

**УПРАВЛЕНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ С
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ
НА ОСНОВЕ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА**

2006 Ю.Д. Пестов¹, А.Я. Дмитриев², Т.А. Митрошкина²

¹ ФГУ «Санаторий «Волжский утес»

² Самарский государственный аэрокосмический университет

Системная организация лечебного процесса в санаторных условиях на основе менеджмента качества является гарантом повышения результативности лечения, улучшения качества жизни пациентов с артериальной гипертонией (АГ). Управление лечением на основе процессного подхода с мониторингом целевых критериев и анализом рисков позволяет персонализировано устанавливать цели для каждого больного АГ и планировать наиболее эффективные методы их достижения.

Современная общая стратегия профилактики и лечения артериальной гипертензии (АГ) предусматривает главную цель – максимальное снижение общего риска сердечно-сосудистых осложнений и смертности. Риск сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с АГ определяют как вероятность развития у них сердечно-сосудистых заболеваний обычно в течение 5-10 лет. Прогноз зависит как от уровня артериального давления (АД), так и от сопутствующих факторов риска, степени вовлечения в процесс органов мишеней, а также наличия ассоциированных клинических состояний, имеющих не меньшее значение, чем степень повышения АД.

Современные подходы обеспечения качества медицинской помощи

За рубежом в различных отраслях услуг, в том числе и в здравоохранении, широкое распространение получили стандарты менеджмента качества серии ISO 9000 и управления риском. Российских организаций здравоохранения, сертифицированных в соответствие с этими стандартами и внедривших их, пока считанные единицы.

В соответствии с рекомендациями по применению стандарта ISO 9001 в медицине (IWA 1) основной процесс медицинского обслуживания пациента/клиента, называемого потребителем, показан на рисунке 1. Основная деятельность организации здравоохранения согласно этой схеме – проектирование, планирование, предоставление и мониторинг медицинской услуги пациенту/клиенту. Эта модель, основанная на цикле улучшения PDCA, применима и к другим процессам медицинского обслуживания, например, к обучению и обеспечению профилактики заболеваний.

Под требованиями мы понимаем ожидания и жалобы пациента / клиента, обратившегося за медицинской услугой (элемент 1 рисунка 1), а также выявленные потребности по результатам осмотров, обследований, лабораторной диагностики (элемент 5 рисунка 1).

Для организации здравоохранения проектирование и разработка медицинского обслуживания (элемент 6 рисунка 1) может включать формирование или уточнение перечня услуг и программ обслуживания, курса лечения, руководств, параметров общения с пациентом/клиентом, протоколов обследования и собеседования, материалов для обучения, приобретение или модифицирование аппаратуры и другой продукции или процедур.

Организации здравоохранения должны планировать (элемент 7 рисунка 1), когда это необходимо, поставку и оценивание медицинских услуг, включая вспомогательные услуги, распределение ресурсов, критерии оценки и процедуры по улучшению, чтобы наилучшим образом выполнить ожидания потребителей и заинтересованных сторон. Планирование должно проводиться как при построении процедур обслуживания в целом по организации, так и по конкретной услуге для конкретного пациента/клиента. Особое внимание при планировании следует уделять временной организации действий и оказания услуг.

При предоставлении медицинских услуг (элемент 8 рисунка 1) организация должна гарантировать соответствие заявленным планам лечения и стандартам промышленности, правительства или клиента, требованиям или процедурам и соответствующим критериям аккредитации медицинской организации. Организация должна использовать соответствующие инструменты и оборудование для проведения исследования, тестирования, результаты "лучший в классе", баз данных и нормативных данных в процессе менеджмента медицинской организации или административной деятельности. Помещения должны содержаться в порядке, чистоте, ремонтироваться в соответствии с требованиями.

Мониторинг (элемент 9 рисунка 1) может включать периодически актуализируемый отчет о состоянии здоровья или медицинскую карту пациента / клиента, отражающие соответствие плановому обслуживанию, анализ непредвиденных обстоятельств, мониторинг результативности и эффективности лечения или другие контролирующие действия.

