

Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С.

Исследование качества медицинской помощи в терапевтических отделениях центральных районных больниц по материалам экспертных оценок

ГОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия, г. Махачкала

Gadzhiev R.S., Agalarova L.S.

Study of the quality of medical aid at the therapeutic department of central district hospitals according to the expert data

Резюме

Изучено качество стационарной помощи в терапевтических отделениях по материалам экспертной оценки 647 законченных случаев лечения и мнения 468 госпитализированных больных в 4 ЦРБ Республики Дагестан за 2012–2013 гг. В результате экспертной оценки установлено: несвоевременное обследование в среднем у 42,1% больных; неполноценное лечение – у 16,3%. В среднем 1/3 больных находились в стационарах меньше, чем было необходимо для завершения курса лечения. В 33% случаев больные выписывались с незаконченным комплексным лечением. Работой врачей не удовлетворены 13,2% больных; качеством сестринской помощи – 45,2%; культурой обслуживания – половина больных. **Ключевые слова:** качество медицинской помощи, экспертная оценка, стандарт медицинской помощи, мнение больных

Summary

We studied the quality of inpatient care in the therapeutic Department of the deposits according to the materials of the expert evaluation 647 finished treatments and opinions 468 hospitalized patients in 4 CRH Republic Dag-mill for 2012 – 2013. In the expert assessment is installed: late on the following average in 42.1% of patients; inadequate treatment at 16.3 per cent. On average, 1/3 of the patients were in the hospital less than it needs to be to complete the course of treatment. In 33% of cases patients of vyprisvat-Lis with unfinished comprehensive treatment. The doctors are not satisfied 13.2% of patients; quality of nursing care - 45.2%; cult-Roy maintenance - half of patients.

Key words: health care quality, expert evaluation, the standard of care, the opinion of patients

Введение

Проводимые реформы отечественного здравоохранения – де-монополизация и структурная реорганизация системы, развитие новых организационно-правовых механизмов, включая обязательное медицинское страхование и защиту прав пациентов, децентрализация управления и многоукладность хозяйствования, внедрение конкуренции между лечебно-профилактическими учреждениями и врачами – в конечном счете направлены на повышение качества медицинской помощи населению [2,4,5].

Проблемы обеспечения и оценки качества медицинской помощи являются одними из наиболее важных для любой системы здравоохранения. Внедрение новых медицинских технологий и форм организации труда должно быть направлено, прежде всего, на повышение качества медицинской помощи [6,7,8]. Однако до настоящего времени не достаточно исследований посвященных качеству медицинской помощи в условиях центральных районных больниц (ЦРБ).

Целью настоящего исследования являлась разработка системы мероприятий, направленных на повышение качества стационарной помощи и культуру обслуживания больных в условиях ЦРБ.

Материалы и методы

Исследование проведено в 2012-2013 гг. на базе 4 ЦРБ (Бабаюртовская, Ахтынская, Магарамкентская, Курахская) Республики Дагестан. Для сбора материала была разработана специальная «Карта экспертной оценки качества стационарной помощи в ЦРБ», включающая следующие разделы: качество обследования, диагностики, лечения и консультативной помощи. Эксперты также высказали свои замечания по качеству ведения и оформления карт стационарных больных, по полноте рекомендаций, которые даны в эпикризах врачам и больным по закреплению эффективности лечения, начатого в стационаре. Заключение экспертов были положены в основу оценки качества стационарной помощи.

Таблица 1. Распределение больных по срокам обследования
в терапевтических отделениях ЦРБ (в %)

| Заболевание | Продолжительность обследования, дни | | | | |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------|---------|---------|------------|
| | 1-3 | 4-5 | 6-7 | 8-9 | 10 и более |
| Гипертоническая болезнь II стадии | 52,0 | 23,8 | 12,5 | 3,7 | 8,3 |
| Ишемическая болезнь сердца | 57,4 | 22,5 | 7,3 | 2,8 | 10,0 |
| Ревматизм | 47,8 | 25,4 | 6,2 | 1,7 | 18,9 |
| Пневмония | 73,1 | 11,3 | 8,1 | 4,3 | 3,2 |
| Бронхиты | 80,2 | 10,7 | 4,0 | 1,6 | 3,5 |
| Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки | 41,0 | 18,6 | 10,3 | 5,5 | 24,0 |
| Гастриты | 59,0 | 14,4 | 7,6 | 5,2 | 13,8 |
| Холециститы | 36,3 | 25,5 | 15,5 | 6,3 | 16,4 |
| Нефриты, циститы | 42,0 | 30,2 | 10,8 | 7,3 | 9,1 |
| Анемии | 47,7 | 20,1 | 14,3 | 10,0 | 7,9 |
| В среднем (M ± σ) | 58,6±2,3 | 18,2±1,2 | 9,2±0,6 | 4,6±0,3 | 9,4±0,5 |

