Контроль качества медицинской помощи, оказываемой людям, живущим с ВИЧ. Критерии, основные дефекты.

ГБУЗ «Иркутский областной центр профилактики и борьбы со СПИДом и инфекционными заболеваниями»

Качество медицинской помощи

Качество медицинской помощи является одним из важнейших средств реализации права на здоровье граждан, поскольку именно от него в значительной степени зависит результат медицинского вмешательства, и, как следствие, то, какое влияние на жизнь и здоровье пациента - это вмешательство окажет

Легальное определение контроля качества медицинской помощи было дано п.21 ст.2 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с которым качество медицинской помощи представляет собой совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Более широкое определение качества медицинской помощи было дано в приказе Минздрава РФ от 22.01.2001 №12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении», в соответствии с которым качество медицинской помощи – это система критериев, позволяющих определить качество оказания медицинской помощи как в определенном медицинском учреждении, у определенного врача, на определенной территории, так и отдельному больному».

Немного о медицинской экспертизе

Медицинская экспертиза - проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояние здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействиями каких либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина (ч.1 ст. 58 ФЗ №323-ФЗ).

- Экспертиза качества медицинской помощи, как вид медицинской экспертизы, утверждена ч. 2 ст. 58 ФЗ №323-ФЗ.

- В соответствии с ч. 2 ст. 64 № 323-ФЗ был разработан Приказ Минздрава РФ от 15.07.2016 № 520н – «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

- Отсутствуют критерии оценки качества медицинской помощи у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Цели деятельности системы здравоохранения РФ в сфере оказания медицинской помощи людям, живущим с ВИЧ

Увеличение продолжительности и сохранение качества жизни людей, живущих ВИЧ-инфекцией

Увеличение периода трудоспособности людей, живущих с ВИЧ

Рождение здорового поколения

Механизм выполнения перечисленных задач:

Создание системы, контролирующей оказание медицинской помощи людям, живущим с ВИЧ.

Система, контролирующая оказание медицинской помощи людям, живущим с ВИЧ

- Ранняя (своевременная) диагностика ВИЧ-инфекции;
- Клинико-лабораторный контроль ВИЧ - позитивного пациента (диспансерное наблюдение);
- Своевременное, лабораторно-контролируемое начало АРВТ;
- Лабораторно контролируемая АРВТ;
- Контролируемая приверженность;
- Диагностика сопутствующей патологии.

Установление факта инфицирования ВИЧ

1. Эпидемиологические данные

2. Клинические данные

3. Лабораторные данные

Клинические критерии диагностики ВИЧ-инфекции

- Лихорадка, длящаяся более одного месяца;
- Увеличение лимфатических узлов двух и более групп свыше одного месяца;
- Хроническая диарея, длящаяся более одного месяца;
- Упорный кашель свыше одного месяца;
- Необъяснимая потеря массы тела на 10% и более.

Клинические критерии диагностики ВИЧ-инфекции

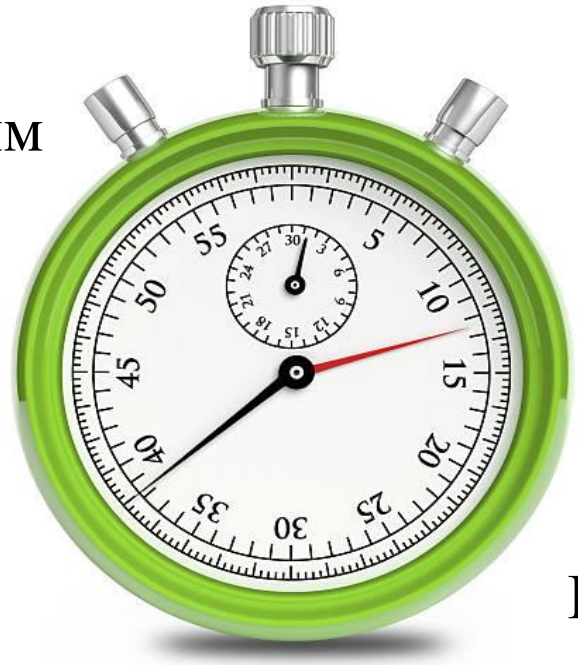
- Слабоумие у ранее здоровых лиц;
- Волосистая лейкоплакия языка;
- Рецидивирующая пиодермия;
- Затяжная и рецидивирующая пневмонии и пневмония, не поддающаяся обычной терапии;
- Затяжные и рецидивирующие гнойно-бактериальные, паразитарные заболевания, сепсис;
- Хронические воспалительные заболевания репродуктивной системы неясной этиологии.

