

На правах рукописи

ТРУШ ОЛЬГА ВЛАДИМИРОВНА

**КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ
С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

14.00.47 - гастроэнтерология

14.00.33 - общественное здоровье и здравоохранение

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург
2007 г.

Работа выполнена на кафедре пропедевтики внутренних болезней с курсами гастроэнтерологии и эндоскопии ГОУВПО «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор	Ткаченко Евгений Иванович
доктор медицинских наук, доцент	Михайлов Сергей Михайлович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор	Радченко Валерий Григорьевич
доктор медицинских наук, профессор	Строжаров Вадим Владимирович

Ведущее учреждение – ГОУВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию.

Защита диссертации состоится «_01_» _марта_ 2007 г. в ___ часов на заседании диссертационного совета Д 208.086.01 при ГОУВПО «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по адресу 195067, Россия, г. Санкт-Петербург, Пискаревский пр., 47.

Автореферат разослан _____ 2007г.

Ученый секретарь Диссертационного совета

доктор медицинских наук, профессор	Команденко Марина Сергеевна
------------------------------------	-----------------------------

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Язвенная болезнь и хронический гастрит являются заболеваниями, поражающими преимущественно трудоспособное население и часто приводят к длительной нетрудоспособности или инвалидности, поэтому лечение и профилактика этих патологий является не только медицинской, но и социальной проблемой (Ткаченко Е.И., 2003). Социальная значимость заболеваний данного гастроэнтерологического профиля обуславливает интерес многих исследователей к вопросам обеспечения качества медицинской помощи таким больным. Выяснение зависимости частоты встречаемости врачебных ошибок и характера их причинно- следственных связей, квалификации гастроэнтерологов может дать дополнительную информацию о путях улучшения качества медицинской помощи больным с данной нозологией.

Одной из основных целей модернизации отечественного здравоохранения является улучшение качества медицинской помощи (КМП) и обеспечение гарантий его надлежащего состояния населению (Чавпецов В.Ф.,1989; Михайлов С.М. 1997; Koblinsku M.A.,1993). К основным задачам относится выбор способа получения объективной информации о КМП для принятия обоснованных решений по улучшению его состояния. Из существующих подходов к оценке КМП (по процессу, по результату, по структуре, по удовлетворенности пациентов) наиболее полную информацию о качестве профессиональной деятельности врачей, лечебных подразделений и учреждений предоставляет процессный подход, являющийся необходимой составляющей современной концепции всеобщего управления качеством (Total Quality Management, ТОМ). Существующие нормативные документы (Законы, законодательные акты РФ, ведомственные нормативно-правовые акты, включая приказы МЗСР РФ, Федерального Фонда обязательного медицинского страхования и др.), регламентирующие вопросы контроля и обеспечения КМП, определяют необходимость проведения экспертизы КМП без конкретизации метода, применяемого экспертом. В практике

здравоохранения и медицинского страхования выбор метода, как правило, происходит без какого-либо теоретического обоснования. Для того чтобы систематизировать представления о существующих в практике отечественного и зарубежного здравоохранения способах исследования качества процесса медицинской помощи, на основе анализа базовых понятий в ряде работ (Чавпецов В.Ф., Михайлов С.М., Карачавцева М.А.), разработана современная модель экспертизы КМП и установлены требования к экспертному методу. По их результатам наиболее подходящей признана экспертиза качества медицинской помощи на основе автоматизированной технологии экспертизы.

Особенности Автоматизированной технологии экспертизы (АТЭ), включая формализованный язык описания врачебных ошибок и их негативных следствий для состояния основных компонентов КМП (выполнения медицинских технологий, риска для пациента, оптимальности использования ресурсов); программные средства, ориентация на универсальную модель врачебного процесса - позволяют использовать ее вне зависимости от вида заболевания и места оказания помощи. Методы исследования качества процесса медицинской помощи и их информационные возможности (В.Ф. Чавпецов, М.А. Карачавцева, С.М. Михайлов и соавторы, 2003).

Ранее КМП у гастроэнтерологических больных с помощью Автоматизированной технологии экспертизы не изучалось. Данная программа позволяет не только систематизировать врачебные ошибки, но и оценить их влияние на постановку диагноза, лечение, состояние пациента, преемственность, социальные ресурсы (инвалидизация и преждевременная смерть), ресурсы здравоохранения.

Цель исследования:

На основании комплексного анализа качества медицинской помощи больным с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью на амбулаторном и стационарном этапах оптимизировать диагностику и лечение данных заболеваний и разработать рекомендации по ее улучшению.

Задачи исследования:

1. Изучить распространенность и структуру заболеваний органов пищеварения у взрослого населения Санкт-Петербурга.
2. Изучить качество медицинской помощи больным с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью в стационарах с помощью автоматизированной технологии экспертизы.
3. Изучить качество медицинской помощи больным с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью на амбулаторном этапе с помощью автоматизированной технологии экспертизы.
4. Разработать предложения по улучшению преемственности в лечении амбулаторных и стационарных больных при хроническом гастродуодените и язвенной болезни.

Научная новизна

Впервые в гастроэнтерологии предоставляется возможность оценки качества медицинской помощи оригинальным способом, разработанным на кафедре Организации здравоохранения и управления качеством медицинской помощи Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И.Мечникова совместно с ООО «Центр качества и квалификации» г. Санкт-Петербург.

Впервые было проведено комплексное изучение качества медицинской помощи больным с язвенной болезнью и хроническим гастродуоденитом на различных этапах ее оказания, проведена оценка преемственности между стационарным и амбулаторным звеном.

