

Факторы, влияющие на качество стоматологической помощи в городской поликлинике

Т.Е. ЩЕРБАКОВА, асп.

Кафедра терапевтической стоматологии

ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Factors affecting the dental care quality in city out-patient's clinic

T.E. SHCHERBAKOVA

Резюме: В условиях городских поликлиник изучены факторы, влияющие на качество стоматологической помощи. Использованы клинические и социологические методы исследования. Проведена выкопировка 200 медицинских карт. В процессе исследования оценивали состояние ротовой полости. Результаты подвергнуты анализу, который позволил судить об уровне и качестве стоматологической помощи и факторах, влияющих на нее.

Ключевые слова: стоматологическая помощь, качество стоматологической помощи, муниципальное здравоохранение, анкетирование врачей-стоматологов, оформление медицинской документации.

Abstract: Factors that affect the dental care quality were studied in city dental out-patient's clinics. Clinical and sociological methods of research were used. Two hundred dental medical records were analyzed to evaluate oral health condition. Study results provide the assessment of the level and quality of dental care as well as factors affecting them.

Key words: dental health care, dental care quality, municipal healthcare, questionnaire survey of dentists, registration of medical records.

Актуальность

В последнее время в сфере здравоохранения введены такие понятия как: «медицинская помощь», «медицинская услуга», «профилактика», «качество медицинской помощи» и др. (всего 21). Многообразие подходов к решению проблемы обеспечения гарантий и контроля качества медицинской помощи как в России [5], так и за рубежом [9-15] свидетельствует о сложности данной проблемы. Согласно статье 79 нового Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ: «качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата». В приказе ФОМС №111 от 26 мая 2008 года указывается, что медицинские учреждения должны осуществлять изучение удовлетворенности граждан объемом, доступностью и качеством медицинской помощи.

Отдельные попытки экспертизы качества стоматологической помощи, отраженной в «Медицинских картах стоматологических больных», предпринимались и ранее [6]. Необходимо отметить, что отсутствует однозначное толкование таких основополагающих понятий как «медицинская услуга», «стандарт качества медицинской услуги/помощи», «стандарт качества оказания медицинских услуг/протокол ведения больных», «экспертиза качества оказания медицинских услуг», «контроль качества оказания медицинских услуг»; «компоненты качества медицинской помощи (безопасность, доступность, оптимальность, удовлетворенность)»;

не определены роль и место экспертизы качества стоматологической помощи в организационной структуре ЛПУ и не сформирована сама ее структура в ЛПУ; не установлены требования к экспертам и методика проведения такой экспертизы [3, 4]. Известно, что работники здравоохранения всех уровней составляют основу организации медицинской помощи. Поэтому определение их потребностей и ожиданий, удовлетворенности работой, желаний профессионального роста поможет обеспечить более полное вовлечение их в лечебно-диагностический процесс [1].

На качество медицинской помощи оказывают влияние разнородные факторы, имеющие причинно-следственные связи [2]. Следует отметить, что по мнению экспертов ВОЗ [7], распределение ответственности субъектов, имеющих отношение к качеству организации и оказания стоматологической помощи, выглядит неравномерным: доля ответственности пациентов составляет 60%, государственных органов власти и их структур – 25%, медицинского персонала стоматологической службы – 15%.

Плохая приверженность (комплаенс) пациентов к стоматологическому лечению в значительной степени определяет в конечном итоге и результаты (эффективность) лечебных вмешательств в целом. В настоящее время считается, что на формирование комплаенса оказывают влияние группы факторов, связанных с: 1) пациентом; 2) клинической картиной заболевания; 3) родными и близкими; 4) терапевтической моделью; 5) социально-экономическими условиями; 6) врачом; 7) организацией оказания медицинской помощи.

