

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ*

В.А. Хархардина¹

А.В. Землянский¹

С.П. Алферова²

Ж.Ю. Чефранова³

Н.И. Жернакова³

Т.А. Макотрова³

¹*Филиал страховой компании
ЗАО «МАКС-М»
в Белгородской области*

²*Областная клиническая
больница Святителя Иоасафа,
г. Белгород*

³*Белгородский
государственный
университет*

e-mail: Chefranova@bsu.edu.ru

В данном исследовании проводилась оценка качества медицинской помощи (КМП) пациентам с гипертонической болезнью в поликлиниках, стационарах и дневных стационарах в I квартале 2009 г. – учреждениях здравоохранения Белгородской области. Выборка для проведения экспертизы составила 1309 случаев лечения в поликлинике, 737 – в стационаре и 754 – в дневном стационаре. Исследование проводилось с использованием автоматизированной технологии экспертизы (АТЭ) качества медицинской помощи. Согласно данным анализа количественных показателей КМП, установлено: преобладание случаев ненадлежащего КМП на всех этапах медицинской помощи (в среднем 80%); высокий риск врачебных ошибок (5,70) на амбулаторно-поликлиническом этапе лечения; наиболее значимые врачебные ошибки выявлены на этапах оказания стационарозаменяющей и стационарной медицинской помощи – 0,75 и 0,74 соответственно. КМП при ГБ является ненадлежащим, для его улучшения требуются меры общего характера, направленные на все этапы оказания помощи больным с ГБ.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, гипертоническая болезнь.

Артериальная гипертензия (АГ) является одной из наиболее значимых медико-социальных проблем, как в Российской Федерации, так и в Белгородской области. Это обусловлено широким распространением данного заболевания. Так, общая заболеваемость болезнями, характеризующимися повышенным артериальным давлением в Белгородской области увеличилась за период с 2001 г. в 2 раза и составила 12853,7 на 100 000 взрослого населения в 2008 г. Кроме того, АГ является важнейшим фактором риска (ФР) основных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) – инфаркта миокарда (ИМ) и мозгового инсульта (МИ), главным образом определяющих высокую смертность.

Целью экспертизы являлась оценка качества медицинской помощи (КМП) пациентам с гипертонической болезнью в поликлиниках, стационарах и дневных стационарах в I кв. 2009г. в учреждениях здравоохранения Белгородской области.

Перед экспертами были поставлены следующие вопросы, явившиеся задачами исследования:

1. Какие типичные врачебные ошибки допускаются при оказании помощи пациентам с гипертонической болезнью в стационарах, поликлиниках и дневных стационарах?

2. Выявленные врачебные ошибки привели к негативным следствиям для состояния пациентов и ресурсов здравоохранения?

3. На каком этапе оказания медицинской помощи допускаются наиболее значимые врачебные ошибки?

Этапы и материалы исследования. Для исследования КМП отобраны случаи оказания медицинской помощи пациентам с гипертонической болезнью (подгруппы диапазона I10 – I13.9 (коды МКБ-10): в условиях стационара, поликлиники и дневного стационара.

Выборка для проведения экспертизы составила 1309 случаев лечения в поликлинике, 737 – в стационаре, и 754 – в дневном стационаре. Таким образом, общий объем выборки для экспертизы составил 2800 случаев оказания помощи или 3% от

* Аналитическая ведомственная целевая программа «Развитие научного потенциала высшей школы» №2.2.3.3./3774 «Сохранение здоровья студентов в инновационной образовательной системе университета»/

генеральной совокупности. В анализируемую группу включены случаи оказания помощи пациентам в поликлиниках, стационарах и дневных стационарах 40 ЛПУ области.

Характеристика технологии экспертизы КМП, основные понятия и термины, методы обработки данных. Исследование проводилось с использованием Автоматизированной технологии экспертизы (АТЭ) качества медицинской помощи. АТЭ представляет собой комплекс, состоящий из программных средств, формализованного языка экспертизы и его семантического словаря, терминологического и понятийного аппарата КМП [4, 5, 6].