Экспертной оценке было подвергнуто 647 законченных случаев стационарного лечения с часто встречающимися терапевтическими заболеваниями. В соответствии с целью и задачами в исследовании использованы статистический, социологический и экспертный методы, а также метод выкопировки данных из первичной медицинской документации. По специально разработанной анкете изучено мнение 468 госпитализированных больных по вопросам организации и качества стационарной помощи.

Результаты и обсуждение

Анализ полученных данных показал, что 52,2% больных отобранной группы поступали в стационары с кратким направлением врача (зачастую без предварительного обследования в поликлиниках). Лишь в 31,8% случаев больные поступали с амбулаторными картами, 16% - без медицинских документов. Таким образом, в большинстве случаев больные госпитализировались без амбулаторных карт, тем самым нарушалась преемственность в работе между поликлиникой и стационаром.

Приводим результаты экспертной оценки по каждой исследуемой группе больных в терапевтических отделениях ЦРБ. Анализ полноты обследования больных с хроническими заболеваниями показал, что в среднем в 39,3% случаев, поступая в стационары в период обострения, они оказываются необследованными в поликлиниках. Особенно это имеет место при язвенной и гипертонической болезнях, ревматизме и холециститах.

Данные экспертной оценки продолжительности обследования больных позволяют сделать заключение, что в стационарах больниц допускается множество недочетов в организации медицинской помощи (табл. 1). Так, в среднем только 58,6% больных, госпитализированных в терапевтические отделения, обследуются в первые 3 дня, а остальные (41,4%) - в срок свыше трех дней. Особенно затягивается обследование больных (10 и более дней) при язвенной болезни, ревматизме, холециститах, гастритах. Обращает на себя внимание, что даже при пневмониях обследование 26,9% больных затягивается. Причинами несвоевременного обследования в 52,1% случаев были перегруженность лабораторий и других

диагностических кабинетов, в 18,4% - недостаточная квалификация лечащего врача (не было назначено соответствующее исследование) и лишь в 6% случаев причиной затянувшегося обследования явились тяжесть состояния больного и особенности течения заболевания. Эти данные согласуются с данными Закотновой Н.В. [3].

Известно, что необоснованно длительное и неполноценное обследование больных, как правило, ведет к удлинению сроков пребывания их на койке и снижению эффективности лечения. Между тем, в 72,5% случаев контроля заведующего отделением за обследованием и лечением больных не было (нет записей, свидетельствующих об обходах и консультациях). К тому же, по данным экспертов, примерно половина больных (42,1%) в процессе лечения в стационаре была обследована недостаточно. Особенно высок удельный вес недостаточно обследованных среди больных язвенной, ишемической и гипертонической болезнями, ревматизмом, холециститом. Одновременно отмечались случаи дублирования поликлинических исследований в стационаре. Так, 15,7% больных, которым перед госпитализацией проводились лабораторные исследования в поликлинике, повторились в стационаре в первые 3 дня от момента поступления, при этом дублирование было признано экспертами необоснованным. По данным экспертов, в целом по всей группе больных в 16,3% случаев неполноценным было лечение больных в отделениях стационара.

Обоснованность сроков пребывания больных в терапевтических отделениях ЦРБ, по данным экспертных оценок, приведена в таблице 2. В среднем 1/3 больных находились в стационарах меньше, чем было необходимо для завершения курса лечения. Более половины (60,8%) случаев преждевременной выписки, по мнению экспертов, было связано с отсутствием или недостаточностью контроля за лечебно-диагностическим процессом со стороны заведующих отделениями. В остальных случаях причинами преждевременной выписки были перегруженность отделения (23,5%), желание больного выписаться (6%), нарушение больничного режима (2,3%) и прочие причины (7,4%).

