

© Г.С. Черешнюк, Л.О. Діденко, А.В. Пірникоза, О.Г. Процек, В.Л. Пилипчук, Л.О. Грабович, П.В. Гранківський, 2011

УДК: 615.099.036.8

Г.С. ЧЕРЕШНЮК, Л.О. ДІДЕНКО, А.В. ПІРНИКОЗА, О.Г. ПРОЦЕК, В.Л. ПИЛИПЧУК,
Л.О. ГРАБОВИЧ, П.В. ГРАНКІВСЬКИЙ

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я; Вінницька міська рада, Вінниця

ЯКІСТЬ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ (ЗА ДАНИМИ ВИСНОВКІВ РОБОЧОЇ ГРУПИ З ВИВЧЕННЯ ПРИЧИН СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ м. ВІННИЦІ ЗА 2010 РІК)

Створення Робочої групи дало можливість покращити своєчасність госпіталізації, якість надання медичної допомоги в стаціонарах міста через проведений глибокий аналіз випадків смертності.

Ключові слова: робоча група, якість надання медичної допомоги, лікарська помилка, смертність

Вступ. Вінницький національний медичний університет розташований у місті, де довгий час жив і працював великий вчений-хірург, людина зі світовим іменем – М.І.Пирогов, який вперше в світі в своїх записках описав помилки, допущені ним у своїй професійній діяльності. На аналізі цих помилок вчилися тисячі лікарів і не лише хірурги. Він не боявся оприлюднити їх, заявити вголос, видати книжку, щоб майбутні покоління могли б бути застереженими від таких помилок.

Наша інформація – це аналіз роботи Робочої групи з вивчення причин смертності населення (далі – Робоча група), до складу якої входять науковці (професори, доценти), лікарі вищої атестаційної категорії, які є співробітниками кафедр медичного університету і обласних медичних закладів. Аналіз роботи Робочої групи – це не лише результат аналізу діяльності лікувально-профілактичних закладів міста з самих болючих і невдячних проблем, пов'язаних зі смертю, а це все, на нашу думку, має ще і наукове підґрунтя, яке базується на досвіді передових країн світу, де охорона здоров'я орієнтується на досягнення сучасної науки і технічного прогресу.

У вітчизняній охороні здоров'я сьогодні існує багато проблем, пов'язаних зі здоров'ям населення і одна із них, яка найбільше стосується всіх без винятку лікарів і пацієнтів, – це низька якість медичних послуг.

В контексті політики ВООЗ «Здоров'я для всіх в XXI столітті» сформульовано 4 категорії факторів, що сприяють покращенню здоров'я:

Надання пацієнтам якісної медичної допомоги.

Медична профілактика.

Формування здорового способу життя.

Позитивна динаміка екологічних та соціальних факторів.

Пересічний українець не тільки живе менше, ніж у розвинених європейських країнах, але й проживає своє коротше життя в гіршому стані здоров'я.

За оцінкою ВООЗ, очікувана тривалість здорового життя, тобто життя без непрацездатності (тимчасової та стійкої) та функціональних порушень в Україні становила в 2009р. 59,2 року [1].

В середньому 8 років впродовж свого життя український громадянин живе з тим або іншим порушенням здоров'я.

Погіршення стану здоров'я населення призводить до:

поглиблення демографічної кризи, коли смертність перевищує народжуваність;

зменшення трудових ресурсів;

погіршення добробуту як окремої людини (сім'ї), так і суспільства в цілому – зменшення національного багатства: чим більше хворих людей, тим країна бідніша;

зростання потреб у медичній та соціальній допомозі та витрат на її організацію.

ВСЕ ЦЕ ставить під загрозу подальший розвиток і саме існування держави.

Мета дослідження. Акцентувати увагу лікарів первинної ланки, в тому числі загальної практики-сімейної медицини (ЗПСМ), керівників охорони здоров'я на проблемах якості надання медичної допомоги і можливих шляхах їх вирішення.

Забезпечення високого рівня якості повинно стати найбільш пріоритетним завданням кожного лікаря, кожного мед. працівника. Для цього необхідно змінити звичні стереотипи управлінського мислення, щодо якості надання мед. допомоги, які орієнтують нас на розробці комплексних програм безперервного навчання медичних працівників для бездефектного надання мед.допомоги населенню у підвідомчих закладах, а також в питаннях етики і деонтології.

Матеріали та методи. Для аналізу взяті карти стаціонарного хворого, амбулаторні карти, протоколи паталого-анатомічних досліджень, протоколи засідань Робочої групи по вивченню причин смертності населення.

