

Оценка качества медицинской помощи в учреждениях родовспоможения

Е.Л. Никонов¹, А.В. Саверский², С.А. Саверская², М.Р. Цукаева³

¹МГУ им.М.В.Ломоносова, Москва

²Общероссийская общественная организация «Лига пациентов», Москва

³Старо-Атагинская ЦРБ Чеченской Республики

Резюме

Краткий обзор методологических подходов к формированию рейтинга роддомов. Транспарентность деятельности медицинских организаций должна стать основой «оздоровления» российского здравоохранения и обеспечения безопасности пациента.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, учреждения родовспоможения.

Assessment of the quality of medical care in the obstetric clinic

E.L.Nikonov¹, A.V.Saverskiy², S.A.Saverskaya², M.R.Tsukaeva³

¹Lomonosov's Moscow State University, Moscow

²Russian public organization "League of patients", Moscow

³Staro-Ataginskaya central hospital, Chechen republic

Summary

Brief survey methodological approaches to the formation of the rating of obstetrics clinics. Transparency of the activity of medical organizations must become the basis of the «recovery of Russian public health» and providing of safety of patient.

The keywords: the quality of medical care, assessment of the obstetric clinic.

Координаты для связи с авторами: drnikonov@mail.ru

Повышение доверия населения к системе здравоохранения всецело зависит от эффективности и качества медицинской помощи, которое определяется тремя составляющими: структурой медицинской организации, организацией лечебного процесса и результатами лечения.

Структура организации подразумевает под собой наличие материально-технических условий и эффективного кадрового ресурса. Нельзя оказать помощь хорошо, если нет необходимого оборудования, а врачи не имеют необходимых навыков.

В настоящее время износ основных средств в лечебных учреждениях России превышает 50%, а, по данным Федерального регистра медицинских работников, около 100 тыс. врачей не повышали свою квалификацию более 5 лет, т.е. каждый 7-й врач. Средний возраст российского врача превышает 48 лет, при этом 92% всех медработников России – женщины.

Из-за существующих проблем в нормативно-правовом регулировании в сфере здравоохранения, больших расстояний и уже существующего кадрового голода обеспечить одинаково доступную и высококачественную медицинскую помощь гражданам на всей территории России представляется чрезвычайно сложной задачей.

Вплоть до настоящего времени в сотнях российских сел трудятся фельдшера, получившие образование не в медицинских училищах, а на 2-месячных курсах Красного Креста и Красного Полумесяца, при этом большинство из них достигло пенсионного возраста и живет натуральным хозяйством. В этих условиях любые поездки на курс повышения квалификации для них попросту невозможны. Только 50% выпускников медицинских вузов работает по специальности.

Вместе с тем достаточно часто можно столкнуться с ситуацией, когда в только что построенных стенах клиники и на ультрасовременном оборудовании при наблюдении, осуществляемом профессорами и доцентами, имеют место серьезные осложнения в родах, предъявляются судебные иски.

В этих медицинских учреждениях страдает организация лечебного процесса: нет преемственности между приемным отделением и стационаром, нет четкой координации действий между врачами и медсестрами.

Многочисленными исследованиями было доказано, что клиники с числом коек более 600 практически неуправляемы, а численностью до 250 коек – являются экономически нестабильными. В клиниках с количеством коек менее 100, и, следовательно, небольшим бюджетом увеличивается риск того, что пациентам станут навязывать платные медицинские услуги, а специалисты не будут иметь должный уровень квалификации.

