

Т.А. Гасиловская

Казанский государственный медицинский университет

Качество специализированной амбулаторно-поликлинической помощи детям с проблемами в психическом здоровье

Contacts:

Gasilovskaya Tat'yana Anatol'evna, MD, assistant professor of the Department of medical rating of Advanced Training and Occupational Retraining Faculty of Kazan State Medical University

Address: 49, Butlerov Street, Kazan, RF, 420012, **Tel.:** (843) 236-06-52, **email:** tasilov@yandex.ru

Article received: 06.12.2010, **Accepted for publication:** 22.05.2012

Методом экспертных оценок изучено качество основных процессов специализированной амбулаторно-поликлинической помощи детям с проблемами в психическом здоровье. Интегральные показатели качества психиатрической помощи проанализированы с учетом оценки их составляющих. В ходе экспертизы выявлено избыточное назначение диагностических мероприятий, недостаточный (вплоть до полного отсутствия) контроль эффекта проводимой терапии. Наибольший процент нарушений отмечен в документах пациентов подросткового возраста. Анализ результатов позволил выявить необходимость проведения ряда организационных мероприятий для улучшения работы детской психиатрической службы.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, экспертная оценка, психиатрическая помощь, амбулаторно-поликлиническая помощь, дети.

По данным специальных исследований, в России удельный вес психических расстройств среди детей в общем объеме населения страны, страдающего данного рода заболеваниями, составляет более одной трети [1]. Многие авторы считают, что ухудшение психического здоровья обусловлено не только социально-экономическими факторами, но и рядом негативных тенденций в самой системе организации психиатрической помощи [2, 3]. В этой связи актуальным становится вопрос обеспечения ее должного качества. Особое внимание этой проблеме уделяет Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Так, в 2003 г. эксперты ВОЗ подготовили свод методических рекомендаций по вопро-

сам политики и оказания услуг в области психического здоровья [4]. В документе отмечено: надлежащее качество услуг для людей, страдающих психическими расстройствами, гарантирует получение необходимой помощи, которая приводит к положительным результатам, улучшению качества жизни, обеспечивает поддержку и помогает сохранить семью; для поставщиков услуг качество гарантирует эффективность и результативность их работы; для лиц, формирующих политику, качество является ключом к улучшению психического здоровья населения, гарантирует соответствие затраченных средств полученным результатам и обеспечивает финансовую отчетность.

Т.А. Gasilovskaya

Kazan State Medical University

Quality of specialized out-patient health care to children with psychiatric problems

In current study the quality of the main processes of specialized out-patient health care to children with psychiatric problems was studied according to the method of expert judgment. Integral characteristics of the psychiatric aid quality were analyzed in view of assessment of their components. During the assessment the overuse of diagnostic procedures and insufficient (up to total absence) control of efficacy of performed treatment were revealed. The higher rate of defects was found in documentations of adolescents. The received data allowed to determine the necessity of performing a number of organizational changes in activity of pediatric psychiatric health care unit.

Key words: quality of health care, expert judgment, psychiatric aid, out-patient health care, children.

В Российской Федерации решение задач повышения качества медицинской помощи затруднено в силу отсутствия общепринятых методик оценки его исходного уровня. В соответствии с действующими приказами Минздрава России основным при проведении контроля качества медицинской (в т.ч. психиатрической) помощи в лечебно-профилактических учреждениях нашей страны является метод экспертных оценок.

Учитывая вышеизложенное, целью настоящего исследования стало изучение качества специализированной амбулаторно-поликлинической помощи детям с проблемами в психическом здоровье.

Качество медицинской помощи определялось методом интегрированной оценки: данные о периодичности врачебного контроля были подвергнуты анализу с позиций теории исследования операций [5]. Инструментом, позволяющим оценивать качественную сторону процесса оказания медицинской помощи, послужила экспертная карта, которая состояла из блоков, отражающих качество ведения медицинской документации, диагностические мероприятия, постановку диагноза, лечебно-профилактические мероприятия, консультации, преемственность и оценку результатов лечения [6].

Вопросы экспертной карты предусматривали несколько вариантов ответов. Каждому варианту соответствовала ранжированная балльная оценка от 0 до 1, прямо пропорциональная уровню соответствия экспертируемого критерия установленным требованиям и стандарту. Методика удобна тем, что при необходимости список вопросов может быть сокращен или расширен.

По каждому из разделов экспертизы рассчитывали результат, который представляет собой среднюю арифметическую оценку всех подразделов. По результатам анализа был вычислен интегрированный показатель качества оказания медицинской помощи: сумма всех результирующих оценок по разделам, разделенная на число оцененных разделов экспертной карты. Полученный интегрированный показатель характеризовался по следующим градациям, установленным эмпирически:

- от 1 до 0,90 — отлично;
- от 0,89 до 0,80 — хорошо;
- от 0,79 до 0,70 — удовлетворительно;
- менее 0,70 — неудовлетворительно.