Таким образом, множество сложившихся к настоящему времени критериев, характеристик и компонентов, определяющих качество стоматологической помощи при основных стоматологических заболеваниях, делают проблему обеспечения качества многофакторной. На некоторую часть этих вопросов мы пытались ответить в предпринятом исследовании.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление факторов, оказывающих влияние на качество стоматологической помощи.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Базами исследования явились ЛПУ города Смоленска, предоставляющие стоматологическую помощь населению. Нами учитывались: организационные аспекты деятельности стоматологической организации и ее сотрудников; ресурсное обеспечение с учетом количественных и качественных характеристик (кадрового, материально-технического, информационного); профилактическая направленность в деятельности ЛПУ; оценка конечных результатов диагностической и лечебной деятельности. Оценивалась правильность заполнения и ведения «Медицинских карт стоматологических больных». Квалификация врачей-стоматологов и организация стоматологической терапевтической помощи взрослым пациентам с поражением твердых тканей зубов, пародонта и слизистой оболочки рта в условиях городской поликлиники определялись методом опроса-анкетирования респондентов (врачей-стоматологов и пациентов), для чего использовались специально оформленные списки вопросов-анкет.

Для уточнения спектра сопутствующей патологии у пациентов с заболеваниями зубов и пародонта и потребности в стоматологической помощи нами проведено одномоментное комплексное обследование 100 пациентов Смоленской областной и двух городских стоматологических поликлиник. В зависимости от количества диагностированных заболеваний у конкретного пациента в работе было использовано понятие основного заболевания, а обследованные подразделены на три группы: лица с одним заболеванием (мононозология), двумя (бинозология), тремя и более (мультинозология). Для ориентации населения и врача в стоматологической помощи нами использован индекс SI (стоматологический статус/необходимое вмешательство), предложенный комитетом экспертов ВОЗ (доклад №713, Женева, 1986).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ анонимных анкет 45 врачей-стоматологов при выяснении факторов, оказывающих влияние на их работоспособность и нагрузку, позволил установить, что распределение квалификационных категорий представлено следующим образом: высшую имеют 37,7% врачей; первую – 44,4%; вторую – 8,9%; не имеют квалификационной категории 8,9%. Экономические аспекты организации работы представлены в основном (80%) приемом пациентов по линии ФОМС.

Основными направлениями стоматологических вмешательств терапевтов стоматологов служили:

все разделы терапевтической стоматологии – у 88,9% врачей; очень скромно (17,7%) отражена профилактика стоматологических заболеваний. Лишь один врач (2,2%) указал, что в сферу его врачебной деятельности входит диагностика и лечение заболеваний пародонта, а о диагностике и лечении заболеваний слизистой оболочки рта не указал никто. Особый интерес представляют трудности при диагностике заболеваний слизистой оболочки рта (у 46,7% врачей). Трудности в диспансеризации пациентов испытывают почти все врачи-терапевты.

При анализе факторов, негативно влияющих на работоспособность, по мнению респондентов, установлено, что до работы хорошее самочувствие отмечали 84,4% врачей; удовлетворительное – 15,6%. После работы отмечено ухудшение самочувствия: хорошее сохраняется лишь у 28,8%; удовлетворительное – 62,3% и плохое – 8,9%, что негативно отражается на профессиональной деятельности. Обращает на себя внимание утомление нервно-эмоционального характера работающих, испытываемое почти половиной (48,9%) врачей во время и к концу работы. Физическое утомление испытывали более (51,1%) врачей-стоматологов. Таким образом, признаки утомления присущи более чем половине опрошенных. Нарушения психологического состояния медицинских работников на рабочем месте (по нашим наблюдениям – более чем у половины) оставляет эту проблему по-прежнему актуальной для исследователей.

Оформлением медицинской документации сразу после лечения пациента занималась почти половина (44,4%) врачей-терапевтов; в конце рабочего дня – 13,4%; в свободное от приема больных время – 42,2%. Оформление «Медицинских карт стоматологических больных» в ЛПУ города можно оценить как неудовлетворительное (табл. 1).