Почему диагноз ставится на поздних стадиях?

Несогласие и страх с /перед поставленным диагнозом

Нежелание иметь дело с системой здравоохранения

Недоступность медицинской помощи



Социальная стигма

Экономические/ юридические/ профессиональные последствия

Непросвещенность
- Пациента (незнание риска)
- Врача
(пропуск оппортунистических заболеваний)

Диспансерное наблюдение является неотъемлемым компонентом медицинской помощи, оказываемой людям, живущим с ВИЧ

Ведение пациентов с ВИЧ-инфекцией

ЗАДАЧИ:

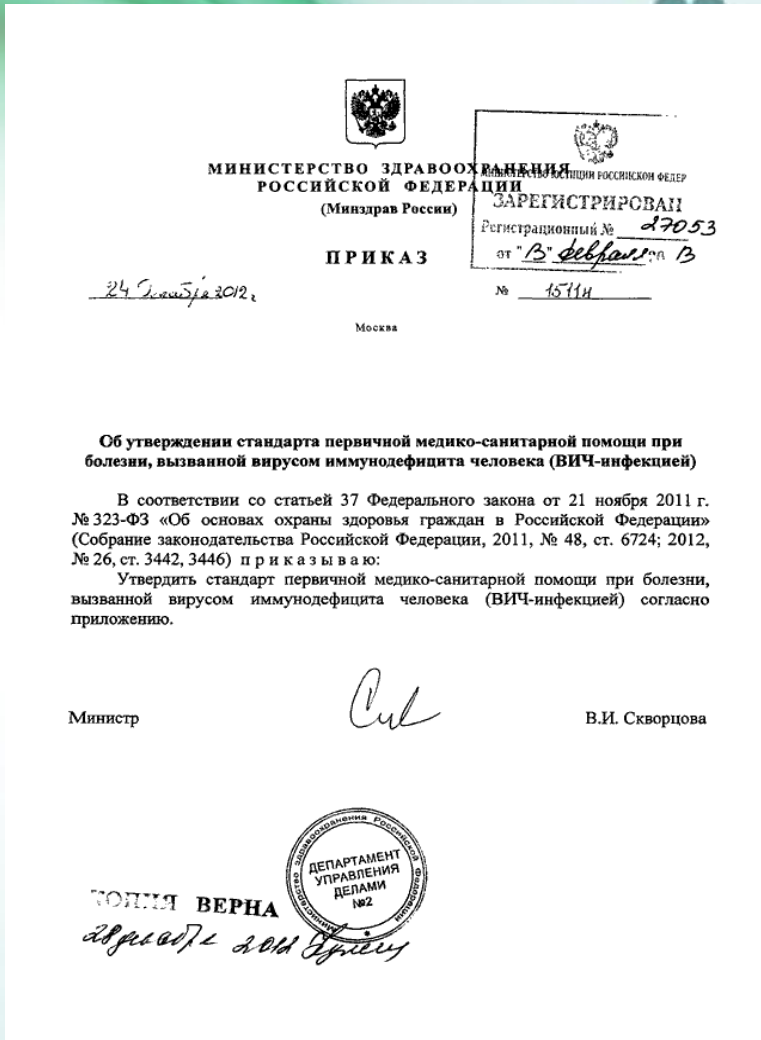
Профилактика СПИДа у пациентов не получающих АРВТ

Контроль эффективности и профилактика побочных реакций у пациентов, получающих АРВТ

На сегодня реальность такова:

Ни в одном медицинском учреждении Иркутской области не проводится диспансерное наблюдение пациентов с ВИЧ-инфекцией в соответствии с существующим Стандартом оказания медицинской помощи.

Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1511н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией)» (Зарегистрировано в Минюсте России 13.02.2013 № 27053)



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)

ПРИКАЗ

24 декабря 2012 г. № 1511н

Москва

Министерство юстиции Российской Федер
ЗАРЕГИСТРИРОВАН
Регистрационный № 27053
от "13" февраля 2013 г.

Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией)

В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446) п р и к а з ы в а ю:

Утвердить стандарт первичной медико-санитарной помощи при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией) согласно приложению.