Экспертной оценке были подвергнуты 79 амбулаторных карт детей, наблюдавшихся у врача-психиатра. Отбор медицинских документов производился случайным методом. В выборку вошли карты детей, находившихся под диспансерным (84,9%) и консультативным наблюдением (15,1%). В половозрастной структуре преобладали мальчики в возрасте от 11 до 14 лет (табл. 1); из них 74% были учащимися, остальные — дошкольники.

В структуре основных диагнозов 49,3% случаев приходилось на умственную отсталость различной степени тяжести, далее следовали расстройства личности и поведения и другие психические расстройства, обусловленные соматической болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга (рис. 1). Одинаковое процентное соотношение имели диагнозы «Шизофрения» и «Общие

Таблица 1. Распределение детей по возрасту и полу, %

Возраст пациента	Мальчики	Девочки	Всего
4–7 лет	9,6	5,5	15,1
8–10 лет	13,7	2,7	16,4
11–14 лет	37,0	12,3	49,3
15–18 лет	15,1	4,1	19,2
Итого	75,3	24,66	100,0

расстройства психологического развития». Среди прочих присутствовали «Деменция» (4,1%), «Специфические расстройства развития учебных навыков» (1,4%) и «Расстройства поведения» (1,4%).

Интегрированный показатель качества психиатрической помощи детям в амбулаторно-поликлинических условиях составил $0,87 \pm 0,04$ балла, что соответствует хорошему уровню. Отличные оценки получены практически по всем разделам работы, за исключением блока вопросов, касающихся профилактики и достижения запланированного результата (рис. 2). Для более глубокого понимания проблем рассмотрим характеристику составляющих каждого блока.

Средний балл раздела «Качество ведения медицинской документации» складывался из нескольких параметров: наличие этапных эпикризов, информированного согласия законных представителей, объем описания пациента, оформление медицинской документации. Последние составляющие оценены экспертами на «отлично», поскольку в большинстве случаев отмечалось полное описание состояния пациента при первичном осмотре и аккуратное оформление медицинской документации. Недостаточный объем описания состояния больного зафиксирован только в амбулаторных картах подростков.

Рис. 1. Структура основных диагнозов, зафиксированных в амбулаторных картах, подвергнутых экспертизе, %

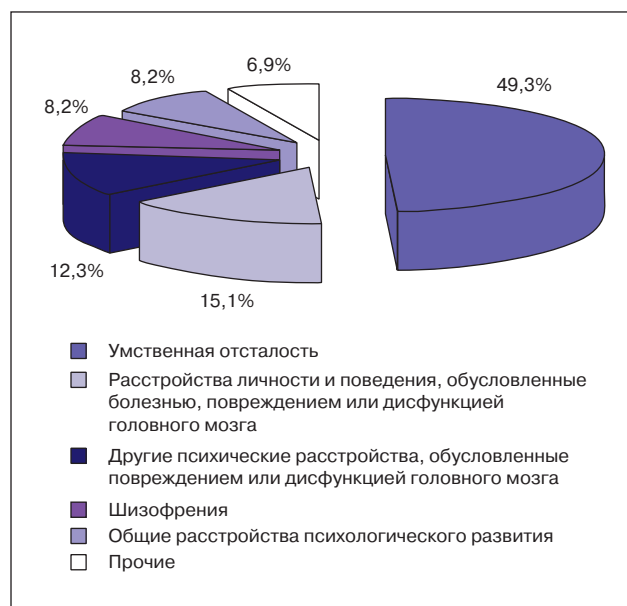
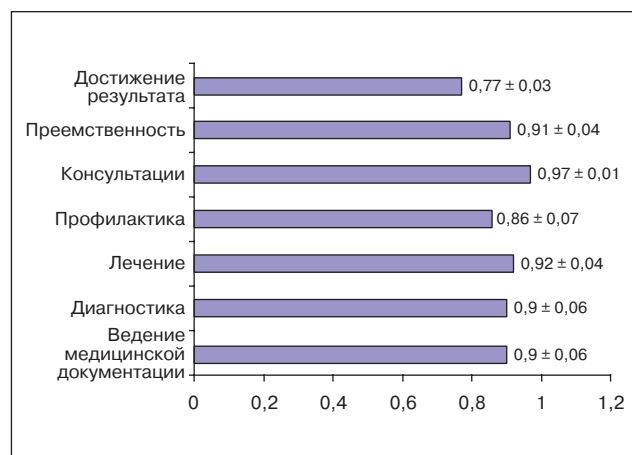