Компоненты КМП – в соответствии с рекомендациями экспертной группы ВОЗ (1983 г.) и принятым определением КМП, к компонентам КМП относятся: выполнение медицинских технологий, риск для пациента от оказания неквалифицированной помощи, оптимальность использования ресурсов и удовлетворенность потребителей медицинской помощи.

КМП больным гипертонической болезнью (ГБ) – свойство процесса взаимодействия врача и пациента, страдающего ГБ, обусловленное способностью профессионала выполнять медицинские технологии диагностики и лечения ГБ, снижать риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания (ГБ) и возникновения нового патологического процесса (ОИМ, ОКС, СтН, КС и др.), оптимально использовать ресурсы диагностики, лечения, кадрового потенциала и бюджетных и внебюджетных средств ЛПУ и обеспечивать удовлетворенность потребителей (включая пациентов) при их взаимодействии с больницами, оказывающими медицинскую помощь при ГБ.

Врачебная ошибка (ВО) – это объективно неправильное действие или бездействие врача, которое способствовало или могло способствовать увеличению или не снижению риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, возникновения нового патологического процесса, неоптимальному использованию ресурсов медицины и неудовлетворенности потребителей медицинской помощи.

Негативные следствия ВО. Аргументация экспертных суждений о ВО осуществляется путем описания их негативных следствий для состояния компонентов КМП, которые определяют значимость ВО.

Количественные характеристики КМП. Для характеристики состояния отдельных компонентов КМП в АТЭ используются количественные показатели КМП: риск возникновения ВО, риск ухудшения состояния пациентов, риск социально значимого ухудшения состояния пациентов, риск неоптимального использования ресурсов. Данные показатели представляют собой количество ВО, негативных следствий ВО для состояния пациента, социальных ресурсов, ресурсов здравоохранения в расчете на 1 случай оказания помощи соответственно.

Надлежащее КМП и классы ненадлежащего КМП. Согласно применяемой классификации, к надлежащему КМП относятся случаи, в которых отсутствуют ВО, негативно влияющие на компоненты КМП и искажающие информацию об их состоянии.

Мнения экспертов основывались на требованиях приказов Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 г. №254 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с артериальной гипертонией» для амбулаторно-поликлинической помощи и от 13.06.2007 г. №419 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным эссенциальной первичной артериальной гипертензией (при оказании специализированной помощи)» для стационарной помощи, а также на Национальных клинических рекомендациях по диагностике и лечению артериальной гипертензии третьего пересмотра, утверж [1, 2, 3].

Результаты и обсуждение данных на Российском национальном конгрессе кардиологов в 2008 г. При анализе показателей КМП отмечена приблизительно одинаковая структура КМП при оказании медицинской помощи пациентам с гипертонической болезнью на всех этапах оказания помощи – в поликлинике, стационаре и дневном стационаре (рис. 1).

