

КАЧЕСТВО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: ЭЛЕМЕНТЫ УПРАВЛЕНИЯ

А.Е.Хиневич, М.В.Щавелева, И.Н.Барадина, М.Е.Зорич

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

Качество медицинской помощи – одно из фундаментальных понятий современной организации здравоохранения. В основе данной работы лежит целый ряд принципов, заложенных ведущими специалистами по качеству (Э.Деминг, Дж.Джуран, К.Исикава и др.) сначала для промышленного производства, а потом распространенных и на другие отрасли экономики. В связи с этим, несколько принципов управления качеством («философия качества»), сформулированных Ф.Кросби в пяти знаменитых правилах, применимых к любой отрасли экономики, рассмотрены авторами через призму подходов к качеству стоматологической помощи.

Введение

«Улучшение здоровья населения и качества систем медицинского обслуживания являются основными целями, которые должны достигаться

с учетом принципов экономической эффективности» – продекларировано Люблянской хартией в 1996 г. и подтверждено на Европейском форуме медицинских ассоциаций. Рассматриваемое с че-

тырех основных позиций (доступность, безопасность, оптимальность медицинской помощи и удовлетворенность пациента), качество медицинской помощи по каждому из перечисленных параметров требует значительного объема работы, направленной на его достижение и поддержание. Один из механизмов, обеспечивающих эффективность работы по поддержанию качества, – мнение лиц, предоставляющих медицинскую помощь, о качестве оказываемых ими услуг и, соответственно, о совершенствовании управления им. Данное положение во многом коррелирует с одним из правил (постулатов) качества (правило №2), сформулированных известным специалистом по качеству Ф.Кросби [1]: «Проблем с качеством не существует. Проблемы должны выявляться теми людьми или отделами, которые их и порождают».

Материалы и методы

Нами (при консультировании сектора социологии здоровья и человеческого развития ГНУ «Институт социологии НАН Беларуси») была разработана анкета, направленная на изучение мнения врачей-стоматологов о качестве оказываемой ими помощи.

Анкета содержит несколько блоков вопросов. Условно эти блоки могут быть представлены следующим образом. Первый: данные врача-стоматолога (при сохранении его анонимности): возраст, стаж работы, форма собственности организации здравоохранения, в которой он работает, наличие квалификационной категории. Второй блок вопросов непосредственно касается организации лечебно-профилактической деятельности при том или ином виде патологии: количество пациентов с данной патологией, находящихся под активным наблюдением, применяемые методы диагностики и лечения, критерии достижения результата, наличие нормативной документации, позволяющей организовать эту работу. Третий блок – оценка качества (субъективная) оказываемой стоматологической помощи на различных этапах ее оказания; преемственность в ведении пациента; консультативная поддержка специалистов (руководитель структурного подразделения, главный врач (его заместитель), работник профильной кафедры), необходимая для улучшения качества помощи; оценка материально-технической базы структурных подразделений и организаций, предназначенных для оказания помощи.

Достоинство анкеты, по нашему мнению, заключается в том, что в зависимости от вида рассматриваемой патологии при наличии постоянных базовых вопросов о данных врача-стоматолога и качестве помощи второй блок вопросов может быть расширен (сужен) с учетом специфики наличествующей патологии. В данной статье представлены результаты анкетирования 89 врачей-стоматологов,

проходивших обучение во II–IV квартале 2012 г. на кафедре детской стоматологии БелМАПО.

Результаты и обсуждение

Среди врачей-стоматологов, принявших участие в анкетировании, 41 человек (46,07%) – это ортодонты. Специальный блок вопросов, составленный для них, касался такой патологии, как врожденная расщелина верхней губы и неба (ВРГН). Врожденные расщелины верхней губы и неба относятся к наиболее распространенным и тяжёлым порокам развития челюстно-лицевой области. У новорожденных с ВРГН наблюдаются значительные нарушения функций челюстно-лицевой области. Нарушение функции сосания, а затем жевания, делает невозможным полноценное естественное вскармливание ребенка. При отсутствии соответствующего лечения с ростом ребенка происходит формирование зубочелюстных аномалий, что обуславливает появление косметического дефекта и негативно сказывается на дальнейшей перестройке и формировании функций челюстно-лицевой области. Наличие вестибуло-назального соустья приводит к частым заболеваниям носоглотки и среднего уха, а также затрудняет формирование функции речи. Зубочелюстные аномалии и эстетический дефект (как их следствие) причиняют значительные моральные страдания ребенку и его родителям. Все вышеперечисленные факторы могут приводить к снижению общей сопротивляемости организма, становясь причиной задержки роста и общего развития ребенка, а также его низкой социальной адаптации [2]. Лечение пациентов данной группы требует комплексного подхода с участием большого количества специалистов. На фоне достаточного уровня хирургической помощи в вопросах устранения дефекта пациенты с ВРГН нуждаются в большом объеме высококвалифицированной ортодонтической помощи, квалифицированном «ведении», включающем широкий спектр абилитационных и реабилитационных мероприятий.