По результатам исследования выявлено, что в структуре врачебных ошибок преобладают ошибки обследования пациентов (не выполняются Нр, Ph-метрия, биопсия) и лечения (не проводится антигеликобактерная терапия, применяются Н₂-блокаторы и антациды).

Установлено, что преемственность между стационарным и амбулаторным этапами оказания медицинской помощи была нарушена. Рекомендации по даль-

нейшему лечению (фармакотерапии) и наблюдение у гастроэнтеролога по месту жительства были единичные.

Практическая значимость

Показана возможность применения автоматизированной технологии экспертизы для оценки качества медицинской помощи и его последующего улучшения больным с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью.

Разработаны рекомендации по улучшению качества медицинской помощи больным с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью на различных этапах медицинской помощи.

Совокупность результатов экспертиз используется медицинскими учреждениями и страховыми организациями, как механизм контроля за обеспечением гарантий качества медицинской помощи пациентам с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью.

Личный вклад автора

Автором проведено комплексное обследование 135 медицинских документов (историй болезни и амбулаторных карт) больных с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью. Лично автором проведена экспертиза качества медицинской помощи больным с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью с помощью автоматизированной технологии экспертизы. Проведена сравнительная оценка состояния качества медицинской помощи на амбулаторном и стационарном этапах. Осуществлен статистический анализ полученных данных.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Автоматизированная технология экспертизы позволяет анализировать качество медицинской помощи больным с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью, выделять типичные врачебные ошибки на амбулаторном и стационарном этапах.

2. При оказании медицинской помощи вне зависимости от места проведения лечебно-диагностических мероприятий в структуре врачебных ошибок преобладают ошибки сбора информации о пациенте и ошибки лечения.

3. По структуре и значимости врачебных ошибок, а также количественным показателям экспертизы может быть проведено ранжирование, определено качество медицинской помощи, что облегчает возможность разработки и принятия обоснованных управленческих решений по его улучшению.

4. Преемственность между амбулаторным и стационарным этапами медицинской помощи не соблюдалась. Рекомендации, полученные пациентами в стационаре в большинстве случаев, были неполные и на амбулаторном этапе выполнялись лишь в единичных случаях.

Внедрение результатов работы

Результаты диссертационного исследования используются в работе кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсами гастроэнтерологии и эндоскопии ГОУВПО СПбГМА им. И.И. Мечникова, городской поликлиники №114, Центра семейной медицины МАПО. Данные диссертации включены в план тематических занятий со студентами, врачами-интернами, клиническими ординаторами, слушателями факультета дополнительного профессионального образования.

Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга утверждены методические рекомендации: «Правила и методические приемы анализа врачебных ошибок и их негативных последствий при проведении экспертизы качества медицинской помощи» (2006 г.).

Апробация работы

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на Научно-практической конференции молодых ученых СПб ГМА им. И.И. Мечникова 2005 г., 2006 г. Полученные данные внедрены в педагогический и научно-исследовательский процесс кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсами

гастроэнтерологии и эндоскопии, лечебно-диагностическом процессе гастроэнтерологической службы СПб.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 7 печатных работ.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 136 страницах машинописного текста и состоит из введения, шести глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений. Указатель литературы включает 208 работ: 188 отечественных и 20 зарубежных авторов. Диссертация иллюстрирована 22 рисунками и содержит 21 таблицу.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Оценка качества медицинской помощи проводилась на основании анализа медицинских документов лечебно-профилактических учреждений г. Санкт-Петербурга: истории болезни пациентов госпитализированных на гастроэнтерологические отделения Александровской больницы (больница А) и больницы имени Петра Великого (больница Б), а также амбулаторные карты пациентов, находившихся на амбулаторном лечении в Центре Семейной Медицины МАПО (ЦСМ) и поликлиники №114 (Поликлиника). В экспертную выборку медицинские документы отбирались по основному выписному диагнозу - язвенная болезнь, хронический гастрит (гастродуоденит). Общее количество медицинских документов составило 135.

Количество и распределение медицинских документов по медицинским учреждениям представлено в табл. 1

Таблица 1

Распределение медицинской документации по ЛПУ

Медицинское учреждение	Количество медицинских документов
Центр семейной медицины	36
Поликлиника	41

Больница А	31
Больница Б	27
Итого	135

Аналізу подвергнуты истории болезни с выписными диагнозами язвенная болезнь и хронический гастродуоденит. В таблице 2 представлены данные нозологии, распределенные по медицинским учреждениям.

Таблица 2

Распределение нозологических единиц по ЛПУ

Медицинское учреждение	Язвенная болезнь	Хронический гастродуоденит
Центр семейной медицины	15	21
Поликлиника	22	19
Больница Б	13	14
Больница А	12	19
Итого	62	73

Для оценки состояния КМП больным с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью применялась автоматизированная технология экспертизы (АТЭ) и сопровождающая ее система знаний, разрабатываемая «Центром качества и квалификации» (Государственный регистрационный № 960494 от 21 ноября 1996г.). АТЭ представляет собой комплекс, состоящий из формализованного языка (ФЯ) экспертизы КМП, его семантического словаря и программных средств. Оценка КМП с использованием АТЭ представляет собой последовательное описание при помощи комбинаций постоянных и сменных элементов ФЯ выявленных ВО по всем блокам врачебного процесса и обоснование (описание) их негативных следствий. Мнение эксперта о том, что какое-либо действие или бездействие врача является ошибочным требует доказательств и может быть признано обоснованным только при условии, если им будут описаны конкретные следствия ВО. Поскольку каждая ВО может иметь одно или несколько негативных следствий, эксперту предоставляется возможность обосновывать ее влияние через шесть основных направлений: на состояние пациента, процесс оказания помощи, оценку процесса оказания помощи, ресурсы здравоохранения, управление здравоохранением, социальные ресурсы.