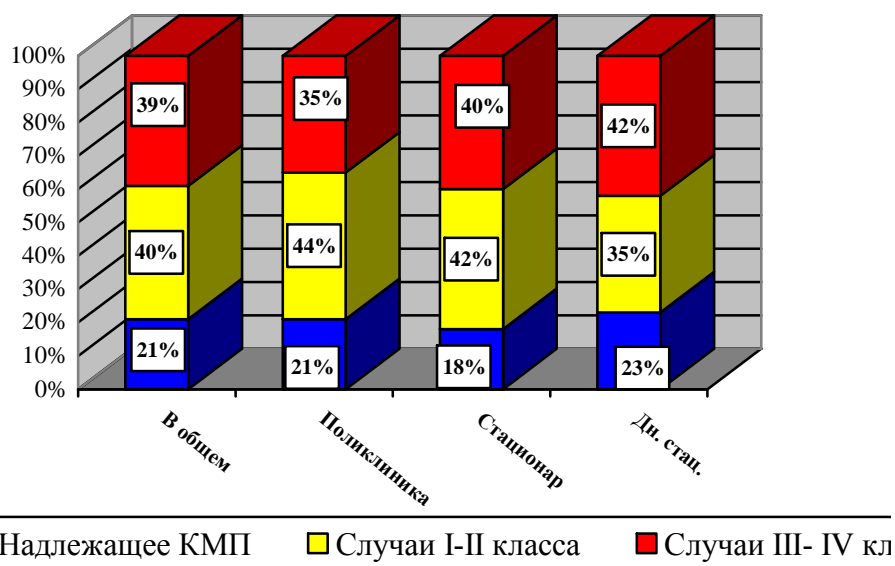


Рис. 1. Структура качества медицинской помощи при гипертонической болезни

Как следует из рисунка 1, случаи медицинской помощи надлежащего качества зарегистрированы в среднем в 21% от общего количества экспертиз.

В среднем в 40% случаев эксперты регистрировали негативные следствия врачебных ошибок, приведших к неоптимальному использованию ресурсов здравоохранения и искажению информации о состоянии лечебно-диагностического процесса (I – II класс ненадлежащего качества). Наибольшая доля таких ошибок отмечена на этапе амбулаторно-поликлинического лечения (44%).

Случаи, в которых наиболее значимыми являются ВО, оказавшие негативное влияние на состояние пациента и использование ресурсов здравоохранения, зарегистрированы экспертами в среднем в 39%. При этом большая часть таких ошибок (42%) допущена на этапе стационарозамещающей помощи (42%).

Социально-значимые врачебные ошибки во всей экспертной выборке не зарегистрированы.

Анализ количественных показателей состояния отдельных компонентов КМП (рисков) представлен в таблице.

Таблица

Количественные показатели состояния отдельных компонентов качества медицинской помощи при гипертонической болезни

Количественные показатели КМП	В общем	Поликлиника	Стационар	Дневной стационар
Риск возникновения врачебных ошибок	4,47	5,70	2,94	3,82
Риск ухудшения состояния пациентов	0,70	0,60	0,74	0,75
Риск неоптимального использования ресурсов	3,25	4,34	2,34	2,82

Как следует из таблицы, риск возникновения ВО наиболее высокий при оказании медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе – 5,70. Риск ухудшения состояния пациентов выше при оказании стационарной и стационарозамещающей помощи – 0,74 и 0,75 соответственно. Наиболее неоптимально использовались ресурсы на амбулаторном этапе лечения – 4,34.

Согласно данным анализа количественных показателей КМП установлено:

а) преобладание случаев ненадлежащего КМП на всех этапах медицинской помощи (в среднем 80%);

б) высокий риск врачебных ошибок (5,70) на амбулаторно-поликлиническом этапе лечения;

с) в 39% случаев врачебные ошибки оказывали негативное влияние на состояние пациентов;

д) наиболее значимые врачебные ошибки выявлены на этапе оказания стационарозамещающей и стационарной медицинской помощи – 0,75 и 0,74 соответственно.

Анализ ошибок, допущенных при гипертонической болезни, свидетельствует о том, что в их структуре преобладали сбора информации о пациенте (в среднем 76%). Ошибки лечения составили 17%. Ошибки диагноза и обеспечения преемственности в структуре экспертных замечаний составили 5% и 2% соответственно (рис. 2).

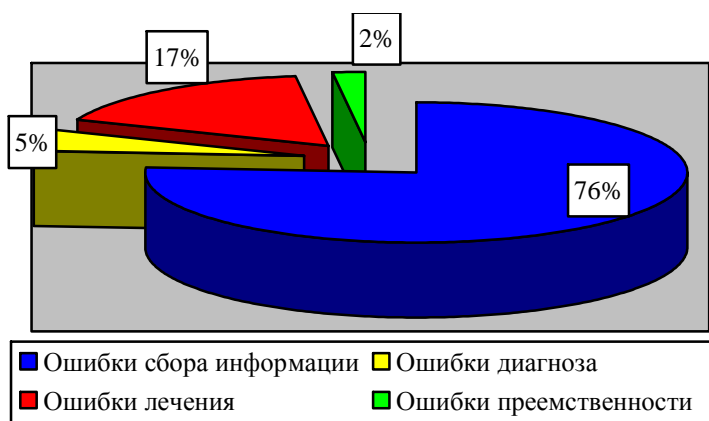


Рис. 2. Структура врачебных ошибок при гипертонической болезни.

