000790, БИК 044030790. **E-mail:** ckk_expert@mail.ru
Сайт: www.lckk.ru

* - обращаться по вопросам совместной деятельности и подготовки экспертов КМП.

Цикл: "Основы экспертизы качества медицинской помощи и автоматизированная технология его оценки"*

1. Цели.

- 1.1. Систематизировать знания слушателей о проблемах качества медицинской помощи (КМП), методах его оценки и возможностях их использования в практике здравоохранения и медицинского страхования граждан.
- 1.2. Обучить врачей методологии экспертного исследования с применением Автоматизированной технологии экспертизы (АТЭ) качества медицинской помощи.
- 1.3. Отобрать среди слушателей врачей, имеющих перспективы для работы экспертами КМП.
- 1.4. Оценить эффективность преподавания и степень усвоения слушателями данных о КМП и технологии его экспертизы.

2. Состав слушателей: 20 - 25 врачей, имеющих опыт клинической работы не менее 5 лет (четыре-пять групп по 5 человек для приобретения компьютерной грамотности и освоения АТЭ КМП в ходе практических занятий и экспертных разборов).

3. Продолжительность цикла - 108 часов.

4. Заключительный контроль - экзамен с использованием тестирования и собеседования по экзаменационным вопросам. При успешной сдаче экзамена и желании слушателя возможно последующее усовершенствование на циклах подготовки врачей-экспертов КМП по организации экспертизы КМП, экспертной деятельности в сфере ОМС.

5. Перспектива - создание единой системы управления качеством медицинской помощи на территории РФ.

6. Структура учебных занятий:

- 6.1. Лекции - 14 часов;
- 6.2. Практические занятия - 30 часов;
- 6.3. Семинары - 10 часов;
- 6.4. Экзамен - 6 часов.
- 6.5. Самостоятельная работа – 48 часов

7. Методические пособия и монографии:

1. Экспертиза качества медицинской помощи. Теория и практика/ Под ред. Чавпецова В.Ф., Перепеча Н.Б., Милякова В.П.- СПб: Прогресс-погода, 1997.- 320 с.
2. Автоматизированная технология экспертизы качества медицинской помощи и правила ее применения в учреждениях здравоохранения: Пособие для врачей/ Сост. Чавпецов В.Ф., Перепеч Н.Б., Михайлов С.М., Карачевцева М.А., Стожаров В.В., Стволинский И.Ю.- СПб, 1998. - 30 с.
3. Гарантии качества медицинской помощи и их организационно-правовое обеспечение системой обязательного медицинского страхования: Методическое пособие/ Под ред. Чавпецова В.Ф., Гришина В.В., Семенова В.В., Рабец А.М.- М.: Федеральный фонд ОМС, 1998.- 368 с.
4. Порядок организации экспертизы качества медицинской помощи с применением автоматизированной технологии экспертизы и использование ее результатов для ранжирования лечебно-профилактических учреждений в зависимости от состояния качества медицинской помощи: Методические рекомендации/ Под ред. Чавпецова В.Ф., сост.: Карачевцева М.А., Михайлов С.М., Парижский А.Б. - СПб, 2000. - 32 с.
5. Выбор метода вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования на территориальном уровне: Методическое пособие/ Под общ. ред. Таранова А.М., Ступакова И.Н./ Сост.: Цветков А.Н., Михайлов С.М., Карачевцева М.А., Левый Д.О. и др. ФФОМС, 2001.- 92 с.

6. Логика и методология экспертизы качества лечебно-диагностического процесса в отдельном случае оказания помощи: Учебное пособие/Сост.: Карачевцева М.А., Михайлов С.М., Чавпецов В.Ф., Шмерлинг И.Ш., Левый Д.О., Гуринов П.В.- С.Пб: СПб ГМА им. И.И. Мечникова, 2003.- 51 с.
 7. Выбор метода и предварительный отбор специалистов для экспертизы качества медицинской помощи: Методические рекомендации МЗ РФ № 95/255/ Под ред. Алмазова В.А., Чавпецова В.Ф.- СПб, 1996.- 21 с.
 8. Гарантии качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования: Методическое пособие/ Под общ. ред. д.м.н. Перепеча Н.Б., д.м.н. проф. Галкина Р.А., д.м.н. Чавпецова В.Ф.- Тольятти, 1996.- 88 с.
- 8. Программные средства:**
- автоматизированная технология экспертизы качества медицинской помощи;
 - семантика формализованного языка экспертизы КМП.
- 9. Дидактические материалы:** конспекты лекций и графические иллюстрации к ним.

**Расписание занятий на цикле
«Основы экспертизы качества медицинской помощи
и Автоматизированная технология его оценки»**

№ учеб-ного дня	14 ⁰⁰ – 15 ²⁰	15 ³⁰ -16 ⁵⁰	17 ⁰⁰ -18 ²⁰	18 ³⁰ -19 ⁵⁰
1	Открытие цикла. Вступительное слово. Базовое тестирование	Лекция Современные представления о качестве медицинской помощи. Основные подходы и методы его оценки.	Семинар Автоматизированная технология экспертизы как результат интеграции разных методов оценки КМП.	Практическое занятие Врачебный процесс. Врачебные ошибки: понятие, причины и условия их возникновения.
2	Лекция Структура и семантика формализованного языка описания врачебных ошибок и их негативных последствий: используемые понятия и принципы формирования экспертных суждений	Практическое занятие Применение формализованного языка для описания врачебных ошибок и их негативных последствий: использование понятий и принципов формирования экспертных суждений		Лекция Информация о состоянии КМП, получаемая с помощью АТЭ
3	Практическое занятие Основы анализа результатов экспертизы КМП	Лекция Логические основы экспертного анализа. Порядок и содержание экспертного анализа элементов лечебно-диагностического процесса на основе логической структуры доказательства.	Практическое занятие Применение различных алгоритмов экспертного анализа при исследовании КМП	
4	Лекция Принципы и логические основы аргументации экспертных суждений о врачебных ошибках разных этапов врачебного процесса.	Практическое занятие Составление экспертного заключения при проведении экспертизы КМП отдельного случая оказания помощи		Лекция Экспертные ошибки: причины и условия их возникновения

Продолжение расписания занятий

5	Практическое занятие Виды экспертных ошибок, способы их предупреждения и выявления при использовании Автоматизированной технологии экспертизы.	Семинар Выявление экспертных ошибок на различных этапах экспертизы КМП, эффективные методы их предупреждения	
6	Лекция Права, обязанности и ответственность экспертов качества медицинской помощи.	Практическое занятие Порядок работы эксперта качества медицинской помощи. Итоговые документы экспертизы. Гарантии надлежащего КМП и анализ их соблюдения по результатам экспертизы.	
7	Семинар Возможные конфликтные ситуации в деятельности эксперта КМП и пути их решения	Практическое занятие Подготовка итоговых документов ЭКМП. Анализ соблюдения гарантий надлежащего КМП по результатам экспертизы.	
8	Дистанционное обучение Экспертные протоколы		
9	Дистанционное обучение Экспертные протоколы		
10	Дистанционное обучение Экспертные протоколы		
11	Дистанционное обучение Экспертные заключения		
12	Дистанционное обучение Экспертные заключения		
13	Дистанционное обучение Экспертные заключения		
14	Экзамен		

«Врач посредственный более вреден, нежели бесполезен. Больные, оставленные натуре, выздоравливают, а использованные этими врачами - помрут».

М.А. Мудров

«Если суммировать все требования, предъявляемые к врачу, то положение его можно оценить как труднейшее среди существующих профессий».

А.Д. Очкин

Эталонные требования к методу экспертизы качества медицинской помощи

ТРЕБОВАНИЯ:

1. **Отражать суть врачебной деятельности**, т.е. оценивать содержание основных элементов процесса взаимодействия врача и пациента (правильность диагностических мероприятий, постановки диагноза, выбора и проведения лечения, обеспечения преемственности).
2. **Быть доступной для широкого круга врачей**, т.е. методика должна быть понятна врачам, независимо от их специальности, стажа работы и квалификации.
3. **Устанавливать типичные ошибки врачебной деятельности**, т.е. по результатам оценки совокупности случаев выявлять дефекты профессиональной деятельности, характерные для конкретного врача.
4. **Быть пригодной для использования при любых заболеваниях и на любых этапах медицинской помощи**, т.е. методика должна предлагать единый способ выражения мнения эксперта, не зависящий от нозологических форм заболеваний, их осложнений и специфики этапа медицинской помощи.
5. **Устанавливать оптимальность использования реально существующих ресурсов медицинского учреждения и/или подразделения**, т.е. регистрировать как недостаточное использование, так и перерасход реально существующих кадровых, лечебных, диагностических и финансовых ресурсов медицинского учреждения и/или его подразделения.
6. **Использоваться независимо от изменений элементов технологии оказания медицинской помощи**, т.е. методика должна быть пригодной к применению как при появлении новых методов диагностики и лечения, так и при отказе от них вследствие прогресса медицинской науки.
7. **Минимизировать субъективизм оценки качества медицинской помощи и регистрации данных экспертизы**, т.е. результаты анализа должны представлять собой однозначный, подробный и понятный для любого врача протокол экспертизы и предоставлять возможность воспроизведения последовательности и содержания процесса экспертизы.
8. **Предоставлять возможность количественной оценки качества медицинской помощи**, т.е. предоставлять возможность описывать (отражать) цифрами качество (содержание) работы врача.
9. **Оценивать действия врача, направленные на устранение ошибок предшествующей медицинской помощи**, т.е. предоставлять данные о результатах исправления врачебных ошибок, допущенных на предшествующем этапе (предыдущим врачом).
10. **Быть доступным для понимания широким кругом потребителей медицинской помощи**, т.е. результат экспертизы должен быть понятным после разъяснения содержания гарантий КМП потребителю медицинской помощи и/или его доверенному лицу.
11. **Предоставлять возможность формализованного обоснования любой врачебной ошибки**, т.е. предоставлять возможность описания с помощью формализованного (унифицированного) экспертного языка всех возможных ошибочных действий врача и их последствий.
12. **Не быть антагонистичным ни одному из используемых методов оценки КМП**, т.е. использование данного метода не должно препятствовать использованию иных методов оценки КМП.
13. **Предоставлять возможность воспроизведения экспертного процесса**, т.е. метод должен позволять одному эксперту воспроизводить логику рассуждений другого эксперта.

Метод – система правил и принципов подхода к изучению явлений и закономерностей; способ достижения определенных результатов.

Проблемы качества медицинской помощи в условиях современной реформы здравоохранения¹

1. Актуальность проблем качества медицинской помощи в условиях социальной реформы здравоохранения

Экспертиза качества медицинской помощи (КМП) является способом исследования, который имеет широкую сферу применения во всех областях деятельности, когда для оценки свойств, качеств, состояния, взаимосвязей исследуемого объекта (явления, процесса) с целью решения конкретных прикладных задач и принятия решений требуется профессиональная оценка специалиста. В соответствии с Федеральным Законом РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» (далее – ФЗ № 323) экспертиза КМП включена в состав медицинских экспертиз (Ст. 58, Ст. 64) и отнесена к категории медицинской деятельности (Ч. 10 Ст. 2), в соответствии с Федеральным Законом РФ от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – ФЗ № 326) экспертиза КМП является одним из способов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования (ОМС) (Ст. 40), элементом обеспечения и защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС (п. 8 Ч.7 Ст. 34). В рамках общей стратегии модернизации отечественного здравоохранения экспертиза КМП становится одним из способов информационного обеспечения систем управления КМП.

Порядок организации и проведения экспертизы КМП, включая основания для проведения экспертизы КМП, виды экспертиз, цели и задачи, требования к исполнителям четко определены нормативными документами, тогда как методологические аспекты экспертного анализа ошибок врачебного процесса не являются предметом нормативного регулирования. Несмотря на то, что базовую основу оценки КМП составляют стандарты медицинской помощи, экспертиза КМП, в соответствии с ФЗ № 323, не является аналогом проверок соблюдения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, выполняемых в рамках государственного и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности. В связи с этим, методология экспертизы КМП, как научно-обоснованная система познавательных средств, методов, способов выполнения экспертного исследования КМП, требует специального изучения.

Поиск оптимальных путей решения осуществляется многими научно-исследовательскими организациями, в том числе, кафедрой Организации здравоохранения и управления качеством медицинской помощи Северо-западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова совместно с ООО «Центр качества и квалификации», г. Санкт-Петербург (далее – Центр), сотрудниками которого разработан новый метод исследования КМП - автоматизированная технология экспертизы (АТЭ) и сопровождающая его система знаний. Основными направлениями исследований сотрудников Центра являются теоретические разработки проблем КМП, научное обоснование информационных возможностей АТЭ для управления КМП, методологическая работа по созданию и внедрению программ обеспечения КМП на уровне регионов РФ, отдельных лечебных учреждений здравоохранения и ОМС.

¹ Чавпецов В.Ф., Карачевцева М.А., Михайлов С.М., Перепеч Н.Б. Современные проблемы качества и пути их решения в здравоохранении РФ// Вестн. ОМС. - 1999. - № 3.- С. 33-39.

Чавпецов И.В., Михайлов С.М., Карачевцева М.А., Перепеч Н.Б. Гарантии медицинской помощи надлежащего качества и их роль в обеспечении конституционного права на охрану здоровья: Материалы международной научно-практической конференции 16-17 февраля 1999 г, г. Москва/ Под общ. ред. А.М. Таранова, И.М. Шеймана. - М: ИКАР, 1999.- С. 124-134.

Чавпецов В.Ф., Карачевцева М.А., Михайлов С.М. Современные проблемы управления медицинской помощью и возможные пути их решения с применением автоматизированной технологии экспертизы качества медицинской помощи// Обеспечение качества медицинской помощи. Проблемы и перспективы их решения: Сб. докл. IV межрегиональной Научно-практической конференции (г. Белгород, 1-2 декабря 1999 г.)/ Под ред. Таранова А.М., Здровцова Г.И.- Белгород 2000.- С. 49-56.

2. Качество медицинской помощи как объект исследования и управления

Классическими направлениями оценки КМП, широко применяемыми в практике, являются три подхода, предложенные А. Donabedian, – исследование структуры, результата и процесса оказания медицинской помощи, каждый из которых имеет свое место и предназначение в анализе КМП. Структура медицинской помощи (материально-технические возможности, кадровый состав и др.) характеризует условия ее оказания, однако не является гарантией надлежащего состояния КМП. Результат медицинской помощи зависит как от качества процесса, который во многом его предопределяет, так и от факторов, не связанных с работой врача при оказании помощи конкретному больному (тяжесть состояния, возраст и др.). Исследование структуры и результатов медицинской помощи должно предшествовать изучению качества ее процесса, при этом неудовлетворительные результаты лечения должны являться основанием для его детального изучения. Процессный подход является наиболее сложным, но и наиболее перспективным для улучшения КМП, поскольку отвечает главному требованию при управлении любой системой выделять для анализа и воздействия основной (базовый) процесс.

При определении критериев КМП сотрудниками Центра были использованы рекомендации Рабочей группы по обеспечению качества Европейского Регионального бюро ВОЗ (1983 г.),

- Каждый пациент должен получить такой комплекс диагностической и терапевтической помощи, который привел бы к оптимальным для здоровья этого пациента результатам в соответствии с уровнем медицинской науки и такими биологическими факторами, как его возраст, заболевание, сопутствующий диагноз, реакция на выбранное лечение и др.
- При этом для достижения такого результата должны быть привлечены минимальные средства.
- Риск дополнительного травмирования или нетрудоспособности в результате лечения должен быть минимальным.
- Пациент должен получить максимальное удовлетворение от процесса оказываемой помощи, максимальными должны быть и взаимодействие пациента с системой медицинской помощи, а также полученные результаты

КМП (операциональное определение) – это свойство процесса оказания медицинской помощи, определяемое состоянием его существенных признаков:

- риском прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса;
- выполнением медицинских технологий;
- оптимальностью использования ресурсов здравоохранения;
- удовлетворенностью потребителей медицинской помощи.

ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан», ст.2

Качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата

Основным управляемым процессом, присущим любому виду медицинской помощи, является лечебно-диагностический или врачебный процесс, включающий четыре обязательных этапа: сбор информации о пациенте и его заболевании, установление диагноза, выбор и проведение лечения, обеспечение преемственности. Несмотря на то, что все процессы, происходящие в лечебном учреждении (комплексы видов деятельности врачей, администрации, медицинских сестер, технического и обслуживающего персонала и др.), сказываются на его реализации, именно врачебный процесс можно рассматривать как базовый в системе медицинской помощи, поэтому воздействие на него представляется наиболее перспективным для управления КМП. Учитывая это обстоятельство, определение КМП должно соответствовать определению качества процесса врачебной помощи:

Качество врачебной помощи, как объект исследования и управления, представляет собой свойство процесса взаимодействия врача и пациента, обусловленное способностью профессионала выполнять медицинские технологии, снижать риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворенность потребителей при их взаимодействии с медицинской системой.

Данное определение явилось основой для разработки терминологического и критериального аппаратов КМП, включающего логически согласованные определения ВО, надлежащего и ненадлежащего КМП, улучшения и ухудшения КМП, эксперта, экспертизы КМП и др.

3. Характеристика автоматизированной технологии экспертизы как метода, интегрирующего разные подходы к оценке качества процесса медицинской помощи²

В практике отечественного и зарубежного здравоохранения применяется целый ряд методов оценки качества процесса медицинской помощи с использованием разных подходов, среди которых можно выделить основные:

- экспертный анализ качества процесса медицинской помощи без применения технологии;
- оценка качества процесса медицинской помощи по критериям, включая перечни критериев для отдельных заболеваний, индикаторы качества, оценку на основе Guidelines;
- непосредственная количественная оценка на основе методики интегрированной оценки качества (МИОК); оценки по уровню качества лечения (УКЛ); уровню качества диагностики и лечения (УКДЛ), их различных модификаций;
- методики оценки, построенные на основе алгоритмов анализа для отдельных нозологий;
- методики, построенные на формализованном описании мнений экспертов о ВО;
- Автоматизированная технология экспертизы, как результат интеграции разных подходов.

Первая версия АТЭ была создана в 1991 г. Свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ («АТЭ КМП») № 960494 было получено 21.11.96. АТЭ сертифицирована для применения в учреждениях здравоохранения МЗ РФ (Свидетельство № 008 от 08.04.99).

АТЭ представляет собой комплекс, состоящий из программных средств, формализованного языка экспертизы и его семантического словаря, системы знаний о КМП. В основе АТЭ лежит модель врачебного процесса, соответственно которой эксперт КМП анализирует правильность выполнения этапов сбора информации, диагноза, лечения и обеспечения преемственности, на каждом из которых могут быть допущены врачебные ошибки (ВО). Результатом работы эксперта является формируемый с использованием компьютерной программы экспертный протокол, содержащий описание формализованным языком экспертизы выявленных ВО и их негативных следствий для состояния компонентов КМП, т.е. обоснование мнения эксперта относительно каждой из них. Экспертный протокол отражает ход логических рассуждений эксперта и причины, по которым то или иное неправильное действие (бездействие) врача расценивается как ВО. Таким образом обеспечивается прозрачный механизм оценки КМП. Наличие формализованного языка экспертизы, его семантического словаря и программных средств исключает неоднозначное толкование мнения эксперта, обеспечивает воспроизводимость и сопоставимость содержания экспертных протоколов. Наличие в формализованном языке экспертизы как постоянной, так и сменной (формируемой экспертами) частей позволяет использовать технологию вне зависимости от этапа медицинской помощи, врачебной специальности и изменения медицинских технологий. Данные, содержащиеся в экспертных протоколах, становятся основой для расчета всех количественных характеристик и показателей состояния КМП по массиву случаев.

² Чавпецов В.Ф. Экспертиза качества медицинской помощи с применением автоматизированной технологии – результаты и перспективы развития// НИИ кардиологии МЗ РФ – 20 лет: Сб. научн. трудов/ Под ред. В.А. Алмазова и Н.Б. Перепеча.- С.-Петербург, 2000.- С. 108 – 118.

Михайлов С.М., Чавпецов В.Ф., Перепеч Н.Б., Карачевцева М.А. Автоматизированная технология экспертизы качества медицинской помощи и результаты ее применения//Развитие через качество – теория и практика: Сборник докладов V междунар. Конф. - Тольятти: изд-во Фонда «Развитие через образование», 2001.- С. 291-296.

4. Применение автоматизированной технологии экспертизы для решения задач системы здравоохранения и обязательного медицинского страхования³

АТЭ, как информационная технология, может использоваться для решения практически всех задач, стоящих перед учреждениями здравоохранения и ОМС в сфере контроля, управления КМП и обеспечения гарантий надлежащего КМП населению. Информационные возможности АТЭ могут быть полностью реализованы только при условии правильной организации экспертизы отдельного случая оказания помощи и совокупности случаев в соответствии с разработанными методическими подходами. С результатами практического использования АТЭ можно ознакомиться на примере деятельности учреждений здравоохранения и ОМС г. Санкт-Петербурга, Архангельской, Белгородской, Вологодской, Московской, Тульской, Псковской областей, Ставропольского края, а также некоммерческого партнерства «Центр экспертизы обеспечения прав пациентов и врачей» г. Тольятти Самарской области.

Обучение на основе Автоматизированной технологии экспертизы⁴. Порядок самостоятельной подготовки ситуационных задач для обучения и экзамена

АТЭ, как обучающая технология, может применяться для повышения квалификации врачей и экспертов. Обучение может проводиться с применением сборников ситуационных задач по разным специальностям на основе АТЭ; либо путем самостоятельного составления ситуационных задач слушателями. Методика преподавания включает элементы проблемного, общающего и программного обучения. Обучение на основе АТЭ направлено на приобретение специальных знаний о КМП, развитие и совершенствование логики врачебного и экспертного мышления, пополнение знаний по клинической специальности.

Ситуационная задача представляет собой описание случая оказания медицинской помощи ненадлежащего качества, т.е. случая, в котором были допущены врачебные ошибки на разных этапах врачебного процесса: при сборе информации о пациенте и его заболевании, установлении диагноза, назначении лечения, обеспечении преемственности. Ситуационная задача составляется по основной клинической специальности слушателя цикла. За основу задачи, как правило, берутся реальные случаи судебных исков, жалоб пациентов, клинических и клинико-анатомических разборов, типичных ошибок при оказании помощи определенным группам больных. Вне зависимости от вида нозологии, ситуационные задачи включают единые элементы сценария (представлены ниже) и строятся на основании типичных моделей, соответствующих возможным вариантам комплексов логически связанных врачебных ошибок.

1. Порядок составления ситуационной задачи:

- 1.1. Выбрать этап оказания помощи (скорая медицинская помощь, стационар, поликлиника, диспансер и т.д.) и конкретизировать нозологию

³ Управление качеством медицинской помощи: Сб. науч.-практ. Работ к засед. Координационного Совета по здравоохранению в СЗФО/ Под ред. А.В. Шаброва, В.Ф. Чавпецова.- СПб, 2001.- 175 с.

Опыт применения автоматизированной технологии экспертизы качества медицинской помощи в отдельных регионах Российской Федерации: Сб. докл. Межрегионального рабочего совещания (г. Белгород, 14-15 мая 1998 г.)/ Под ред. Г.И. Здоровцова, Ю.И. Афанасьева.- Белгород: Изд. Белгородского гос. Университета, 1998.- 99 с.

Опыт работы лечебно-профилактических учреждений г. Тольятти Самарской области по обеспечению качества медицинской помощи и возможности его применения некоторыми территориями Российской Федерации: Материалы межрегионального рабочего совещания/ Под ред. Р.А. Галкина, В.Ю. Семенова, В.Ф. Чавпецова.- Тольятти, 1998.- 92 с.

Михайлов С.М., Чавпецов В.Ф., Перепеч Н.Б., Куликова М.А. Автоматизированная технология экспертизы качества медицинской помощи и результаты ее применения// Сб. докл. II Международной конференции "Тотальное управление качеством –инструмент выхода из кризиса".- Тольятти, 1998.- С. 42-50.

⁴ Карачевцева М.А., Перепеч Н.Б., Чавпецов В.Ф., Михайлов С.М. Повышение квалификации врачей с применением экспертизы качества медицинской помощи// Клин. Мед.- 1998.- № 12.- С. 64-67.

Карачевцева М.А., Михайлов С.М., Чавпецов В.Ф. Разработка метода активного обучения врачей с использованием результатов экспертизы качества медицинской помощи// Профилактика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний: Тез. Докл. Научно-практич. Конференции 24-26 мая 2000 / Под ред. В.А. Алмазова - Санкт-Петербург, 2000.- С. 188-189.

- 1.2. Определить основные проблемы, которые будут рассматриваться в задаче и представить ее общую модель
- 1.3. Составить текст ситуационной задачи в соответствии со сценарием
- 1.4. Представить краткое описание врачебных ошибок и их негативных последствий
- 1.5. На практическом занятии с применением АТЭ составить экспертный протокол, включающий описание и обоснование врачебных ошибок

2. Элементы сценария ситуационной задачи

- 2.1. Предисловие.
- 2.2. Жалобы.
- 2.3. Анамнез болезни.
- 2.4. Анамнез жизни.
- 2.5. Объективные данные.
- 2.6. Данные лабораторных и инструментальных исследований, заключения специалистов.
- 2.7. Диагноз.
- 2.8. Назначенное или проведенное лечение.
- 2.9. Принятое тактическое решение.
- 2.10. Послесловие.

Указанные элементы сценария включают как правильные, так и неправильные действия врача при оказании помощи больному. Некоторые элементы могут отсутствовать в конкретной ситуации в силу специфики этапа оказания помощи (например, лабораторная диагностика на этапе скорой медицинской помощи), либо как проявление врачебных ошибок (отсутствие лабораторной диагностики при остром инфаркте миокарда в стационаре). В случае, когда помощь пациенту последовательно оказывается на нескольких этапах, например, скорой медицинской помощи, стационара и поликлиники, **при составлении задачи следует выбрать один этап**, а краткое описание медицинской помощи на других этапах привести в предисловии или послесловии. Данное условие определяется тем, что в реальной экспертной практике при многоэтапной медицинской помощи экспертный протокол составляется по каждому из этапов отдельно. При моделировании врачебных ошибок в ситуационной задаче необходимо исходить из **заявленных лечебно-диагностических возможностей** выбранного этапа медицинской помощи и/или лечебного учреждения. Описывая элементы врачебного процесса, в ситуационной задаче следует **избегать возможности неоднозначного толкования действий и умозаключений врача**. Описательная часть правильных действий и умозаключений врача должна быть выражена в соответствии с **общепринятыми формулировками и терминологией**. В противном случае, неверные формулировки диагноза или описания результатов исследований должны расцениваться как ошибочные.

3. Пример составления ситуационной задачи:

3.1. Этап оказания помощи и нозология

Кардиологическое отделение городского стационара, острый инфаркт миокарда

3.2. Основные проблемы, рассматриваемые в задаче и ее общая модель

Из-за несвоевременного проведения ЭКГ-исследования диагноз острого инфаркта миокарда у пациента с нестабильной стенокардией был установлен с опозданием, что послужило причиной несвоевременного назначения лечения и несвоевременного перевода пациента в палату интенсивной терапии.

3.3. Текст ситуационной задачи:

Мужчина 50 лет находился на лечении в кардиологическом отделении городского стационара по поводу нестабильной стенокардии. Поступил 14.10.99 с жалобами на боли давящего характера за грудиной с иррадиацией в левую руку, возникающие при подъеме на I этаж, а также в покое, ночью.

Анамнез болезни: страдает стенокардией напряжения II функционального класса в течение года. Год назад – лечение в стационаре, где была рекомендована терапия нитратами. В дальнейшем наблюдался у врача поликлиники. Ухудшение состояния отмечает в течение

последних 2-х недель: если раньше приступы стенокардии напряжения появлялись при подъеме на 3 этаж, то в течение 2-х недель до госпитализации ангинозные боли начали развиваться при подъеме на 1 этаж, появились ангинозные боли в покое, ночью; количество употребляемого нитроглицерина выросло с 2 до 15 таблеток в день. Постоянно принимает 3-4 таблетки нитросорбида в день. Повышения АД в анамнезе не было.

Анамнез жизни: Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, грипп. Работа связана с физическими нагрузками. У отца было 2 острых инфаркта миокарда. Аллергологический и эпидемиологический анамнез без особенностей.

Физикальные данные: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски. Пульс 84 уд. в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. АД 130/80 мм рт ст. Перкуторно границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Периферических отеков нет.

Лабораторные данные: клинические анализы крови, мочи – без особенностей. Общий холестерин – 7,9 ммоль/л.

Инструментальные исследования: ЭКГ от 14.10.99. Ритм синусовый, ЧСС 84 в 1 мин., депрессия сегмента ST до 1,5 мм и (-) T в отведениях V2-V4.

Клинический диагноз: ИБС. Нестабильная стенокардия: прогрессирующая стенокардия напряжения с 1.10.99.

Лечение: Режим палатный. Гепарин п/к 5 тыс. ед. 3 раза в день, нитросорбид 20 мг 4 раза, метопролол 50 мг 2 раза в день.

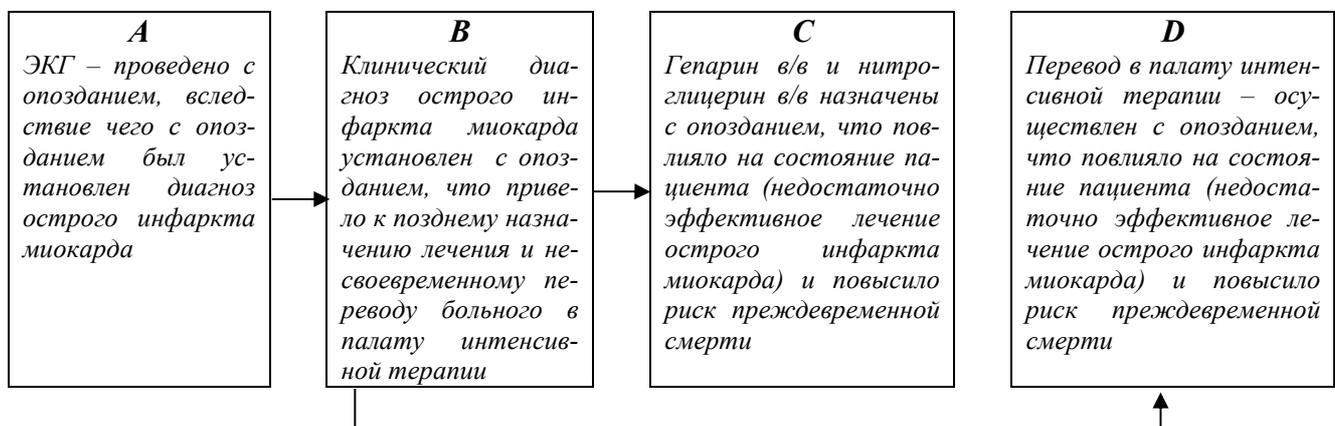
В период с 14 по 16.10.99 состояние пациента на фоне ограничения физических нагрузок и проводимого лечения улучшилось: ангинозные боли сохранялись, однако частота их уменьшилась.