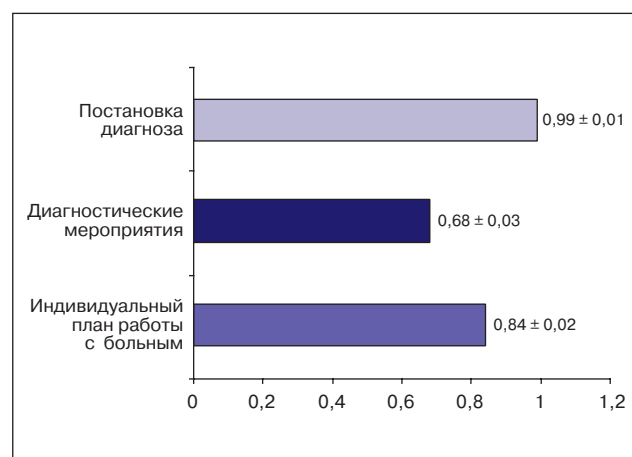
Рис. 2. Распределение средних показателей по оцениваемым процессам, $M \pm m$



Для диспансерного наблюдения ребенка необходимо согласие его родителей или иных законных представителей, их подпись в амбулаторной карте больного. При оценке подраздела «Информированное согласие» учитывались записи о согласии взятия ребенка под диспансерное наблюдение и согласия на проведение лечебно-профилактических процедур. Снижение оценок до $0,89 \pm 0,04$ балла в этом подблоке обусловлено отсутствием записи о согласии на проведение лечебно-диагностических мероприятий в 5,5% медицинских документов. Добровольное информированное согласие в 9,1% случаев не брали у законных представителей детей в возрасте от 4 до 7 лет, в 7,1% — от 15 до 18 лет и в 5,6% — от 11 до 14 лет. Наименьшая оценка получена в отношении этапных эпикризов ($0,65 \pm 0,05$ балла). Эта составляющая отсутствовала в каждом пятом случае (21,9%), а в 12,3% эпикризные записи были неполными и нечеткими.

Интегрированная оценка по разделу «Диагностика» составила $0,9 \pm 0,06$ баллов. Полученный показатель обусловлен высокими баллами в отношении постановки диагноза (рис. 3). «Диагностические мероприятия»

Рис. 3. Усредненные оценки составляющих блока «Диагностика», $M \pm m$



оценены как «неудовлетворительно» из-за полного отсутствия необходимых назначений (34,5%) или гипердиагностики (62%). При анализе показателей подблока «Индивидуальный план работы с больным» были выявлены нарушения в разделе «План лечения и обследования» в 21,9% амбулаторных карт и полное отсутствие данного раздела в 8,2% документов. Необходимо отметить, что указанные недостатки в основном зафиксированы в амбулаторных картах детей подросткового возраста.

Отличные показатели получены по блоку «Лечение» ($0,92 \pm 0,04$ балла). Тем не менее, в отношении ряда лечебных мероприятий также выявлено несоответствие стандарту. Например, эффект от проводимой терапии был отражен в записях полностью лишь в 61,8% случаев. Соответственно, этот подраздел получил низкую оценку ($0,76 \pm 0,03$ балла). Сроки лечения не соответствовали принятым нормам в 23,6% случаев, из них только 5,6% нарушений являлись обоснованными. Необоснованные отклонения от нормативов (сокращение сроков) выявлены в 18,1% случаев. Большинство несоответствий относилось к лечению подростков (76,9%). Усредненная оценка по данному подразделу составила $0,88 \pm 0,03$ баллов. Терапия в основном соответствовала выставленному диагнозу в 97,1% случаев и принятому по заболеванию стандарту (95,5%). Нарушения отмечались только в медицинских документах детей в возрасте от 4 до 10 лет. Комбинации лекарственных средств признаны рациональными также у большинства пациентов (98,3%).

Детский психиатр должен поддерживать постоянный контакт с педиатром и другими детскими специалистами. Средняя оценка блока «Консультации» составила высокий балл за счет отличных показателей его подразделов. Назначение консультаций специалистов было обосновано и реализовано у 97,1% пациентов. Объем консультаций соответствовал принятому стандарту полностью в 89,1% случаев, частично — в 9,1%. Полное несоответствие нормативам выявлено в 1,8% документов. У большинства детей консультации специалистов выполнялись полностью (92,2%). Рекомендации консультантов выполнены частично или не сделаны по усмотрению лечащего врача в 5,9% случаев. Необоснованное невыполнение назначений консультантов зафиксировано только в группе детей в возрасте от 8 до 10 лет (1,9%). Необходимо отметить, что в указанных группах отмечалось и полное несоответствие объема консультаций принятым нормам.

