ID: 2013-03-231-A-2301 Оригинальная статья

Молодцов Р.Н., Шеметова Г.Н.

Оценка качества медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией в условиях железнодорожного здравоохранения

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра поликлинической терапии

Резюме

Повышение качества медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией (АГ) остается актуальной медико-социальной проблемой, что обусловлено широкой распространенностью данной патологии, особенно среди трудоспособного населения, неуклонным ростом числа осложненных форм заболевания, нередко с фатальными исходами, огромными экономическими потерями в связи с временной нетрудоспособностью, инвалидностью и затратами на лечение и реабилитацию.

Проведена экспертная оценка объема и качества медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией, работающим на Приволжской железной дороге, по итогам внутриведомственной экспертизы.

Выявлены типичные дефекты при оказании амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи пациентам с артериальной гипертензией: недостаточно активное использование скрининговых технологий, позволяющих выявить заболевание на субклинической стадии; недостаточная преемственность в работе между поликлиниками, стационаром и психофизиологической службой в ведении пациентов; неадекватное использование возможностей Центров восстановительного лечения и реабилитации, возможностей направления пациентов с данной патологией на санаторно-курортное лечение; нарушение современных принципов комплексной терапии артериальной гипертензии.Предложена концептуальная модель совершенствования лечебно-профилактической помощи пациентам, страдающим артериальной гипертензией.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, артериальная гипертензия

Повышение качества медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией (АГ) остается актуальной медико-социальной проблемой, что обусловлено широкой распространенностью данной патологии, особенно среди трудоспособного населения, неуклонным ростом числа осложненных форм заболевания, нередко с фатальными исходами, огромными экономическими потерями в связи с временной нетрудоспособностью, инвалидностью и затратами на лечение и реабилитацию [1,2]. В связи с этим принята федеральная целевая программа «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации», разработаны российские рекомендации по диагностике и лечению АГ, внедряются новые методы борьбы с АГ, организуются «Школы здоровья» и «Школы для больных». Однако реальная практика ведения пациентов с АГ в лечебно-профилактических учреждениях, в частности, системы железнодорожного здравоохранения, отличается от утвержденных стандартов (протоколов) диагностики и лечения при указанной патологии. В целях предотвращения дефектов оказания лечебно-профилактической помощи и обеспечения удовлетворенности пациента представленными медицинскими услугами осуществляется контроль качества медицинской помощи (КМП).

К основным задачам контроля качества медицинской помощи следует отнести:

- раннее выявление и предупреждение врачебных ошибок и недостатков при оказании лечебно-профилактической помощи;
- снижение риска прогрессирования имеющегося заболевания и возникновения сопряженных патологических состояний;
- рациональное использование имеющихся ресурсов;
- обеспечение безопасности лечебно-диагностического процесса;
- обеспечение удовлетворенности пациента.

Целью исследования явилась оценка объема и качества медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией, работающим на Приволжской железной дороге, по итогам внутриведомственной экспертизы.

Материалы и методы

Для достижения поставленной цели были разработаны и клинически апробированы «Экспертные карты интегрированной оценки качества ведения пациентов с артериальной гипертензией на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах», позволяющие производить унифицированную ранжированную количественную оценку качества оказания медицинской помощи. Механизм оценки заключался в балльном выражении мнения эксперта о качестве выполнения каждого подблока врачебных действий в соответствии с принятой шкалой оценок (0 - 0,5 - 1). Нулевая оценка выставлялась в случае выявления абсолютно неверных действий или бездействия врача, повлекших за собой какие-либо негативные следствия. Снижение оценки до 0,5 баллов означало наличие ошибок, которые могли привести к негативным последствиям. Оценка подблока врачебного процесса в 1 балл подразумевала отсутствие дефектов. По завершении экспертной оценки рассчитывались среднеарифметические значения для каждого этапа врачебного процесса, а затем интегрированный показатель для всего случая, характеризующий качество медицинской помощи.