Помимо качественных характеристик, учитывались количественные показатели КМП, отражающие состояние его существенных признаков в пересчете на одного пациента (С.М. Михайлов, 1997). Для оценки состояния первого существенного признака КМП - выполнения медицинских технологий - использовали показатель: риск возникновения врачебных ошибок. Для количественной характеристики состояния второго существенного компонента КМП - риска для пациента от медицинского вмешательства - использовали два показателя: риск ухудшения состояния пациентов и риск социально значимого ухудшения состояния пациентов. Третий существенный признак КМП - оптимальность использования ресурсов медицины - характеризовался показателем: риск неоптимального использования ресурсов. Применение данных количественных показателей позволило отразить состояние каждого компонента КМП в отдельности. Для определения медицинского учреждения или вида патологии, нуждающегося в первоочередном проведении работы по улучшению КМП, использовался один количественный показатель. Процедура его получения осуществлялась путем нормирования количественных показателей КМП для разных выборок с помощью метода Z - преобразования (определение степени среднеквадратичного отклонения от рассчитанных средних величин риска в группе). Суммируя степени среднеквадратичного отклонения для разных видов риска, получали интегрированный показатель состояния КМП (С.М. Михайлов, 1997). Математический анализ информации по результатам экспертизы КМП проводился методами вариационной статистики с использованием программы Microsoft Excel™ версии 7 с использованием ПЭВМ Pentium IV.

Метаэкспертизе, т. е. повторной экспертизе того же случая оказания медицинской помощи, с использованием АТЭ КМП, но с привлечением другого эксперта, подвергалось 90 % историй болезни. Таким образом, общее количество выполненных экспертиз, для выявления и уточнения, типичных ВО при хроническом гастродуодените и язвенной болезнью, составило 256 .

Результаты исследования и обсуждение

При анализе состояния КМП при ХГ отмечено преобладание случаев ненадлежащего КМП (66,7%). Случаи с негативными следствиями ВО для состояния пациентов составляют 43%.

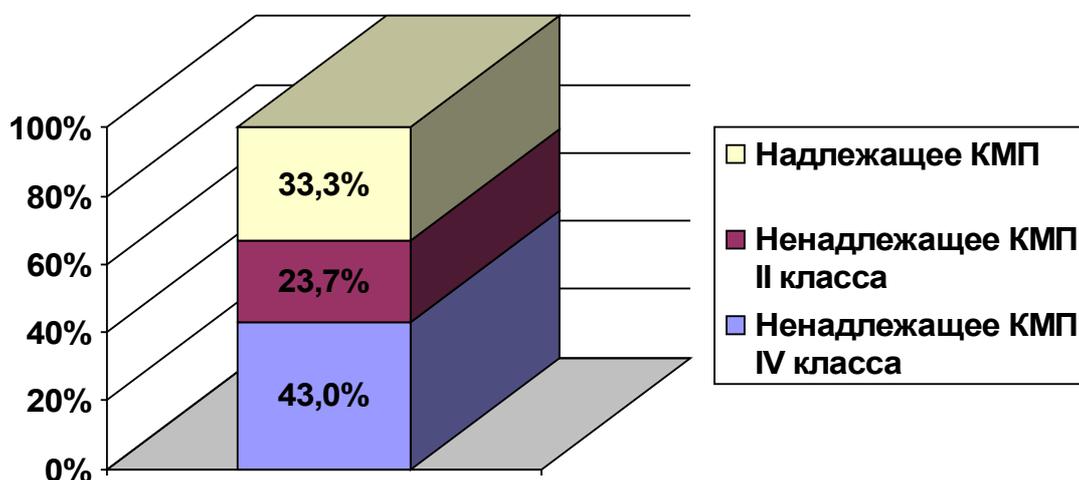


Рис.1. Структура КМП в группе ХГ

При анализе общей структуры врачебных ошибок во всех подвергнутых исследованию случаях помощи при хронических гастродуоденитах, выявлено значительное преобладание ошибок сбора информации. Они составили в среднем 51%. При постановке диагноза допущено 17%. Ошибки лечения составили 26%, преемственности - 6%. Структура врачебных ошибок при ХГ представлена на рис.2.