Другой важной составляющей качества психиатрической помощи является ее непрерывность, которая обычно оценивается по степени соблюдения преемственности. Обоснованное направление на госпитализацию имело место практически во всех отобранных на экспертизу документах (96,5%). Наихудшие показатели получены в части направления пациентов на санаторно-курортное лечение, поскольку только 27,3% детей, нуждающихся в таковом, получили направление. Большинство пациентов не были направлены в санатории, из них 36,4% являлись дошкольниками, 27,3% — подростками и 9,1% — детьми младшего школьного возраста. Хорошие показатели

Таблица 2. Распределение проведенных экспертиз в зависимости от возраста ребенка и соответствия профилактических мероприятий стандарту (клиническому руководству) по соответствующему заболеванию, %

Возраст пациента	Степень соответствия профилактических мероприятий стандарту (клиническому руководству) по соответствующему заболеванию			
	Соответствует полностью	Соответствует частично	Не соответствует	Общий итог
4–7 лет	45,5	18,2	36,4	100,0
8–10 лет	44,4	33,3	22,2	100,0
11–14 лет	73,1	15,4	11,5	100,0
15–18 лет	92,9	0,0	7,1	100,0
Итого	68,3	15,0	16,7	100,0

получены по разделу «Реабилитация» ($0,81 \pm 0,05$ балла). В то же время каждый десятый ребенок по неясным причинам не был направлен на реабилитацию (10,9%), в основном это касалось детей дошкольного и подросткового возрастов.

Более низкая оценка получена по разделу «Профилактика» ($0,86 \pm 0,07$ балла). Полученные результаты обусловлены удовлетворительными показателями в части соответствия профилактических мероприятий стандарту ($0,79 \pm 0,04$ балла). Полное соответствие установлено лишь в 68,3% случаев (табл. 2). Наибольший процент отклонений отмечен в группе детей в возрасте от 4 до 7 лет (40% от всех несоответствий). Отдельно оценено наличие записей о профилактических мероприятиях. Практически в каждом пятом случае проведение профилактики не фиксировалось (19,4%).

Самые низкие показатели получены по блоку «Достижение результата», что объясняется достижением исхода в соответствии с прогнозом лишь в 37,5% случаев. У 54,2% пациентов состояние осталось без изменений, а в отношении 8,3% больных установлено его ухудшение вплоть до инвалидизации.

В целом интегрированный показатель качества психиатрической помощи соответствует хорошему уровню. В ходе экспертизы выявлены следующие предотвратимые нарушения:

- 1) большинство детей, нуждающихся в санаторно-курортном лечении, не получают направления;
- 2) в 10% случаев не реализуется потребность пациента в реабилитации;
- 3) профилактические мероприятия не проводятся в 20% случаев и в 41,7% — не соответствуют требованиям утвержденных стандартов;
- 4) объем диагностических исследований в 62% случаев превышает нормативы;
- 5) в 38,2% случаев не проводится динамическая оценка эффективности назначенного лечения.

Таким образом, в большинстве случаев прогнозируемый результат достигнут не был. Следовательно, предупреждение выявленных дефектов требует принятия организационных мер, направленных на выполнение требований утвержденных стандартов оказания психиатрической помощи, в т. ч. разработки и внедрения внутри-учрежденческих протоколов ведения больных.

REFERENCES

1. Dmitrieva O.V. *Psikhicheskie rasstroistva u detei i podrostkov v sovremennoi Rossii* [Mental Disorder in Children and Adolescent in Russia. Current Statistics]. Available at: http://youngs.mednet.ru/component/option, com_remository/Itemid,26/func, startdown/19/07/09
2. Nekrasov M.A. *Nauchnoe obosnovanie sovershenstvovaniya regional'noi sluzhby psikhicheskogo zdorov'ya*. Avtoref. dis. ... dokt. med. nauk [Scientific Evidence of Refinement of Regional Mental Health Service. Author's abstract]. Moscow, 2008. 52 p.
3. Yastrebov V.S., Mitikhina I.A., Mitikhin V.G. *Psikhiatriya — Psychiatry*. 2008; 2: 38–39.

4. *Povyshenie kachestva okhrany psikhicheskogo zdorov'ya. Svod metodicheskikh rekomendatsii po voprosam politiki i okazaniya uslug v oblasti psikhicheskogo zdorov'ya. Bibliotechnyi katalog publikatsii VOZ* [Refinement of Mental Health Care. Guideline on Policy and Service Performed in the Sphere of Mental Health. Library Index of Publications of WOH]. 2006. 92 p.
5. Almazov V.A. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii — Healthcare of Russian Federation*. 1989; 2: 16–21.
6. Sabanov V.I. *Voprosy ekspertizy i kachestva meditsinskoi pomoshchi — Current issues of medical rating and quality of medical service*. 2006; 12: 16–30.