Экспертной оценке подлежали 325 медицинских карт амбулаторного больного (ф. 025/у) пациентов с артериальной гипертензией, состоящих на диспансерном учете у терапевтов в поликлинике Дорожной клинической больницы (ДКБ) на ст. Саратов-II и 407 медицинских карт стационарного больного (форма № 003/у), находившихся на обследовании и лечении в кардиологическом и терапевтическом отделениях ДКБ. Экспертный анализ консультативно-диагностической, лечебной и профилактической помощи проводился нами совместно с экспертной комиссией в составе заместителя главного врача по медицинской части, заместителя главного врача по клинико-экспертной работе, заведующего поликлиникой, заведующих кардиологическим и терапевтическим отделениями ДКБ и старшего врача-инспектора Региональной дирекции медицинского

обеспечения на Приволжской железной дороге в соответствии с регламентированными стандартами. Разработка учрежденческих стандартов медицинской помощи была проведена в соответствии с Федеральным законом от 27 декабря 2002 г. №184-ФЗ "О техническом регулировании".

Нами последовательно анализировалось качество и полнота диагностики, соблюдение современных принципов рациональной комплексной терапии данной патологии, полнота и адекватность рекомендаций лечащих врачей по окончании лечения, а также результаты проведенного курса терапии. Среди общего количества наблюдений (325 медицинских карт амбулаторных больных и 407 медицинских карт стационарных больных) не было ни одной карты больного с диагнозом вторичной гипертонии, то есть в 100% случаев был поставлен диагноз эссенциальной гипертензии. В исследование включались медицинские карты лиц трудоспособного возраста (18-60 лет), средний возраст больных составлял 47,2 ±1,3 года. В работе нами использовались традиционные статистические методики: расчет средних величин (среднего квадратического отклонения, средней ошибки средней арифметической), определение статистической достоверности разности средних арифметических и статистических показателей при помощи соответствующих параметрических и непараметрических критериев; расчет коэффициентов корреляции и ранговой корреляции Спирмена.

При оценке каждого из компонентов качества использовалась следующая шкала:

1. Оценка диагноза:
   - диагноз установлен в соответствии с общепринятыми классификациями – 1 балл;
   - не отражает основные положения общепринятых классификаций – 0,5 балла;
   - диагноз клинический заключительный заболевания не указан или установлен несвоевременно – 0,5 балла;
   - не соответствуют клинико-диагностическим данным – 0 баллов.

II. Оценка диагностических мероприятий:
- диагностические исследования проведены в соответствии с рекомендуемыми стандартами ведения больных - 1 балл;
- диагностические исследования проведены не в полном объеме или поздно - 0,5 балла;
- проведены необоснованно - 0,5 балла;
- диагностические исследования не выполнены- 0 баллов.

III. Оценка адекватности методов лечения:
- лекарственные средства использовались согласно протоколам ведения больных – 1 балл;
- адекватно, но имела место полипрагмазия и/или политерапия – 0,5 балла;
- вне протокола ведения больных и/или не включенные в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, без решения ВК – 0,5 балла;
- лечение неэффективно или не в полном объеме (при наличии показаний) и/или без учета противопоказаний и/или без учета совместимости лекарственных средств – 0,5 балла;
- лечение не соответствовало диагнозу или не проводилось- 0 баллов.

IV. Оценка качества оформления первичной медицинской документации и ведения больного:
- замечаний к оформлению медицинской документации не выявлено – 1 балл;
- записи в медицинской документации неполные, неинформативные, выполнены с ненадлежащей кратностью – 0,5 балла;
- ошибки заполнения листов назначений (записи на русском языке, отсутствие дозировки, способа введения, сроков назначения и отмены препаратов и т.д.) – 0, 5 балла.
- записи в медицинской документации нечитаемые – 0 баллов.

Как уже было отмечено, результирующая оценка качества выполнения каждого раздела представляет собой среднюю арифметическую оценку исследованных подразделов. Интегрированная оценка КМП вычислялась как средняя арифметическая оценка изученных разделов. Значения полученных оценок качества оказания медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией интерпретировалась следующим образом: в пределах 1 - 0,9 оценивалась как "отлично"; 0,89 - 0,75 - "хорошо"; 0,74 - 0,61 - "удовлетворительно" и менее 0,6 - "неудовлетворительно".