Нами установлено, что у 43% обследованных наряду с заболеваниями зубов (у 81%) и пародонта (у 83%) имела место соматическая патология (одной системы – у 31%, двух систем – у 10%, трех систем и более – у 2%).

Низкая степень (1-10 баллов риска развития очаговообусловленных заболеваний /РХОС по Юдиной Н. А., Леусу П. А./ [8]) отмечена у 44% пациентов; средняя степень (11-20 баллов) – 43%; высокая (21-30 баллов) – у 11%; очень высокая (более 31 балла) – у 2% пациентов.

Определение состояния полости рта и категорий вмешательств на основе индекса SI (стоматологический статус/необходимое вмешательство) показало, что у 19% наблюдавшихся нами пациентов индекс SI был равен «-0,5» = кариес зубов, повреждение эмали и дентина, что требует пломбирования зубов и покрытия их коронками; у 16% индекс SI был равен «-0,6» = поражение полости зуба и пульпы, тип вмешательства, при котором сводится к лечению пульпитов; у 7% – индекс SI был равен «-0,7», что свидетельствовало о разрушении зубов, не поддающихся восстановлению пломбированием, и требовало хирургической стоматологической помощи (удаления зубов, иссечения пораженных тканей и ликвидации травматических нарушений). Почти у половины (47%) пациентов индекс SI был равен «-0,8» (то есть отсутствие одного-трех рядом стоящих зубов, требующих замещения для восстановления жеватель-

Зависящие от врача:

- 1) отсутствие должной квалификации;
- 2) непродуманное лечение пациента;
- 3) недооценка роли гигиенического содержания полости рта пациента в успехе профилактики и лечения основных стоматологических заболеваний;
- 4) игнорирование жалоб больных на состояние зубов, пародонта и слизистой в начальной стадии заболевания, наиболее благоприятной для лечения;
- 5) неоправданная растянутость курсов лечения;
- 6) неопределенность в сроках проведения курсов лечения;
- 7) отказ от диспансеризации пациентов;
- 8) недоучет комплексного подхода к проведению лечебно-профилактических мероприятий;
- 9) отсутствие взаимодействия со стоматологами-ортопедами, хирургами-стоматологами, врачами общего профиля;
- 10) консервативное лечение терминальных стадий заболеваний зубов, периодонта и пародонта с попытками сохранения зубов, подлежащих безусловному удалению.

**Зависящие от больного:**

- 1) несоблюдение гигиены полости рта;
- 2) нерегулярное посещение стоматолога, что удлиняет курс лечения и оказывает негативное влияние на его конечный результат;
- 3) недостаточно тщательное выполнение назначений и рекомендаций лечащего врача;
- 4) ложная уверенность и убежденность в том, что лечение основных стоматологических заболеваний должно проводиться только врачом, только в лечебном учреждении и только тогда, когда больной туда обратится.

Обусловленные объективными причинами «общего» порядка:

- 1) отсутствие единого взгляда на этиологию и патогенез основных стоматологических заболеваний;
- 2) отсутствие согласованных подходов к профилактике и лечению основных стоматологических заболеваний, стандартов врачебных манипуляций и критериев оценки эффективности лечебно-профилактических мероприятий;
- 3) недоступность для стоматологов методов диагностики «пограничных состояний» в стоматологии, их профилактики и лечения;
- 4) недоступность для рядового врача-стоматолога из-за финансовых проблем своевременной и полноценной информации о достижениях стоматологии;
- 5) недостаточная материально-техническая оснащенность стоматологических учреждений, невозможность полноценной реализации рекомендаций, разработанных в ведущих стоматологических научных и учебных учреждениях, широкого внедрения эффективных, высокотехнологичных методов лечения и профилактики;
- 6) наличие у пациента сопутствующей (фоновой) патологии;
- 7) высокая стоимость лечения основных стоматологических заболеваний;
- 8) отсутствие четкой организации стоматологической помощи и диспансеризации населения как на федеральном, так и на региональном уровнях.