Ошибки сбора информации. Ошибки сбора информации за анализируемый период составили в среднем 3,36 ошибок на 1 случай медицинской помощи. Наибольшее количество ошибок сбора информации зарегистрировано при анализе амбулаторно-поликлинической помощи (4,84), меньше – при экспертизе стационарных случаев медицинской помощи – 1,68.

Среди ошибок сбора информации преобладали ошибки лабораторной и инструментальной диагностики – 1,38 и 0,68 соответственно. Замечания по непосредственным исследованиям (расспрос пациентов и физикальные исследования) составили 1,82.

Среди замечаний по лабораторному обследованию зарегистрированы повторяющиеся на всех этапах лечения ВО, обусловленные невыполнением анализа крови на сахар, креатинин, КФК, холестерин, триглицериды, мочевины и мочевую кислоту, общего анализа крови и мочи.

Из ошибок инструментального обследования чаще всего регистрировались ошибки, обусловленные невыполнением мониторинга ЭКГ для оценки прогноза течения заболевания и диагностики нарушений ритма; ЭхоКГ при наличии имеющейся сердечной недостаточности; при показаниях не проводились УЗИ почек, щитовидной железы и др.

Указанные замечания по лабораторным и инструментальным методам исследования высказывались экспертами в целях оценки наличия или отсутствия факторов риска (ФР), поражения органов-мишеней (ПОМ) и ассоциированных клинических состояний (АКС).

Имели место случаи, когда не проводилось определение уровня АД в динамике, что является важным фактором, определяющим тяжесть АГ, ее прогноз и тактику лечения.

Ошибки, обусловленные не проведенными консультациями специалистов (кардиолога, уролога, эндокринолога и др.) составили 0,45 на 1 случай медицинской помощи, что затруднило оценку основного и сопутствующего диагноза.

Чаще всего замечания экспертов были обусловлены недостаточно информативным описанием жалоб и анамнеза болезни, необходимых для обоснования установленного диагноза ГБ. Наличие ошибок такого рода в большинстве проанализированных медицинских документов не позволяло экспертам высказать мнение о правильности установленного врачом диагноза.

Ошибки диагноза. Типичной ошибкой являлось установление диагнозов, не подтвержденных данными расспроса и обследования, которые эксперты не могли изменить из-за отсутствия необходимой информации. В основном замечания касались необоснованности установленной стадии и риска ГБ. В диагнозе сопутствующего заболевания не всегда указывалась имеющаяся патология (сахарный диабет, ИБС, МКБ, анемия и др.) Ошибки диагноза, которые составляли 0,26 ошибок на 1 случай, затрудняли или делали невозможной оценку обоснованности проводимого лечения и тактических мероприятий.

Ошибки лечения. Ошибки лечения составили 0,76 ошибок на 1 случай и главным образом были обусловлены отсутствием назначений ингибиторов АПФ и диуретиков, не назначением гиполипидемических препаратов при выявленной гиперхолестеринемии и гиперлипидемии, а также антиагрегантных препаратов при наличии у пациентов ИБС и транзиторных ишемических мозговых атак.

В ряде случаев не проводилась коррекция медикаментозной терапии при ГБ, не проводилось лечение сопутствующей патологии.

Допущенные ошибки обуславливали недостаточно эффективное лечение имеющихся у пациентов ГБ, ИБС, сахарного диабета, ХСН и оказывали негативное влияние на состояние пациентов.

Количество негативных последствий для состояния пациентов составило 0,70 на один случай.

Перерасход ресурсов фармакотерапии был обусловлен назначением не показанных препаратов: рибоксина, ревалгина, 5% глюкозы, мезима и др. Устранение ошибок подобного рода предоставляет возможность экономии средств, необходимых для адекватного лечения больных с АГ.