Результаты

В результате проведенного экспертного анализа качества медицинской помощи установлено, что лишь 11,7% медицинских карт амбулаторных больных (38 карт из 325 проанализированных) и 16,2% медицинских карт стационарных больных (52 из 407 карт, подвергнутых анализу) соответствовали всем оцениваемым критериям: своевременной, проведенной в должном объеме и в соответствии с утвержденными медико-экономическими стандартами, высококвалифицированной медицинской помощи (основные критерии, разработанные нами для оценки КМП, представлены в таблице 1). Качество оказания медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе была оценена на ”хорошо” в 44,3% случаев (144 амбулаторные карты), тогда как на стационарном этапе – в 53,2% (173 карты стационарных больных). Оказание медицинской помощи расценивалось как ”удовлетворительно” в 39,6% случаев (129 амбулаторных карт) на амбулаторно-поликлиническом этапе и в 28,9% случаев на стационарном этапе. В 4,4% случаев (14 амбулаторных карт) и в 1,7% случаев (6 карт стационарных больных) соответственно медицинская помощь была оценена как ”неудовлетворительно” (табл. 2).

Проведенный нами анализ амбулаторных карт и карт стационарных больных с артериальной гипертензией позволил выявить следующие типичные дефекты при оказании медицинской помощи:

<u>при сборе информации:</u>

• жалобы малосодержательны, не уточнены характер, локализация, условия возникновения болевых ощущений;

• не уточнены характер начала заболевания, продолжительность, характер течения заболевания на протяжении предшествующего времени;

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2013

• отсутствуют сведения об эффективности ранее проводимой терапии, о возможном приеме пациентами других, помимо гипотензивных, лекарственных препаратов: стероидных глюкокортикоидных гормонов, цитостатиков, нестероидных противовоспалительных препаратов, оральных контрацептивов и др. Надо учесть, что некоторые препараты способны повысить АД, и их отмена в совокупности с антигипертензивной терапией приведет к нестабильности АД. Важно обратить внимание на наличие менопаузы у женщин, курение, семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний, осложнений артериальной гипертензии;

• отсутствие сведений о наличии предшествующих госпитализаций.

при обследовании пациентов:

• отсутствие определения уровня креатинина, проведения УЗИ почек, осмотра глазного дна, что затрудняло экспертную оценку поражения органов-мишеней;

• отсутствие определения холестерина сыворотки крови, его фракций, затрудняющее оценку состояния липидного обмена и необходимости его медикаментозной коррекции;

Таблица 1. Оценка качества медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах

№ п/п	Критерии оценки	Кол-во медицинских карт амбулаторного больного		Кол-во медицинских карт стационарного больного	
		Абс. число	%	Абс. число	%
	I. Оценка диагноза				
Диагнозы клинические заключительные основного и сопутствующего заболеваний:					
1.	Установлены в соответствии с общепринятыми классификациями	254	78,3	340	83,6
2.	Не отражают основные положения общепринятых классификаций	57	17,4	52	12,7
3.	Диагноз клинический заключительный заболевания не указан или установлен несвоевременно	11	3,5	13	3,2
4.	Не соответствуют клинико-диагностическим данным	3	0,8	2	0,5
	II. Оценка диагностических мероприятий				
Диагностические исследования:					
1.	Проведены согласно стандартам ведения больных	237	72,8	309	76,1
2.	Проведены не в полном объеме или поздно	61	18,8	54	13,3
3.	Проведены необоснованно	24	7,4	35	8,5
4.	Не выполнены	3	1,0	9	2,1
	III. Оценка адекватности методов лечения				
Лекарственные средства использовались:					
1.	Согласно протоколам ведения больных	212	65,2	283	69,8
2.	Адекватно, но имела место полипрагмазия и/или политерапия	63	19,4	88	21,5
3.	Вне протокола ведения больных и/или не включенные в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, без решения ВК	28	8,7	26	6,3
4.	Не эффективно, или не в полном объеме (при наличии показаний), и/или без учета противопоказаний, и/или без учета совместимости лекарственных средств	22	6,7	10	2,4
5.	Лечение не соответствовало диагнозу или не проводилось	0	0	0	0
Оценка конечного результата:					
1.	Исход заболевания при адекватном лечении:				
	- улучшение	244	88,9	350	94,2
	- без перемен	31	11,1	22	5,8
2.	Исход заболевания вследствие неадекватного лечения:				
	- без перемен	47	94,5	34	96,3
	- с ухудшением	3	5,5	1	3,7
	- наступила смерть	0	0	0	0
	IV. Оценка качества оформления первичной медицинской документации и ведения больного				
1.	Замечаний к оформлению медицинской документации не выявлено	90	27,8	154	37,9
2.	Записи в медицинской документации нечитаемые	44	13,4	48	11,7
3.	Записи в медицинской документации неполные, неинформативные, выполнены с ненадлежащей кратностью	89	27,4	44	10,9
4.	Ошибки заполнения листов назначений(записи на русском языке, отсутствие дозировки, способа введения, сроков назначения и отмены препаратов и т.д.)	102	31,4	161	39,5

