

Д.С. ЗУБКОВ, ведущий юрист, региональная общественная организация «Ассоциация травматологов-ортопедов Москвы» (РОО «АТОМ»)

Практические проблемы организации и оценки качества медицинской помощи

Предлагаем вашему вниманию статью эксперта, где продолжена актуальная тема по качеству и организации медицинской помощи в современных лечебных учреждениях, обслуживающих население больших городов и регионов. Статья продолжает тему, которую автор начал в предыдущем номере в статье «Результат медицинской помощи: в чем измеряется здоровье?».

Дисциплина и порядок – залог счастья и процветания.

И.-В. Гёте

Летом 2017 г. новостные ленты пестрели упоминаниями о волонтере-опозиционере Александре Туровском, избитом и якобы незаконно выписанном из НИИ скорой медицинской помощи им. Н.В. Склифосовского. Комментарии директора НИИ, врача-нейрохирурга, доктора медицинских наук С.С. Петрикова о том, что пациент выписан на следующий день после госпитализации, потому что выздоровел, что сотрясение (головного мозга) проходит за минуту, что пациенту нужно было оставаться в стационаре в течение ночи, что вся необходимая диагностическая и лечебная помощь пациенту оказана [1], разлетелись на цитаты и обсуждались журналистами, врачами и прочими заинтересованными лицами. Почти сразу же отыскался стандарт специализированной медицинской помощи при внутричерепной травме [2], предусматривающий медицинскую помощь в стационарных условиях средней продолжительностью 30 дней. Так, отсутствие консенсуса нейрохирургов о показаниях к госпитализации пациентов с внутричерепной травмой еще больше пошатнуло авторитет врачебной профессии в России. Сообщество нейрохирургов в 2016 г.

разработало клинические рекомендации по внутричерепной травме, уточняющие и дополняющие стандарт медицинской помощи, однако сам С.С. Петриков на эти клинические рекомендации не ссылался. Надеемся, эта ситуация даст импульс остальным хирургическим сообществам к регламентированию своей профессиональной деятельности, поиску консенсуса, созданию клинических рекомендаций (протоколов лечения) и грамотному их применению. Приведем несколько клинических примеров традиционного подхода лечения.

Травматология и ортопедия (хирургия кисти)

Пример: пациент К., 49 лет, рабочий фасовочного цеха, обратился в травмпункт по поводу перелома основной фаланги 3 пальца правой кисти без смещения отломков. Наложена гипсовая лонгета. Через неделю пациент вернулся с выпиской из отделения хирургии кисти, где ему сняли нефункциональную, по мнению хирургов, лонгету и наложили полимерный гипс в положении кисти «держатель бейсбольный мяч». После консолидации перелома, снятия гипса по ис-

течении 3,5 нед. и одной недели восстановительного лечения отмечалась умеренная тугоподвижность пальца. Функциональное состояние кисти пациента не устроило, и он потребовал продления листа нетрудоспособности в связи с характером условий труда, а также направил жалобу на некачественно оказанную медицинскую помощь в департамент здравоохранения. По итогам проверки был выявлен дефект медицинской помощи (наложена нефункциональная лонгета, превышены сроки иммобилизации) и организации клинико-экспертной работы (листок нетрудоспособности закрыт к труду, при недостаточной схватывающей функции кисти, не оформлена справка на легкий труд).

Проблемы и решения:

1. При выборе тактики лечения (техника и сроки иммобилизации, реабилитации) травматологи-ортопеды до сих пор ориентируются на учебные пособия, а критерии оценки качества медицинской помощи формируются на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций. Травматолог-ортопед снял гипс на 24-й день при рекомендованных сроках иммобилизации 1—2 недели.

Практикующим врачам стоит впредь следить за нормотворческой деятельностью своей профессиональной ассоциации и придерживаться общепринятых взглядов на медицинскую помощь, изложенных не в учебных пособиях, а в клинических рекомендациях, имеющих законную силу.