Оценка удовлетворенности пациента / клиента во время и после медицинского обслуживания (элемент 9 рисунка 1) включает своевременный ответ на вопросы пациента/клиента, анализ удовлетворенности пациента/клиента относительно поведения персонала, время пациента/клиента на ожидание назначения или обследования, или повторные посещения, клинические результаты, включая результаты неблагоприятных событий.

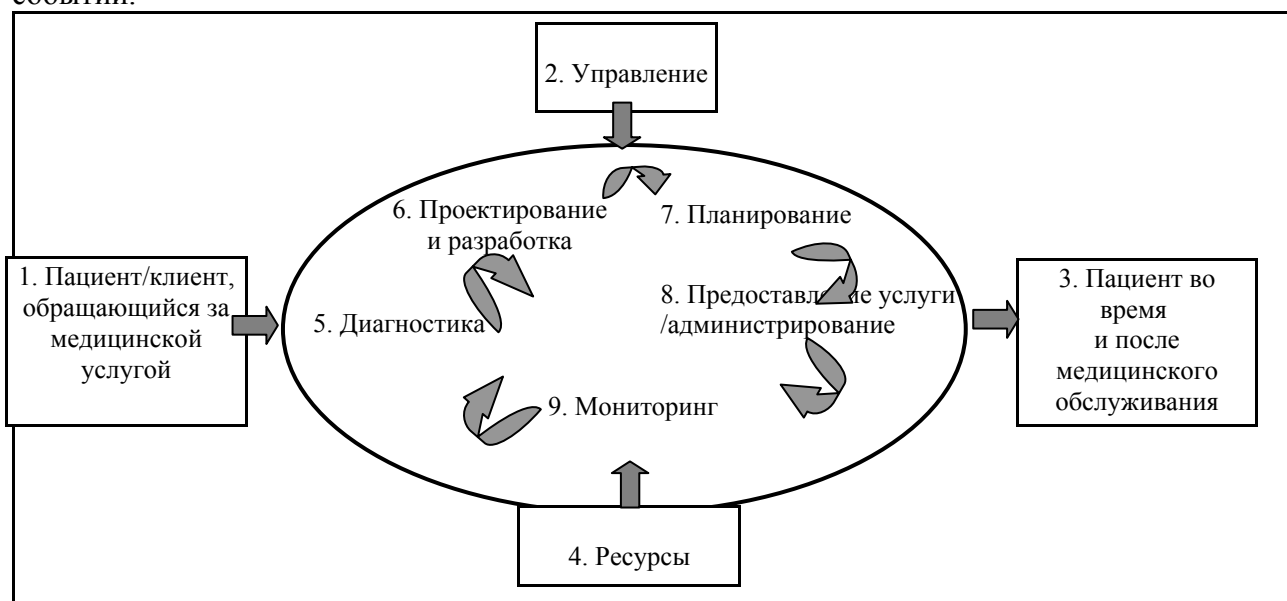


Рисунок 1 – Модель процессного подхода для организаций здравоохранения

Для успешного руководства организацией и ее функционирования необходимо осуществлять управление систематически и открыто. Рекомендации, предлагаемые в данной работе, базируются на восьми принципах менеджмента качества.

Деятельность санатория на основе восьми принципов менеджмента (IWA 1) позволяет значительно улучшить финансовые показатели работы учреждения путем освоения современных медицинских технологий, снижения издержек, оптимизации использования основных фондов и технического переоснащения, увеличения продаж путевок, а также создать условия для выхода на зарубежный рынок медицинских и оздоровительных услуг.