Результати досліджень та їх обговорення. Якість медичної допомоги – це взаємодія лікаря і пацієнта, що ґрунтується на кваліфікації лікаря, тобто його здібності зменшувати ризик прогресування захворювання, оптимально використовувати ресурси закладу і медицини і свої особисті знання [2].

Саме з цією метою незалежна Робоча група, яка створена вперше в нашому регіоні розпоряджен-

ням міського голови по вивченню причин смертності населення м. Вінниця, на початку минулого року, розглядала випадки смерті, половина з яких за дорученням міського голови. Це були 14 найбільш трагічних випадків, які детально розглянуті і стосувались майже всіх лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ) міста. Робота Робочої групи базувалась і на досвіді роботи Дорадчої ради при комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, яку очолює депутат Верховної ради України Бахтєєва Т.Д. і членом якої є один із авторів даної публікації.

Усюди мали місце лікарські помилки.

Сьогодні лікарська помилка трактується як невірні дії чи бездіяльність лікаря при виконанні ним своїх професійних обов'язків, які не мають складу злочину чи ознак проступку, але можуть негативно вплинути на результат лікування і наслідок хвороби [3].

При глибокому вивченню кожного випадку були визначені такі лікарські помилки:

1) діагностичні, тобто пов'язані з несвоєчасною постановкою діагнозу;
2) лікувально-тактичні і лікувально-технічні (помилки у виборі методів дослідження і в оцінці їх результатів, виконання протоколів лікування, недостатнє і несвоєчасне обстеження хворого, помилки діагностичних і лікувальних маніпуляцій);

3) недостатня організація роботи відділень, недоліки в організації консультацій, консилиумів, недостатньо якісна робота у вечірні і святкові дні та нічні години, не вирішені проблеми у роботі контрольно-експертних комісій (КЕК) в закладах охорони здоров'я (ЗОЗ); недостатня робота поліклінік по диспансеризації хворих (наказ МОЗ України №728 «Про диспансеризацію населення» від 27.08.2010р.);

4) помилки ведення медичної документації;

5) помилки деонтологічного характеру;

6) помилки, пов'язані з догоспітальним етапом, в т.ч. з роботою лікаря ЗПСМ.

Практично всі вище перераховані помилки здійснювались лікарями на різних етапах курації пацієнтів, але найбільше на первинному рівні, тобто догоспітальному (несвоєчасна госпіталізація (на 6-9 день з моменту захворювання), недостатня кваліфікація дільничного лікаря, лікаря ЗПСМ, формальне проведення диспансеризації).

Суттєву проблему на сьогоднішній день представляють і помилки ведення медичної документації: амбулаторні карти та історії хвороби.

Причини пізньої госпіталізації були пов'язані перш за все з несвоєчасним зверненням за медичною допомогою самого хворого або відмовою від госпіталізації, недостатньою кваліфікацією лікаря ЗПСМ.

У кожного 5-го хворого, який помер від пневмонії, не була проведена R-графія грудної клітини до початку лікування з вищевказаних причин.

Лікарі не завжди слідуєть клінічним рекомендаціям по діагностиці захворювань, що пов'язано з

неналежною організацією роботи допоміжних служб в деяких медичних закладах (R-кабінет, лабораторія тощо) в неробочі і святкові дні, нічні години, де по штатному розпису не передбачено ургентні посади рентгенологів і лаборантів, хоча в цьому є нагальна потреба.

Медицина – найпростіша і найскладніша професія. На наших базах навчаються інтерни, і щоб завтра інтерн став вмілим спеціалістом, йому потрібно більше довіряти, постійно вчити, частіше залучати до самостійності. До погіршення здоров'я можуть призвести не лише помилки лікуючого лікаря, а і дії інших працівників (лаборантів, медичних сестер). Невірно, несвоєчасно зроблений аналіз чи маніпуляція призводять до невірних рішень в плані діагностики і лікування як на догоспітальному, так і госпітальних етапах. Ці недоліки нами виявлені у 30 відсотках.

Аналіз випадків смерті 2-х хворих з інсультом показав, що інсультне відділення потребує суттєвого переоснащення, навчання медичних працівників догляду за хворими саме в ранній і пізній періоди реабілітації. В зв'язку з цим при проведенні оптимізації ліжок актуальним є відкриття планової реабілітації таким хворим на зразок аналогічних відділень для хворих після інфаркту міокарда.