Министр В.И. Скворцова

КОПИЯ ВЕРНА

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ДЕПАРТАМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ ДЕЛАМИ №2

Основные дефекты:

1. Выписка препаратов АРВТ осуществляется без контроля эффективности и переносимости;
2. Отсутствуют регулярные клинические и биохимические исследования крови;
3. Отсутствуют регулярные инструментальные и клинические исследования;

Основные дефекты:

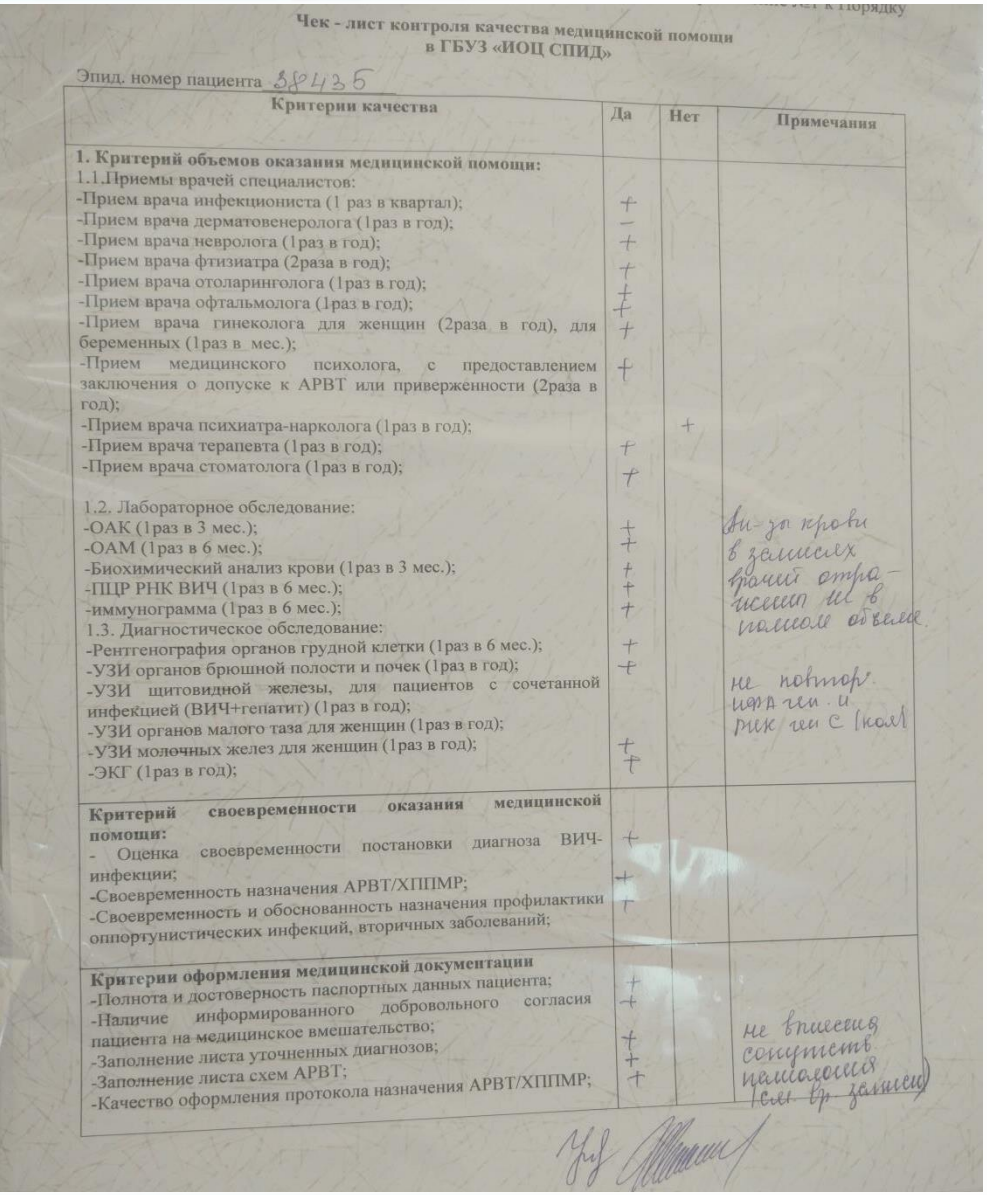
4 . В медицинской документации пациентов с ВИЧ-инфекцией не прослеживается преемственность между врачами Центра СПИД и врачами-инфекционистами на местах (имеются случаи изменения схем АРВТ самостоятельно);

5. Рецепты на АРВП зачастую выписываются без осмотра пациента или отображения сведений, полученных от доверенного лица;

6. Встречаются случаи, когда отсутствует обоснование начала или окончания АРВТ;

Основные дефекты:

7. Записи врачебного осмотра не отражают эффективности, безопасности и переносимости терапии;
8. Не отражается приверженность пациента к диспансерному наблюдению и схеме АРВТ;
9. Очень часто основной диагноз не соответствует МКБ-10;
10. Не отражается информация о проведении ХППТП и ХПОИ у пациентов с низким иммунным статусом;
11. Не отражается сопутствующая патология (особенно возрастные пациенты).