Но самая главная составляющая качества медпомощи – результаты работы клиники. Практически в любой газете и других средствах массовой информации можно найти материал о передовых клиниках, в котором основное внимание уделено методам лечения, оборудованию, научным званиям сотрудников, и крайне редко – результатам работы клиники. Применительно к родовспоможению, это такие показатели, как частота разрывов промеж-

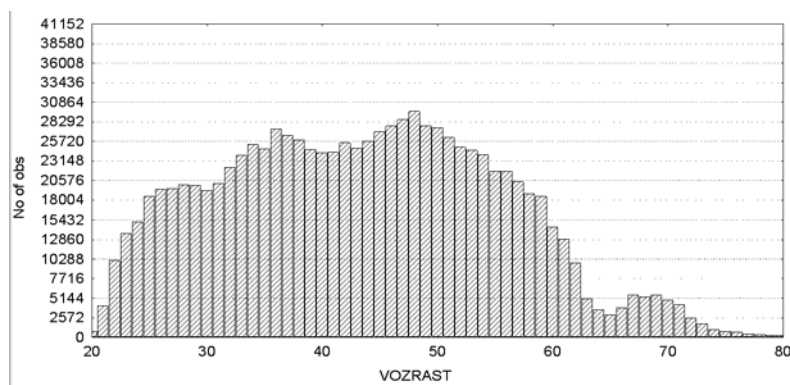


Диаграмма
Распределение медработников по возрасту
(данные Федерального регистра медицинских и фармацевтических работников по состоянию на 01.01.2009, www.med-registr.ru).

ности, осложнений после планового кесарева сечения, материнская и младенческая смертность и т.д.

В Российской Федерации до настоящего времени практически ни одно лечебное учреждение не опубликовало в средствах массовой информации информацию о своей деятельности за год с учетом результативности.

Широкая информированность населения о качестве оказания медицинской помощи с позиций ее результативности является самой эффективной мерой по обеспечению надлежащего качества медицинской помощи.

Пирамида человеческих потребностей, основываясь на физиологических и материальных нуждах, заканчивается возможностью самореализации человека через его признание. Для врачей это наиважнейший стимул. Три года реализации национальных проектов в здравоохранении показали, что доплаты участковым врачам не отразились на качестве медпомощи, а вот любая публикация по фактам некачественной помощи, огласка судебного решения через средства массовой информации, введение института премий «Лучший врач года» оказались достаточно действенными рычагами.

Появление общероссийского рейтинга роддомов – уникальный инструмент по обеспечению должного качества медицинской помощи.

Впервые идея рейтингов роддомов появилась в Общественном совете по защите прав пациентов при Росздравнадзоре (www.openmed.ru, www.roszdravnadzor.ru) в 2006 г., а в 2008 г. был издан приказ Росздравнадзора от № 1027-Пр/08, определивший необходимость и порядок формирования такого рейтинга.

Несколько лет в российском интернете мамы объединяются в сообщества, пытаются самостоятельно составить рейтинги роддомов. Будущая мама и ее родственники, не имея специальных знаний в области акушерства, гинекологии и неонатологии, не могут реально оценить качество оказываемой им медицинской помощи. Пациенты конкретно могут высказаться о двух существенных составляющих оказания помощи: ее сервисной части и их информированности о медицинских услугах. Материнские рейтинги в основном и строятся на этих двух показателях. Доверять этим рейтингам нельзя – они субъективны, а представляющие их сайты не напрямую, но в полной мере финансируются некоторыми государственными и частными клиниками с целью обеспечения собственной рекламы.

Для формирования рейтинга Росздравнадзором были получены сведения обо всех государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию и участвовавших в программе «родовый сертификат». По данным Фонда социального страхования программой «родовый сертификат» в 2007 г. было охвачено 93% всех родов в Российской Федерации, следовательно, представленная выборка является репрезентативной.

Какие показатели учитывает данный рейтинг?

Показатели структуры организации:

- наличие в структуре организации детского реанимационного отделения, лаборатории экспресс-диагностики;
- возможность обеспечения совместного пребывания матери и ребенка;
- возможность присутствия мужа или родственников при родах;
- численность медработников, не повышавших свою квалификацию более 5 лет в процентах от общей численности медработников организации.

Среди этих показателей два принципиально важны:

наличие детского реанимационного отделения и возможность присутствия при родах родственников. Первый показатель говорит о достаточной инфраструктуре роддома, а второй характеризует его открытость, готовность к осуществлению внешнего контроля качества. Практически во всех зарубежных клиниках в операционных и родильных залах устанавливаются камеры постоянного видеонаблюдения или при родах присутствуют родственники. В присутствии посторонних врачи ведут себя осторожнее, тщательно выполняют свои обязанности, а роженица получает необходимую психологическую поддержку.