Таблица 2. Экспертный анализ медицинских карт амбулаторного и стационарного больного артериальной гипертензией

Оценка качества оказания медицинской помощи	Интегрированная оценка в баллах	Количество медицинских карт амбулаторного больного		Количество медицинских карт стационарного больного	
		Абс. число	%	Абс. число	%
«Отлично»	0,9 - 1	38	11,7	52	16,2
«Хорошо»	0,75 - 0,89	144	44,3	173	53,2
«Удовлетворительно»	0,61 - 0,74	129	39,6	94	28,9
«Неудовлетворительно»	Менее 0,6	14	4,4	6	1,7

при обеспечении преемственности:

• отсутствие назначения повторных явок для контроля АД, что затрудняло экспертную оценку адекватности выбранной гипотензивной терапии;

• отмечено несвоевременное взятие на диспансерное наблюдение;

• нерегулярность диспансерных осмотров.

при постановке диагноза:

• отсутствие развернутого клинического диагноза, соответствующего МКБ-10;

• необоснованное и неверное установление стадии и степени АГ, что не позволяло эксперту оценить правильность лечения и тактики ведения больного;

•отсутствие сведений о наличии у пациента сопутствующих заболеваний;

при проведении лечения:

• отсутствие назначения антиагрегантов, что не позволяло снизить риск цереброваскулярных осложнений;

• назначение нерациональных сочетаний антигипертензивных препаратов, в неверном режиме, что не позволяло добиться адекватной коррекции АД и снизить риск ОНМК;

Таким образом, тематическая экспертиза КМП больным АГ позволила выявить системные ошибки обследования, постановки диагноза, лечения и преемственности, установить базовое состояние КМП пациентам с артериальной гипертензией в данном ЛПУ.

Исследуя своевременность, обоснованность и качество оказания лечебно-профилактической помощи пациентам с АГ на амбулаторно-поликлиническом этапе, нами было выявлено несколько принципиально важных ошибок: неполноценное использование скрининговых методов диагностики и выявления пациентов с артериальной гипертонией, в том числе недооценка цеховыми терапевтами возможностей автоматизированной системы предрейсовых осмотров. Отмечено недостаточно тесное взаимодействие врачей поликлиник с психофизиологической службой, отсутствие комплексного подхода к восстановительному лечению, особенно на стадии предболезни, что способствовало дальнейшему прогрессированию заболевания, необходимостью направления пациентов в последующем на достаточно дорогостоящее стационарное лечение. Следует отметить неудовлетворительное взаимодействие в плане преемственности по лечению и ведению данных больных между врачами поликлиник и стационаров. При оказании медицинской помощи в стационарных условиях нередко игнорировались результаты исследований пациентов, полученные при обследовании в амбулаторных условиях, тем временем как врачи поликлиник часто не соблюдали рекомендации по дальнейшему лечению (прием индивидуально подобранных антигипертензивных препаратов, оптимальное сочетание определенных групп медикаментозных препаратов), данные пациенту при выписке из стационара. Не всегда прослеживалось научно обоснованное сочетание лечебных физических и фармакологических факторов. За время нахождения в стационаре не все пациенты направляются врачами на восстановительное лечение в Центр восстановительной медицины и реабилитации; многие пациенты (35,4%) не доводят данный вид лечения до конца после выписки из стационара. Оценка эффективности проведенного восстановительного лечения (снижение сроков временной нетрудоспособности, увеличение числа лиц, вернувшихся к труду и др.) не проводилась. Недостаточно внимания уделялось психофизиологической коррекции пациентов, осведомлению их о сущности и возможных осложнениях заболевания, а также методах лечения, возможностях центров восстановительной медицины и санаторно-курортного лечения. В частности, санаторно-курортную реабилитацию прошли в 2011 году лишь у 106 пациентов с артериальной гипертонией (32,5%).