2. Стандарт первичной медико-санитарной помощи [3] предлагает два альтернативных метода иммобилизации – гипсовая повязка, редко — шина. Клинические рекомендации Ассоциации травматологов-ортопедов России (далее — АТОР) [4] при диафизарных переломах основной фаланги без смещения отломков предполагают использование шины, а гипсовые повязки вовсе не упоминаются. Налицо принципиальные противоречия между стандартом и рекомендациями. Кроме того, в клинических рекомендациях не указана форма шины и положение пальца.

Участвующие в разработке клинических рекомендаций эксперты обязаны тщательно детализировать технические моменты и этапы медицинской помощи. Каждый метод должен быть подробно описан, сроки использования метода регламентированы. Любая неточность и двусмысленность формулировок приводит к дефектам экспертизы качества медицинской помощи и непредсказуемым выводам судебно-медицинских экспертиз.

3. В России критерии временной нетрудоспособности и иные клинико-экспертные вопросы при травмах кисти не разработаны. Письмом ФСС [5] для закрытых переломов пальцев кисти без смещения отломков установлены ориентировочные сроки нетрудоспособности 22—25 дней. В стандарте же средние сроки лечения составляют 21 день. Отсутствуют также общепринятые критерии определения трудового прогноза и реко-

мендации пациенту по режиму труда и быта. Учитывая полнейшую неопределенность законодательства в обозначенных вопросах, а также некоторые противоречия сроков лечения и сроков нетрудоспособности, профессиональные некоммерческие организации врачей как наиболее компетентные организации имеют право и должны взять на себя обязанность по разработке критериев временной и стойкой нетрудоспособности, а также критериев оценки результата медицинской помощи.

Вывод: бездействие профессионального сообщества врачей в области нормотворчества приводит к произвольной оценке качества медицинской помощи, многочисленным конфликтам при экспертизе нетрудоспособности, отсутствию у пациентов представления о режиме лечения и реабилитации. Излишний консерватизм врачей приводит к нарушению ими правил оказания медицинской помощи по незнанию.

Сердечно-сосудистая хирургия (флебология)

Пример: пациентка М., 26 лет, продавец-консультант автомобильного салона, обратилась в клинику флебологии с жалобами на появление характерного сосудистого рисунка в области обеих голеней и бедер. Сердечно-сосудистый хирург провел ультразвуковую доплерографию (УЗДГ), выявил ретикулярный варикоз, класс C1A, оформил информированное добровольное согласие (ИДС) на медицинское вмешательство и произвел малоинвазивное вмешательство – склеротерапию ретикулярных вен. Сразу после операции хирург произвел компрессию, а в послеоперационном периоде рекомендовал сменить характер труда, исключив длительное положение стоя. Спустя два месяца паци-

ентка обратилась в клинику с претензией – в области левого бедра, в зоне проведенного вмешательства, появились множественные, чуть заметные сосудистые звездочки. Хирург попытался успокоить девушку, пояснив, что это телеангиэктазии – непредсказуемая и довольно редкая реакция на склерозант. Девушку эти разъяснения не устроили, и она обратилась в суд. Клиника не смогла доказать в суде, что врач давал пациентке устные рекомендации по режиму лечения, а также обсуждал с ней особенности и опасности вмешательства, так как ИДС не содержало никаких упоминаний о том, что эти вопросы поднимались в разъяснительной беседе. При данных условиях суд прислушался к истцу, заявившей, что ни за что не согласилась бы на такие риски, потому что пришла в клинику устранить имеющийся косметический дефект, а не приобрести множество новых. Суд вынес решение о компенсации морального и материального вреда, так как пациентка не была проинформирована о возможных осложнениях и правилах поведения после операции ни при заключении договора медицинских услуг, ни при подписании ИДС. Таким образом, было нарушено право потребителя на информацию об услуге [6]. Кроме того, суд обнаружил в медицинской карте протокол УЗДГ вен нижних конечностей, подписанный сердечно-сосудистым хирургом клиники и оплаченной пациенткой. Стоимость УЗДГ предписано возвратить, так как хирург не обладал сертификатом по УЗД, не занимал соответствующую должность в клинике и не имел права давать заключения подобного рода.