16.10.99 в 23.00 вызов в палату дежурного врача. **Жалобы** на интенсивные загрудинные боли, не купирующиеся после приема нитроглицерина. Возникновение болей пациент связывал с нарушением режима: поднимался на другой этаж, чтобы позвонить домой. При осмотре пульс 90 в 1 мин., АД 130/90 мм рт ст. Дежурным врачом проведена беседа с больным по поводу необходимости соблюдения режима, введен баралгин 10,0 в/в, реланиум 1,0 в/в, на 17.10.99 назначено плановое проведение ЭКГ.

17.10.99 в 9ч. 30 мин. снята ЭКГ, на которой обнаружен текущий острый инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка. Пациент срочно переведен в палату интенсивной терапии, где начато введение гепарина в/в, нитроглицерина в/в, увеличена доза нитратов.

8.11.99 пациент выписан на амбулаторное лечение с **диагнозом:** ИБС Острый проникающий инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка от 16.10.99.

3.4. Краткое описание ошибок и их последствий:



В ходе практического занятия составляется экспертный протокол с описанием и обоснованием врачебных ошибок, а также обсуждается экспертное заключение по случаю оказания помощи.

"Плохой учитель преподносит истину, хороший - учит ее находить"

А.Дистервег

"Врача, который не заглядывает в книгу, следует остерегаться больше болезни"

Т. Келановски

"Тот, кто щадит плохих, причиняет вред хорошим"

Английская пословица

Врачебная ошибка, принципы ее описания формализованным языком экспертизы

1. Представление о врачебных ошибках

Длительное время нарушение врачебного процесса носило название врачебной ошибки. Этот термин был принят в профессиональной среде для обозначения нарушений врачебного процесса, произошедших по различным причинам. Термин «врачебная ошибка» существовал лишь в профессиональной медицинской среде и не мог однозначно восприниматься как нарушение врачебного процесса ввиду виновности врача.

В федеральных законах «Об обязательном медицинском страховании в РФ» и «Об основах охраны здоровья граждан» наряду с термином «врачебная ошибка» также встречаются «дефекты врачебного процесса», «нарушения врачебного процесса», при этом четких признаков каждого из этих явлений нет. Обращает внимание форма записи в тексте нормативных актов - эти понятия часто указываются как синонимы. Таким образом, в настоящий момент термины «врачебная ошибка», «дефект оказания помощи», «нарушение врачебного процесса» можно считать синонимами.

Врачебная ошибка (нарушение, дефект врачебного процесса) - это неправильное действие (бездействие) врача, которое способствовало или могло способствовать нарушению выполнения медицинских технологий, увеличению или неснижению риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, возникновения нового патологического процесса, неоптимальному использованию ресурсов медицины и неудовлетворенности потребителей медицинской помощи.

Врачебные ошибки (дефекты, нарушения) могут носить случайный или систематический характер.

Случайные ошибки отдельного врача могут быть связаны с усталостью, плохим самочувствием врача, невнимательностью, небрежностью, фактором пациента и другими многочисленными случайными неучтенными факторами. О наличии случайных ошибок говорят, когда при анализе результатов экспертизы КМП обнаруживаются случайные, немногочисленные ошибки. При этом вариация показателей КМП случайная, что находит отражение в незначительном отклонении показателей КМП и отсутствии значимых различий показателей КМП у врачей внутри группы

Систематические ошибки отдельного врача могут быть связаны с недостаточным уровнем теоретических знаний, неправильное клиническим мышлением, неудовлетворительной организацией работы и невнимательность при оформлении документации. Характерной чертой систематических ошибок является выявление повторяющихся, типичных ошибок на одном и том же этапе оказания помощи, при одних и тех же заболеваниях. При анализе результатов экспертизы выявляются существенные различия показателей КМП у врачей внутри группы

Для эффективного управления качеством медицинской помощи необходимо понимать, что от врача зависят не все аспекты лечебного процесса, и дефекты врачебного процесса могут развиваться как в силу объективных причин (недостаточные возможности медицинской науки в целом, отсутствие необходимого материально – технического ресурса, нетипичность клинической картины, кратковременность пребывания и крайняя тяжесть состояния больного, что ограничивало возможности диагностики и лечения), так и в силу субъективных (недостаточная теоретическая подготовка врача, отсутствие необходимых навыков диагностики и лечения, неудовлетворительное логическое мышление, не позволяющее сделать правильный вывод из имеющейся информации). Задачей же управления КМП является выявить проблему, с которой связано появление нарушения врачебного процесса, имевшего негативные следствия на компоненты КМП. Поэтому при проведении экспертизы КМП и изучении причинно-следственных связей дефектов нарушения врачебного процесса необходимо отделить нарушения лечебно-диагностического процесса, связанные с организацией работы, оснащением, и другими факторами, не зависящими от лечащего врача, и ошибки, вызванные дефектами профессиональной

квалификации. Как правило, в настоящий момент, именно ошибки при лечении больного, связанные с недостаточной квалификацией врача, называют «врачебными ошибками», остальные, связанные с любыми иными факторами, можно называть «дефектами» или «нарушениями» врачебного (лечебно-диагностического) процесса.

К действиям врача относятся принятие решений на этапах врачебного процесса и их практическая реализация: расспрос и обследование пациента, установление диагноза и его формулировка, назначение и проведение лечения, решения о госпитализации, выписке, транспортировке больного и т.д.

Для того чтобы расценить какое-либо действие (бездействие) врача как врачебную ошибку необходимы следующие условия:

1. Действие (бездействие) врача в конкретном случае является объективно неправильным. Это условие означает, что оно:
 - противоречит логике выполнения врачебного процесса и не соответствует общепризнанным положениям (правилам) медицины;
 - является предотвратимым, то есть врач располагал реальными возможностями для осуществления правильного действия;
2. Неправильное действие (бездействие) реально оказало или с высокой степенью вероятности могло оказать негативное влияние на состояние компонентов КМП.

Каждое из перечисленных условий является необходимым, а все вместе - достаточными для того, чтобы расценить действие (бездействие) врача как врачебную ошибку.

Существует множество объективных факторов, способных оказать влияние на результаты лечения пациентов и создающих условия для возникновения ошибок диагностики и/или лечения, не связанных с профессионализмом конкретных врачей:

1. Несовершенство современной медицинской науки, методов диагностики и лечения.
2. Особенности больного и его заболевания: невозможность контакта с пациентом; асимптомное или малосимптомное течение заболевания; тяжесть состояния больного и др.
3. Недостаточное материально-техническое обеспечение врачебного процесса (диагностическая и лечебная аппаратура, наличие специалистов, консультантов, обеспеченность койками и др.).

Изучение и преодоление первых двух групп причин неудовлетворительных результатов лечения обеспечивается научными исследованиями в области медицины, многоцентровыми клиническими испытаниями, а также в ходе клинических и клинико-анатомических разборов и др. Последняя группа факторов является объектом структурного анализа медицинской помощи, который обязательно предшествует экспертизе КМП. В условиях обязательного лицензирования учреждений здравоохранения наличие лицензии означает, что ЛПУ обладает если не оптимальным, то минимально необходимым для оказания качественной помощи объемом ресурсов, заранее известным пациентам и страховым медицинским организациям. Результаты экспертизы КМП, ориентированной на заявленное материально-техническое обеспечение процесса медицинской помощи, позволяют установить типичные ВО, возникающие вследствие неоптимального использования имеющихся ресурсов и предложить способы их устранения ориентированные на внутренние резервы ЛПУ.

2. Регистрация врачебных ошибок формализованным языком экспертизы

Регистрация мнения эксперта о ВО осуществляется с применением программных средств АТЭ и формализованного языка экспертизы. Формализованный язык представляет собой подмножество естественного языка, состоящее из набора фраз: **субъектов** и **предикатов**, посредством комбинации которых пользователь формирует нужные **суждения**. Резидентная (постоянная) часть формализованного языка включает общие для всех экспертных задач термины, сменная часть формируется пользователями АТЭ из наименований объектов, специфичных для конкретного экспертного процесса (наименования групп экспертиз, медицинских подразделений, симптомов заболевания, исследований, лекарственных препаратов и т.д.). Все субъекты и предикаты постоянной части формализованного языка обеспечены специально раз-

работанным семантическим (смысловым) словарем, исключающим произвольное толкование высказываний эксперта при исследовании КМП и обеспечивающим снижение субъективизма оценки КМП.

Варианты описания формализованным языком ошибок сбора информации, диагноза, лечения и преемственности представлены на схемах (стр. 17 – 21).

Кто чувствует в себе силу сделать лучше, тот не испытывает страха перед признанием своей ошибки"

Т. Бильрот.

"Лишь чужими глазами можно видеть свои недостатки".

Китайская пословица

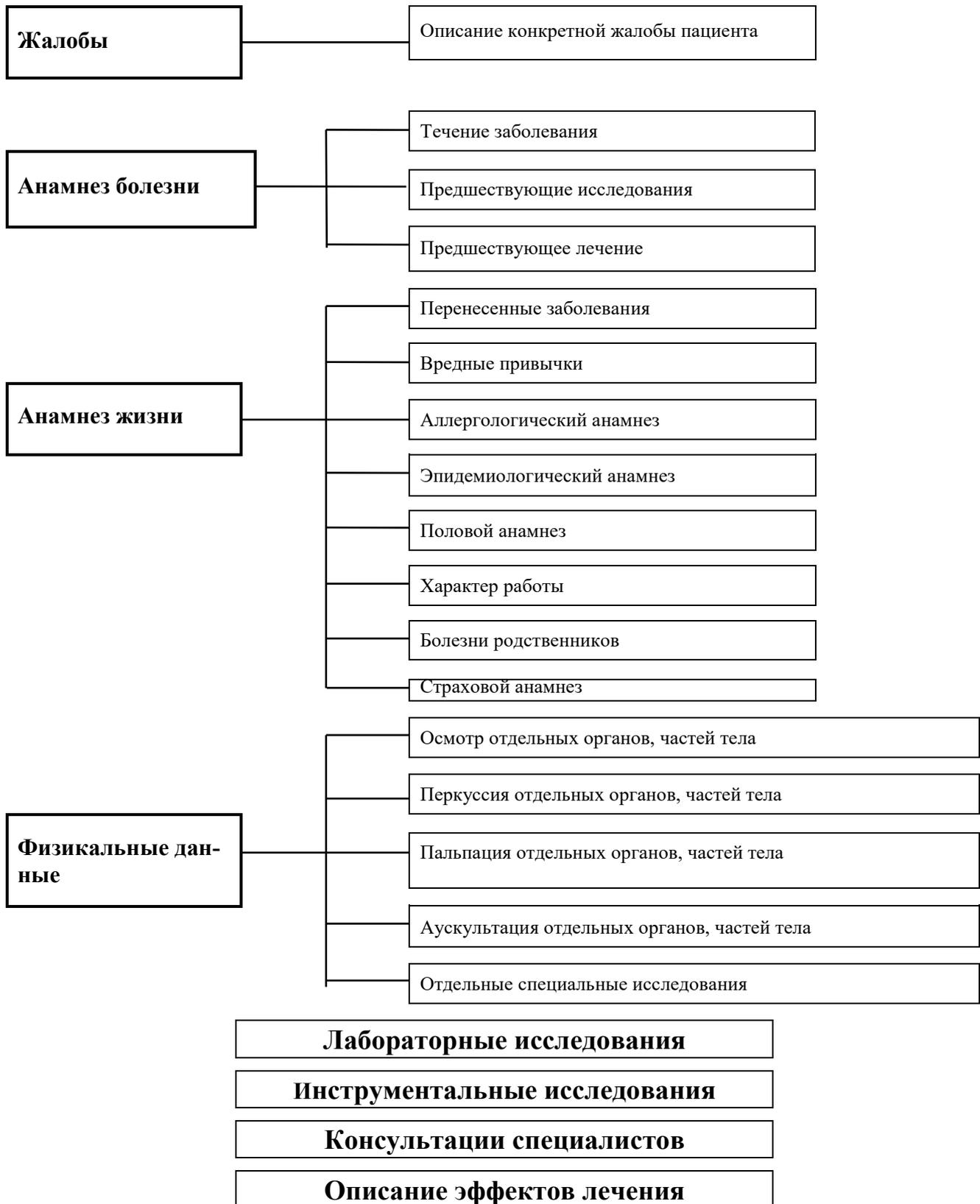
"Ошибки являются только ошибками, когда у тебя хватает мужества их обнародовать, но они становятся преступлениями, когда гордыня побуждает тебя их скрыть"

Жан-Луи Пти.

"Лишь одним дуракам даровано умение говорить правду, никого не оскорбляя".

Эразм Роттердамский

Формализованный язык описания врачебных ошибок
Описание ошибок сбора информации о пациенте (субъекты суждений)
Непосредственные исследования



Ошибки расспроса (предикаты суждений)

Жалобы, анамнез болезни, анамнез жизни

Описание отсутствует

Описание неполно

Собрано несвоевременно

Ошибки физикальных, лабораторных, инструментальных исследований, консультаций специалистов (предикаты суждений)

Замечания по выбору

Не проведено, хотя необходимо

Проведено излишне (бесцельно)