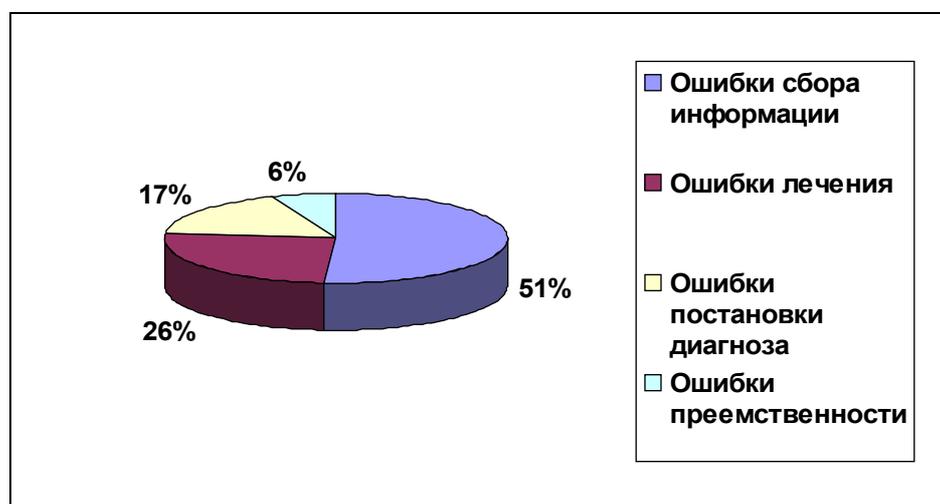


Рис.2. Структура врачебных ошибок при ХГ

На этапе сбора информации ВО распределились следующим образом 50% (61) врачебных ошибок пришлось на дефекты использования инструментальной диагностики, 45% (55) – на лабораторные исследования, 3% (4) – непосредственные исследования, 2% (3) – консультации специалистов.

Общее число ошибок, связанных со сбором информации составило 123. Основными являются замечания по выбору исследования - 98% (60 ошибок), типичными являются: не проведение pH-метрии (61% от всех ошибок обследования) и биопсии (23%), которые затрудняли оценку правильности установленных диагнозов и приводили к нерациональному использованию ресурсов медицинского учреждения.

Общее число ошибок лабораторных исследованиях составило 55. Типичной ошибкой явилось не проведение исследования на НР (61% от всех ошибок лабораторных исследований), что затрудняло экспертам оценку эффективности проводимой фармакотерапии.

При назначении консультаций специалистов ошибки были единичными.

Характеристика ошибок постановки диагноза

Общее число ошибок диагноза – 41 (17%), из них на долю ошибок по содержанию клинического диагноза приходится 2% и 98% (40 ошибок) по содержанию заключительного диагноза.

В структуре заключительного диагноза 88% (35 ошибок) составили ошибки по содержанию заключительного диагноза (типичным является не включение в диагноз имеющихся сопутствующих заболеваний - 27%), 5% (2) ошибки по формулировке заключительного диагноза, 8% (3) ошибки по рубрификации, что привело к ошибкам лечения и неправильному статистическому учету в ЛПУ.

Характеристика ошибок этапа лечения

Общее число ошибок лечения - 64 (26% от всех ошибок). Типичным на данном этапе было отсутствие антигеликобактерной терапии - 20% (от ошибок лечения), недостаточное использование ингибиторов протонной помпы - 17%,

широкое применение Н2-блокаторов (Ранитидин, Ацилок) - 20%. Данные ошибки не снижали риск развития рецидивов обострений заболевания, удлиняли сроки лечения и увеличивали финансовые затраты.

Характеристика ошибок этапа преемственности

Общее число ошибок преемственности-14 (6% от всех ошибок), из которых 10 связаны с тем, что пациенты не направлены к гастроэнтерологу по месту жительства, а 4 ошибки – связаны с неинформативностью рекомендаций по дальнейшему лечению пациентов. Следствием данных ошибок было отсутствие условий для эффективного лечения ХГ на амбулаторном этапе.

Структура следствий врачебных ошибок

Структура следствий врачебных ошибок распределились следующим образом: 12% (60) связаны с негативным влиянием на состояние пациентов, 17% (84) - на процесс оказания помощи, 26% (129) - на оценку процесса оказания помощи, 37% (182) - на ресурсы здравоохранения.

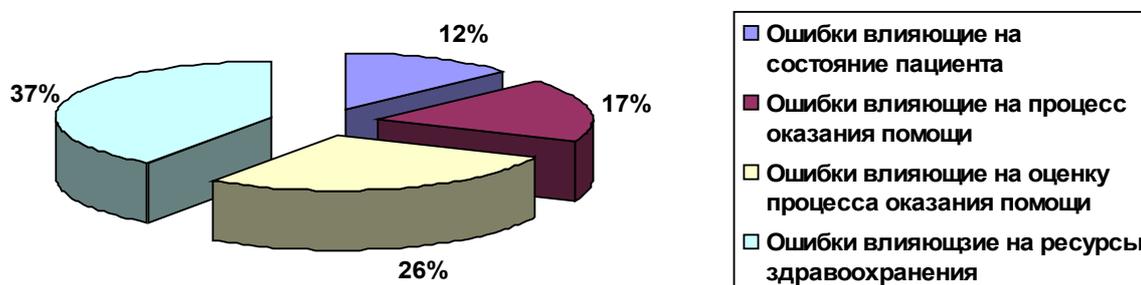


Рис.3. Структура следствий врачебных ошибок.

Из всех следствий для состояния пациентов 48 (80%) реально ухудшали состояние пациентов, а 12 (20%) могли его ухудшить с высокой степенью вероятности. В 35 случаях не было обеспечено адекватное лечение исходного заболевания, в 12 случаях такая вероятность была низка, а в 13 случаях созданы препятствия для эффективного лечения.

В структуре негативного влияния ВО на процесс оказания помощи преобладали следствия для выбора лечения 71%, в 24% отмечены следствия влияния ВО на постановку диагноза и в 5% - на преемственность.

В 129 случаях была затруднена оценка процесса оказания помощи. Из них: 31% (40 случаев) - оценка диагноза, 64% (82 случая) - оценка лечения, 5% (7 случаев) - оценка тактического решения.

В 182 случаях ошибки оказали негативное влияние на использование ресурсов медицинских учреждений. Из них 64% (116 случаев) оказали негативное влияние на ресурсы диагностики, 35% (63 случая)- на ресурсы лечения и 1% (2 случая) - на врачебные ресурсы.

