

Улучшение реперфузионной терапии при ишемическом инсульте на основе принципов управления качеством.

Проект в номинации

Управление качеством медицинской помощи: изменение стереотипов

Организация

ГБУЗ НО "ГКБ № 13 АВТОЗАВОДСКОГО РАЙОНА"

Участники проекта

Ботова Светлана Николаевна

заместитель главного врача по медицинской части

Нижний Новгород

ГБУЗ НО "Городская клиническая больница № 13 Автозаводского района"

Бухвалов Сергей Анатольевич

главный врач

Нижний Новгород

ГБУЗ НО "Городская клиническая больница № 13 Автозаводского района"

Дроздова Екатерина Александровна

заведующая отделением неврологии

Нижний Новгород

ГБУЗ НО "Городская клиническая больница № 13 Автозаводского района"

Анализ показал низкий процент проведения тромболизиса при ишемическом инсульте (ИИ) в стационаре, невыполнение сигнальных индикаторов.

Применение принципов и инструментов управления качеством позволило статистически достоверно улучшить реперфузию и выполнить сигнальный индикатор всего за 6 месяцев.

Описание проекта

При анализе госпитального регистра отмечена недостаточная частота проведения реперфузии (тромболитической терапии ТЛТ) при ишемическом инсульте (ИИ): так частота проведения ТЛТ при ИИ составил 2% в 2019 и 2020 годах, в 2021-3,6%, в 2022 -4%. При этом сигнальный индикатор этого показателя в Нижегородской области - 5%.

Таким образом, сигнальный индикатор частоты проведения ТЛТ при ИИ в период с 2019 по 2022 г в многопрофильном стационаре не был достигнут (рисунок 1).

С целью оптимизации процесса реперфузии использовались принципы управления качеством (цикл Деминга PDCA), рисунок 2:

1. обнаружение проблемы (низкий % ТЛТ при ИИ);
2. подтверждение проблемы (статистические данные госпитального регистра);
3. анализ проблемы (поиск ошибок и дефектов);
4. разработка корректирующих мероприятий;
5. внедрение;

Для анализа причин недостаточной частоты проведения ТЛТ при ИИ использовалась диаграмма Исикавы (рисунок 3), которая позволила выявить и сгруппировать условия и факторы, влияющие на проблему. К основным относятся недостатки управления, недостаток квалификации, усталость врачей, связанная с высокой интенсивностью труда, проблемы преемственности.

На основе анализа дефектов процесса реперфузии проведены следующие корректирующие мероприятия:

1. изменение региональной маршрутизации (перевод потока экстренных неврологических пациентов (не с острым нарушением мозгового кровообращения- ОНМК) в другой стационар), тем самым снижена нагрузка на невролога приемного отделения;
2. создание внутреннего чата для всей ОНМК команды (на платформе Вайбер, в чат включены все неврологи, КТ специалисты, рентггенхирурги, реаниматологи реанимации ОНМК, начмед; по каждому пациенту в чат подается информация и определяется решение о необходимости проведения ТЛТ или о наличии противопоказаний (рисунок 4);
3. обучение (неврологов, КТ специалистов): серия обучающих семинаров;
4. простые СОПы, касающиеся логистики пациента с ИИ и принятия решения о ТЛТ
5. вовлечение руководителя (участие в чате; ежедневные обходы в отделение реанимации с разбором каждого поступившего больного)

Через 6 месяцев после оптимизации внутригоспитальной логистики и проведения корректирующих мероприятий отмечено статистически достоверное увеличение частоты проведения реперфузии при ИИ до 6% ($p = 0,042$, Хи-квадрат Pearson). Сигнальный индикатор частоты проведения ТЛТ при ИИ в Нижегородской области был достигнут (рисунок 5).

Таким образом, оптимизация процесса проведения реперфузии на основе принципов управления качеством и инструментов управления качеством позволяет повысить частоту проведения тромболизиса при ишемическом инсульте в многопрофильном стационаре.