Вторая группа опрошенных была представлена как ортодонтами, так и прочими специалистами стоматологического профиля. Группа состояла из 48 человек (53,93%). Специальный блок вопросов, составленный для них, касался патологии височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц.

У человека только 4 жевательных мышцы, однако, работа всех корпоральных мышц согласуется с их работой. В результате разбалансировки и дискоординации работы жевательных мышц страдает весь организм, а, следовательно, качество жизни. У пациентов заболевание височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и жевательных мышц (ЖМ) проявляется в виде боли, которая может приобретать различную

локализацию (область лица, шеи, глазниц и т.д.). Боль имеет различный характер и интенсивность, появляется в разное время суток. У ряда пациентов возникают повышенная нецелесообразная активность жевательных мышц, напряжение, возможен спазм не только жевательных и мимических мышц, а также мышц языка. И, наоборот, у некоторых при мышечном истощении развивается снижение тонуса ЖМ. Клинически это проявляется дискоординацией работы ЖМ во время выполнения функций открывания и закрывания рта, жевания, глотания, речи. У пациентов с заболеваниями ВНЧС нарушается сон, изменяется поза во время сна, появляются физическая утомляемость и эмоциональный дискомфорт. По полученным в ходе анкетирования данным, патологией страдают в основном лица 25–55 лет и подростки. За пациентами закрепился статус «стоматологических бомжей»: в силу неопределенности и различной выраженности симптомов, ненастроенности ряда врачей-стоматологов на выявление данной патологии пациенты долго «идут» к своему диагнозу и ищут специалиста, который в состоянии оказать адекватную медицинскую помощь.

В ходе анкетирования был выявлен довольно высокий уровень подготовки специалистов, принимавших участие в опросе. 29,2% опрошенных указали, что помимо базового образования (медицинский институт – университет) и прохождения курсов переподготовки и повышения квалификации закончили клиническую ординатуру по стоматологии; квалификационная категория имела у 85,4%. Средний стаж работы специалистов первой группы составил 13,5 лет; второй – 16. Квалификационная категория имела у 87,5% опрошенных первой группы и 83,3% – второй; в обеих группах у опрошенных преобладала первая квалификационная категория. Приведенные данные позволяют утверждать, что врачи, проанкетированные нами, имели достаточный профессиональный стаж работы, который позволял им объективно выявить проблемы (в соответствии с правилом Кросби №2) оказываемой помощи.

На фоне довольно высокой профессиональной компетенции большинство проанкетированных признали, что нуждаются в специально разработанных *единых* инструкциях и схемах для улучшения ведения пациентов с рассматриваемой патологией. Документы (различные инструкции, схемы, классификации), на основании которых ставился диагноз ВРГН, имели 35% опрошенных первой группы. Документы (инструкции, схемы) для составления плана лечения и диспансеризации пациентов отсутствовали соответственно у 76 и 61% опрошенных этой группы. Нуждались в специальной инструкции

(руководстве, схеме) по реабилитации пациентов с ВРГН 92,5% опрошенных нами врачей этой группы. Аналогичная ситуация наблюдалась и во второй группе респондентов: 87,5% опрошенных не имели каких-либо регламентирующих документов для постановки диагноза заболевания височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц и почти столько же – для лечения и наблюдения.

Таким образом, опрошенные нами врачи-стоматологи интуитивно «признали» существование нескольких правил качества, сформулированных Ф.Кросби. Эти правила гласят:

«Качество означает соответствие требованиям, а не элегантность. Требования должны быть сформулированы четко и так, чтобы их нельзя было понять ошибочно» (правило №1).

«Экономика качества не существует: всегда дешевле выполнить работу правильно и с первого раза» (правило №3).

«Едиственный показатель функционирования – затраты на качество. Это плата за непригодность или за несоответствие требованиям» (правило №4) [1].

Из трех перечисленных требований (правил) нами однозначно (как главное) воспринимается правило №1. Сегодня все большее значение в управлении качеством медицинской помощи приобретает стандартизация. Только наличие четко сформулированных инструктивно-методических указаний позволяет обеспечить качество оказываемой помощи в смысле ее оптимальности и адекватности, а также обеспечить выполнение требований правил №3 и 4.

Градиент оценки качества оказываемой стоматологической помощи, по мнению опрошенных врачей, распределяется следующим образом:

помощь, оказываемая анкетлируемым врачом лично;

помощь, оказываемая в отделении, где работает врач;

помощь, оказываемая в организации здравоохранения, где работает анкетлируемый специалист;

помощь, оказываемая при данной патологии в республике в целом.