Независимо от типа ЛПУ отмечается явное преобладание неполного использования ресурсов. Общая структура использования ресурсов здравоохранения представлена на рис.4.

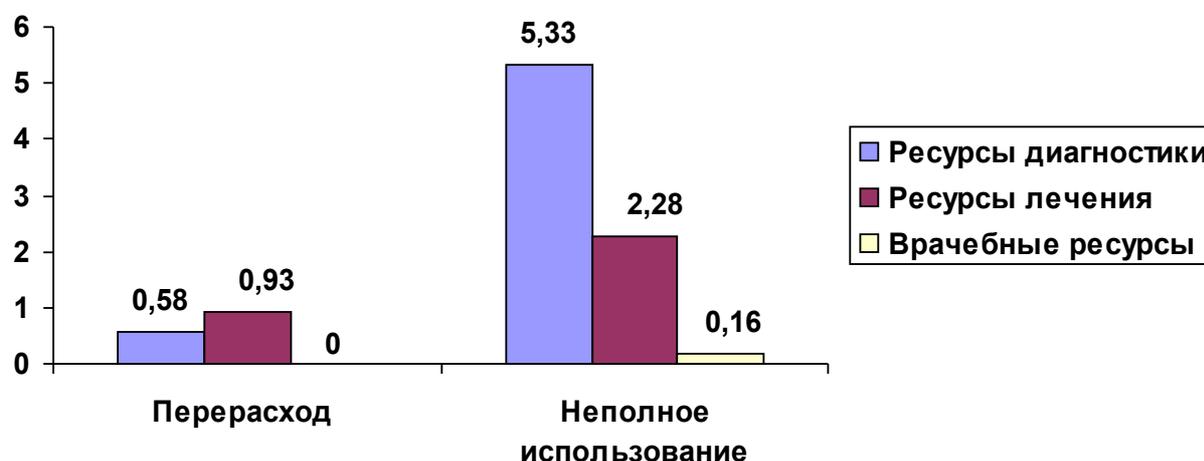


Рис.4. Риск неоптимального использования ресурсов здравоохранения в ЛПУ (в перерасчете на 1 случай)

Перерасход ресурсов лечения составил 0,93 на случай и методов инструментальной и лабораторной диагностики – 0,58.

Наиболее высоким риск неполного использования ресурсов здравоохранения оказался при диагностике (5.33 на случай) и лечении (2,28).

При анализе использования ресурсов диагностики 49% (57 случаев) – пришлось на отдельные лабораторные исследования (не проводились: исследование на Нр, анализ кала на реакцию Греггерсена, биохимические показатели крови) и 51% (59 случаев) на инструментальные исследования (pH-метрия, биопсия).

В 18 случаев отмечен перерасход лекарственных средств (H_2 -блокаторы, Викалин, витамины группы В) и в 44 их неполное использование (антигелико-бактерная терапия, ИПП, пробиотики).

Интегрированные количественные показатели КМП по анализируемым ЛПУ позволяет оценить картину в целом. Распределение нормированных показателей представлено на рис.5.

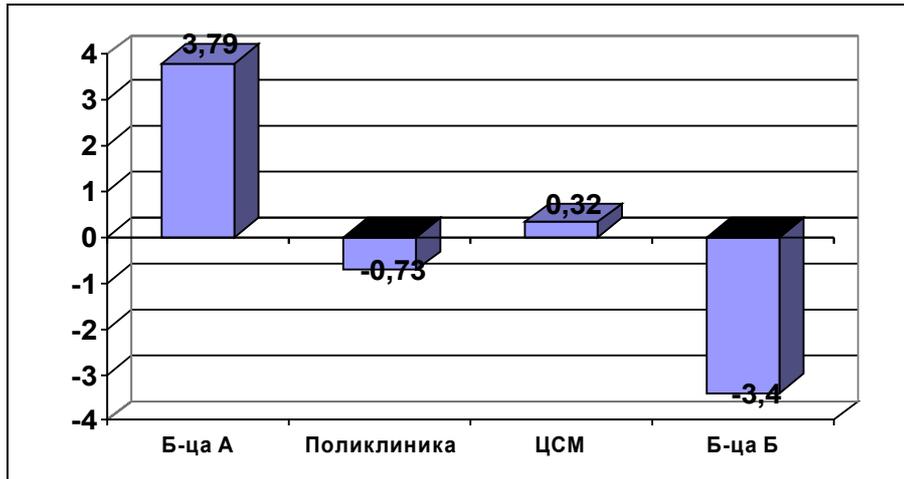


Рис.5. Интегрированные показатели КМП при ХГ в исследуемых ЛПУ

При анализе состояния КМП при ЯБ отмечено преобладание случаев ненадлежащего КМП (71,2%). Случаи с негативными следствиями ВО для состояния пациентов составляют 53%.