Из общего числа госпитализированных 12,8% находились в терапевтических отделениях дольше, чем нуж-

Таблица 2. Обоснованность сроков пребывания больных в терапевтических отделениях ЦРБ, по данным экспертных оценок (в %)

| Заболевания | Срок пребывания в стационаре | | |
|-----------------------------------------------------|------------------------------|---------------|--------------|
| | достаточный | недостаточный | затянувшийся |
| Гипертоническая болезнь II стадии | 57,3 | 30,9 | 11,8 |
| Ишемическая болезнь сердца | 62,6 | 20,1 | 17,3 |
| Ревматизм | 49,4 | 35,2 | 15,4 |
| Пневмония | 60,5 | 28,8 | 10,7 |
| Бронхиты | 71,7 | 19,0 | 9,3 |
| Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки | 54,1 | 37,9 | 8,0 |
| Холециститы | 43,6 | 44,5 | 11,9 |
| Гастриты | 65,5 | 18,3 | 16,2 |
| Нефриты, циститы | 45,7 | 40,2 | 14,1 |
| Анемии | 50,9 | 36,5 | 12,6 |
| В среднем (M ± δ) | 56,0 ± 3,4 | 31,2 ± 1,3 | 12,8 ± 0,8 |

дались (по заключению экспертов), особенно больные ишемической болезнью сердца, гастритом, ревматизмом, нефритом, холециститом. В 21,4% случаев причины затянувшихся сроков лечения, по мнению экспертов, были связаны с недостаточным контролем со стороны заведующих отделениями. К другим причинам затянувшихся сроков лечения относятся: особенности течения заболевания (45%), наличие сопутствующего заболевания (25,2%), бытовые условия (2%), невозможность обеспечить поликлиническое наблюдение за больным по месту жительства (1,6%) и другие (4,8%).

Одной из важных форм контроля заведующих отделениями за своевременным и полноценным обследованием и лечением больных в отделениях является проведение регулярных обходов с лечащими врачами. Между тем, они либо не проводятся, либо их результаты не записываются. Так, из 100 проанализированных историй болезни в 78 не было записи заведующего отделением о проведенных обходах. В тех же случаях, когда имелся его контроль, эксперты считали запись обхода качественно оформленным только в 28,6% случаях. В связи с этим С.Л. Вардосанидзе [1] справедливо указывает, что низ-

кое качество лечебно-диагностического процесса в 83% случаев связано с его несовершенной организацией и в меньшей степени – с ресурсами учреждения.

В частности, в 40 случаях, когда проводился обход заведующим отделением, запись обхода ограничивалась только кратким описанием субъективных и объективных данных без рекомендаций по дальнейшему ведению больных. По мнению экспертов, заведующие отделениями давали не-полющенные рекомендации врачам по обследованию в 32 и по лечению в 37 случаях из 100 проанализированных историй болезни, что позволяет сделать заключение о недочетах в качестве проведения обходов заведующими отделениями.

Экспертная оценка качества ведения больных в терапевтических отделениях ЦРБ приведена в таблице 3. В среднем в 33% случаев больные выписывались с незаконченным комплексным лечением, особенно это имело место при холециститах, нефритах, циститах, язвенной болезни, ревматизме; 26,2% больным перед выпиской не были проведены контрольные анализы.

Эти недочеты в значительной степени связаны с недостаточным контролем со стороны заведующих отделе-

Таблица 3. Качество ведения больных в терапевтических отделениях ЦРБ, по данным экспертных оценок (в %)

| Заболевание | Комплексное лечение | | Контрольные анализы перед выпиской | |
|-----------------------------------------------------|---------------------|--------------|------------------------------------|--------------|
| | закончено | не закончено | проведены | не проведены |
| Гипертоническая болезнь II стадии | 66,9 | 33,1 | 63,9 | 36,1 |
| Ишемическая болезнь сердца | 78,0 | 22,0 | 74,7 | 25,3 |
| Ревматизм | 64,3 | 35,7 | 78,4 | 21,6 |
| Пневмония | 68,5 | 31,5 | 60,6 | 39,4 |
| Бронхиты | 80,2 | 19,8 | 88,0 | 12,0 |
| Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки | 9,4 | 90,6 | 68,5 | 31,5 |
| Холециститы | 79,6 | 20,4 | 70,2 | 29,8 |
| Гастриты | 53,7 | 46,3 | 66,0 | 34,0 |
| Нефриты, циститы | 55,8 | 44,2 | 75,8 | 24,2 |
| Анемии | 63,1 | 36,9 | 72,3 | 27,7 |
| В среднем (M ± δ) | 67,0 ± 2,3 | 33,0 ± 1,6 | 73,8 ± 2,5 | 26,2 ± 1,4 |

ниями за ведением больных. Так, в $83,0 \pm 0,9\%$ случаев больные выписывались без предварительного осмотра заведующими отделениями, т.е. без контроля обособности выписки. В $20,5 \pm 1\%$ случаев в историях болезни выписанных больных отсутствовала даже их подпись.