Замечания по проведению

Проведено неполно

Замечания по методике проведения

Замечания по частоте проведения

Замечания по описанию

Замечания по содержанию

Замечания по терминологии

Замечания по времени проведения

Проведено преждевременно

Проведено с опозданием

Описание эффектов лечения

Замечания по описанию

Описание отсутствует

Замечания по содержанию

Замечания по терминологии

Замечания по времени

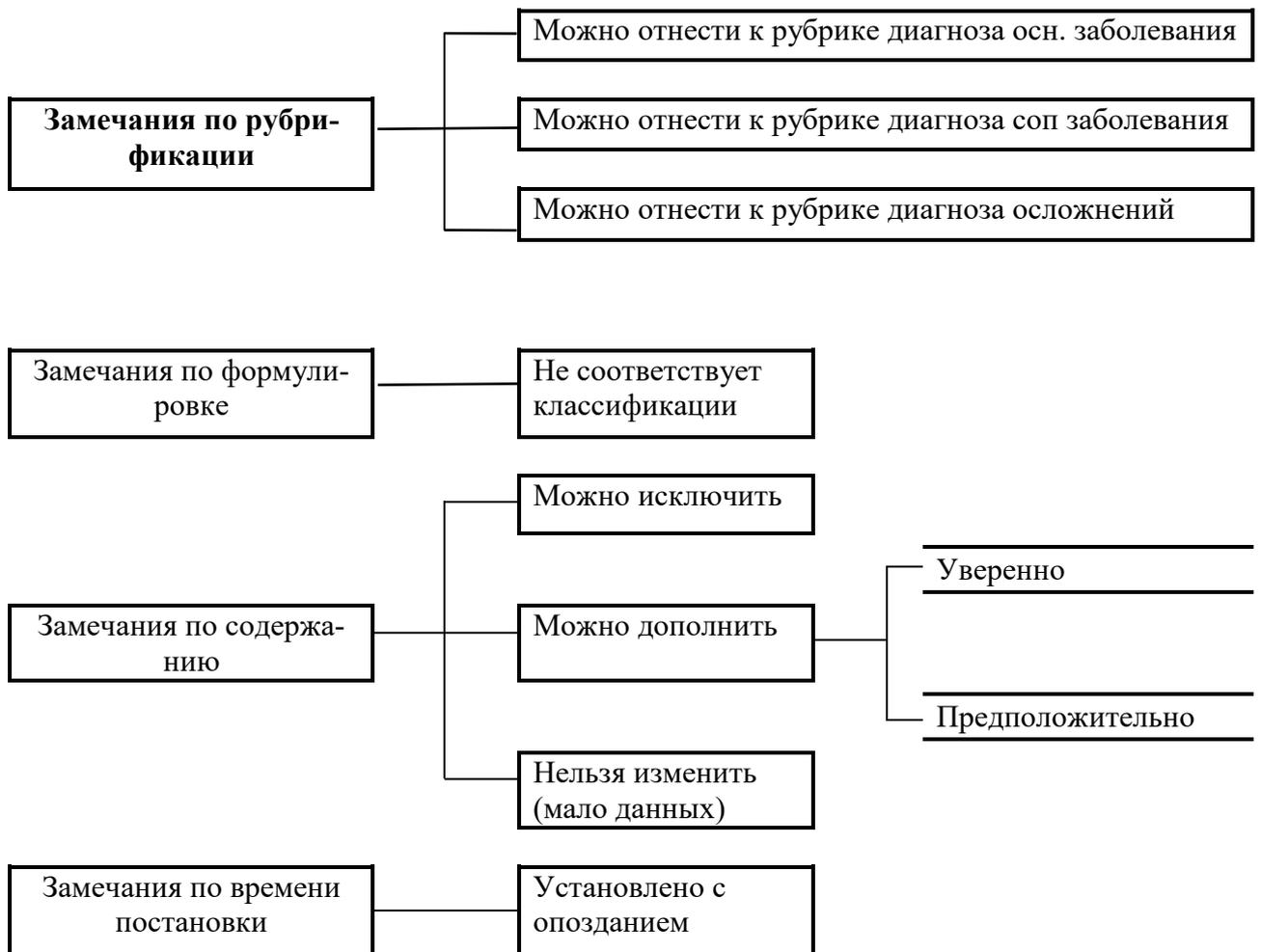
Собрано преждевременно

Собрано с опозданием

Описание ошибок этапа постановки диагноза (субъекты суждений)



Ошибки постановки диагноза (предикаты суждений)



Описание ошибок лечения (субъекты суждений)



Описание ошибок лечения (предикаты суждений)

Отдельные средства /методы/



Сочетания средств /методов/

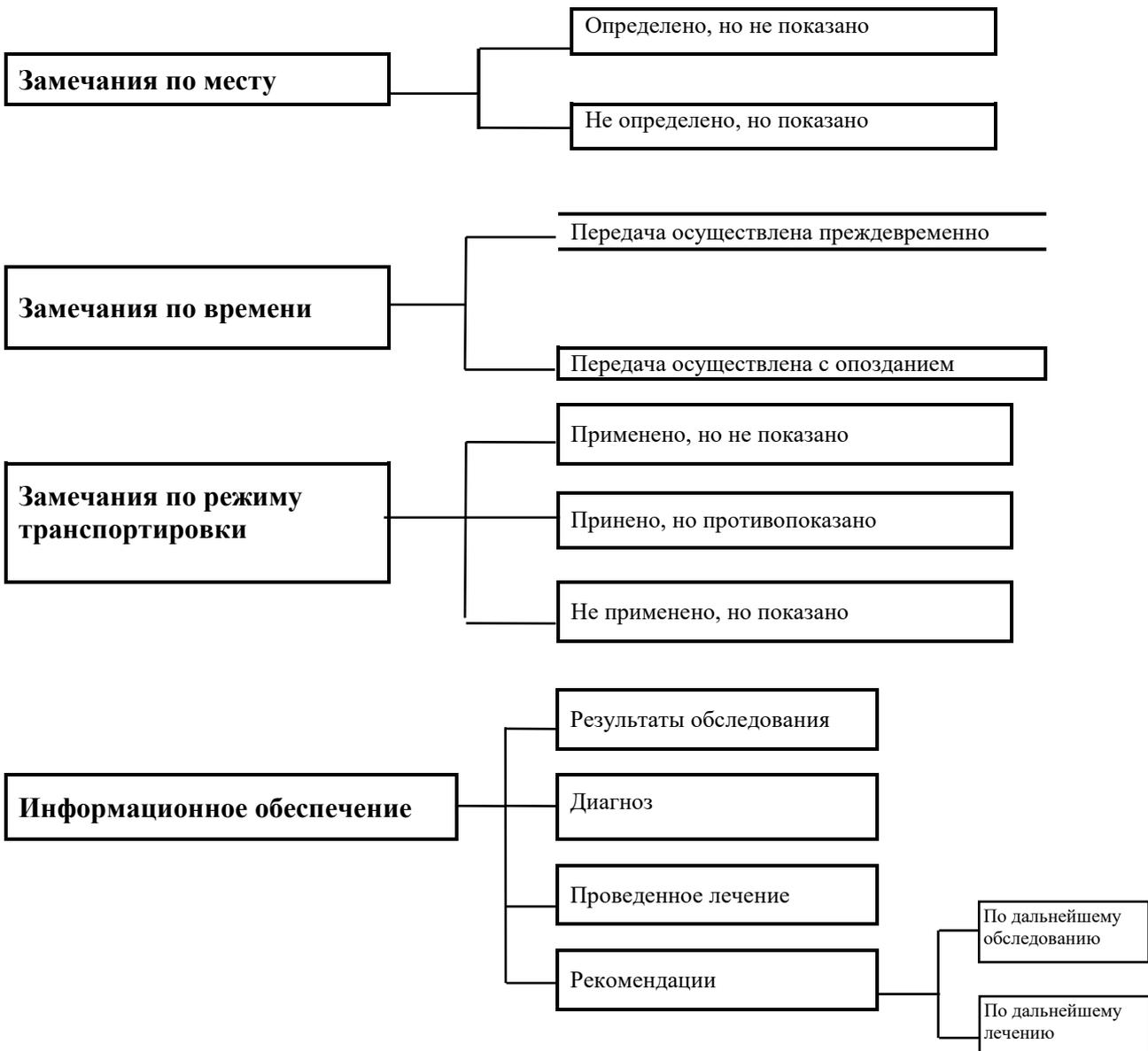
Сочетание не показано

Сочетание противопоказано

Описание ошибок этапа обеспечения преемственности (субъекты суждений)



Ошибки преемственности (предикаты суждений)



Негативные следствия врачебных ошибок

1. Группы негативных следствий врачебных ошибок

При использовании АТЭ эксперт обязан не только зарегистрировать в экспертном протоколе врачебные ошибки, но и обосновать каждую из них, т.е. изложить мнение об их реальных и/или возможных негативных последствиях. В АТЭ для обоснования врачебных ошибок применяется 6 групп негативных следствий, которые позволяют описать негативное влияние врачебных ошибок на состояние основных компонентов КМП:

- Процесс оказания помощи
- Оценка процесса оказания помощи
- Состояние пациента
- Социальные ресурсы
- Ресурсы здравоохранения
- Оценка потребности в ресурсах здравоохранения

Структура формализованного языка описания негативных следствий врачебных ошибок представлена на стр. 24. Отсутствие обоснования лишает эксперта возможности квалифицировать то или иное действие врача как врачебную ошибку. Варианты обоснования врачебной ошибки определяются особенностями конкретного случая и реальными условиями оказания медицинской помощи.

2. Принципы обоснования врачебных ошибок

Процесс обоснования экспертного мнения о врачебной ошибке путем описания ее негативных следствий имеет ряд логических закономерностей, представленных в графическом виде на стр. 25, и ниже, в виде описания принципов обоснования врачебных ошибок:

1. Врачебную ошибку следует обосновывать, указывая только ее непосредственные негативные следствия.

1.1. **Ошибки сбора информации** о пациенте оказывают негативное влияние на **процесс оказания помощи** в случаях, когда они являются причиной ошибок последующих этапов врачебного процесса (диагноза или лечения), т.е. наряду с ошибками сбора информации в экспертном протоколе зарегистрированы логически связанные с ними ошибки диагноза или лечения. Ошибки сбора информации оказывают негативное влияние на **оценку процесса оказания помощи**, если они затрудняют или делают невозможной экспертную оценку правильности выполнения последующих этапов врачебного процесса (диагноза или лечения). Ошибки сбора информации оказывают влияние на **ресурсы здравоохранения** в случаях, когда они выражаются в недостаточном использовании необходимых методов лабораторной и инструментальной диагностики, консультаций специалистов, или в их избыточном (необоснованном) назначении.

1.2. **Ошибки диагноза** в основном влияют на **процесс оказания помощи** (лечение и преемственность). Непоставленный правильный диагноз оказывает негативное влияние на лечение в тех случаях, когда оно было необходимо, но не проводилось, и на преемственность - когда необходимое тактическое решение не было осуществлено. Поставленный неправильный диагноз влияет на лечение тогда, когда оно проводилось, но было ненужным, и на преемственность - когда осуществленное тактическое решение не было необходимым. Таким образом, наряду с ошибками диагноза, затрудняющими процесс оказания помощи, в экспертном протоколе регистрируются логически связанные с ними ошибки последующих этапов врачебного процесса (лечения и/или преемственности). Все ошибки **заключительного диагноза** всегда влияют на **оценку потребности в ресурсах здравоохранения**, т.к. затрудняют оценку потребности во всех видах ресурсов здравоохранения.

Ошибки диагноза **не оказывают** непосредственного негативного влияния на оптимальность использования ресурсов здравоохранения, состояние пациентов и социальные ресурсы. Ошибки диагноза затрудняют или делают невозможной оценку процесса оказания помощи (ле-

чения и/или преемственности) **только в тех случаях**, когда из-за отсутствия необходимой информации для постановки правильного диагноза эксперт высказывает мнение «диагноз изменить нельзя, мало данных».

В случае совпадения ошибок клинического и заключительного диагноза все замечания следует высказывать только по заключительному диагнозу.

1.3. **Ошибки лечения** влияют на **состояние** пациента в случаях, когда вследствие неправильного или несвоевременно назначенного лечения сохраняется или повышается риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания или возникновения нового патологического процесса. Ошибки лечения имеют негативные следствия для **социальных ресурсов** в случаях, когда их влияние на состояние пациента **реально** и значительно, что сопровождается повышением риска преждевременной смерти или инвалидности. Ошибки лечения, которые выражаются в недостаточном или в избыточном (необоснованном) использовании необходимых методов лечения, влияют на **ресурсы здравоохранения** (недостаточное использование или перерасход ресурсов лечения). Если ошибки лечения приводят к развитию осложнений, потребовавших дополнительных диагностических и/или лечебных мероприятий, удлинению сроков лечения, эксперт отмечает их негативное влияние на все соответствующие виды ресурсов (диагностики, лечения, врачебные, общие финансовые). В ряде случаев ошибки лечения могут оказать непосредственное негативное влияние на **процесс оказания помощи**, - например, приводя к ошибке диагноза на следующем этапе медицинской помощи (введение наркотических анальгетиков больному с симптомами "острого живота" на догоспитальном этапе). Ошибки лечения, выражающиеся в отсутствии необходимой информации о проводимом лечении (группа замечаний «по описанию»), оказывают влияние на **оценку процесса оказания помощи** (оценку лечения).

1.4. **Ошибки преемственности** могут оказывать влияние на **состояние пациента и социальные ресурсы** аналогично ошибкам лечения (см. пункт 1.3.). Как правило, ошибки преемственности имеют широкий спектр следствий для **ресурсов здравоохранения** данного, следующего и других этапов медицинской помощи. Ошибки преемственности, оказывающие негативное влияние на состояние пациента, могут привести к перерасходу ресурсов на последующих этапах медицинской помощи.

2. Негативные следствия врачебной ошибки для **ресурсов диагностики** подразумевают и ее влияние на деятельность специалистов, обеспечивающих проведение инструментальных и/или лабораторных исследований. Негативные следствия врачебной ошибки для **врачебных ресурсов** подразумевают перерасход или недостаточное использование времени лечащего врача и/или консультанта. Негативные следствия для **финансовых ресурсов** подразумевают перерасход или недостаточное использование финансовых средств лечебного учреждения на гостиничные услуги (например, при необоснованном удлинении сроков госпитализации).

3. Группа негативных следствий для **социальных ресурсов** предназначена для того чтобы из числа ошибок, **реально** повлиявших на состояние пациента, выделить социально значимые. При описании негативного влияния врачебной ошибки на социальные ресурсы эксперт регистрирует в протоколе только одно, наиболее значимое следствие (риск преждевременной смерти или инвалидности пациента (младенца или плода)).

4. Группа следствий для **оценки потребности в ресурсах здравоохранения** предназначена для описания негативного влияния ошибок заключительного диагноза на оценку потребности лечебного учреждения (подразделения) в медицинских ресурсах (диагностики, лечения, врачебных, финансовых).