Модель санаторно-курортного лечения АГ на основе процессного подхода

Артериальная гипертония (АГ) относится к числу наиболее распространенных заболеваний. Являясь фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний АГ оказывает существенное влияние на уровень смертности населения. В настоящее время алгоритмы (или протоколы) ведения больных при конкретных заболеваниях разрабатываются в санатории на основе стандартов Минздрава РФ, рекомендаций специалистов по различным отраслям медицины, с учетом собственного опыта и опыта других санаторно-курортных и оздоровительных учреждений. Разработка алгоритмов ведется под руководством

ответственных специалистов. При этом учитываются требования международных стандартов по системам менеджмента качества ISO 9001:2000 к процессному подходу. Таким образом, к настоящему моменту виды деятельности по оказанию санаторно-курортных услуг, в том числе и пациентам с артериальной гипертонией (АГ), рассматриваются как процессы, а вся деятельность санатория как сеть взаимосвязанных процессов.

На входе процессов – пациент, обратившийся за санаторно-курортными услугами, а на выходе – тот же пациент, но уже после оказания санаторно-курортных услуг. Для каждого процесса определен хозяин (лечащий врач) и установлены показатели результативности, измерение которых производится с установленной периодичностью.

При описании процессов оказания санаторно-курортных услуг учитываются различные заинтересованные стороны, участвующие в формировании входов или являющиеся потребителями выходов процессов и определены конкретные цели. Пример описания процесса оказания санаторно-курортных услуг больным с артериальной гипертонией представлен на рисунке 2.

Таким образом, для процесса санаторно-курортного лечения пациентов с АГ установлены критерии (уровень артериального давления, сопутствующие факторы риска, степень вовлечения в процесс органов мишеней, а также наличие ассоциированных клинических состояний) и показатели результативности.

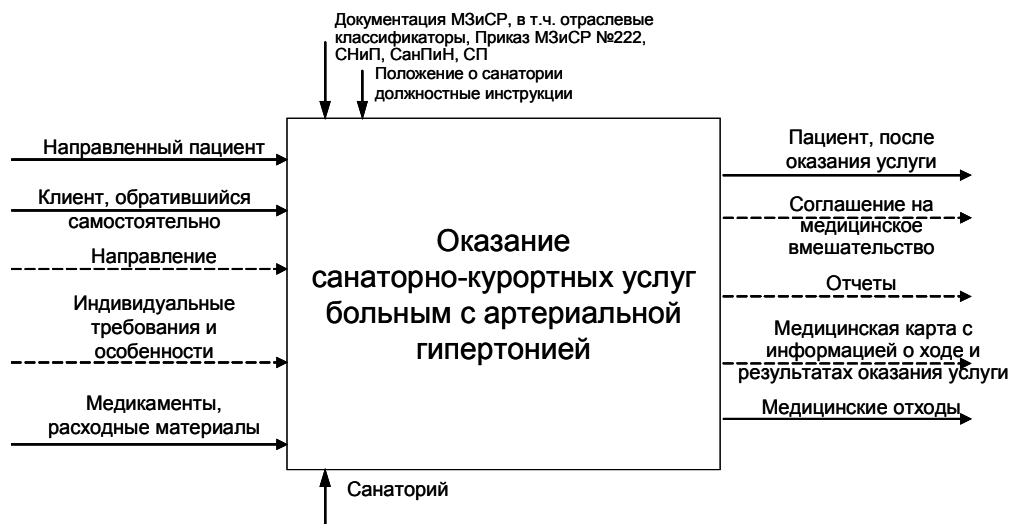


Рисунок 2 – Описание процесса оказания санаторно-курортных услуг больным с АГ

Целями данного процесса являются снижение рисков и улучшение качества жизни конкретного пациента с АГ. Таким образом, показателями результативности (ПР) выбраны:

ПР 1 = фактическое снижение САД / целевое снижение САД

ПР 2 = фактическое снижение ДАД / целевое снижение ДАД

ПР 3 = фактическое снижение ЧСС / целевое снижение ЧСС

ПР 4 = фактическое снижение холестерина / целевое снижение холестерина

При этом хозяин процесса должен осуществлять мониторинг входов и ресурсов.

Ресурсами процесса являются инфраструктура и человеческие ресурсы, т.е. должны соблюдаться требования СанПиН, СНИП и другие к чистоте помещений, освещенности, температурному режиму, оборудование должно быть исправным и обработанным (чистым) в соответствии с требованиями СанПиН и СП и необходимые методики и сертификаты к оборудованию должны быть в наличии. Количество и квалификация персонала должны соответствовать штатному расписанию и должностным инструкциям.