Ошибки обеспечения преемственности. Замечания по обеспечению преемственности регистрировались экспертами значительно реже, чем ошибки других этапов врачебного процесса, их количество составило 0,07 ошибок на один случай. Среди них типичным замечанием является отсутствие достаточно полных рекомендаций по обследованию и лечению пациентов на амбулаторном этапе, в частности, по соблюдению гипохолестериновой диеты при наличии дислипидемии по лабораторным данным.

Анализ стандартизованных показателей КМП при ГБ, рассчитанных с учетом вклада каждого вида медицинской помощи в общую структуру ГБ, позволяет сделать общее заключение.

В структуре КМП при ГБ преобладали случаи ненадлежащего качества (80%), среди которых половину занимали случаи с ошибками, оказывающими негативное влияние на состояние пациентов (в среднем 40%).

При сопоставлении интегрированных (нормированных) показателей КМП на разных этапах медицинской помощи установлено, что при оказании амбулаторно-поликлинической помощи показатели КМП хуже, чем при других видах медицинской помощи (рис. 3).

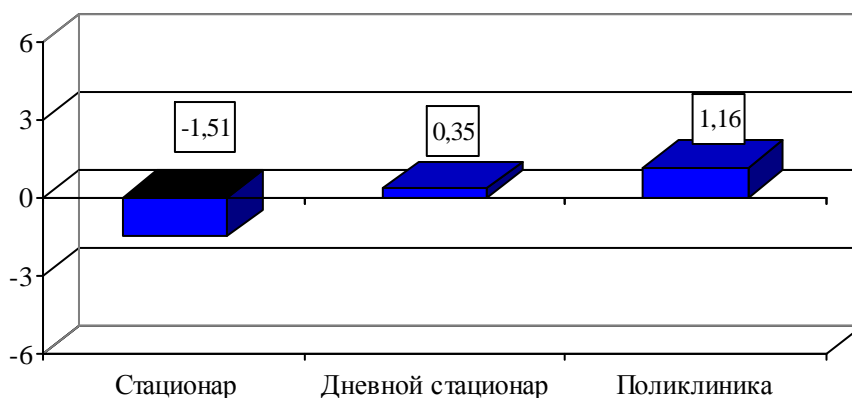


Рис. 3. Нормирование количественных показателей КМП при ГБ (стационар, дневной стационар, поликлиника) в 2009 г.

Однако в целом представленные данные показывают, что принципиальной разницы между состоянием КМП при отдельных видах медицинской помощи нет. Указанное обстоятельство позволяет предположить, что причины ненадлежащего КМП носят системный характер и являются общими для всех этапов медицинской помощи.