Проблемы и пути их решения:

1. Оформляемые российскими врачами ИДС, как правило, не отражают всех тем, обсуждавшихся с пациентом до операции, и, что

еще опаснее, не содержат подтверждения того, что пациент был информирован обо всех аспектах оказываемой медицинской помощи – правилах поведения, возможных рисках и т.д. Оформление подробных ИДС отнимает у врача непозволительно много рабочего времени.

Врачи имеют право создать типовые бланки ИДС для каждого вмешательства или заболевания. В качестве источника информации для них можно использовать клинические рекомендации [7]. Кроме того, некоммерческие организации врачей имеют право создавать типовые ИДС и приобщать их к утвержденным ими клиническим рекомендациям (протоколам лечения).

2. Медицинская услуга, оказанная специалистом, не обладающим необходимым уровнем квалификации, считается незаконной и оплате не подлежит. Заключение специалиста, полученные подобным способом, являются ничтожными и не имеют юридической силы.

Более того, и при наличии сертификата УЗД хирург не имел право выставлять счет за УЗДГ, так как не занимал в клинике должность врача УЗД. Эта сложность устраняется направлением специалиста на профессиональную переподготовку с последующим оформлением совмещения должностей на рабочем месте.

Вывод: даже при безупречном проведении медицинского вмешательства клиника рискует нарушить закон в результате халатного отношения к оформлению документации. Любые действия, имеющие правовое значение (информирование пациента, ход операции), должны быть задокументированы так, чтобы потом служить полноценными доказательствами. Не стоит также забывать о тщательном соблюдении принципов компетентности, соответствии обязанностей работника уровню его

образования, а также уделять внимание правильному оформлению трудовых отношений.

Колопроктология

Пример: пациентка В., 37 лет, после вторых родов обратилась к колопроктологу частного медицинского центра с жалобами на неуправляющиеся геморроидальные узлы и кровотечение. Врач установил диагноз «Внутренний геморрой 4 стадии» и предложил оперативное вмешательство в объеме геморроидэктомии. От степлерной геморроидопексии и аппаратной геморроидэктомии пациентка отказалась, согласившись на компромиссную малоинвазивную операцию – лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами. Спустя неделю после оперативного вмешательства пациентка обратилась с жалобами на выраженные боли и признаками тромбоза наружных геморроидальных узлов. Лечащий врач назначил внутрь НПВП, спазмолитики, венотоники, местно – перевязки с гепариновой мазью. Состояние пациентки нормализовалось, болезненные ощущения исчезли, однако через месяц Росздравнадзор провел проверку в связи с жалобой на некачественное оказание медицинской помощи. Выявлено нарушение права пациентки на бесплатную медицинскую помощь, проведение заведомо малоэффективного оперативного вмешательства, сокрытие от потребителя свойств и характера отдельных медицинских услуг.

Проблемы и пути их решения:

1. Пациентке не было разъяснено, что лечить имеющееся заболевание она имела право бесплатно в рамках программы государственных гарантий.

Это промах не врача, а юриста клиники, не включившего информацию о возможности бесплатной медицинской помощи в договор

медицинских услуг или хотя бы в бланк ИДС.

2. В медицинской карте пациента отсутствует предоперационный эпикриз с обоснованием выбора метода лечения.

Любое медицинское вмешательство должно быть обосновано в предоперационном эпикризе в соответствии с показаниями и противопоказаниями к нему. Если пациент отказывается от оптимального вмешательства в пользу альтернативного, но менее адекватного степени развития заболевания, хирург обязан вначале оформить информированный отказ от основного вмешательства, а затем подписать ИДС на менее подходящее вмешательство с упоминанием о рисках такого выбора.

3. Пациентка не ожидала возникновения болей и увеличения наружных геморроидальных узлов и восприняла эти явления как серьезные осложнения вследствие ошибки врача.

Колопроктологу следовало обсудить с пациенткой вероятность успеха малоинвазивного вмешательства при запущенном заболевании, упомянуть о побочных эффектах, типичных осложнениях и зафиксировать эти обстоятельства в бланке ИДС.

Вывод: если бы врач-колопроктолог использовал материалы клинических рекомендаций [8] в общении с пациенткой, он мог бы избежать практически всех обвинений Росздравнадзора.