В структуре врачебных ошибок, допущенных при оказании медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией на стационарном этапе преобладали ошибки в сборе анамнеза, лечения, оформление документации, а также отсутствие в плане лечения восстановительно-реабилитационных мероприятий. Как и в поликлиниках, врачами стационаров не всегда должным образом производилась оценка психоэмоционального статуса и выявление факторов риска артериальной гипертензии – соответственно, в среднем 54,3% и 62,4% случаев. Структура полноты обследования больных с АГ в поликлинике и стационаре Дорожной клинической больницы достаточно тесно коррелировала между собой (значения R составили 0,7 и 0,98). Это означает, что отмеченные экспертами недостатки диагностического исследования на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах были достаточно сходными. При экспертной оценке обоснованности и правильной формулировки диагнозов выяснилось, что в 83,6% случаев в стационаре диагноз был установлены в соответствии с общепринятыми классификациями против 78,3% случаев в поликлиниках. К недостаткам следует также отнести достаточно формальное отношение врачей как поликлинического, так и стационарного звена к постановке диагнозов сопутствующих заболеваний, которые соответствовали объективным данным в 92-95% случаев. Как и в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений, в стационаре в качестве базовых в основном применялись методы медикаментозной коррекции АД, и недостаточно широко использовались немедикаментозные методы

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2013

лечения, включая психокоррекцию, различные физиотерапевтические методы, ЛФК. В то же время в стационаре пациентам назначалась более рациональная, соответствующая рекомендуемым стандартам, последним достижениям фармакотерапии, комбинация антигипертензивных препаратов – в 69,8% случаев в сравнении с 65,2% случаями лечения в условиях поликлиник.

Выводы

Подводя итоги проведенной внутриучрежденческой экспертизы качества, необходимо подчеркнуть, что основными ошибками в оказании лечебно профилактической помощи пациентам с артериальной гипертензией явились:

- неэффективное использование на амбулаторном этапе скрининговых систем, позволяющих выявить заболевание на субклинической стадии, предотвратив дальнейшее прогрессирование заболевания, развитие серьезных, порой фатальных осложнений;
- отсутствие строгой преемственности в работе между поликлиниками, стационарами и психофизиологической службой, касающаяся дальнейшей тактики ведения пациентов;
- неадекватное использование возможностей Центров восстановительного лечения и реабилитации, возможностей направления пациентов с данной патологией на санаторно-курортное лечение при наличии мощной современной материально-технической базы медицинских учреждений ОАО «РЖД»;
- нарушение современных принципов комплексной терапии артериальной гипертензии.

Результаты анализа дают основу для разработки клинико-организационной модели совершенствования лечебно-профилактической помощи и восстановительного лечения пациентов, страдающих артериальной гипертензией, в лечебно-профилактических учреждениях различного уровня, концептуальными основами которой явились следующие положения:

- ведущая роль амбулаторно-поликлинического этапа ведомственного здравоохранения, на который выпадает основная нагрузка по проведению лечебно-профилактических мероприятий;
- своевременное выявление среди работников железнодорожного транспорта с высоким профессиональным риском лиц с пограничной АГ и ранними стадиями заболевания за счет использования современных скрининговых технологий;
- своевременное взятие данных пациентов на диспансерный учет, организация мониторинга состояния работников с АГ различных профессиональных групп (в том числе профессий, непосредственно связанных с движением поездов);
- контроль преемственности в работе ЛПУ различных звеньев;
- комплексный подход к терапии с использованием рациональной комбинации медикаментозных методов терапии, включения дифференцированных программ восстановительного лечения с оценкой их медико-экономической эффективности, использование возможностей санаторно-курортного лечения;
- проведение систематического внутриведомственного контроля качества медицинской помощи пациентам с АГ как на амбулаторно-поликлиническом, так и на стационарном этапах;
- совершенствование профессиональной подготовки медицинского персонала, обучение врачей основам экспертизы КМП, а также ознакомление врачей с результатами экспертиз.

Литература

1. Новокрещенова И.Г., Новокрещенов И.В., Буланов В.Е. Организация медицинской помощи работникам промышленных предприятий в современных условиях// Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Том 6. №2. С.283-287.
2. Посненкова О.М., Гриднев В.И., Киселев А.Р., Шварц В.А. Клинический аудит качества медицинской помощи больным артериальной гипертензией в поликлинике города Саратова с использованием компьютерной информационно-аналитической системы // Саратовский научно-медицинский журнал. 2009. Том 5. №4. С.548-554.
3. Шеметова Г.Н., Красникова Н.В., Губанова Г.В. и др. Приоритеты профилактической работы при сердечно-сосудистой патологии среди лиц трудоспособного возраста.- Саратов, изд-во СГМУ, 2011.- 216 с.