Возможность совместного пребывания матери и ребенка после родов в определенной мере демонстрирует готовность учреждения родовспоможения к обеспечению жестких современных требований в отношении необходимости немедленного после рождения прикладывания ребенка к груди матери, контакта ребенка с кожей матери, свободного режима вскармливания, включая исключительно грудное вскармливание по требованию ребенка без ночного перерыва.

Ключевым условием для формирования рейтинга учреждений родовспоможения является наличие детского реанимационного отделения. Отсутствие такого подразделения в структуре организации не может гарантировать высокое качество оказания помощи. В этой связи все учреждения родовспоможения, не имеющие в своей структуре такого подразделения, не были включены в итоговую таблицу сведений об учреждениях родовспоможения, которые можно рассматривать как имеющие достаточные материально-технические и другие условия для обеспечения качественной помощи.

Наличие детской реанимации – необходимое условие выхаживания недоношенных и маловесных детей.

В России принято следующее понятие живорождения: «полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери независимо от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие как сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделена ли плацента. Каждый продукт такого рождения рассматривается как живорожденный». Однако дети (плоды), родившиеся с признаками жизни, но весом менее 1000 г (или ранее 28 недель беременности) в официальную статистику рождаемости включаются в том случае, если они прожили более 168 часов (или полных 7 суток после рождения). Если такие дети умерли ранее 7 полных суток, они учитываются как поздние выкидыши (при сроке 22–27 недель беременности). Соответственно, чтобы построить реальный рейтинг в будущем необходимо собрать информацию о выхаживании ранорожденных детей с весом более 500 г, так, как это делается во всем мире.

Среди показателей качества организации лечебного процесса и результативности работы клиники учитывались следующие:

1. Материнская смертность.
2. Ранняя неонатальная смертность.
3. Количество случаев внутрибольничной инфекции.
4. Частота осложнений операций кесарева сечения, соотношение частоты плановых и экстренных кесаревых сечений, соотношение показателя кесарева сечения и перинатальной смертности.
5. Количество осложнений у новорожденных.
6. Случаи наложения акушерских щипцов.
7. Тяжелые разрывы промежности.

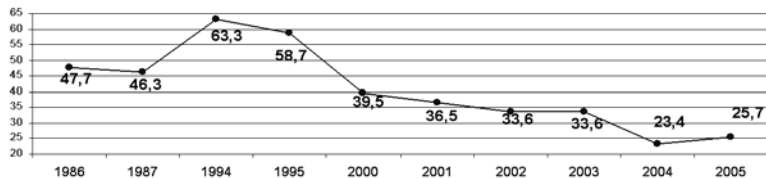


Рис. 1.
Показатель материнской смертности в России (на 100 000 живорожденных) по данным Минздравсоцразвития РФ (2005).

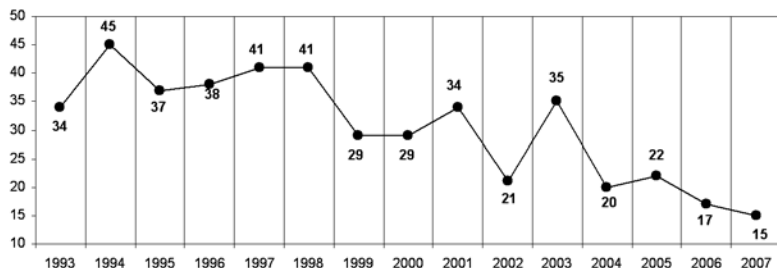


Рис. 2.
Материнская смертность в Москве (по данным проф. О.В. Зайратьянца)