По всіх випадках смерті були зроблені серйозні висновки. Тому керівникам ЛПЗ міста для підвищення якості надання медичної допомоги і зниження смертності від керованих причин запропоновані наступні заходи:

1. Запровадити нові форми організації і управління якістю медичної допомоги [4].

(Що включає в себе управління якістю, в тому числі і первинної ланки медичної допомоги? Це якість структури ЛПЗ, відділень, процесу управління та результат. Досвід Японії свідчить, що якість можна підвищити лише за умови чіткої синхронної участі в управлінні всіх працівників: від молодшої медичної сестри – до керівника. І всі, хто бере участь у роботі, потребують спеціальних професійних знань щодо якості і контролю).

2. Розробити для кожного окремого медичного закладу методи контролю, починаючи з головного лікаря і закінчуючи старшою медичною сестрою.

(Якою повинна бути система контролю? Опитування в одній із областей України показало, що лише кожний 5-ий головний лікар має часткове уявлення про якість медичної допомоги, а жодний із зав. відділенням поліклініки і стаціонару не дав чіткої відповіді ні на одне питання, яке стосується якості і контролю).

3. Удосконалити навчання лікарів первинної ланки на робочому місці, не лише питанням професійності, а і самоконтролю за якісним лікуванням на дому і в поліклініці.

4. Залучити до процесу навчання всі служби і функціональні категорії, починаючи з завідуючих відділень, служб і закінчити медичними сестрами.

Проблему потрібно вирішувати за допомогою організації і економічного навчання не лише організаторів охорони здоров'я і їх резерву, а і лікарів первинної ланки, проводити таке навчання слід диференційовано для різних категорій працівників.

Проводячи аналіз летальних випадків, ми акцентували свою увагу і на роботі великої армії медичних сестер загальної практики сімейної медицини, які повинні навчитись вивчати соціальний, демографічний, професійний склад родини, рівень санітарної культури, виявляти фактори ризику, формувати правильне ставлення кожного члена сім'ї до свого здоров'я. Потрібна підготовка м/с на робочому місці, яка могла б працювати активно і творчо, а не виконувати технічну роботу.

З метою збагачення медсестринської теорії, потрібно значно більше працювати з медсестрами, можливо ввести посаду штатної головної медичної сестри Центру сімейної медицини чи навіть управління охорони здоров'я, яка б не лише приділяла увагу підготовці середньої ланки, але і проводила послідовну і цілеспрямовану кадрову політику в цьому напрямку. Хибне використання сестринської професії гальмує розвиток не лише сестринської допомоги, але і всієї охорони здоров'я в цілому.

Створена незалежна Робоча група навіть по розгляду невеликої кількості померлих дала можливість виявити основні недоліки і проблеми в організації медичного нагляду за хворими як в амбулаторних, так і стаціонарних умовах міських ЛПЗ.

Висновки. Поліпшення якості і ефективності медичної допомоги повинно стати постійним завданням керівників охорони здоров'я (головних спеціалістів, головних лікарів, їх заступників, зав.відділеннями, старших медичних сестер). Спочатку керівник має розібратись, чи здатні вирішити нові виклики наявні у нього кадри. Якщо ні, забезпечити зростання їхньої кваліфікації, якщо і цей резерв вичерпано, іти далі й оновлювати технологічне оснащення кадрів. Дати виклик непрофесійності і байдужості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Здоров'я населення України: реалії, проблеми та шляхи вирішення / Міністерство охорони здоров'я України. — Офіц. вид. — Київ: Парлам. вид-во. — 2010. — 234 с.
2. Концепція управління якістю медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 31.03.2008 №166.
3. План заходів на виконання Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2010р. Наказ МОЗ України від 25.06.2008р. №340.
4. Порядок контролю та управління якістю медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 26.03.2009 №189.
5. Томлін С.А. Профілактика і економіка / С.А.Томлін.— Київ: Вища школа.— 2010.—367с.

Стаття надійшла до редакції 17.03.2011

G.S. CHERESHNUK, L.O. DIDENKO, A.V. PIRNIKOZA, O.G. PROTSEK, V.L. PILIPCHUK, L.O. GRABOVICH, P.V. GRANKIVSKIJ

Vinnitsia National Medical University, Department of Public Health, Vinnitsia town council, Vinnitsia
 QUALITY OF HEALTH CARE (EXPERIENCE OF THE INDEPENDENT EXPERTS TEAM IN STUDYING
 LETHALITY CASES IN VINNITSIA POPULATION OVER 2010)

Activity of independent experts team has procured the timelines and quality of in-patient care based upon case-to-case investigation of lethality moderators.

Key words: independent experts team, the quality of health care, lethality moderators