Одним из важных показателей работы врачей, как известно, является своевременное и правильное установление диагноза. При экспертной оценке качества диагностики в стационаре было установлено расхождение диагнозов по основным заболеваниям в целом в $9,8\%$ случаев. Причиной ошибочной диагностики, по мнению экспертов, в половине случаев был недостаточный контроль заведующего отделением за ведением больных или полное его отсутствие. Диагностические ошибки в $17,8\%$ случаев, по мнению экспертов, были вызваны недостаточной квалификацией лечащего врача, в $14,8\%$ - неполным обследованием больного, в $4,4\%$ - не были проведены консультации с врачами-специалистами.

Известно, что история болезни имеет большое медицинское, педагогическое, юридическое и научное значение. Однако из 100 просмотренных историй болезни 67 были оформлены с недочетами. С нарушением требований оформлялась лицевая часть в 29 историях болезни, в 32 - не соблюдалась схема записи историй болезни, а в 38 - не была отражена динамика болезни в дневниках. Большое значение имеют меры по закреплению эффективности лечения, начатого в стационаре. Однако рекомендации в эпикризах терапевтических отделений ЦРБ врачам поликлиник были даны только в $22,6\%$ случаев, а больным - в 29% случаев.

Изучение мнения госпитализированных больных выявило ряд дефектов в работе медицинского персонала отделений. Анализ ответов больных о времени ожидания в приемном отделении показал, что ожидали до 30 мин - $62,1\%$; от 30 мин до часа - $28,6\%$; от часа - до 2 часов - $8,4\%$; более 2 часов - $0,9\%$. Очевидно, что длительность пребывания больных в приемном отделении связана не только с состоянием больных, но и с организацией работы отделений, мощностью больниц, долей экстренно госпитализированных больных. Работой приемного отделения удовлетворены $83,6\%$ больных, не удовлетворены - $16,4\%$, с большим режимом не были ознакомлены - $8,2\%$ больных.

Распределение ответов больных об удовлетворенности условиями в палате свидетельствует о том, что значительная часть больных ($26,3\%$) условиями не удовлетворена. Основными причинами неудовлетворенности являются большое число больных в палате ($47,7\%$), неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия ($17,9\%$), недостаточная оснащенность мебелью ($11,6\%$). На вопрос: «Сколько времени в среднем ежедневно уделяет Вам лечащий врач?» $74,9\%$ больных ответили до 20 мин., $12,3\%$ - от 10 до 20 мин, $7,5\%$ - от 20 до 30 мин, $5,3\%$ - более 30 мин.

Основными недостатками в деятельности медицинских сестер, по мнению больных, являются: отсутствие достаточного внимания к пациентам ($18,5\%$), равнодушное отношение к больным ($14,2\%$), не выпол-

нение назначений врачей и частое отсутствие на посту ($7,6\%$).

Работой врачей неудовлетворены $13,2\%$ опрошенных. Наиболее значимыми причинами недовольства врачами явились: излишняя поспешность в работе ($13,1\%$), неумение расположить к себе больного (9%), недостаточное внимание к больным ($5,1\%$). Было установлено, что медицинские работники недостаточно внимания уделяют санитарно - просветительной работе. Так, $30,2\%$ больных отметили, что за время лечения в больнице врачами не проводились лекции и беседы.

Известно, что одним из критериев качества оказания медицинской помощи является удовлетворенность ею. Изучение мнения госпитализированных больных показало, что $45,2\%$ респондентов не удовлетворены качеством сестринской помощи, половина ($49,6\%$) культурой обслуживания больных и качеством выполнения врачебных назначений ($50,3\%$).

По мнению пациентов, существенную роль в деятельности медсестер играют внешний вид, их умение общаться с больными. Значительное число респондентов ($42,1\%$) определили внешний вид медсестер как неудовлетворительный, $31,9\%$ - как удовлетворительный, а $26,1\%$ - как хороший. Свою удовлетворенность психологией общения медсестер с пациентами высказали $27,8\%$ опрошенных, однако $54,4\%$ неудовлетворены, а каждый шестой респондент затруднился с ответом.