Формализованный язык описания негативных следствий врачебных ошибок

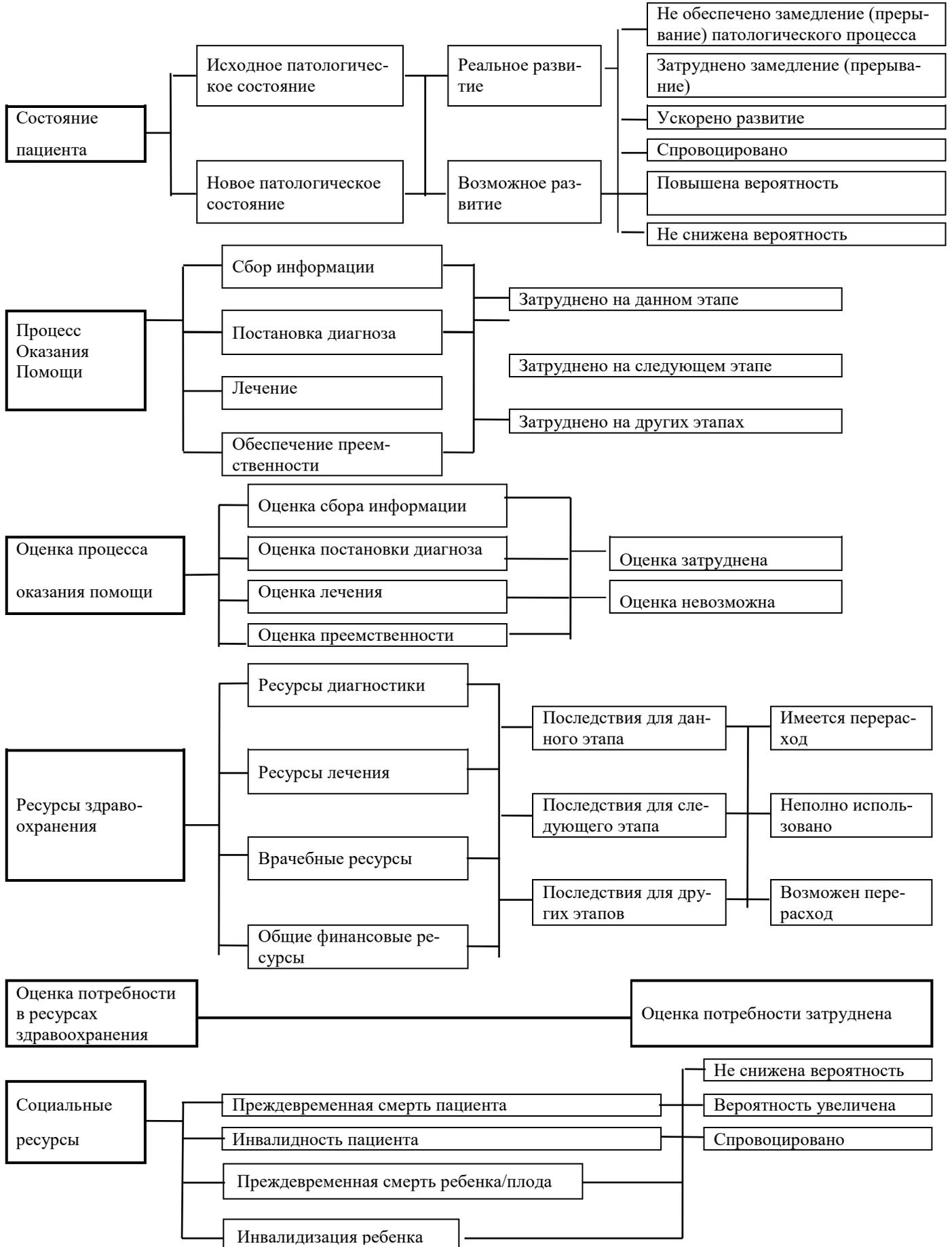
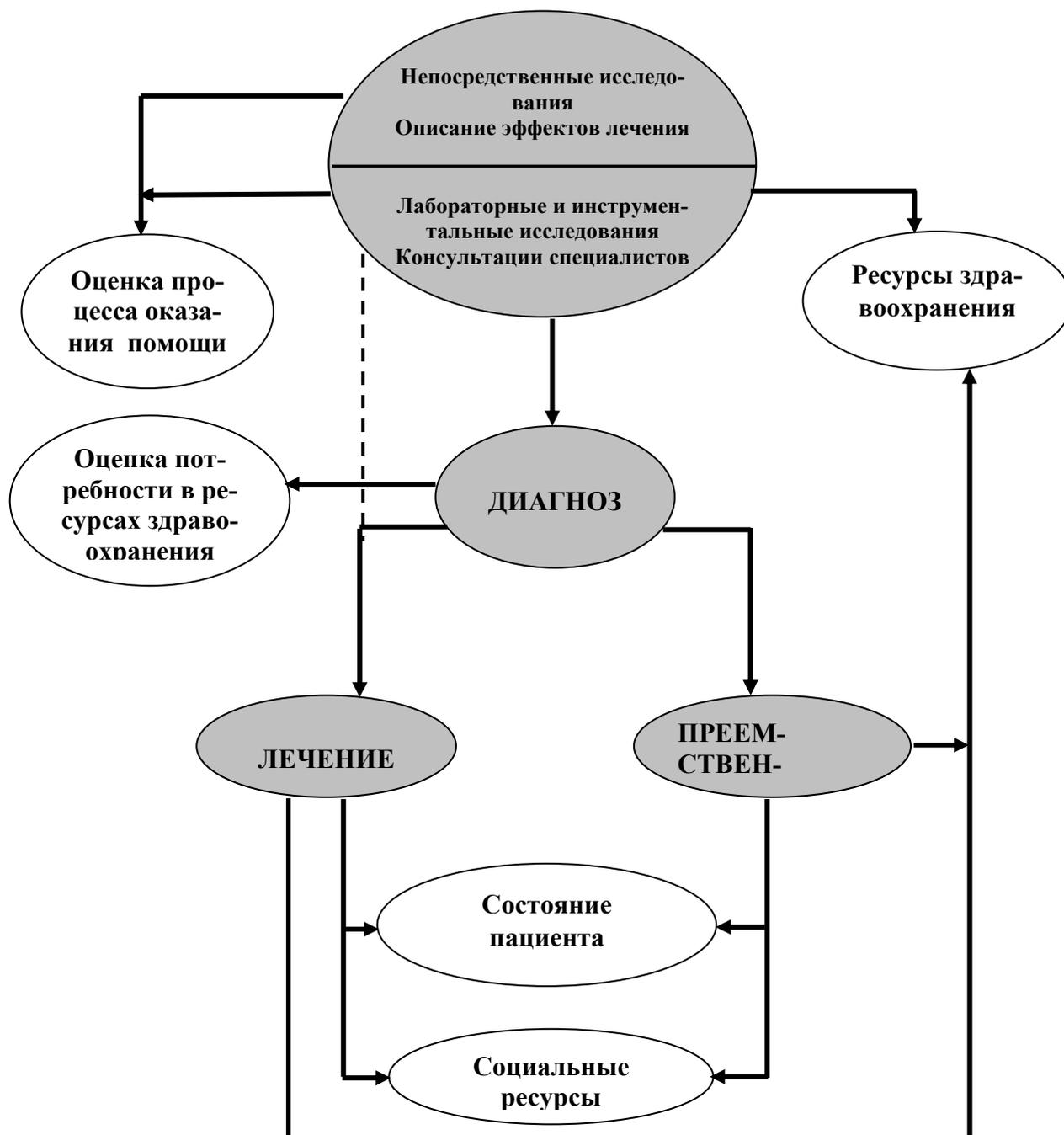


Схема принципов обоснования врачебных ошибок



3. Классификация врачебных ошибок по их следствиям

Придерживаясь единства терминологии и обозначая термином «врачебная ошибка» все неправильные действия (бездействия) врачей в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса, имеющие негативные следствия, следует учитывать, что последние имеют существенные различия с точки зрения их значимости. Данные социологических исследований и изучения связи качества процесса медицинской помощи и ее результата указывают, что негативные следствия врачебных ошибок в порядке убывания их значимости можно расположить следующим образом:

1. Следствия для социальных ресурсов.
2. Следствия для состояния пациента.
3. Следствия для ресурсов здравоохранения и процесса оказания медицинской помощи.
4. Следствия для оценки процесса оказания помощи и потребности в ресурсах здравоохранения.

В соответствии с указанной градацией предложена классификация врачебных ошибок.

Классификация врачебных ошибок по рангам тяжести в зависимости от их негативных последствий

Классы ненадлежащего КМП	Группы негативных последствий врачебных ошибок						Ранги врачебных ошибок
	Социальные ресурсы	Состояние пациента	Ресурсы здравоохранения	Процесс оказания помощи	Оценка процесса оказания помощи	Оценка потребности в ресурсах здравоохранения	
I				±	±	±	IV
II			+	±	±	±	III
III		возможно+	±	±	±	±	II
IV		реально+	±	±	±	±	
V	возможно+	+	±	±	±	±	I
VI	реально+	+	±	±	±	±	

Примечание: Знаком «+» обозначены обязательные следствия, «±» - возможные.

Согласно предложенной классификации для ошибок **первого ранга** наиболее значимым негативным следствием является возможное или реальное влияние на социальные ресурсы; для ошибок **второго ранга** тяжести – возможное или реальное влияние на состояние пациента (без социальных последствий); для ошибок **третьего ранга** тяжести - на ресурсы здравоохранения или процесс оказания помощи (без влияния на состояние пациента и социальные ресурсы); для ошибок **четвертого ранга** – на оценку процесса оказания помощи и/или оценку потребности в ресурсах здравоохранения (без влияния на другие группы следствий).

4. Причинно-следственные связи врачебных ошибок⁵

Этапы врачебного процесса (сбор информации, диагноз, лечение, преемственность) следует рассматривать в их взаимосвязи, поскольку ошибка предшествующего этапа может послужить причиной дальнейших неверных умозаключений врача, что в клинической практике повлечет за собой возникновение ошибки последующего этапа. Таким образом, между ошибками разных этапов врачебного процесса могут существовать причинно-следственные связи, которые описываются в экспертном протоколе с применением группы следствий «процесс оказания помощи» (сбор информации затруднен, постановка диагноза затруднена, лечение затруднено, преемственность затруднена). С учетом возможных вариантов причинно-следственных связей врачебных ошибок, предложено их деление на 3 группы.

Группировка врачебных ошибок с учетом причинно-следственных связей

I группа включает ошибки отдельного этапа врачебного процесса, не связанные с ошибками других этапов: **ошибки сбора информации**, обусловленные необоснованным перерасходом медицинских ресурсов, неполным расспросом и обследованием больных, что, однако, не приводит к установлению неверного диагноза или назначению неправильного лечения; **ошибки диагноза**, выражающиеся в его неверной формулировке, рубрикации или неправильном содержании, которые не приводят к ошибкам последующих этапов врачебного процесса; **ошибки лечения**, не связанные с ошибками предыдущих этапов врачебного процесса и выражающиеся в неверном выборе препаратов, неадекватной дозе, применении непоказанных сочетаний лекарственных средств и др.; **ошибки преемственности**, не связанные с ошибками

⁵ Куликова М.А., Кулешова Э.В., Перепеч Н.Б., Михайлов С.М. Причинно-следственные связи врачебных ошибок при оказании медицинской помощи больным стенокардией// Клиническая медицина.- 1997.- Т. 75.- N 11.- С. 58-61.

Карачевцева М.А. Экспертиза качества медицинской помощи больным ишемической болезнью сердца и применение ее результатов для анализа и повышения квалификации кардиологов: Автореф. дисс. ... к.м.н. СПб, 1998- 22 с.
Карачевцева М.А., Чавпецов В.Ф., Перепеч Н.Б., Михайлов С.М. Причинно-следственные связи врачебных ошибок, выявленных при экспертизе качества медицинской помощи больным ишемической болезнью сердца// Опыт работы лечебно-профил. Учреждений г. Тольятти Самарской обл. по обеспечению КМП и возможности его применения некоторыми территориями Росс. Фед.: Матер. Межрегион. Рабоч. Совещания. 16-17 декабря 1997 г.- Тольятти, 1998.- С. 67-71.

Карачевцева М.А., Перепеч Н.Б., Чавпецов В.Ф., Михайлов С.М. Анализ качества медицинской помощи больным ишемической болезнью сердца в медицинских учреждениях разного квалификационного уровня// Клиническая медицина.- 1998.- № 11, С. 28-30.

диагноза и выражающиеся в неверном определении места дальнейшей помощи, несвоевременной выписке пациентов, неполных рекомендациях по дальнейшему лечению и др.

II группа включает комплексы логически связанных ошибок двух этапов врачебного процесса: сбора информации и диагноза, сбора информации и лечения, диагноза и лечения, диагноза и преемственности, лечения и преемственности. К логически связанным ошибкам **сбора информации и диагноза** относятся случаи неверного установления диагноза заболевания вследствие неполно или несвоевременно собранной информации о пациенте. К логически связанным ошибкам **диагноза и лечения, диагноза и преемственности** относятся случаи неверных лечебных мероприятий или неправильного тактического решения вследствие ошибочно установленного диагноза.

III группа включает логически связанные ошибки 3-4 этапов врачебного процесса. Например, случаи, когда вследствие неполно или несвоевременно собранной информации о больном допускается ошибка диагноза, которая становится причиной неправильного лечения либо неверного обеспечения преемственности.

ГРУППЫ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК	ВАРИАНТЫ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫХ СВЯЗЕЙ
I группа	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">A</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">B</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">C</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">D</div> </div>
II группа	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">A</div> <div style="font-size: 1.2em;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">B</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">A</div> <div style="font-size: 1.2em;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">C</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">B</div> <div style="font-size: 1.2em;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">C</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">B</div> <div style="font-size: 1.2em;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">D</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">C</div> <div style="font-size: 1.2em;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">D</div> </div>
III группа	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">A</div> <div style="font-size: 1.2em;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">B</div> <div style="font-size: 1.2em;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">C</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">A</div> <div style="font-size: 1.2em;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">B</div> <div style="font-size: 1.2em;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">D</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">B</div> <div style="font-size: 1.2em;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">C</div> <div style="font-size: 1.2em;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">D</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">A</div> <div style="font-size: 1.2em;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">B</div> <div style="font-size: 1.2em;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">C</div> <div style="font-size: 1.2em;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">D</div> </div>

(A - сбор информации о пациенте; B - диагноз; C - лечение; D - преемственность)

Между врачебными ошибками отдельных этапов врачебного процесса и логически связанными ошибками разных этапов врачебного процесса имеется существенная разница. Ошибки I группы обусловлены в основном отсутствием необходимых теоретических знаний, невнимательностью, небрежностью в оформлении медицинской документации. Для устранения этой группы ошибок целесообразно применять сообщающие методы обучения (лекции, конференции, изучение литературы), внедрение стандартов диагностики и лечения. Ошибки II и III групп обусловлены не только недостатком знаний, но и более выраженными нарушениями клинического мышления врачей. Для устранения ошибок этих групп необходимо не только восполнить объем теоретических знаний по клинической специальности, но и совершенствовать логические свойства мышления специалистов. Для этого следует применять активные (проблемные) методы обучения врачей, в частности, сборники ситуационных задач по специальности на основе АТЭ.

Экспертиза качества случая оказания медицинской помощи

5.1. Правила проведения и порядок организации

Экспертиза КМП в отдельном случае оказания помощи может проводиться в связи с судебным иском, жалобой пациента для выяснения объективности претензий последнего, в связи с неудовлетворительными результатами лечения (летальный исход, осложнения) для выяснения возможной связи результата и качества процесса оказания медицинской помощи; в связи с продолжительностью лечения пациента, отличающейся от рекомендуемой при данном виде нозологии и т.д. Поводы для обязательного проведения экспертизы отдельных случаев оказания помощи изложены в приказе Федерального фонда ОМС № 230 от 01.12.2010 г. «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». **Инициатором экспертизы** может быть пациент, руководство лечебного учреждения, Фонд ОМС, страховая медицинская организация, суд, общество потребителей и др.

В силу сложности аналитических и профессиональных задач, которые должны решаться в ходе экспертизы КМП, ее проведение может осуществляться только экспертом КМП.

Эксперт КМП - это врач, занимающийся лечебно-диагностической деятельностью, имеющий юридическое право и владеющий технологией анализа теоретических и практических навыков другого врача по выполнению медицинских технологий, снижению риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, препятствованию возникновению нового заболевания, оптимальному использованию ресурсов медицины и обеспечению удовлетворенности потребителей медицинской помощи, для подготовки мотивированного заключения.

Экспертиза КМП с применением АТЭ может проводиться только на основе изучения технологических медицинских документов, содержащих информацию о ходе выполнения лечебно-диагностического процесса (история болезни, амбулаторная карта, карта вызова скорой медицинской помощи). Выявление и обоснование врачебных ошибок осуществляется экспертом в соответствии с принципами доказательной медицины, существующими стандартами медицинских технологий, современными представлениями об оптимальном объеме медицинской помощи при конкретном заболевании с учетом индивидуальных особенностей больного и конкретных условий оказания медицинской помощи.

Периоды работы эксперта при оценке случая оказания медицинской помощи⁶

I период - период построения экспертной версии. Эксперт изучает документацию, моделирует оптимальный процесс оказания помощи данному пациенту, сравнивает реальный случай оказания помощи с оптимальной моделью, составляет мнение о врачебных ошибках.

II период - период формирования экспертного протокола с применением АТЭ. Эксперт регистрирует врачебные ошибки и их негативные следствия с использованием формализованного языка экспертизы и программных средств АТЭ.

III период - период подведения итогов и оформления результатов экспертизы. Эксперт осуществляет подготовку экспертного заключения или акта и формулирует экспертные выводы и рекомендации.