Травматология и ортопедия (артроскопия)

Пример: пациент С., 46 лет, маркетолог, обратился в клинику спортивной травматологии с жалобами на боль в коленном суставе во время быстрой ходьбы, резких движений и периодические блокады сустава на протяжении трех лет. После осмотра и МРТ у пациента выявлено застарелое повреж-

дение внутреннего мениска, предложена артроскопическая менискэктомия. После оперативного вмешательства у пациента сохранились болезненные ощущения по внутренней поверхности сустава, пассивные движения восстановились, активные в полном объеме не восстановлены. На ЛФК, ФТЛ, механотерапию и массаж пациент не являлся, оправдываясь невозможностью приезжать в клинику ежедневно. Пациент часто манкировал осмотрами или являлся на прием с запахом алкоголя изо рта. Во время осмотра на шестой неделе лечения пациент узнал о намерении лечащего врача выписать его к труду и потребовал продления листка нетрудоспособности по причине удаленности места работы от места проживания и неудобства пути на работу на общественном транспорте. При этом на осмотры пациент приезжал на личном автомобиле из соседнего района. По истечении двух месяцев пациент был выписан со справкой на легкий труд. При выписке пациент потребовал справку для получения страховой выплаты по страхованию жизни и здоровья. Была выдана выписка из медицинской карты амбулаторного пациента формы №027/у. Через две недели пациент приехал в клинику и потребовал изменить диагноз в справке с «Застарелое повреждение мениска» на «Острое повреждение мениска», а в качестве компенсации за свои хлопоты и волнение потребовал открыть новый листок нетрудоспособности по тому же случаю. И в той и в другой просьбе было отказано. Пациент обратился с жалобой в Фонд социального страхования и в Прокуратуру РФ. Недели позже в клинику позвонил начальник пациента и поинтересовался, как долго врачи «собираются держать на больничном» его работника, уволенного два месяца назад за пьяный дебош на рабочем месте. На следующий

день пациент приехал на прием к главному врачу клиники и предложил за определенную сумму денег отозвать оба свои заявления. Главный врач попросил время на принятие решения, а после ухода посетителя велел администратору сообщить в ГИБДД гос. номер и маршрут следования автомобиля с нетрезвым водителем за рулем.

Проблемы и пути их решения:

1. Отсутствие стандарта специализированной медицинской помощи при повреждении менисков коленного сустава и невнятность клинических рекомендаций приводят к произвольной трактовке последних и, как следствие, к непредсказуемому результату экспертизы качества медицинской помощи. Отсутствие стандарта медицинской помощи, с одной стороны, затрудняют создание клинических рекомендаций, так как изначально отсутствует установленный на государственном уровне перечень услуг, которые необходимо оказать в рамках лечебно-диагностического процесса при повреждении менисков. С другой стороны, отсутствие государственной регламентации медицинской помощи по указанному профилю дает некоммерческой организации врачей определенную степень свободы в творческом процессе создания клинических рекомендаций.

2. Не установлены критерии временной и стойкой нетрудоспособности при повреждении менисков коленного сустава. Письмом ФСС [9] при операции по поводу поражения мениска в результате старого разрыва или травмы установлены ориентировочные сроки временной нетрудоспособности 30–40 дней, однако не приведен перечень профессий, предполагающих увеличение сроков нетрудоспособности. В профильных клинических рекомендациях [10] клиничко-экспертный раздел полностью отсутствует. Некоммерческие организации врачей-специалистов не имеют права

равнодушно наблюдать за тем, как их члены страдают от конфликтов, связанных с неопределенностью критериев нетрудоспособности. Кроме того, в клинических рекомендациях следует приводить перечни профессий или производственных факторов, определяющих увеличение сроков нетрудоспособности.

2. В различных видах экспертиз имеет принципиальное значение давность травмы или отнесение патологического состояния к травме или ее последствиям, то есть к заболеванию. Так, при выплатах по страхованию жизни и здоровья у травм и заболеваний разные коэффициенты оплаты.