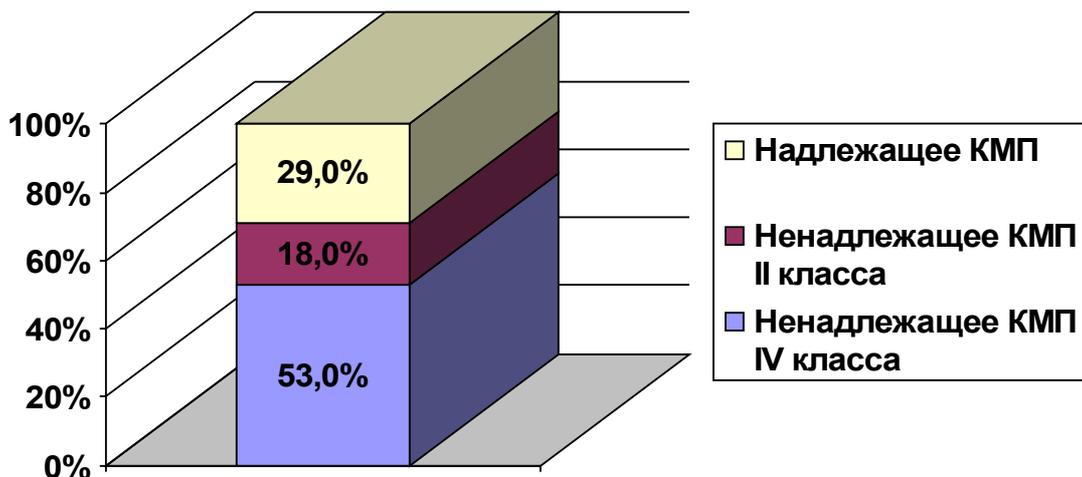


Рис.6. Структура КМП в группе ЯБ

При анализе общей структуры врачебных ошибок во всех подвергнутых исследованию случаях помощи при язвенной болезни, выявлено значительное преобладание ошибок сбора информации. Они составили в среднем 51%. При постановке диагноза допущено 19%. Ошибки лечения составили 25%, преемственности – 5%.

Структура врачебных ошибок при ЯБ представлена на рис 7.

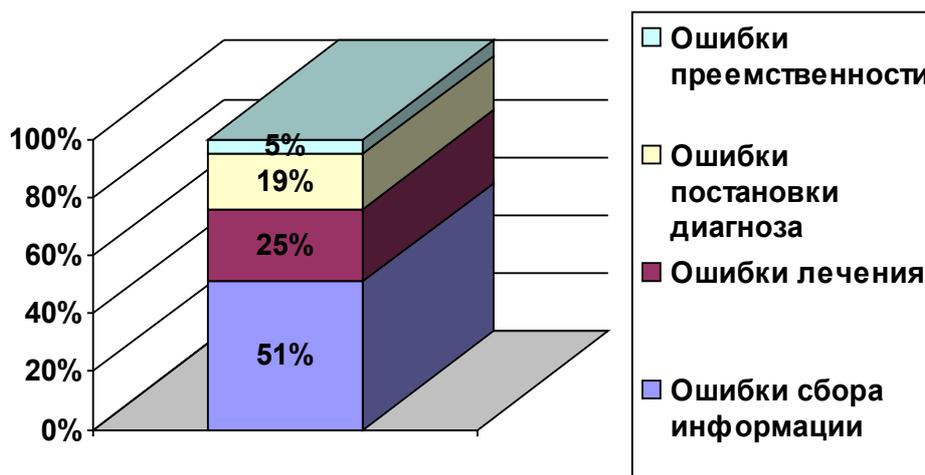


Рис. 7. Структура врачебных ошибок.

На этапе сбора информации ВО распределились следующим образом 62%(74 случая) врачебных ошибок пришлось на дефекты использования инструментальной диагностики, 33%(40 случаев) - на лабораторные исследования, 4% (5)-непосредственные исследования, 1%(1)- консультации специалистов.

Общее число ошибок, связанных со сбором информации составило 120. Основными являются замечания по выбору исследования - 99% (73 ошибки), типичными являются: не проведение pH-метрии (52% от всех ошибок обследования) и биопсии (46%), которые затрудняли оценку правильности установленных диагнозов и приводили к нерациональному использованию ресурсов медицинского учреждения.

Общее число ошибок лабораторных исследований составило 40. Типичными ошибками являлись не проведение исследования на НР (75% от всех ошибок лабораторных исследований) и кала на реакцию Грегерсена (13%), что затрудняло экспертам оценку эффективности проводимой фармакотерапии.

При назначении консультаций специалистов ошибки были единичными.

Характеристика ошибок постановки диагноза

Общее число ошибок постановке диагноза- 45 (19%). Ошибки были выявлены только при постановке заключительного диагноза.

В структуре заключительного диагноза 96% (43 ошибки) составили ошибки по содержанию заключительного диагноза (типичным является не отражение компонентов заключительного диагноза основного заболевания - 87%), 4% (2) ошибки по формулировке заключительного диагноза, что привело к ошибкам лечения и неправильному статистическому учету в ЛПУ.

Характеристика ошибок этапа лечения

Общее число ошибок лечения - 58 (25% от всех ошибок). Типичным на данном этапе было отсутствие антигеликобактерной терапии - 38% (от ошибок лечения), недостаточное использование ингибиторов протонной помпы - 22%, широкое применение H2-блокаторов (Ранитидин, Ацилок) - 22%, также имелись замечания по применению неадекватной дозировки препаратов. Данные ошибки не снижали риск развития рецидивов обострений заболевания, удлиняли сроки лечения и увеличивали финансовые затраты.

Характеристика ошибок этапа преемственности

Общее число ошибок преемственности – 12 (5% от всех ошибок), из которых 11 связаны с тем, что пациенты не направлены к гастроэнтерологу по месту жительства, а 1 ошибка – связаны с не информативностью рекомендаций по дальнейшему лечению пациентов. Следствием данных ошибок было отсутствие условий для эффективного лечения ЯБ на амбулаторном этапе.