Не последнюю роль во взаимоотношениях медсестер и пациентов играют личностные и профессиональные характеристики медсестер. Среди качеств, которыми должна обладать хорошая медсестра, респонденты на первое место поставили - внимательность и заботливость ($59,0\%$), далее исполнительность ($47,5\%$), остальные назвали такие качества, как отзывчивость ($40,3\%$), уравновешенность ($30,2\%$), терпимость ($26,9\%$), общительность ($22,9\%$).

Эффективность работы медицинских сестер в значительной степени зависит и от рациональной организации рабочего места. Однако экспертная оценка показала, что почти у $2/3$ медицинских сестер ($63,2\%$) рабочее место организовано нерационально. Лишь третья часть ($33,2\%$) медицинских сестер обеспечивается стандартными медицинскими бланками, вкладышами, средствами малой оргтехники в полном объеме. У $19,0\%$ медицинских сестер на рабочем месте не имеется инструктивно-методических материалов, $17,8\%$ обеспечены ими частично.

Не менее важное значение в деятельности медсестер имеет совершенствование этико-деонтологических аспектов и обучение их психологии общения с пациентами. Особая роль должна быть отведена созданию оптимальных условий труда медсестер с использованием компьютерных технологий, внедрением научной организации труда.

Выводы

1. Изучение качества медицинской помощи в терапевтических отделениях ЦРБ показало, что имеются значительные резервы для улучшения медицинской по-

мощи сельскому населению, зависящие в первую очередь от уровня профессиональной подготовки медицинских кадров, работающих в сельской местности, рационального их использования, четко организованного контроля за их деятельностью и от наличия методических рекомендаций по системе управления и контроля за качеством медицинской помощи.

2. По материалам экспертной оценки установлено: несвоевременное обследование – в среднем у 42,1% больных; неполноценное лечение – у 16,3%; расхождение диагнозов по основным заболеваниям – в 9,8% случаев. В среднем 1/3 больных находились в стационарах меньше, чем было необходимо для завершения курса лечения. В 33% случаев больные выписывались с незаконченным комплексным лечением, 26,2% больных перед выпиской не были проведены контрольные анализы.

3. Социологическое исследование показало: работой врачей не удовлетворены 13,2% больных; качеством сестринской помощи – 45,2%; культурой обслуживания и качеством выполнения врачебных назначений – половина больных; условиями пребывания в палатах – 26,3%; санитарно-просветительной работой – 30,2%; значительная часть респондентов не удовлетворены психологией общения медсестер с пациентами. ■

Р.С. Гаджиев – зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, доктор медицинских наук, профессор; Л.С. Агаларова – доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, доктор медицинских наук, ГОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия, г. Махачкала; Автор, ответственный за переписку – Л.С. Агаларова, 367003 Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Ушакова, д.9, кв.10, Телефон – 8 – 960 – 409 – 45 – 97, e-mail: luiza_agalarova@mail.ru

Литература:

1. Вардосанидзе С.А. Методологические основы антикризисного управления больницей (безопасность, измерения, качество): Авто-реф. дис. доктор мед. наук. – Москва: ГУП «Ставропольская краевая типография», 2003. – 58 с.
2. Гаджиев Р.С. Пути повышения эффективности труда и качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения. – М.: ОАО Издательство «Медицина», 2011. – 456 с.
3. Закотнова Н.В. Управление обеспечением качества медицинских услуг в сельском здравоохранении на основе информационных технологий: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Кемерово: ООО «Графика», 2005. – 22 с.
4. Контроль и обеспечение качества медицинской помощи в медицинских организациях: учебное пособие /Н.К. Гусева, В.А. Соколов и др. – Н.Новгород: Издательство Нижегородской государственной медицинской академии, 2010. – 292 с.
5. Линденбрaten А.А. Некоторые рассуждения о качестве медицинской помощи. // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. ц 10. –С.3-5.
6. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранения: учебник /В.А.Медик, В.К.Юрьев. – М.: Профессиональная, 2009. – 432с.
7. Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Управление качеством медицинской помощи.- М.: Медицина, 2000. –368 с.
8. Полубенцева Е.И., Улумбекова Г.Э., Сайткулов К.И. Клинические рекомендации и индикаторы качества медицинской помощи: Методические рекомендации. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 60 с.