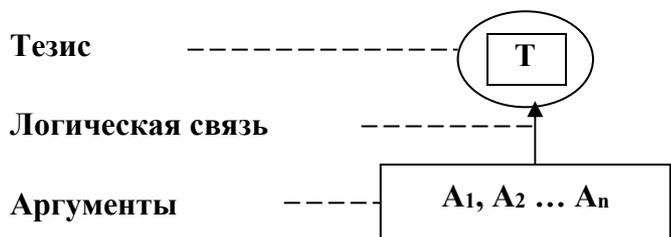
IV период - период передачи результатов оценки КМП организатору экспертизы КМП.

5.2. Логические основы экспертного исследования качества процесса медицинской помощи

В основу методологии экспертного исследования положена формально-логическая структура доказательства, правила элементов доказательства и их опровержения. В структуре

⁶Михайлов С.М. Качество медицинской помощи больным ишемической болезнью сердца: Автореф. Дис. ...к.м.н.-С.Пб., 1997.- 21 с.

доказательства, вне зависимости от его содержания, различают два главных элемента: тезис и основание (аргументы), которые находятся между собой в специфической логической связи. При построении доказательства вначале формулируется суждение, выступающее его тезисом (т.е. заключение), а затем восстанавливаются суждения, которые служат основанием доказательства.



Тезисом может служить любое суждение или система взаимосвязанных суждений, которые не очевидны и нуждаются в обосновании (например, содержание диагноза, выбор лечения). Аргументы (основание) доказательства – это исходные теоретические и/или фактические положения, с помощью которых обосновывают тезис. В качестве аргументов могут выступать различные по содержанию суждения:

1) Аксиомы и сходные с ними очевидные положения, не требующие самостоятельного обоснования.

2) Положения, доказанные ранее теоретическим, эмпирическим, логическим путем, в том числе правила, нормы, оценочные стандарты, результаты предыдущих умозаключений.

3) Определения, вскрывающие общие и существенные признаки предмета мысли (явления, процесса и др.)

4) Утверждения о фактах (например, результаты непосредственных наблюдений, лабораторных, инструментальных исследований и т.д.).

Для того чтобы доказательство состоялось, необходимо соблюдение основных правил его элементов:

Правила тезиса:

1) Доказываемый тезис должен быть истинным, то есть, можно обосновывать истинность одного или ложность другого тезиса, но не следует доказывать заведомо ложный тезис или опровергать истинный.

2) Тезис должен быть строго определенным, точным, четким.

3) Тезис должен оставаться одним и тем же на протяжении доказательства.

Правила аргументов:

1) Аргументы должны быть истинными.

2) Истинность аргументов должна быть обоснована независимо от тезиса, то есть, они должны иметь собственные (истинные) основания.

3) Аргументы не должны противоречить друг другу.

4) Каждый из аргументов должен быть необходимым, а все они в совокупности – достаточными для обоснования данного тезиса.

Правила дедуктивного способа доказательства:

1) В процессе аргументации требуется точное определение исходного теоретического или эмпирического положения.

2) В процессе аргументации требуется точное и достоверное описание конкретного события.

3) Тезис должен с логической необходимостью следовать из оснований, как вывод из посылок в умозаключении.

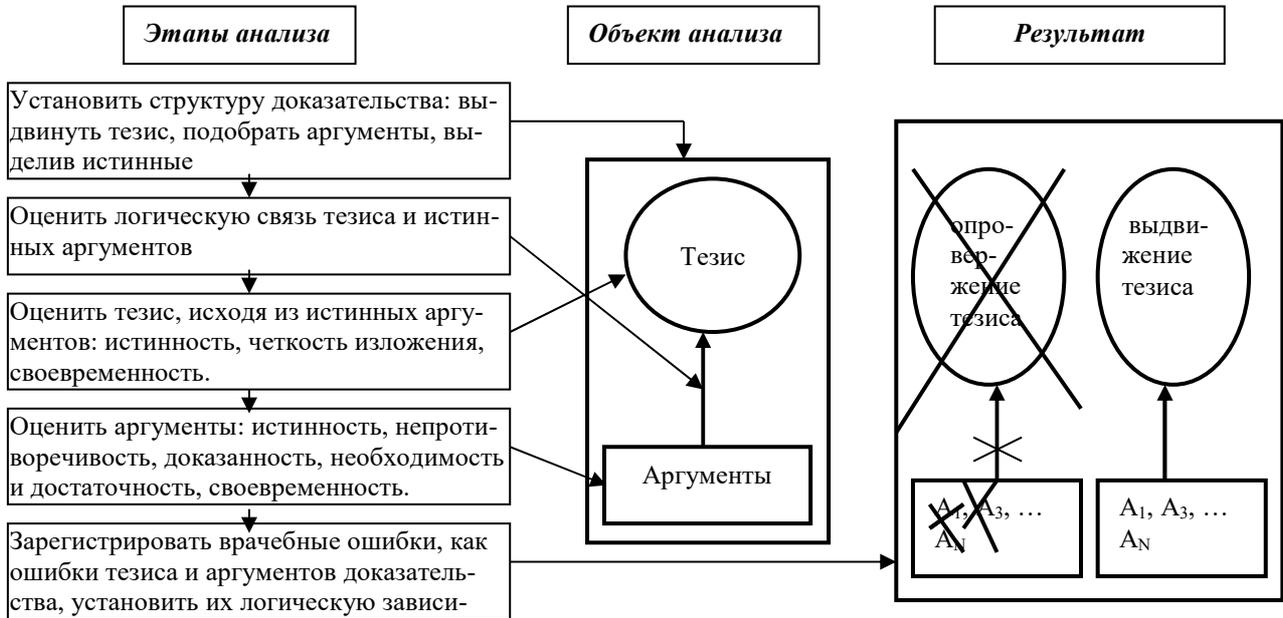
Экспертный анализ, построенный на основе логической структуры доказательства, состоит из двух этапов: на **первом этапе** элементы врачебного процесса разделяются на основные логические структуры доказательства:

- Сбор информации – диагноз

- Диагноз (другие виды информации) – лечение
- Диагноз (другие виды информации) – приемственность

На основе правил элементов доказательства эксперт выявляет врачебные ошибки, как ошибки аргументов и тезиса. На втором этапе выявленные врачебные ошибки рассматриваются как тезисы доказательства, аргументация которых осуществляется путем описания негативных следствий для состояния компонентов КМП

Общая схема первого этапа экспертного исследования⁷:



Общая схема второго этапа экспертного исследования



⁷ На основе общей структуры исследования разработаны вопросно-ответные формы алгоритмов экспертизы, которые предоставляются пользователям АТЭ.

5.3. Форма экспертного заключения⁸:

Общая часть: повод и инициатор экспертизы; анализируемый документ и его номер; ФИО пациента, возраст, диагноз, время и место лечения; исход мед. помощи; технологию экспертизы; ФИО, специальность и квалификационная категория эксперта; вопрос(ы) экспертизы.

Констатирующая часть – включает описание наиболее значимых врачебных ошибок и их негативных следствий для состояния компонентов КМП (с учетом классификации врачебных ошибок по рангам тяжести), а также причинно-следственных связей допущенных врачебных ошибок.

Завершающая часть - включает **экспертные выводы**, т.е. ответы эксперта на вопросы, поставленные заказчиком экспертизы, и **экспертные рекомендации** - предложения эксперта по планированию экспертизы совокупности случаев оказания помощи для определения характера (системный, случайный) выявленных проблем и принятия управленческих решений.

Выводы по результатам экспертизы отдельного случая оказания помощи касаются исключительно анализируемого случая и не распространяются на качество работы врача (лечебного подразделения, учреждения) в целом. В связи с этим, результаты оценки КМП отдельного случая непригодны для решения аналитических задач в целях управления КМП. Для этого требуется проводить анализ КМП по массиву случаев.

"Вечная наша российская традиция: эксперт нужен правителям вовсе не для того чтобы помочь в поиске истины, а исключительно для того чтобы освятить, обосновать истину, которую правитель давным-давно знает".

Г. Целмс, 1994 г.

"Кто обяжет себя говорить все без утайки, тот обяжет себя и не делать того, о чем необходимо молчать"

М. Монтень

"Говорить правду - это не столько дело воли, сколько привычки"

Марк Аврелий

⁸ Подробно структура экспертного заключения и порядок его составления рассматриваются в ходе 2-й части цикла обучения «Экспертиза КМП и использование ее результатов для подготовки и принятия управленческого решения». Методическое пособие № 2.

Информационные возможности автоматизированной технологии экспертизы для характеристики состояния качества медицинской помощи⁹

АТЭ предоставляет широкий спектр содержательных и количественных характеристик КМП, разработанных в ходе совершенствования технологии. В отличие от количественных показателей КМП, являющихся результатом балльной оценки отдельных элементов врачебного процесса (МИОК, УКЛ, УКДЛ), показатели и характеристики КМП, получаемые при использовании АТЭ, являются результатом тщательного анализа элементов врачебного процесса, выявления и обоснования врачебных ошибок. Все показатели и характеристики КМП взаимосвязаны, поскольку основой для их расчета являются врачебные ошибки и их негативные следствия, содержащиеся в экспертных протоколах. В связи с этим, в ходе анализа результатов экспертизы возможно как «сжатие» информации о КМП и представление результатов экспертизы в общем виде, так и обратное «развертывание» их содержания, вплоть до сведений о ВО и их негативных следствий в отдельном случае оказания помощи.

Механизм математической обработки данных экспертных протоколов осуществляется автоматически с применением программных средств АТЭ и Ms Access 7.0TM и выше, функционирующих в среде Windows 2000TM и выше. В результате пользователь АТЭ получает комплекс обобщающих таблиц и графиков, характеризующих состояние КМП в одной или нескольких сравниваемых совокупностях случаев оказания помощи¹⁰ (примеры см. в Приложении 1).

Характеристика состояния отдельных компонентов КМП с использованием количественных показателей

Для оценки состояния первого существенного признака (компонента) КМП - **выполнения медицинских технологий** используется показатель: **риск возникновения врачебных ошибок**, который представляет собой количество врачебных ошибок в расчете на 1 случай оказания помощи. Подробную характеристику состояния указанного компонента КМП можно получить путем анализа структуры выявленных врачебных ошибок, т.е. их распределения по этапам (блокам и подблокам) врачебного процесса. Данная информация содержится в соответствующей обобщающей таблице (пример – приложение 1, табл. 3).

Для оценки состояния второго существенного признака КМП - **риска для пациента от медицинского вмешательства** - используются два показателя: **риск ухудшения состояния пациентов**, который определяется количеством следствий врачебных ошибок для состояния пациентов в расчете на 1 случай оказания помощи и **риск социально значимого ухудшения состояния пациентов**, который определяется количеством следствий врачебных ошибок для социальных ресурсов в расчете на 1 случай оказания помощи. Первый показатель позволяет судить, насколько высока для пациента вероятность ухудшения состояния при контакте с данной медицинской подсистемой (лечебным учреждением, подразделением, врачом), второй характеризует вероятность негативных социальных последствий. Подробную характеристику состояния указанного компонента КМП можно получить путем анализа структуры негативных следствий врачебных ошибок для состояния пациента и социальных ресурсов. Данная информация содержится в соответствующих обобщающих таблицах (пример – приложение 1, табл. 3 и 4).

Для оценки состояния третьего существенного признака КМП - **оптимальности использования ресурсов медицины** - применяется показатель **риск неоптимального использо-**

⁹ Автоматизированная технология экспертизы качества медицинской помощи и правила ее применения в учреждениях здравоохранения: Пособие для врачей/ Сост. Чавпецов В.Ф. и др.- С.-Пб., 1998.- 30 с.

¹⁰ Подробно порядок работы с АТЭ организатора экспертизы (порядок формирования выборок, построение запросов, расчет количественных показателей, построение таблиц и графиков, анализ результатов экспертизы и т.д.) изучается в ходе 2-й части цикла обучения «Использование результатов экспертизы КМП для подготовки и принятия управленческого решения».

вания ресурсов, который представляет собой количество следствий врачебных ошибок для ресурсов здравоохранения в расчете на 1 случай оказания помощи. Подробную характеристику состояния указанного компонента КМП можно получить путем анализа структуры негативных следствий врачебных ошибок для ресурсов здравоохранения. Данная информация содержится в соответствующей обобщающей таблице (пример – приложение 1).

Количественные показатели (риски) используются для сопоставления состояния отдельных компонентов КМП в разных совокупностях случаев (лечебные учреждения, подразделения), анализа динамики их состояния в ходе реализации управленческих решений по улучшению КМП. Данные о структуре врачебных ошибок и их негативных следствий применяются для определения типичных и наиболее значимых нарушений технологии лечебно-диагностического процесса и разработки конкретных рекомендаций по улучшению КМП.

Характеристика структуры КМП в совокупности случаев

Количественные показатели состояния отдельных компонентов КМП являются основой для отнесения того или иного случая оказания помощи к определенному классу ненадлежащего качества и определения структуры КМП в совокупности случаев оказания помощи.

Характеристика классов ненадлежащего качества медицинской помощи.

Класс	Риск возникновения ВО	Риск ухудшения состояния пациентов	Риск социально значимого ухудшения состояния пациентов	Риск неоптимального использования ресурсов
I	> 0	= 0	= 0	= 0
II	> 0	= 0	= 0	≥ 0
III	> 0	> 0	= 0	≥ 0
IV	> 0	> 0	= 0	≥ 0
V	> 0	> 0	> 0	≥ 0
VI	> 0	> 0	> 0	≥ 0

В соответствии с приведенной классификацией, каждый случай оказания помощи, в котором выявлены врачебные ошибки, может быть отнесен к тому или иному классу. Данные о структуре КМП (в % соотношении) используются для характеристики совокупности случаев, а также анализа динамики состояния КМП и определения эффективности управленческих решений по улучшению КМП.

Сравнительный анализ КМП в нескольких совокупностях случаев оказания помощи

Используя количественные показатели состояния отдельных компонентов КМП или данные о структуре ненадлежащего КМП, можно установить различия в состоянии КМП в нескольких совокупностях случаев оказания помощи. Однако сравнительный анализ КМП, в связи с множественностью показателей, может дать лишь приблизительные результаты. В связи с этим, для сравнительного анализа КМП в нескольких совокупностях применяются условные показатели - **интегрированные значения состояния КМП**. Для их получения в автоматическом режиме (методика Z-преобразования) рассчитываются нормированные значения состояния отдельных компонентов КМП (рисков) в сравниваемых совокупностях, а затем определяется сумма нормированных значений состояния КМП для каждой совокупности. Интегрированные значения состояния КМП в условных единицах отражают степень среднего квадратического отклонения показателей КМП в сравниваемых совокупностях. Процедура нормирования показателей КМП является основой для последующей стратификации данных с применением принципов статистического контроля качества и представления о стабильных и нестабильных системах¹¹.