Таким образом, на момент проведения опроса самая низкая оценка была выставлена анкетлируемыми уровнем стоматологической помощи, оказываемой лично ими. Как указывалось выше, более 90% опрошенных специалистов нуждались в специально разработанных инструктивно-методических документах, регламентирующих «ведение» пациентов и, соответственно, обеспечивающих надлежащий уровень качества оказываемой помощи. Анкетлируемые считают, что на вышестоящих уровнях оказания стоматологической помо-

ши работают специалисты более высокой квалификации. Кроме того, оценка уровня качества помощи, оказываемой на вышестоящих этапах, растет в представлении анкетизируемых за счет возможности привлечения других специалистов (как более квалифицированных представителей «своей» специальности, так и представителей других специальностей), а также за счет расширения материально-технических возможностей организаций вышестоящих уровней оказания помощи.

Непосредственно на своих рабочих местах респонденты постоянно ощущают недостаток сотрудничества с другими специалистами при организации медицинской помощи «своим» пациентам: с ВРГН и с патологией височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц.

Характеризуя медицинское обеспечение пациентов с ВРГН, анкетизируемые указали, что для оказания качественной помощи этим пациентам должна присутствовать преемственность в ведении пациентов со следующими специалистами: психолог, логопед, оториноларинголог, челюстно-лицевой хирург, врач стоматолог-ортопед, врач стоматолог-терапевт. Характеризуя степень сотрудничества с этими специалистами, чаще всего респонденты были удовлетворены сотрудничеством с врачом стоматологом-терапевтом (55% опрошенных) и явно не удовлетворены преемственностью с оториноларингологом (только 17,5% положительных ответов).

Опрошенные стоматологи также указали, что при ведении пациентов с заболеваниями ВНЧС и ЖМ необходимо привлекать к наблюдению, диагностике и лечению следующих специалистов: психотерапевт (так считают 79,1% опрошенных второй группы); реабилитолог или физиотерапевт (62,5%); иглорефлексотерапевт (52%); эндокринолог (50%); травматолог или вертеброневролог (45,8%). Однако в большинстве случаев анкетизируемые не испытывали удовлетворенности от сотрудничества с данными специалистами.

Врачи-стоматологи каждой из проанкетированных групп отметили недостаточность материального оснащения базы, на которой ими оказывается помощь пациентам с анализируемой патологией. Так, анкетизируемые обеих групп чаще всего (из предложенных вариантов ответов: структурное подразделение, зубопротезная лаборатория, рентгенкабинет, кабинет функциональной диагностики) считали рентгенкабинет «самым достаточно оснащенным»; больше всего претензий было высказано по отношению к кабинету функциональной диагностики. По нашему мнению, низкая оценка материально-технического оснащения базы, на которой анкетизируемыми оказывалась помощь пациентам с

анализируемой патологией, была еще одной причиной, по которой они довольно невысоко оценили качество медицинской помощи, предоставляемой ими лично, на что указывалось выше.

Заключение

Таким образом, в ходе проведенного нами исследования врачами-стоматологами перечислен ряд значимых проблем, которые могут повлиять на качество оказания помощи пациентам с врожденной расщелиной верхней губы и нёба, а также с патологией височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц: отсутствие современной инструктивно-методической документации, регламентирующей «ведение» данной патологии; недостаточная оснащённость организаций здравоохранения, на базе которых оказывается эта помощь, и недостаточный уровень преемственности между специалистами при ее оказании.

В заключение приведем еще одно правило Кросби (правило №5): «Единый стандарт функционирования – нулевое количество недостатков или брака», ориентирующий всех, принимающих участие в каком-либо процессе на устранение недостатков, выявленных участниками данного процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эванс, Дж. Управление качеством: пер.с англ. / Дж. Эванс; под ред. д-ра экон. наук профессора Э.М. Короткова. – М.: ЮНИТИ-ДАМА, 2007. – 671 с.
2. Хиневиц, А.Е. Оценка уровня специализированной помощи пациентам с врожденными расщелинами губы и нёба по результатам анкетирования врачей-стоматологов-ортодонтотв Беларуси / А.Е.Хиневиц, М.Е.Зорич, М.В.Щавелева, А.А.Лазаревич // Современная стоматология. – 2013. – №1. – С.76–79.

QUALITY OF DENTAL CARE: CONTROLLING ELEMENTS

A.E.Khinevich, M.V.Schaveleva,
I.N.Baradina, M.E.Zorich

Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education, Minsk

Quality of medical care is one of the fundamental concepts in current organization of health care. A number of principles on its improving serve as a basis laid by the leading experts in quality (*W.E.Deming, J.M.Juran, K.Ishikawa*) first for commercial production, and then for other sectors of the economy. In this connection, some of the principles of quality management («the philosophy of quality») set forth by *Ph.Crosby* in five well-known rules applicable to any sector of the economy, have been examined by the authors through the prism of approaches to the quality of dental care.

Поступила 10.06.2013 г.