Для управления ходом процесса используются показатели функционирования. Важнейшими показателями процесса лечения являются риски, которые определяются на основе метода анализа видов, последствий и причин несоответствий (FMEA).

Результаты реализации процессного подхода при лечении АГ

Проведено исследование результативности санаторно-курортного лечения пациентов с АГ. Санаторное лечение больных АГ осуществлялось по принятым программам. Обеспечение результативности лечения основывалось на менеджменте качества и управлении риском. Критерии стратификации риска (рисунок 3) и их частота по возрастным группам больных АГ соответствовала принятым стандартам.

Другие факторы риска и анамнез	Артериальное давление, мм.рт.ст.		
	Степень 1 (мягкая гипертония) 140-159 / 90-99	Степень 2 (умеренная гипертония) 160-179 / 100-109	Степень 3 (тяжелая гипертония) ≥180 / 110
Других факторов риска нет	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
1-2 фактора риска	Средний риск	Средний риск	Очень высокий риск
3 фактора риска и более или поражение органов-мишеней	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
Сопутствующие заболевания, включающие сердечно-сосудистые и почечные, сахарный диабет	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

Рисунок 3 – Стратификация риска (ВНОК, 2001)

Плановые (целевые) значения изменения факторов риска устанавливались лечащим врачом индивидуально с учетом среднестатистических данных (рисунок 4), полученных в ходе специального исследования.

Выбор лечебных программ в процессе комплексного санаторного лечения обусловлен целевыми значениями изменения факторов риска, в частности – изменение САД, ДАД и ЧСС (рисунок 4).