¹¹ Подробно порядок анализа результатов экспертизы с применением стратификации и стандартизации данных изучается в ходе 2-й части цикла обучения «Использование результатов экспертизы КМП для подготовки и при-

**Виды информации о качестве медицинской помощи,
получаемой с применением автоматизированной технологии экспертизы**

№	Вид информации	Способ выражения	Предназначение информации	Способ получения информации
1	Экспертный протокол	Описание врачебных ошибок и негативных следствий формализованным языком	Анализ КМП по 1 случаю оказания помощи	Формируется экспертом КМП
2	Структура врачебных ошибок и их негативных следствий по массиву экспертиз	Абсолютные значения и процентное соотношение врачебных ошибок (по блокам и подблокам врачебного процесса) и их следствий	Характеристика КМП в однородной совокупности случаев (для отдельной нозологии, подразделения, врача и др.)	Формируется автоматически АТЭ
3	Группировка врачебных ошибок в зависимости от характера их причинно-следственных связей	Количественная и содержательная характеристика логически связанных ошибок разных этапов врачебного процесса и их комплексов.	Выяснение причин врачебных ошибок, обоснование выбора способа обучения врачей	Логический анализ протоколов экспертом КМП
4	Расчетные показатели врачебных ошибок и их негативных следствий для массива экспертиз	Все зарегистрированные виды врачебных ошибок и их негативных следствий, рассчитанные на 1 случай оказания помощи.	Подробный сравнительный анализ отдельных групп врачебных ошибок и их негативных следствий (например, количество ошибок лечения при разных нозологиях)	Формируется автоматически АТЭ
5	Показатели состояния компонентов КМП: риск возникновения врачебных ошибок, риск ухудшения состояния, риск социально значимого ухудшения состояния, риск неоптимального использования ресурсов	Относительные показатели: количество врачебных ошибок, следствий для состояния, социальных ресурсов и ресурсов здравоохранения в расчете на 1 случай.	Характеристика состояния отдельных компонентов КМП в совокупности случаев, сравнительный анализ состояния компонентов КМП в нескольких совокупностях, динамика состояния отдельных компонентов КМП	Формируется автоматически АТЭ
6	Интегрированные значения состояния КМП (условные показатели)	Сумма среднеквадратичных отклонений показателей состояния отдельных компонентов КМП для каждой сравниваемой выборки, полученная с использованием метода Z-преобразования.	Применяется только для сравнительного анализа: ранжирование по уровню КМП медицинских учреждений, служб, территорий и др. Используется для стратификации данных экспертизы	Формируется автоматически АТЭ
7	Структура ненадлежащего качества медицинской помощи	Распределение случаев медицинской помощи по классам ненадлежащего КМП (абс. значения и процентный состав)	Характеристика структуры КМП в совокупности случаев, динамика состояния КМП.	Формируется автоматически АТЭ

нения управленческого решения». Информация также представлена в методических рекомендациях «Порядок организации экспертизы КМП с применением АТЭ и использование ее результатов для ранжирования ЛПУ в зависимости от состояния КМП».

Экспертиза качества медицинской помощи в совокупности случаев ее оказания. Правила проведения и порядок организации¹²

"Цель контроля - выявить слабые места, ошибки и не допустить их повторения. Нужно, чтобы контроль позволял своевременно ликвидировать сбои, чтобы сохранилась возможность предотвращения ошибки или ее исправления до того, как последствия ошибки приобретают серьезное значение. Особого внимания заслуживает разработка методов опережающего контроля"

С. Вознесенский и соавт., 1991

Инициаторами оценки КМП в совокупностях случаев оказания помощи (лечебное учреждение, подразделение, медицинская служба и т.д.) могут быть администрация лечебного учреждения, органы управления здравоохранением, страховые организации, ФОМС, комиссии по лицензированию мед. деятельности, суды, независимые центры экспертизы.

Изучение характеристик КМП в совокупности случаев осуществляется для решения самых разных задач, от постановки которых зависят принципы формирования выборок и подбор группы экспертов. В результате решения этих задач могут быть получены количественные показатели и характеристики состояния КМП для лечебного учреждения (подразделения, службы, врача, отдельных нозологий и др.) и определены причины ненадлежащего КМП. По результатам экспертизы КМП можно определить последовательность и характер мероприятий, направленных на улучшение КМП в медицинском учреждении, оценить различия в квалификационном уровне врачей с целью их обучения, материального стимулирования и мн. др.

Целью исследования КМП по массиву случаев оказания помощи может быть, например, разработка целевой комплексной программы обеспечения КМП в регионе. В ходе такого исследования могут быть решены, в частности, следующие задачи:

- на основании данных сравнительного анализа КМП в ЛПУ региона выявить те учреждения, КМП в которых требует первоочередного улучшения;
- разработать программу дифференцированного финансирования ЛПУ региона в зависимости от КМП;
- разработать программу дифференцированного повышения квалификации врачей в лечебных учреждениях региона;
- обосновать порядок дифференцированной оплаты труда врачей в лечебных учреждениях региона в зависимости от КМП;
- предложить порядок мер по улучшению КМП в лечебных учреждениях региона;
- предложить меры по реструктуризации системы медицинской помощи в регионе и др.

Поводом для оценки КМП могут быть конфликты между субъектами системы ОМС. Последнее определяет необходимость тщательной подготовки и проведения экспертных работ, использования механизмов организационно-правового регулирования взаимоотношений между инициатором, субъектами и объектами оценки КМП и контроля его гарантий.

Организацию экспертизы КМП по массиву случаев оказания помощи и анализ ее результатов осуществляет организатор экспертизы КМП.

Организатор экспертизы КМП - это врач знакомый с нормативно-правовой базой, обеспечивающей право населения на медицинскую помощь надлежащего качества, владеющий технологиями организации исследования состояния КМП и обобщения его результатов с применением определенного метода экспертизы для подготовки решения по соблюдению медицинских технологий, снижению риска для пациентов от их взаимодействия с медицинской системой, оптимизации использования ресурсов медицины, повышения удовлетворенности потребителей медицинской помощи, т.е. обеспечения гарантий надлежащего КМП.

¹² «Экспертиза качества медицинской помощи. Теория и практика». Глава 2, стр.118-135.

Периоды работы организатора экспертизы КМП¹³

I. Первый период - период подготовки к работе экспертной группы

1. Уточнение экспертной задачи с инициатором экспертизы КМП.
2. Согласование задач и порядка проведения оценки КМП в ЛПУ.
3. Подбор экспертной документации (в строгом соответствии с поставленной задачей).
4. Сбор дополнительной информации о ЛПУ и его подразделениях (материально-техническое обеспечение, результаты лечения, кадровый состав и т.д.).
5. Формирование группы экспертов для решения задач экспертизы КМП с применением единой системы знаний и методики оценки его состояния. На первом заседании группы происходит согласование представлений экспертов о технологии лечебно-диагностического процесса при анализируемых заболеваниях на данном этапе оказания помощи.
6. Подготовка графика работы экспертов.

II. Второй период - период проведения экспертизы

1. Начало индивидуальной работы экспертов с АТЭ, проведение примерно 20-30% экспертиз.
2. Предварительная метаэкспертиза 10% проанализированных случаев, выяснение разногласий в мнениях экспертов, согласование мнений на заседании экспертной группы.

Метаэкспертиза КМП - это повторная экспертиза КМП, осуществляемая параллельно или последовательно с первой тем же методом, но другим специалистом до момента формирования окончательного заключения, выводов и рекомендаций. В процессе метаэкспертизы проводится сопоставление мнений специалистов о принципах диагностики и лечения с целью выработки согласованного мнения о врачебных ошибках и их негативных следствиях.

3. Завершение индивидуальной работы экспертов.
4. Заключительная метаэкспертиза (контроль объективности работы экспертов) 8-10% случаев.
5. Передача результатов экспертизы (протоколов, заключений, выводов, рекомендаций) ее организатору.

III. Третий период - период подведения итогов и оформления результатов

1. Обобщение результатов экспертизы ее организатором.
2. Подготовка заключения по обобщенным результатам.
3. Согласование и оформление экспертного заключения.
4. Подготовка экспертных выводов.
5. Согласование и оформление экспертных выводов.
6. Подготовка экспертных рекомендаций.
7. Согласование и оформление экспертных рекомендаций.
8. Подготовка проекта решения по улучшению КМП.

IV. Четвертый период - передача результатов оценки КМП инициатору экспертизы

Элементы экспертного заключения по совокупности случаев¹⁴:

Общая часть: повод и инициатор экспертизы; характеристика медицинского учреждения (общая характеристика данных структурного анализа, включая лечебно-диагностические возможности и кадровый состав, результатов лечения), характеристика исследуемой совокупности случаев (распределение больных по полу, возрасту, заболеваниям, отделениям и т.д.), принципы формирования выборки, характеристика группы экспертов, организатора экспертизы, метода оценки КМП.

Констатирующая часть включает описание количественных и содержательных характеристик КМП, результатов сравнительного анализа, преобладающего характера причинно-следственных связей врачебных ошибок, типичных ошибок и наиболее значимых следствий.

Завершающая часть включает **экспертные выводы** - ответы организатора экспертизы

¹³ Михайлов С.М. Качество медицинской помощи больным ишемической болезнью сердца: Автореф. дис....к.м.н.-СПб, 1997.- 21 с.

¹⁴ Подробно структура и порядок составления экспертного заключения изучаются в ходе 2-й части цикла обучения «Использование результатов экспертизы КМП для подготовки и принятия управленческого решения».

на вопросы, поставленные заказчиком экспертизы и **экспертные рекомендации** - обоснование организатором экспертизы порядка мер, направленных на улучшение КМП.

Экспертные ошибки

Экспертные ошибки являются проявлением неверной деятельности экспертов или экспертов организаторов на этапах планирования, проведения экспертизы и анализа ее результатов, составления выводов и рекомендаций.

Ошибки экспертов КМП могут носить случайный характер, в этом случае, исказив результаты единичных экспертиз, они не окажут существенного влияния на показатели КМП по массиву случаев. К таким ошибкам, в первую очередь, относятся **технические ошибки** вследствие недостаточных навыков работы с компьютером, усталости, невнимательности. Ошибки эксперта могут носить системный характер, приводя к односторонним отклонениям результатов экспертизы. Как правило, это **содержательные ошибки**, обусловленные недостатком знаний по клинической специальности либо по экспертизе, неумением использовать полученные знания при проведении экспертного анализа, логическими нарушениями экспертного мышления.

Организатор экспертизы может допускать **технические ошибки** при математических расчетах во время планирования размера выборок, стандартизации данных, компьютерной обработке данных и **содержательные** ошибки при планировании экспертизы, выборе способов стратификации и стандартизации данных, анализе результатов, формировании выводов и рекомендаций и др. Указанные ошибки также могут носить случайный или систематический характер, однако и те и другие, в отличие от ошибок эксперта, приводят к существенным отклонениям результатов от истинных значений и к значимым последствиям на этапах подготовки и последующей реализации управленческих решений по результатам экспертизы.

Большая часть технических ошибок может быть устранена в ходе совершенствования навыков работы с компьютером.

Для предупреждения содержательных ошибок эксперта:

- правильный отбор экспертов из квалифицированных врачей соответствующей специальности, обладающих высоким рейтингом доверия среди врачей;
- координация работы экспертной группы и выработка единых подходов к оценке качества лечебно-диагностических процессов в ходе заседания экспертных групп;
- соблюдение алгоритмов экспертного анализа, принципов выявления и обоснования врачебных ошибок;
- обязательное проведение предварительной и заключительной метаэкспертизы;
- контроль работы экспертов с помощью логического анализа протоколов;
- обучение экспертов, включая курсы обучения и повышения квалификации, как по экспертизе, так и по клинической специальности.

Для предупреждения содержательных ошибок организатора экспертизы:

- специальное обучение организаторов экспертизы;
- правильное планирование экспертизы в соответствии с поставленными задачами;
- соблюдение порядка обработки данных экспертизы, расчета количественных показателей и анализа результатов;
- соблюдение правил составления экспертных выводов и рекомендаций.

«Контролером является или становится тот, кто больше, чем другие, учится, видит и во всех ситуациях думает и действует целеустремленно, с мыслями о будущем, с желанием лучше управлять предприятием».

Эльмар Майер

N I L N O C E R E !

Структура обобщающих таблиц

Таблица 3.

Общее количество врачебных ошибок и их структура по блокам и подблокам врачебного процесса

Блоки, подблоки врачебного процесса	Итого (абс. количество)	Врачебные ошибки		
		% в подблоке	% в блоке	% от общего
КМП имеются замечания	145			100
Сбор информации о пациенте	60		100	41
Описание эффекта лечения	2	100	3	
Непосредственные исследования	22	100	37	
Расспрос	22	100		
Жалобы	21			
Качественная характеристика отдельных симптомов	3			
Количественная характеристика отдельных симптомов	8			
Условия возникновения отдельных симптомов	5			
Условия прекращения отдельных симптомов	5			
Анамнез болезни	1			
Течение заболевания	1			
Лабораторные исследования	18	100	30	
замечания по выбору	11	61		
не проведено, хотя необходимо	11			
замечания по проведению	7	39		
замечания по частоте проведения	7			
Инструментальные исследования	16	100	27	
замечания по выбору	16	100		
не проведено, хотя необходимо	16			
Консультации специалистов	2	100	3	
замечания по выбору	2	100		
не проведено, хотя необходимо	2			
Постановка диагноза	45		100	31
Заключительный диагноз	45	100	100	
Содержание заключительного диагноза	44	98		
Компоненты заключительного диагноза основного заболевания	28			
нельзя изменить, мало данных	7			
можно исключить	12			
можно дополнить	9			
Компоненты заключительного диагноза сопутствующего заболевания	11			
нельзя изменить, мало данных	6			
можно исключить	1			
можно дополнить	4			
Компоненты заключительного диагноза осложнений	5			
можно исключить	2			
можно дополнить	3			
Формулировка заключительного диагноза	1	2		
Лечение	32		100	22
Фармакотерапия	32	100	100	
Отдельные лекарственные средства	31	97		
замечания по выбору	31			
не применено, но показано	3			

применено, но не показано	28			
Сочетание лекарственных средств/не показано	1	3		
Преимственность	8		100	6
На данном этапе	3	100	38	
Место дальнейшей помощи	3	100		
определено, но не показано	1			
не определено, но показано	2			
Со следующим этапом	5	100	63	
Информационное обеспечение/рекомендации/дальнейшее лечение	5	100		

"Чтобы должным образом осуществлять благо, необходимо знать истину; для того, чтобы делать, что должно, надо знать, что есть".

В.С. Соловьев

Таблица 4

Блоки, подблоки следствий негативного влияния ВО	Итого (абс. количество)	Следствия негативного влияния ВО		
		% в подблоке	% в блоке	% от общего
Следствия врачебных ошибок	230			100
Состояние пациента	14		100	6
<i>Исходное патологическое состояние</i>	12	100	86	
реальное развитие	6	50		
не обеспечено замедление (прерывание)	6			
возможное развитие	6	50		
не созданы условия для замедления (прерывания)	4			
созданы условия ускоряющие развитие	2			
<i>Новое патологическое состояние</i>	2	100	14	
возможное развитие	2	100		
не снижена вероятность возникновения	2			
Процесс оказания помощи	35		100	15
Постановка диагноза затруднена	29		83	
Лечение затруднено	5		14	
Обеспечение преимущественности затруднено	1		3	
Оценка процесса оказания помощи	65		100	28
Оценка диагноза затруднена	48		74	
Оценка лечения затруднена	15		23	
Оценка тактического решения затруднена	2		3	
Ресурсы здравоохранения	71		100	31
<i>Ресурсы диагностики</i>	29	100	41	
Ресурсы отдельных лабораторных исследований	16	55		
неполно использовано	16			
Ресурсы отдельных инструментальных исследований	13	45		
неполно использовано	13			
Ресурсы лечения	36	100	51	
Фармакотерапия	36	100		
последствия для данного этапа	33			
имеется перерасход	30			
неполно использовано	3			
последствия для следующего этапа	3			
неполно использовано	3			
Врачебные ресурсы	3	100	4	
Лечащий врач/ имеется перерасход	1	33		

Консультанты/ неполно использовано	2	67		
Общие финансовые ресурсы	3	100	4	
последствия для данного этапа	3	100		
имеется перерасход	1			
неполно использовано	2			
Оценка потребности в ресурсах здравоохранения	45		100	20

«Главное в этом мире не то, где мы стоим, а то, в каком направлении движемся».