Рис. 1. Система «врач – пациент – патология органов и тканей полости рта»: причины неоптимального взаимодействия

Таблица 1. Характеристика заполнения «Медицинских карт стоматологических больных» (%; $M \pm m$)

Разделы «Медицинской карты»	Степень заполнения граф карты		
	не заполнено	частично заполнено	полностью заполнено
Паспортная часть	–	23,50 ± 0,21	76,50 ± 0,21
Жалобы	5,00 ± 0,15	51,00 ± 0,08	44,00 ± 0,25
Анамнез	58,50 ± 0,25	38,50 ± 0,24	3,00 ± 0,09
Перенесенные и сопутствующие заболевания	8,00 ± 0,14	58,00 ± 0,25	34,00 ± 0,24
«Внешний» (общий) осмотр	6,00 ± 0,12	89,00 ± 0,16	5,00 ± 0,10
Зубная формула	27,50 ± 0,22	41,50 ± 0,24	31,00 ± 0,23
Данные рентгенологического исследования зубов и челюстей	44,00 ± 0,25	50,50 ± 0,08	5,50 ± 0,25
Описание состояния пародонта, слизистой оболочки рта	32,50 ± 0,24	52,50 ± 0,25	10,00 ± 0,15
План лечения	92,00 ± 0,14	4,50 ± 0,10	3,50 ± 0,09
Ф.И.О. врача и его подпись	–	91,00 ± 0,14 (подпись)	9,00 ± 0,14
Информированное согласие и подпись пациента	3,00 ± 0,09	13,50 ± 0,17 (без подписи пациента)	83,50 ± 0,19
Эпикриз	80,00 ± 0,20	15,50 ± 0,18	4,50 ± 0,10

ной функции или внешнего вида, осуществляемого путем изготовления несъемных протезов, опорных коронок, связанных химически с эмалью, или имплантированных опор). Утрата большого количества зубов или полная адентия (индекс SI = «-0,9») выявлена у 11% пациентов, которым требовалась более квалифицированная ортопедическая помощь (изготовление частичных и полных съемных протезов). Нами отмечено, что индекс SI был выше при мультинозологии, чем при мононозологии и бинозологии. Отмечена тенденция к увеличению индекса РХОС и с возрастом пациентов.

Выявлено, что наиболее частыми проблемами в профессиональной деятельности врачей-стоматологов являются устаревшая материально-техническая база лечебного учреждения, состояние медицинского оборудования и сроки его эксплуатации, что в определенной мере сдерживает внедрение новых диагностических и лечебно-профилактических технологий.

Индексы, используемые при первичном обследовании взрослого пациента, которому планируется санация полости рта, представлены по минимуму: КПУ – 88,8%; гигиенический индекс – 84,4%; РМА – 64,4% опрошенных. По мнению опрошенных терапевтов-стоматологов, источниками новой информации о лечении кариеса и некариозных поражений зубов являются: лекции и доклады на конференциях, семинары – 86,6%; статьи в стоматологических журналах – 82,2%; обучение на циклах ФУВ – 80,0%; учебники и учебные пособия, монографии – 48,8%. Достаточность информации в стоматологических

изданиях о новых методах, тактике и технологиях препарирования при лечении кариеса и некариозных поражениях оценивается по-разному: как достаточная – 44,5%; не достаточная – 55,5%.

Разделились мнения врачей-стоматологов по вопросу о необходимости создания единого алгоритма диагностики и лечения кариеса и некариозных поражений твердых тканей зубов, адаптированного к современным условиям работы врачей-стоматологов, реставрационным материалам, стоматологическим инструментам, аксессуарам и технологиям. Создание такого алгоритма считают допустимым, но не обязательным 66,6% опрошенных; необходимым – 28,8%; не нужным – 4,6%.