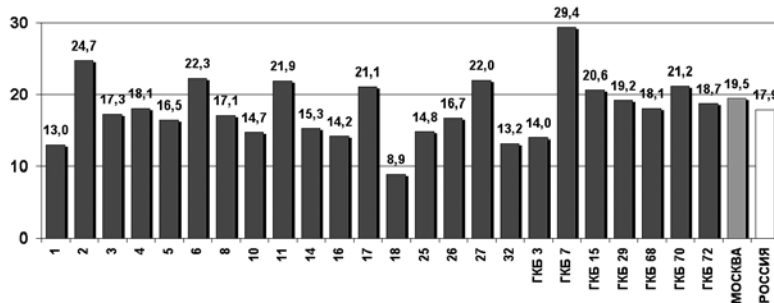


Рис. 3.
Частота кесарева сечения в родовспомогательных учреждениях Москвы (%), 2006, данные В.Е. Радзинского)

1. Материнская смертность

Материнская смертность — это смертность женщин во время беременности или в течение 42 дней после родов и связанная с беременностью/родами. По данным Минздравсоцразвития России, уровень материнской смертности в Российской Федерации в последние годы имеет ярко выраженную тенденцию к снижению, и за последние 7 лет он снизился с 40,3 (на 100.000 живорожденных) в 2000 г. до 22,0 в 2007 г. (рис. 1). Для сравнения, в Норвегии и Швейцарии этот показатель равен 6, Финляндии — 11, Франции — 15, а в странах Африки — 400-800. При этом, как и ранее, подавляющее большинство материнских смертей, исключая аборт, определяется 4 причинами: кровотечения, гестоз, экстрагенитальные заболевания и гнойно-воспалительные (септические) осложнения. Около 70% случаев материнских смертей относится к предотвратимым или условно предотвратимым.

По данным главного патологоанатома Москвы профессора О.В.Зайратьянца, в Москве ежегодно снижается число материнских смертей (рис. 2). Так же, как и по всей стране, основными причинами смерти (исключая аборт) были кровотечения, гестозы и экстрагенитальные заболевания (доля последних ежегодно растет и в 2007 г. составила 47%).

2. Ранняя неонатальная смертность

Ранняя неонатальная смерть — численность детей, умерших в первые полные 7 суток жизни (168 часов) на 1000 живорожденных. В структуре младенческой смертности преобладают врожденные аномалии, родовая травма, асфиксия, гипоксия, болезни органов дыхания, гемолитическая болезнь новорожденных.

3. Количество случаев внутрибольничной инфекции

По определению ВОЗ (1979), внутрибольничная инфекция — это любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или инфекционное заболевание медицинского работника вследствие его работы в данной больнице. Многие внутрибольничные инфекции можно предупредить, но термин «внутрибольничная инфекция» не следует считать эквивалентным понятию «ятрогенная инфекция», которое обозначает инфекцию, вызванную диагностическими или терапевтическими процедурами.

4. Частота осложнений операций кесарева сечения, соотношение частоты плановых и экстренных кесаревых сечений, соотношение показателя кесарева сечения и перинатальной смертности.

Каждую минуту в мире одновременно проводится 50 операций кесарева сечения. Частота кесарева сечения (КС) в мире имеет довольно широкий диапазон: Австрия, Болгария, Дания, Норвегия — менее 15%; Бразилия, Мексика, Таиланд, Чили — более 30%. Оптимальным считается, если частота выполнения кесарева сечения составляет до 15%, при этом соотношение плановых кесаревых сечений к экстренным 4 :1.

В некоторых регионах частота выполнения кесарева сечения составляет менее 10% (Алтай, Дагестан, Тыва), в других — более 20% (Алтайский край, Ивановская, Калининградская, Смоленская области, Ставропольский край).

По данным проф. В.Е.Радзинского и И.Н.Костина (Российский университет дружбы народов), в Российской

Федерации в сутки проводится 820 операций кесарева сечения (2007), при этом перинатальная смертность составляет 39 новорожденных в сутки (2007) (рис. 3).

Перинатальная смертность — число мертворожденных (дети, родившиеся мертвыми при сроке беременности более 28 недель) + число умерших в первую неделю жизни (6 дней 23 часа и 59 минут) на 1000 родившихся живыми и мертвыми.