Оливер Холмз

Приложение 2

Перечень тем для факультативных занятий

1. Идеальная и реальная модели системы управления КМП.
2. Внутренние переменные экспертной организации (группы экспертов КМП) * и их взаимовлияние на факторы внешней среды ** (* - цель, задачи, технология, персонал, структура; ** - потребители, законы и государственные органы, конкуренты, технологии, общественное мнение и др.).
3. Перечень гарантий качественной медицинской помощи, как основа для обоснования юридических и экономических санкций в системе ОМС.
4. Зарубежные системы оценки КМП и возможности их использования в практике России (американский и европейский опыт, явные и латентные цели современной реформы здравоохранения России).
5. Явные (объявляемые) и скрытые (латентные) цели субъектов системы ОМС при решении проблем КМП, его оценки и обеспечения гарантий.
6. Причины и следствия использования разных методов оценки КМП экспертами субъектов системы ОМС и комиссиями по лицензированию медицинской деятельности (по результатам опросов).
7. Непрерывное повышение качества. Место экспертизы в системе непрерывного повышения качества.

«Ad red (к цели) - это спор, в котором у участников есть какая-то общая цель, в осуществлении которой каждый заинтересован, но не согласен с тем способом ее достижения, который предлагает оппонент. Понятно, что если два человека хотят одного и того же, то рано или поздно что-то у них получится, и что у них больше шансов добиться чего-то вдвоем, чем у каждого из них в отдельности. Что касается способа, то, очевидно, каждый человек воспринимает проблему как-то по-своему, и в предложениях каждого есть какие-то достоинства и недостатки. Поэтому в такой ситуации люди часто останавливаются на каком-то компромиссном решении, которое и оказывается оптимальным. Это и есть тот спор, в котором рождается истина. Например, если двое оказались на необитаемом острове и хотят уплыть оттуда, но спорят над тем, какой сделать плот, понятно, что что-то они построят и, вероятно, более успешно, чем это сделал бы один».

А.М.Зимичев, 1993

Случай оказания медицинской помощи и результаты экспертизы ее качества, с использованием АТЭ КМП

В страховую организацию "Nn" города Т. обратилась гражданка К. с изложенным ниже заявлением.

Заявление гражданки К.:

06 апреля 1995 г. моей матери, К.Л. 58 лет, оказывала помощь бригада скорой мед. помощи. Она страдала гипертонической болезнью и в 1990 г. перенесла острый инфаркт миокарда, после которого чувствовала себя неплохо и находилась на диспансерном наблюдении у участкового врача. Вызов СМП был связан с появлением тошноты и однократной рвотой, при этом моя мать не находилась на постельном режиме и выполняла почти всю работу по дому. Доктор скорой помощи сделал ей укол в вену, после чего она скончалась в присутствии врача. Прошу разобраться с причиной смерти моей матери, т. к. на наш взгляд, смерть матери связана с неправильным лечением.

В ответ на данное заявление страховая организация затребовала медицинскую документацию по случаю оказания медицинской помощи гражданке К.Л. и передала документы для проведения экспертизы в Ассоциацию врачей города Т. Ассоциация привлекла 3-х экспертов, которые исследовали случай оказания медицинской помощи сначала отдельно друг от друга, а затем результаты их экспертиз были сопоставлены для выработки согласованного мнения. Ниже представлены согласованные между экспертами протокол экспертизы, выводы и рекомендации.

Данные карты вызова специализированной кардиологической бригады скорой медицинской помощи N 2345 от 06 апреля 1995 г.:

Больная - женщина 58 лет, помощь оказывает кардиологическая бригада СМП 06.04.95 г. 13 ч. 50 мин.

ЖАЛОБЫ: Сердцебиение, одышка, тошнота, слабость.

АНАМНЕЗ: В течение 10 лет страдает гипертонической болезнью с частыми подъемами АД до 240/120 мм рт. ст. при обычном АД 160/90 мм рт. ст. Перенесла острый инфаркт миокарда в 1990 г. Последние годы боли в области сердца не беспокоят. Ухудшение самочувствия в течение двух недель: появились указанные выше жалобы. Сегодня однократно была рвота съеденной пищей. Постоянно принимает адельфан по 1 таблетке в день, капли корвалола и лантозида.

ФИЗИКАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ: Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы сухие, бледные. Температура тела нормальная. Пульс 160 в 1 минуту, ритмичный. АД 160/90 мм рт. ст. Сердце: I тон на верхушке ослаблен, акцент II тона на аорте, шумов нет. Частота дыхания 18 в 1 мин. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в правом подреберье. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Стопы и голени пастозны.

ЭКГ (по монитору): предсердная тахикардия с АВ проведением 2:1, ЧЖС 160 в 1 мин. Гипертрофия левого желудочка.

ДИАГНОЗ: Осн.: ИБС. Атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь II стадии.

Соп.: Хронический гастрит, обострение.

Осл.: НК IIА ст. Пароксизмальная предсердная тахикардия 2:1.

14 ч. 10 мин. **ТЕРАПИЯ:** Внутривенно струйно: р-р панангина 10,0, р-р строфантина 0,05%-0,5

Сразу после инъекции - внезапная потеря сознания, судороги, клиническая смерть.

ЭКГ (по монитору): фибрилляция желудочков.

Реанимационные мероприятия в полном объеме, включая закрытый массаж сердца, ИВЛ, неоднократную ЭИТ, адреналин в/в - без эффекта.

14.55. Пульс, дыхание, сердцебиение отсутствуют. Зрачки широкие, на свет не реагируют. Констатирована смерть.

СОГЛАСОВАННЫЙ ПРОТОКОЛ ЭКСПЕРТИЗЫ

Дата экспертизы: 5 мая 1995 г.

Экспертиза случая - начало

Качество медицинской помощи - имеются замечания

Сбор информации о пациенте - имеются замечания

Непосредственные исследования - имеются замечания

Расспрос - имеются замечания

Анамнез болезни - собрано неверно

Анамнез болезни - собрано неполно

ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ - описание неполно

Процесс оказания помощи - негативные последствия

Постановка диагноза - затруднено на данном этапе

Оценка процесса оказания помощи - негативные последствия

Оценка диагноза - затруднено

Постановка диагноза - имеются замечания

Диагноз - указан

Диагноз - рубрифицирован

Заключительный диагноз - замечания по содержанию

Заключительный диагноз сопутствующего заболевания - можно изменить

Отдельные компоненты диагноза сопутствующего заболевания - можно исключить

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ, ОБОСТРЕНИЕ - можно исключить

Оценка потребности в ресурсах здравоохранения – негативные последствия

Заключительный диагноз осложнений - можно изменить

Отдельные компоненты заключительного диагноза осложнений - можно дополнить

ИНТОКСИКАЦИЯ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ - можно дополнить уверенно

Процесс оказания помощи - негативные последствия

Лечение - затруднено на данном этапе

Оценка потребности в ресурсах здравоохранения - негативные последствия

Лечение - имеются замечания

Фармакотерапия - имеются замечания

Отдельные лекарственные средства - имеются замечания

Отдельные лекарственные средства - замечания по выбору

Отдельные лекарственные средства - не применено, но показано

УНИТИОЛ - не применено, но показано

Состояние пациента - негативные последствия

Исходное патологическое состояние - реальное развитие

ИНТОКСИКАЦИЯ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ - не обеспечено замедление (прерывание)

Ресурсы здравоохранения - негативные последствия

Ресурсы лечения - последствия для данного этапа

Фармакотерапия - неполно использовано

Отдельные лекарственные средства - применено, но не показано

СТРОФАНТИН - противопоказано

Состояние пациента - негативные последствия

Исходное патологическое состояние - реальное развитие

ИНТОКСИКАЦИЯ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ - ускорено развитие

Новое патологическое состояние - реальное развитие

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ - спровоцировано

Процесс оказания помощи - негативные последствия

Лечение - затруднено на данном этапе

Ресурсы здравоохранения - негативные последствия

Ресурсы диагностики - последствия для данного этапа

Ресурсы отдельных инструментальных исследований - имеется перерасход

Ресурсы лечения - последствия для данного этапа

Фармакотерапия - имеется перерасход

Лечебные манипуляции - имеется перерасход

Врачебные ресурсы - последствия для данного этапа

Лечащий врач - реальные последствия

Лечащий врач - имеется перерасход

Социальные ресурсы - негативные последствия

Преждевременная смерть пациента - вероятность увеличена

ЭКСПЕРТНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

по случаю оказания медицинской помощи больной К.Л.

1. Общая часть

- 1.1. Инициатор экспертизы - СМО №п
- 1.2. Повод для проведения экспертизы - заявление дочери умершей К.Л.
- 1.3. Медицинское учреждение (подразделение) - специализированная кардиологическая бригада СМП.
- 1.4. Лицензия - _____
- 1.5. Медицинский документ - карта вызова специализированной кардиологической бригады СМП N 2345.
- 1.6. Время лечения - _06.03.99 13 ч. 50 мин. – 14 ч. 55 мин.
- 1.7. ФИО пациента - __К.Л.
- 1.8. Дата рождения - __58 лет
- 1.9. Диагноз - Осн.: ИБС. Атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь II стадии.
Соп.: Хронический гастрит, обострение.
Осл.: НК ПА ст. Пароксизмальная предсердная тахикардия 2:1.
- 1.10. Патологоанатомический диагноз – вскрытие не проводилось
- 1.11. Лечащий врач - _врач С.
- 1.12. ФИО, специальность и квалификационная категория экспертов - 1 врач высшей категории по кардиологии, 2 врача первой категории по скорой помощи и кардиологии.
- 1.13. Перечень основных научно-методических документов
- 1.14. Задачи экспертизы (вопросы, на которые должны дать ответы эксперты) -
1) Были ли допущены врачебные ошибки, имеющие причинную связь с летальным исходом?
- 1.15. Метод экспертизы КМП - _Автоматизированная технология экспертизы КМП

2. Констатирующая часть

2.1. Основные врачебные ошибки, их следствия и причинно-следственные связи

Вследствие неполного расспроса (не уточнена суточная доза лантозида) и неверной трактовки симптоматики заболевания, врач допустил ошибку диагноза, расценив интоксикацию сердечными гликозидами как клинику обострения хронического гастрита. Ошибка диагноза послужила причиной назначения неправильного лечения: не был применен унитиол для лечения гликозидной интоксикации и было осуществлено внутривенное введение противопоказанного больной препарата - строфантина, вызвавшего развитие жизнеугрожающего осложнения – фибрилляции желудочков, которая послужила причиной смерти больной.

2.2. Характеристика КМП (нужное подчеркнуть)

Надлежащее.

Ненадлежащее, указать класс (нужное отметить - X):

I	II	III	IV	V	VI
---	----	-----	----	---	---------------

3. Завершающая часть

3.1. Выводы:

- При оказании помощи больной К.Л. были допущены ошибки лечения, имеющие причинную связь с наступившим летальным исходом.

3.2. Рекомендации:

С целью уточнения квалификации врача С. специализированной кардиологической бригады СМП провести оценку качества оказываемой им медицинской помощи при использовании препаратов наперстянки больным с нарушениями ритма сердца.

10 мая 1995 г.

Президент Ассоциации врачей г. Т.

Председатель секции экспертов качества
мед. помощи Ассоциации врачей г. Т.

Ответ страховой медицинской организации "Nn" гражданке К.:

Глубокоуважаемая К.!

Отдел по обеспечению гарантий качества медицинской помощи нашей страховой организации провел оценку случая оказания медицинской помощи Вашей матери с привлечением экспертов Ассоциации врачей города. По результатам экспертизы Ваша жалоба на действия врача скорой помощи признана обоснованной. Приглашаем в удобное для Вас время на встречу с юрисконсультom нашей организации для решения вопроса о компенсации причиненного Вам ущерба.

С уважением генеральный
директор СМО "Nn"
13 мая 1995 г.

"Ошибка уже сделана. Надо думать над тем, как смягчить ее последствия и как сделать так, чтобы она не повторялась. Нужно объединить усилия в поиске выхода из создавшегося положения. Главное - дело, а не выяснение отношений по поводу того, кто виноват. Однако, найдя выход, объясниться следует. Но опять же не по поводу "кто есть кто", а в связи с причинами срыва и возможностями недопущения подобного"

С. Вознесенский с соавт., 1993 г.

"Право подвергать людей самой суровой критике заслуживает тот, кто убедил их в своей любви к ним".

М. Ганди

Список рекомендуемой литературы

1. Steffen G.E. Quality Medical Care.- JAMA 1988; 260. No 1, p.56-61
2. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988; 260.No 12, p.1743-1748
3. Эльштейн Н.В. Общемецинские проблемы терапевтической практики. - Таллинн: Валгус, 1983. 247 стр.
4. Ригельман Р. Как избежать врачебных ошибок. М. Практика, 1994. 204 стр.
5. Гришин В.В., Киселев А.А. и др. Контроль качества оказания медицинской помощи в условиях медицинского страхования в ведущих странах мира. М. 1995. 62 стр.
6. Долинин В.А., Петленко В.П., Попов А.С. Диалектика и логика клинического мышления: Учебное пособие/ Под ред. Проф. В.А. Долинина.- Лен., 1982.- 256 с.
7. Тарасов К.Е., Великов В.К., Фролова А.И. Логика и семиотика диагноза (методологические проблемы). М. Медицина, 1989. 272 с.
8. Мясоедов Е.С. Клиническое мышление. Иваново, 1976. 43 с.
9. Попов А.С., Кондратьев В.Г. Очерки методологии клинического мышления.- Лен. отделение: «Медицина», 1972. 183 с.
10. Иванов Е.А. Логика: учебник.- М. БЕК, 1996. 309 с.
11. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины: пер. с англ. М. Медиа Сфера, 1998. 345.
12. Мескон М., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента. - Пер. с англ. Ред. д.э.н. Л.И. Евенко М., "Дело", 1992. 702 стр.
13. Современный менеджмент: Принципы и правила. - Научное издание / Под ред. В.И. Данилова-Данильяна- Н.Н.: НКЦП,1992. 232 стр.

Варианты сотрудничества с ООО "Центр качества и квалификации"

1. Заказ на отбор и подготовку экспертов КМП.
2. Экспертиза КМП, его гарантий силами Ассоциации экспертов КМП СПб и/или подготовленных специалистов из других регионов страны.
3. Приобретение обучающего модуля автоматизированной технологии экспертизы КМП.
4. Участие в создании новых версий обучающих модулей автоматизированной технологии экспертизы КМП (терапия, эндокринология, пульмонология, "Семейный врач", педиатрия и т.п.)
5. Аренда имеющейся версии автоматизированной технологии экспертизы КМП и ее модификация для решения проблем пользователя.
6. Заказ на проведение конкурса систем оценки КМП в регионе.
7. Совместное развитие или использование информационных банков "Врач", "Эксперт качества медицинской помощи".
8. Участие в развитии системы знаний о КМП и ее части - автоматизированной технологии экспертизы КМП, ее обучающих и/или контролирующих модулей (с американским совладельцем "know-how"), включая создание модемной сети.
9. Разработка территориальных или учрежденческих систем управления качеством медицинской помощи.
10. Консультативные услуги по управлению состоянием качеством медицинской помощи.