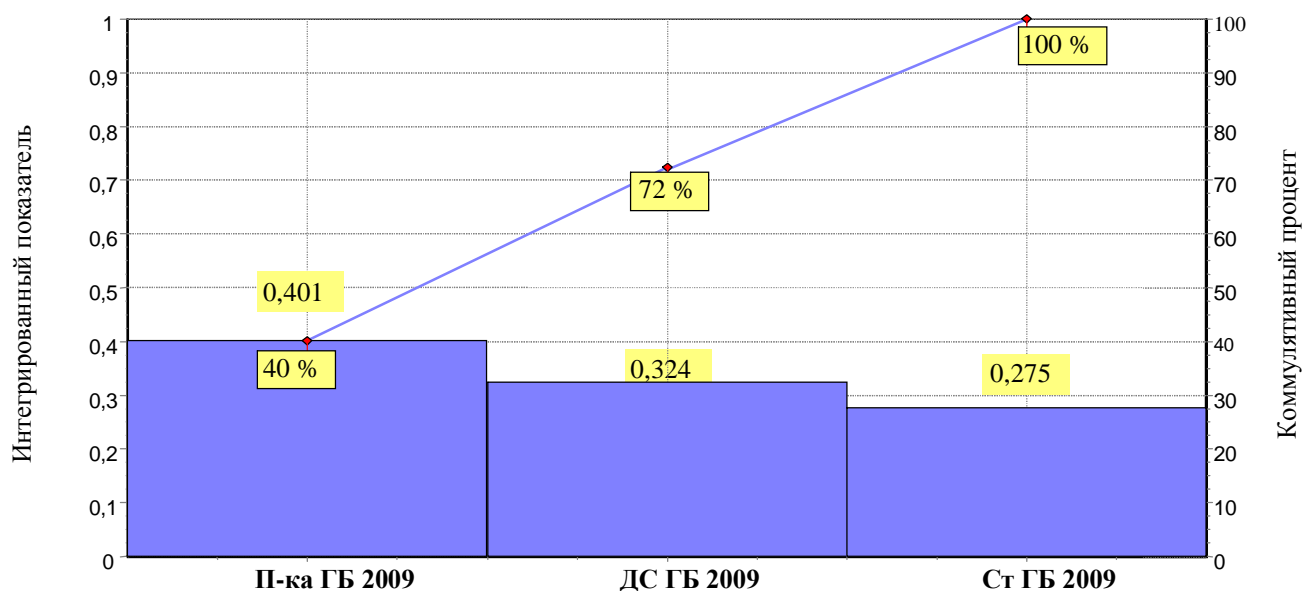


Рис. 4. Диаграмма Парето по вкладу видов медицинской помощи в общее ненадлежащее состояние КМП при ГБ

Данный вывод подтверждают результаты проведенного анализа Парето для анализируемых видов медицинской помощи, который показал, что с учетом их долевого вклада в структуру показателей КМП, их вклад в условный показатель ненадлежащего КМП был примерно одинаковым (рис. 4).

Выводы. Анализ врачебных ошибок при оказании медицинской помощи больным с артериальной гипертензией на всех этапах медицинской помощи позволяет сделать заключение о систематических ошибках врачебного процесса. К типичным врачебным ошибкам относятся:

На этапе сбора информации:

- малоинформативное описание расспроса пациента (жалоб, анамнеза болезни), что приводит к необоснованному установлению диагноза ГБ, степени тяжести АГ, затрудняет экспертную оценку правильности лечения и тактического решения;

- отсутствие исследования липидного профиля, анализов крови на креатинин, КФК, глюкозу, мочевину и мочевую кислоту, общего анализа крови и мочи;

- невыполнение мониторинга ЭКГ, непроведение ЭХОКГ, УЗИ внутренних органов в целях оценки наличия или отсутствия сопутствующих ФР, поражения органов-мишеней (ПОМ) и ассоциированных клинических состояний (АКС).

На этапе постановки диагноза:

- необоснованность установленной стадии и риска ГБ;
- в диагнозе сопутствующего заболевания не всегда указывалась имеющаяся патология.

На этапе лечения:

- отсутствие назначений ингибиторов АПФ и диуретиков;
- не назначением гиполипидемических препаратов при выявленной гиперхолестеринемии и гиперлипидемии, а также антиагрегантных препаратов при наличии у пациентов ИБС и транзиторных ишемических мозговых атак;

- не проведение коррекции медикаментозной терапии при ГБ;
- назначение непоказанных препаратов (рибоксин, ревалгин, 5% глюкоза и др.).

На этапе обеспечения преемственности:

– недостаточно полные рекомендации по фармакотерапии на амбулаторном этапе лечения.

– 39% всех выявленных ошибок (в среднем около 0,7 ошибок на случай) негативно влияют или могут влиять на состояние пациентов. Таким образом, каждый третий пациент имеет вероятность столкнуться с ВО, которая может ухудшить его состояние.

Неоптимальность использования ресурсов встречается часто (3,25 ВО на один случай), около 79% ВО приводят к неоптимальному использованию ресурсов медицинских учреждений. При этом независимо от этапа врачебного процесса неполное использование ресурсов всегда превышает их перерасход.

По результат экспертизы наиболее значимые врачебные ошибки зарегистрированы на этапе лечения в дневном и круглосуточном стационаре. Такие ошибки допускались в среднем при лечении каждых семи из десяти пациентов.