4. Количество осложнений у новорожденных

Среди осложнений у новорожденных без учета летальных случаев, как правило, наиболее значимыми являются родовые травмы и инфекции, включая пневмонии. В генезе родовых травм определенная роль, несомненно, принадлежит применению древнего акушерского приема, описанного в очень старых учебниках по акушерству и известному как метод Кристеллера или давление на живот. С 01.01.2007 во Франции сообщение о применении врачом этого «метода» лишает его права заниматься акушерской практикой пожизненно.

5. Случаи наложения акушерских щипцов

Изобретение Гильома Чемберлена 1569 г. В России акушерские щипцы внедрил в практику основоположник русской акушерской школы Нестор Максимович-Амбодик. В 1786 г. в книге «Искусство повивания, или наука о бабичьем деле» он впервые в России дал подробное описание этой процедуры. Применение акушерских щипцов в большинстве случаев свидетельствует о неверной акушерской тактике или позднем обращении пациентки (когда головка уже вставилась).

6. Тяжелые разрывы промежности

Разрывы промежности являются одним из самых частых осложнений родов, при этом у первородящих они встречаются в 2-3 раза чаще, чем у повторнородящих. Среди наиболее частых причин разрывов: неправильное оказание акушерской помощи (приемов защиты промежности); оперативные вмешательства в родах — наложение щипцов, вакуум-экстракция плода, извлечение плода за тазовый конец); крупный плод; быстрые и стремительные роды; разгибательные вставления головки плода. Различают несколько степеней разрыва промежности, наиболее тяжелые разрывы приводят к нарушению целостности кожи промежности, стенки влагалища и мышц промежности до сфинктера прямой кишки, иногда разрыв захватывает сфинктер прямой кишки, а в ряде случаев и ее стенку.

При расчете рейтинга нами на первых этапах использовались такие показатели, как количество судебных исков и жалоб, предъявленных в отношении клиники,

однако из-за отсутствия возможности получить достоверные сведения и избежать субъективизма, эти показатели в дальнейшем были исключены при расчете итоговых рейтингов.

Самое интересное для разработчиков рейтинга — это обеспечение достоверности полученной информации.

Рейтинг формировался на основании информации, полученной от региональных министерств здравоохранения, и, естественно, эти данные хотя и прошли проверку, но не могли быть досконально выверены сотрудниками территориальных управлений Росздравнадзора из-за большого объема информации. Статистическая информация, собираемая региональными министерствами или департаментами (управлениями) здравоохранения, зачастую не вполне соответствует действительности. Как происходит сбор этой информации? Электронные истории болезни отсутствуют более чем в 90% учреждений. Заведующий отделением или отдел медицинской статистики больницы, как правило, вручную считает показатели своей работы за отчетный период, затем главный врач имеет все возможности для произвольного внесения «небольших» правок. Затем информация передается в вышестоящую инстанцию, и там, как правило, срабатывает тот же механизм «улучшения» или корректировки данных. Для лиц, принимающих решения, информация приходит искаженной, а зачастую и с приписками.

Но даже публикация такой «официальной» информации о материнской и младенческой смертности в конкретных учреждениях несет в себе определенный политический подтекст для региональных руководителей, так как является реальной оценкой эффективности их работы. В период, когда здравоохранению государством уделяется огромное внимание, региональные чиновники стремятся показать только позитивные стороны своей работы, не информируя о существующих проблемах. В течение всего 2008 г. Росздравнадзор так и не получил от Департамента здравоохранения Москвы информацию о результатах работы роддомов Москвы в 2007 г. Но при этом наиболее громкие случаи по фактам смерти в роддомах происходят именно в столице. Аналогичная ситуация имела место и в некоторых других субъектах Российской Федерации.

Рейтинг роддомов Росздравнадзора представлен на сайте Общественного совета по защите прав пациентов — www.openmed.ru

В целом, только транспарентность деятельности медицинских организаций должна стать основой «оздоровления» российского здравоохранения и обеспечения безопасности пациента.