Клинические рекомендации АТОР должны содержать объективные критерии срока давности повреждения внутрисуставных образований, чтобы дифференцировать острое повреждение менисков от застарелого.

3. Отсутствуют единые подходы к реабилитации пациентов после артроскопической менискэктомии. Пациент, перемещаясь из клиники в клинику, сталкивается с противоречивыми, зачастую противоположными методами реабилитации. Порой врачи-сторонники разных научных школ нарушают правила медицинской этики и позволяют себе негативно отзываться о подходах к реабилитации в других клиниках.

Регламентирование процесса медицинской реабилитации также находится в частичной компетенции профессиональных некоммерческих организаций врачей, однако необходимо учитывать междисциплинарный характер проблем и разрабатывать клинические рекомендации в содружестве общественных организаций травматологов-ортопедов и специалистов восстановительной медицины.

4. Пациентам формально не запрещено обращаться за медицинской помощью в состоянии алкогольно-

го опьянения, однако это обстоятельство часто препятствует адекватному восприятию рекомендаций врача и полноценному участию пациента в лечебно-диагностическом процессе. Каким образом можно ограничить право пациента на пребывание в клинике в неприглядном виде или неадекватном состоянии?

Оставим в стороне ситуации оказания экстренной помощи, когда речь идет о спасении жизни. Такие ситуации происходят относительно редко. Требовать от пациентов соблюдать правила личной гигиены, воздерживаться от приема опьяняющих веществ, не говорить в помещениях громко и соблюдать правила этикета можно лишь в том случае, когда пациент ознакомлен

с этими правилами и выразил намерение соблюдать их. При этом несоблюдение пациентом правил поведения должно предоставлять исполнителю услуг (клинике) право прекращать с ним договорные отношения или сокращать объем предоставляемых услуг. Правила поведения должны быть сформулированы ясно и однозначно, утверждены приказом руководителя организации, приложены к договору медицинских услуг и подписаны пациентом. В любом ином случае ограничить право выпившего пациента на получение медицинской помощи может только наряд полиции, вызванный в связи с появлением в общественном месте в состоянии алкогольного опьянения [11] лица, не нуждающегося в срочной или неотложной медицин-

ской помощи.

Вывод: медики работают с людьми и должны быть готовы к самым разнообразным проявлениям человеческой натуры, в том числе и к слабости духа. Выявить симулянта или агграванта, пресечь нарушение режима лечения, остановить совершающего правонарушение или злоупотребляющего своим правом – эти тяжелейшие практические задачи должны решаться совместными усилиями врачей, профессиональных управленцев и юристов в рамках правового поля, с детальной проработкой ситуаций и прогнозированием действий клиники в самых разнообразных клинических, бытовых и общественных обстоятельствах.



ИСТОЧНИКИ

1. <https://echo.msk.ru/programs/beseda/2014154-echo/>.
2. Приказ Минздрава от 07.11.2012 №635н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при внутричерепной травме».
3. Приказ Минздрава от 09.11.2012 №889н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при переломе большого пальца кисти, переломе другого пальца кисти, множественных переломах пальцев кисти».
4. Переломы костей кисти, запястья и предплечья, а также неправильно сросшиеся или замедленно срастающиеся переломы, ложные суставы, деформации, дефекты костей кисти. Клинические рекомендации утверждены на заседании Президиума АТОР 27.03.2014, Москва.
5. Письмо ФСС от 01.09.2000 №02-18/10-5766 «Об ориентировочных сроках временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах».
6. Ст. 12 Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей».
7. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен. Утверждены совещанием экспертов Ассоциации флебологов России и Всероссийского общества хирургов 10.02.2013, Москва.
8. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов с острым и хроническим геморроем. Общероссийская общественная организация «Ассоциация колопроктологов России», 2013.
9. Письмо ФСС от 01.09.2000 №02-18/10-5766 «Об ориентировочных сроках временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах».
10. Повреждения менисков коленного сустава. Клинические рекомендации, утверждены на заседании АТОР 24.04.2014, Москва.
11. Статья 20.21 «Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях» от 30.12.2001 №195-ФЗ.