Кроме основных выводов, поставленных перед экспертами, анализ результатов экспертизы КМП позволил сделать дополнительные выводы:

1. КМП при ГБ является ненадлежащим, для его улучшения требуются меры общего характера, направленные на все этапы оказания помощи больным с артериальной гипертензией, а не на конкретные учреждения или отдельных врачей.

2. Процесс оказания помощи больным с артериальной гипертензией не имеет должного методического обеспечения.

3. В ЛПУ области, деятельность которых анализировалась, системы управления КМП нет.

Для улучшения КМП пациентам с гипертонической болезнью необходимо:

1. Разработать минимальные и оптимальные протоколы ведения больных АГ на амбулаторном и стационарном этапе лечения (на основе федеральных стандартов, национальных и международных рекомендаций) и проконтролировать их внедрение в практику ЛПУ области.

2. Создать рубрифицированную карту первичного опроса пациентов с АГ.

3. Для контроля динамики состояния КМП больным с АГ в процессе реализации управленческих решений по его улучшению использовать индикаторы качества ведения больных с АГ.

4. Предусмотреть меры материальной заинтересованности медицинских работников с учетом индикаторов качества ведения больных с артериальной гипертензией при оказании ПМСП.

5. Для контроля эффективности мероприятий, направленных на улучшение состояния КМП больным с АГ, провести повторную экспертизу через 6 месяцев, после начала реализации управленческих решений в ЛПУ, в которых риск врачебных ошибок превысил среднеобластной показатель (4,47).

Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22.11.2004 г. №254 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным артериальной гипертонией», условия оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь.

2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 13.06.2007 г. №419 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным эссенциальной гипертонией (при оказании специализированной помощи)», условия оказания: стационарная помощь.

3. Национальные рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертонии третьего пересмотра (разработаны экспертами Всероссийского научного общества кардиологов и утверждены на Российском национальном конгрессе кардиологов 2008 г.).

4. Экспертиза качества медицинской помощи. Теория и практика/ Под ред. Чавпецова В.Ф., Перепеча Н.Б., Милякова В.П. – СПб.: Прогресс-погода, 1997. – 320 с.

5. Здоровцов Г.И. Формирование ресурсного потенциала здравоохранения региона в условиях обязательного медицинского страхования: Автореф. Дис. ... д. Экон. Наук. - М., 2001. – 48 с.

6. Использование автоматизированной технологии экспертизы качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения и системы ОМС Белгородской области: Инструкция для руководителей здравоохранения и системы ОМС Белгородской области/ Составители: В.Ф. Чавпецов, Г.И. Здоровцов, А.А. Попов, С.М. Михайлов, М.А. Карачевцева и др. – Белгород, 1998. – 35 с.

QUALITY OF MEDICAL AID OF PATIENTS WITH HYPERTENSIVE ILLNESS

V.A. Harhardina¹
A.V. Zemlanskih¹
P.K. Alferov²
Zh.U. Chefranova³
N.I. Zhernakova³
T.A. Makotrova³

¹⁾ *Department of insurance company
ZAO "MAX-M" in the Belgorod region*

²⁾ *Regional clinical hospital
St. Ioasafa, Belgorod*

³⁾ *Belgorod State University*

e-mail: Chefranova@bsu.edu.ru

In this investigation was spend estimation of quality of medical aid (QMA) of patients with hypertensive illness in outpatients, hospitals and day hospitals in first quarter 2009 in establishments of public health services of the Belgorod region. Sample for examination carrying out has made 1309 cases of treatment in polyclinic, 737 – in a hospital, and 754 – in a day hospital. Research was examined with use of the Automated technology qualities of medical aid. Established is of quantity indicators QMA it according to the data of the analysis: prevalence of cases inadequate QMA at all stages of medical aid (on the average 80 %); high risk of medical errors (5,70) at an out-patient-polyclinic stage of treatment; the most significant medical errors are revealed at a rendering stage instead of a hospital and stationary medical aid – 0,75 and 0,74 accordingly. QMA at hypertensive illness is inadequate, for its improvement the measures of the general character directed on all stages of rendering assistance by the patient with hypertensive illness are required.

Key words: quality of medical aid, hypertensive illness.