...к Порядку

Чек - лист контроля качества медицинской помощи
в ГБУЗ «ИОЦ СПИД»

Эпид. номер пациента 38435

Критерии качества	Да	Нет	Примечания
1. Критерий объемов оказания медицинской помощи:			
1.1.Приемы врачей специалистов:			
-Прием врача инфекциониста (1 раз в квартал);	+		
-Прием врача дерматовенеролога (1раз в год);	–		
-Прием врача невролога (1раз в год);	+		
-Прием врача фтизиатра (2раза в год);	+		
-Прием врача отоларинголога (1раз в год);	+		
-Прием врача офтальмолога (1раз в год);	+		
-Прием врача гинеколога для женщин (2раза в год), для беременных (1раз в мес.);	+		
-Прием медицинского психолога, с предоставлением заключения о допуске к АРВТ или приверженности (2раза в год);	+		
-Прием врача психиатра-нарколога (1раз в год);		+	
-Прием врача терапевта (1раз в год);	+		
-Прием врача стоматолога (1раз в год);	+		
1.2. Лабораторное обследование:			
-ОАК (1раз в 3 мес.);	+		Ан-зы крови в записях врачей отражены не в полном объеме.
-ОАМ (1раз в 6 мес.);	+		
-Биохимический анализ крови (1раз в 3 мес.);	+		
-ПЦР РНК ВИЧ (1раз в 6 мес.);	+		
-иммунограмма (1раз в 6 мес.);	+		
1.3. Диагностическое обследование:			
-Рентгенография органов грудной клетки (1раз в 6 мес.);	+		
-УЗИ органов брюшной полости и почек (1раз в год);	+		
-УЗИ щитовидной железы, для пациентов с сочетанной инфекцией (ВИЧ+гепатит) (1раз в год);			не повтор. ИФА ген. и РНК ген С (кол)
-УЗИ органов малого таза для женщин (1раз в год);			
-УЗИ молочных желез для женщин (1раз в год);	+		
-ЭКГ (1раз в год);	+		
Критерий своевременности оказания медицинской помощи:			
- Оценка своевременности постановки диагноза ВИЧ-инфекции;	+		
-Своевременность назначения АРВТ/ХППМР;	+		
-Своевременность и обоснованность назначения профилактики оппортунистических инфекций, вторичных заболеваний;	+		
Критерии оформления медицинской документации			
-Полнота и достоверность паспортных данных пациента;	+		
-Наличие информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство;	+		
-Заполнение листа уточненных диагнозов;	+		не вписана сопутств. патология (см. вр. записи)
-Заполнение листа схем АРВТ;	+		
-Качество оформления протокола назначения АРВТ/ХППМР;	+		

В ГБУЗ «ИОЦ СПИД» разработан чек-лист для оценки качества медицинской помощи, оказываемой пациентам с ВИЧ-инфекцией

Какие критерии включить в чек-лист?

- Критерии оценки качества медицинской помощи, утвержденные Приказом Минздрава РФ от 15.07.2016 № 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (в основном это требования по ведению медицинской документации, требования к формулировке диагноза, к объемам врачебных осмотров);

Какие критерии включить в чек-лист?

- Объем и кратность обследования пациента, утвержденные Приказом Минздрава России от 24.12.2012 № 1511н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией)».

Какие критерии включить в чек-лист?

- Плановые обследования, необходимые для достижения целей и задач диспансерного наблюдения пациентов до назначения АРВТ и при проведении АРВТ, предусмотренные Клиническими рекомендациями, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

«Идеальная» амбулаторная карта

1. Медицинская карта амбулаторного больного (ф №25/у-04), которая содержит данные диспансерных осмотров, предусмотренных действующими стандартами оказания медицинской помощи;
2. Имеется информированное добровольное согласие (или отказ) на проведение диспансерного наблюдения, обработку персональных данных;
3. Полнота клинического диагноза (основной, сопутствующий, осложнения);

«Идеальная» амбулаторная карта

4. Есть подробное заключение врача-инфекциониста с обоснованием начала пожизненной АРВТ;
5. Есть регулярный контроль приверженности, переносимости и эффективности АРВТ;
6. Выписка лекарственных препаратов проводится после осмотра пациента;
7. При выявлении непереносимости, неэффективности АРВТ – своевременное направление пациента (информации) в ГБУЗ «ИОЦ СПИД». Замена АРВТ только по заключению врача –инфекциониста ГБУЗ «ИОЦ СПИД».

Спасибо за внимание!