Структура следствий врачебных ошибок

Структура следствий врачебных ошибок распределились следующим образом: 12% (60) связаны с негативным влиянием на состояние пациентов, 20% (100) - на процесс оказания помощи, 29% (145) - на оценку процесса оказания помощи, 35% (172) - на ресурсы здравоохранения (рис. 8).

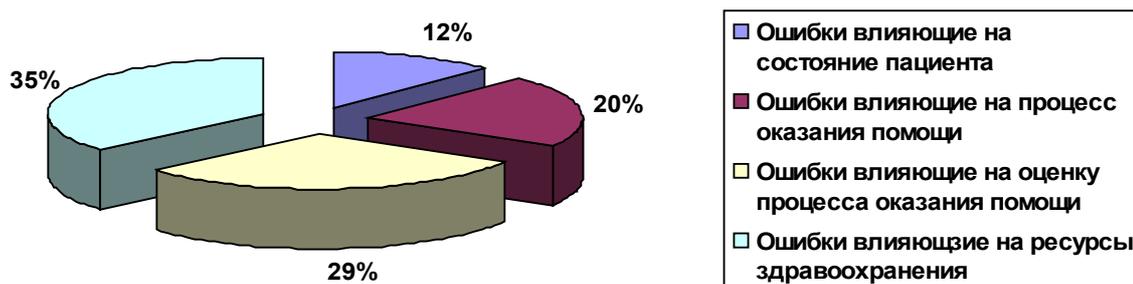


Рис.8. Структура следствий врачебных ошибок.

Из всех следствий для состояния пациентов 57 (95%) реально ухудшали состояние пациентов, а 13 (23%) могли его ухудшить с высокой степенью вероятности. В 28 случаях не было обеспечено адекватное лечение исходного заболевания, в 16 случаях такая вероятность была низка, а в 12 случаях созданы препятствия для эффективного лечения.

В структуре негативного влияния ВО на процесс оказания помощи преобладали следствия для выбора лечения 62%, в 35% отмечены следствия влияния ВО на постановку диагноза и в 3% - на преемственность.

В 145 случаях была затруднена оценка процесса оказания помощи. Из них: 30% (44 случая) - оценка диагноза, 50% (72 случая) - оценка лечения, 20 % (29 случаев) - оценка тактического решения (рис. 8).

В 172 случаях ошибки оказали негативное влияние на использование ресурсов медицинских учреждений. Из них 66% (113 случаев) оказали негативное влияние на ресурсы диагностики, 34% (58 случаев)- на ресурсы лечения и 1% (1 случай) - на врачебные ресурсы.

Независимо от типа ЛПУ отмечается явное преобладание неполного использования ресурсов. Общая структура использования ресурсов здравоохранения представлена на рис. 9.

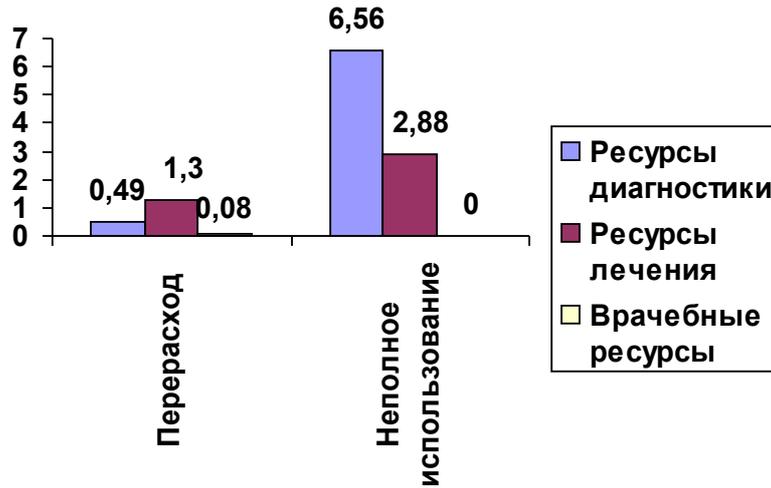


Рис.9. Риск неоптимального использования ресурсов здравоохранения в ЛПУ (в перерасчете на 1 случай)

Перерасход ресурсов лечения составил 1,3 на случай и методов инструментальной и лабораторной диагностики - 0,49.

Наиболее высоким риск неполного использования ресурсов здравоохранения оказался при диагностике (6,56 на случай) и лечении (2,88).

При анализе использования ресурсов диагностики 36% (41 случай) - пришлось на отдельные лабораторные исследования (не проводились: исследование на НР, анализ кала на реакцию Грегерсена, биохимические показатели крови) и 64% (72 случая) на инструментальные исследования (pH-метрия, биопсия).

Интегрированные количественные показатели КМП по анализируемым ЛПУ позволяет оценить картину в целом. Распределение нормированных показателей представлено на рис.10.

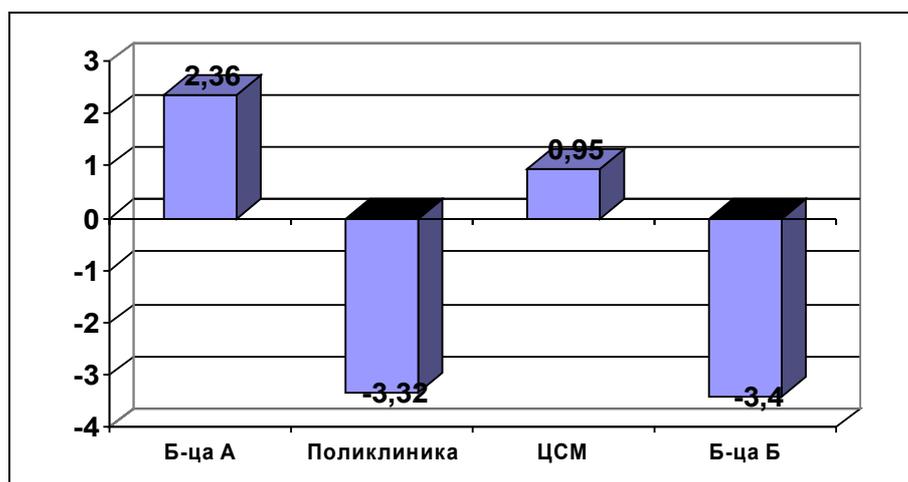


Рис.10. Интегрированные показатели КМП в анализируемых ЛПУ.