Таким образом, причины безуспешного (или малоэффективного) лечения и профилактики основных стоматологических заболеваний могут быть обусловлены различными обстоятельствами, которые условно можно подразделить на три группы (рис. 1).

Заключение и предложения

Из вышеизложенного вытекает и практическая составляющая: рациональное планирование и организация работы стоматологической службы в конкретном регионе должны основываться на оценке данных об исходном уровне стоматологической заболеваемости населения различных возрастных групп и, в узком смысле, – на анализе эффективности проведенного лечения, в более широком понимании – качестве стоматологической (медицинской) помощи.

Очень важно своевременно выявить у пациента и «пограничные состояния» (например: «кариес дентина – начальный пульпит», «начальный пульпит – острый пульпит», «гингивит – пародонтит легкой степени» и т. п.), что реально возможно при проведении диспансеризации населения.

Таким образом, основные стоматологические заболевания взрослого населения (кариес, его осложнения, болезни пародонта и заболевания слизистой оболочки рта) давно вышли за медицинские рамки и стали социальной и экономической проблемой современного российского общества.

Подводя итоги приведенного в данном разделе исследования, можно прийти к заключению, при организации и оборудовании стоматологического терапевтического кабинета (отделения) на уровне конкретного ЛПУ могут быть целесообразны:

- «табель оснащения рабочего места врача-стоматолога для оказания амбулаторно-поликлинической помощи при виде деятельности по специальности «стоматология терапевтическая», организация лечебного приема «в четыре руки»;
- разработка и внедрение клинических протоколов профилактики, диагностики и лечения кариеса, заболеваний пульпы и периодонта, болезней пародонта и заболеваний слизистой оболочки рта, что позволит стандартизировать объемы и виды стоматологической помощи этому контингенту больных, обеспечит повышение качества стоматологической помощи и преемственность в лечении больного;
- коренная реорганизация системы оказания профилактической помощи;

- создание специальной структуры – центра профилактики стоматологических заболеваний, который мог бы осуществлять мониторинг стоматологической заболеваемости у лиц ключевых возрастных групп (6, 12, 15, 34-44, 65 лет и старше) населения;
- использование компьютерной программы и локальной компьютерной сети в стоматологическом ЛПУ для определения как баланса общих (физического и психического) компонентов здоровья пациентов и врачей-стоматологов, так и для определения сроков динамического наблюдения и назначения лечебно-профилактических мероприятий.

В заключение уместно сослаться на мнение Шестакова В. Т. (2012), считающего, что чем выше компетенции (полномочия, права и ответственность) и компетентность участников совместной лечебно-диагностической и профилактической работы (профессионализм – знания, умения, навыки, опыт), тем выше управления качеством организации и оказания стоматологической помощи.

Поступила 28.06.2012

*Координаты для связи с авторами:
г. Смоленск, 214000, ул. Дзержинского, д. 9
ГБОУ ВПО «Смоленская
государственная медицинская академия»
Кафедра терапевтической стоматологии*