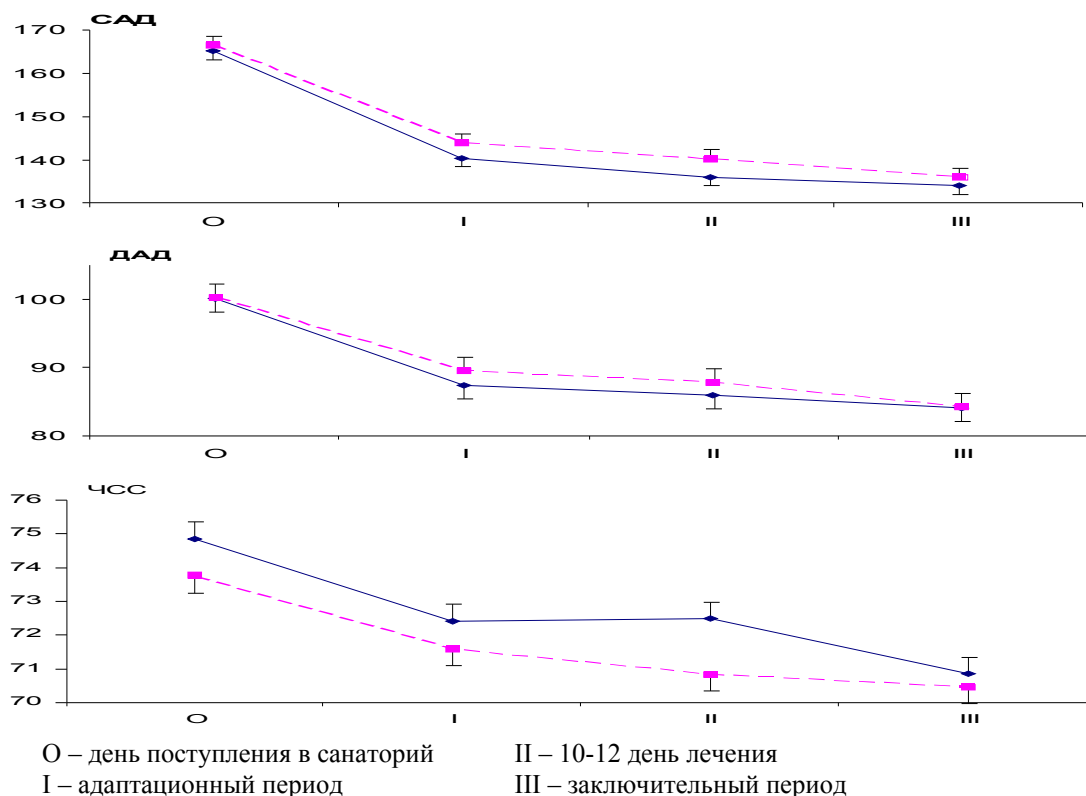


Рисунок 4 – Изменения параметров АД и ЧСС в процессе комплексного санаторного лечения ХНБВ (сплошная линия) и при их комбинации с СМТ (пунктирная линия)

Статистические данные свидетельствуют о том, что основную часть больных АГ при поступлении в санаторий составляют пациенты с высоким и очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений. С возрастом риск увеличивается. Очень высокий риск в группе больных старше 74 лет составил – 86 %.

Задачей лечения больных АГ является достижение целевых уровней основных показателей, оказывающих влияние на риск сердечно-сосудистых осложнений. Частота целевых уровней АД до и после санаторного лечения в зависимости от возрастного состава больных АГ представлена на рисунке 5.

При поступлении у больных всех возрастных групп отмечен низкий процент целевого АД (от 8 до 42 %). При выписке из санатория он повысился до 41,5 % у больных среднего возраста, до 84 % пожилого и 66 % старческого возраста. Лучшие показатели достижения целевого уровня АД у больных пожилого и старческого возраста объясняются, по-видимому, более частым использованием антигипертензивных лекарственных средств, в 70 и 74 % случаях против 34 % соответственно у лиц среднего возраста. Данные об уровнях холестерина у больных АГ различных возрастных групп до и после санаторно-курортного лечения представлены на рисунке 6.

Рисунок 5 – Контроль АД у больных АГ до и после санаторно-курортного лечения, в %

Рисунок 6 – Контроль холестерина у больных АГ до и после санаторно-курортного лечения, в %

Исходно частота целевых уровней холестерина у больных АГ при поступлении в санаторий варьировала от 20 до 47,5 %. Лучшие результаты наблюдались в группе больных старческого возраста. При выписке из санатория только в группе больных среднего возраста частота целевых уровней холестерина увеличилась на 10%.

Анализ критериев разделения риска больных АГ выявил увеличение с возрастом частоты II и III степени АГ, гипергликемии, протеинурии, ассоциированных клинических состояний. Гиперхолестеринемия чаще встречалась у больных пожилого возраста, реже у стариков. Обращает на себя внимание высокая частота гиперхолестеринемии (71,7%) и гипертрофии левого желудочка (51,9%) у пациентов среднего (работоспособного) возраста. В результате лечения на основе процессного подхода во всех группах достигнуто увеличение % целевого уровня АД, в среднем на 44,7%. Частота достижения целевых уровней холестерина повысилась только в группе больных АГ среднего возраста.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. IWA 1:2001 Quality Management Systems – Guidelines for process improvements in health service organizations
2. Пестов Ю.Д., Дмитриев А.Я. Процессный подход к лечению пациентов с артериальной гипертензией различных возрастных групп в санатории. Тезисы доклада. Международный Конгресс «Здравница 2004». Москва. – 2004. С.194.
3. Дмитриев А.Я., Егорова И.А., Казаков В.Ф., Коровкин В.П., Пестов Ю.Д. Разработка системы менеджмента качества санатория как инновационный проект. Тезисы доклада. Международный Конгресс «Здравница 2005». Москва. – 2005. С.110.
4. Пестов Ю.Д., Дмитриев А.Я., Митрошкина Т.А. Анализ рисков в процессном подходе к лечению пациентов с артериальной гипертонией в санатории // Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии: Материалы Междунар. Конгресса «Здравница-2006», Сочи, 30 мая – 2 июня, 2006 г. – Москва, 2006. – С.174-175.