Выводы

1. Автоматизированная технология экспертизы предоставляет необходимую информацию о состоянии качества медицинской помощи больным с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью для планирования и контроля мероприятий по его улучшению на разных этапах ее оказания.

2. Качество медицинской помощи больным с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью - преимущественно ненадлежащее (66,7% и 71%), но при этом нет ошибок влияющих на социальные ресурсы (6 класса).

3. Типичными врачебными ошибками при оказании помощи больным с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью на амбулаторном и стационарном этапах являются:

- ошибки сбора информации о пациенте при хроническом гастродуодените и язвенной болезни - 51%. Недостаточное использование диагностических возможностей приводит к ошибкам постановки диагноза и неоптимальному использованию ресурсов здравоохранения.

- ошибки постановки диагноза (17 и 19% соответственно), что приводит к ошибкам лечения и неправильному статистическому учету в лечебно-профилактических учреждениях.

- ошибки лечения (26% и 25% соответственно). Данные ошибки увеличивали риск развития рецидивов обострений заболевания, удлиняли сроки лечения и увеличивали финансовые затраты.

- ошибки преемственности (6% и 5% соответственно). Следствием данных ошибок было отсутствие условий для эффективного лечения на амбулаторном этапе.

4. Имеющиеся ресурсы не используются в должной мере, а корни проблемы заключаются в недостаточной квалификации врачебного персонала. Стремление объяснить все недостаточным финансированием и перманентным дефицитом лекарственных препаратов зачастую безосновательно.

Практические рекомендации

- Систематически использовать автоматизированную технологию экспертизы качества медицинской помощи для оценки состояния качества медицинской помощи при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.
- При анализе деятельности врачей оказывающих медицинскую помощь больным с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью учитывать, что наиболее часто допускаются ошибки при инструментальном и лабораторном обследовании, лечении, а также информационном обеспечении при выписке из стационара.
- Акцентировать внимание на последипломном тематическом усовершенствовании врачей общего профиля.

Публикации по теме диссертации

1. Труш О.В. Качество жизни у больных гастроэнтерологического профиля / Ю.В Можелис, Т.Э. Скворцова, О.В Труш, Е.В Денисова // Материалы 6-го Славяно-Балтийского научного форума « Санкт-Петербург – Гастро – 2004». Научно-практический журнал «Гастроэнтерология – СПб». - 2004. - № 2-3. - С. 95.

2. Труш О.В. Характеристика врачебных ошибок при язвенной болезни / П.В. Гуринов, О.В. Труш // Материалы 7-го Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербург – Гастро-2005» Научно-практический журнал «Гастроэнтерология – СПб». – 2005. – №2-3. – С. 73.
3. Труш О.В. Характеристика врачебных ошибок при заболевании желудочно-кишечного тракта / П.В. Гуринов, О.В. Труш, Н.А. Мирзоева // Материалы конференции посвященной 60-летию Победы в ВОВ «Человек и здоровье 2005, СПб»: СПб, 2005. – С. 285-286.
4. Труш О.В. Анализ эндоскопической диагностики атрофического гастрита / М.Н. Куцевич, О.В. Труш, И.А. Лоева // «Гастроэнтерология Санкт-Петербурга». – 2003. – №2-3. – С. 104.
5. Труш О.В. Анализ тактики ведения больных с желчекаменной болезнью в амбулаторных условиях / Н.А. Мирзоева, О.В. Труш // Материалы конференции посвященной 60-летию Победы в ВОВ «Человек и здоровье 2005, СПб»: СПб, 2005. – С. 178.
6. Труш О.В. Качество медицинской помощи больным с хроническим гастродуоденитом / С.М. Михайлов, О.В. Труш // Журнал «Вестник СПбГМА им. И.И. Мечникова». – 2006. – №2. – С. 16-18.
7. Труш О.В. Правила и методические приемы анализа врачебных ошибок и их негативных последствий при проведении экспертизы качества медицинской помощи: Методические рекомендации / В.Ф. Чавпецов, М.А. Карачавцева, С.М. Михайлов, П.В. Гуринов, О.В. Труш. – СПб., 2006. – 24 с.

Список сокращений

АТЭ – автоматизированная технология экспертизы

ВО - врачебная ошибка

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ИПП - ингибиторы протонной помпы

КМП - качество медицинской помощи

ЛПУ - лечебно-профилактическое учреждение

МЗ РФ - министерство здравоохранения Российской Федерации

НИИ - научно-исследовательский институт

ОМС - обязательное медицинское страхование

ПС - программные средства

РФ - Российская Федерация

ФЯ - формализованный язык

ХГ - хронический гастрит

ЦСМ - центр семейной медицины

ЯБ - язвенная болезнь

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии

www.gastroscan.ru/literature