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Басовский Л. Е., Протасьев В. Б. Управление качеством. – М.: Инфра-М, 2007. – 212 с. Basovskij L. E., Protas'ev V. B. Upravlenie kachestvom. – M.: Infra-M, 2007. – 212 s.
2. Бухарбаева Л. Я., Колпакова Н. Е. Управление качеством медицинской помощи с использованием метода когнитивной структуризации // Проблемы управления здравоохранением. 2005. №4 (23). С. 42-45. Buharbaeva L. Ja., Kolpakova N. E. Upravlenie kachestvom medicinskoj pomoshchi s ispol'zovaniem metoda kognitivnoj strukturizacii // Problemy upravlenija zdorvoohraneniem. 2005. №4 (23). S. 42-45.
3. Кулаков А. А., Шестаков В. Т. Экспертиза качества стоматологической помощи и организации стоматологической службы (введение в проблему) // Экономика и менеджмент в стоматологии. 2008. №3 (26). С. 46-49. Kulakov A. A., Shestakov V. T. Ekspertiza kachestva stomatologicheskoy pomoshchi i organizacii stomatologicheskoy sluzhby (vvedenie v problemu) // Ekonomika i menedzhment v stomatologii. 2008. №3 (26). S. 46-49.
4. Леонтьев В. К. Оптимальная стоматологическая помощь и служба региона, показатели стоматологического аспекта здоровья и стоматологической помощи населению // Экономика и менеджмент в стоматологии. 2008. №3 (26). С. 11-14. Leont'ev V. K. Optimal'naja stomatologicheskaja pomoshch' i sluzhba regiona, pokazateli stomatologicheskogo aspekta zdorov'ja i stomatologicheskoy pomoshchi naseleniju // Ekonomika i menedzhment v stomatologii. 2008. №3 (26). S. 11-14.
5. Умарова К. В., Бутова В. Г., Суражев Б. Ю. Значение медицинской документации для оценки качества оказания стоматологических услуг // Рос. стом. журнал. 2011. №5. С. 46-48. Umarova K. V., Butova V. G., Surazhev B. Ju. Znachenie medicinskoj dokumentacii dlja ocenki kachestva okazaniya stomatologicheskikh uslug // Ros. stom. zhurnal. 2011. №5. S. 46-48.
6. Ценов Л. М., Нестерова М. М., Щербакова Т. Е. Анализ оформления «Медицинской карты стоматологического больного» на терапевтическом приеме // Вестник Смоленской медицинской академии. 2011. №2. С. 5-6. Tsepov L. M., Nesterova M. M., Shcherbakova T. E. Analiz oformlenija «Medicinskoj karty stomatologicheskogo bol'nogo» na terapevticheskom prieme // Vestnik Smolenskoj medicinskoj akademii. 2011. №2. S. 5-6.
7. Шестаков В. Т. Управление качеством организации и оказания стоматологической помощи (Общие положения) // Экономика и менеджмент в стоматологии. 2012. №1 (36). С. 22-27. Shestakov V. T. Upravlenie kachestvom organizacii i okazaniya stomatologicheskoy pomoshchi (Obshchie polozhenija) // Ekonomika i menedzhment v stomatologii. 2012. №1 (36). S. 22-27.
8. Юдина Н. А., Леус П. А. Новый интегральный показатель стоматологического статуса и его использование в научных исследованиях // Институт стоматологии. 2010. №1. С. 86-87. Judina N. A., Leus P. A. Novyj integral'nyj pokazatel' stomatologicheskogo statusa i ego ispol'zovanie v nauchnyh issledovanijah // Institut stomatologii. 2010. №1. S. 86-87.
9. Blendon R. J., Schoen C., DesRoches C. et al. Common concerns amid diverse systems: health care experiences in five countries // Health Affairs. 2003. Vol. 3. №6. P. 106-121.
10. Busse R., Riesberg A. Health care systems in transition: Germany. Copenhagen: European Observatory on Health System and Policies. – 2004.
11. Gress S., Groenewegen P., Kerssens J. et al. Free choice of sickness funds in regulated competition: evidence from Germany and the Netherlands // Health Policy. 2002. Vol. 60. №3. P. 235-254.
12. Hassenteufel P., Palier B. Towards Neo-Bismarckian health care states? Comparing health insurance reforms in Bismarckian welfare systems // Social Policy & Administration. 2007. Vol. 41. №6. P. 574-596.
13. Helderma J. K., Schut F., van der Grinten T., van de Ven W. Market oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands // Journal of Health Politics, Policy and Law. 2005. Vol. 30. №1-2. P. 189-209.
14. Schut F., Van de Ven W. Rationing and competition in the Dutch health-care system // Health Economics. 2005. Vol. 14. Suppl. 1. P. 59-74.
15. Toth F. Healthcare policies over the last 20 years: Reforms and counter-reforms // Health Policy. 2010. Vol. 95. Issue 1. P. 82-89.