

Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С.

Организация и качество медицинской помощи детям школьного возраста в городских поликлиниках

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Кафедра общественного здоровья и здравоохранения, г. Махачкала

Gadjiyev R.S., Agalarova L.S.

Organization and quality health care school-age children in urban polyclinics

Резюме

В целях разработки системы мероприятий, направленных на повышение качества и доступности лечебно-профилактической помощи детям школьного возраста, проводилось исследование в 2013-2015 гг. на базе 3 поликлиник г. Махачкалы. Экспертной оценке подвергнуто 315 карт детей (7-15 лет), которые находились на амбулаторном лечении. Проведено анкетирование 416 матерей. Материалы исследования показали, что в 25,9% случаев обследование детей проводилось несвоевременно, в 17,6% случаев – в неполном объеме, в 22,4% случаев лечение было назначено несвоевременно и в 14,1% случаев оно было неполноценным. Внедрение в практику разработанных рекомендаций и предложений позволило улучшить показатели качества лечебно-профилактической помощи детям школьного возраста.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, дети школьного возраста, экспертная оценка, мнение матерей

Summary

In order to develop a system of measures aimed at improving the quality and accessibility of medical and preventive care for school-age children, the study was conducted in 2013-2015. on the basis of 3 clinics in Makhachkala. Expert assessment subjected to 315 cards of children (7-15 years old), who were on outpatient treatment. A survey of 416 mothers. Materials research showed that 25.9% of children survey was conducted late in 17.6% of cases - incomplete, in 22.4% of cases the treatment was scheduled late in 14.1% of cases it was defective. The introduction of the developed recommendations and proposals to improve the quality indicators of medical and preventive care for school-age children.

Key words: quality of care, school-age children, expert evaluation, opinion mothers

Введение

Здоровье и благополучие детского населения являются главной заботой семьи, государства и общества в целом, так как дети составляют единственный резерв страны, в будущем определяющий ее благополучие, уровень экономического и духовного развития [2, 3, 6, 10].

Здоровье детей является чутким критерием социального, экономического и духовного благополучия общества, коррелируя с качеством, объемом и доступностью педиатрической помощи, приобретая все большую значимость [1, 4, 8, 9].

Целью исследования явилась разработка системы мероприятий, направленных на повышение качества и доступности лечебно-профилактической помощи детям школьного возраста в городских поликлиниках.

Материалы и методы

Исследование проводилось в 2013-2015 гг. на базе 3 детских поликлиник (№ 1, 2, 3) Махачкалы Республики Дагестан. При отборе баз учитывались мощность поли-

клиник, укомплектованность кадрами, наличие соответствующих условий для деятельности медперсонала.

В соответствии с целью и задачами в исследовании использовались следующие методы: статистический, социологический, метод экспертных оценок и экспериментальный. Кроме того, были изучены официальные документы, годовые отчеты и комплексные планы базовых поликлиник за указанный период.

Для изучения качества медицинской помощи детям (7-15 лет) была разработана специальная «Карта экспертной оценки качества медицинской помощи детям школьного возраста в городских поликлиниках». Экспертной оценке подвергнуто 315 карт детей (7-15 лет), которые находились на амбулаторном лечении. По данным 289 карт проанализировано качество диспансеризации детей у участковых врачей-педиатров. В дополнение к экспертной оценке проведено анкетирование 416 матерей, посетивших детские поликлиники. В качестве экспертов привлекались заведующие отделениями детских поликлиник (3 врача-эксперта), имеющие лечебный

Таблица 1. Качество обследования детей в базовых поликлиниках по данным экспертных оценок (в %)

Заболевание	Обследование проведено			
	своевременно	несвоевременно	в полном объеме	в неполном объеме
Анемии	75,0	25,0	93,5	6,5
Эндемический зоб	76,7	23,3	86,7	13,3
Сахарный диабет	57,1	42,9	77,1	22,9
Эпилепсия	83,3	16,7	86,2	13,8
Детский церебральный паралич (ДЦП)	86,7	13,3	95,1	4,9
Ревмокардит	73,3	26,7	70,0	30,0
Тонзиллиты	72,4	27,6	92,3	7,7
Пневмония	76,1	23,9	62,5	37,5
Бронхиальная астма	80,0	20,0	81,9	18,1
Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК)	66,7	33,3	75,6	24,4
Гастриты	69,4	30,6	89,4	10,6
Дискинезия желчевыводящих путей	58,2	41,8	76,6	23,3
Хронический пиелонефрит	88,9	11,1	84,2	15,8
В среднем	73,8±5,8	25,9±2,6	82,4±6,3	17,6±1,7

и организационный опыт работы 10 и более лет, хорошо знакомые с действующими приказами и инструкциями.

Критерии оценки качества медицинской помощи детям были сформированы экспертами на основе стандарта амбулаторной помощи и порядка оказания первичной медико-санитарной помощи, утвержденные Минздравом России. Заключение экспертов были положены в основу характеристики качества и эффективности медицинской помощи в детских поликлиниках.

За единицу наблюдения при изучении объема и характера поликлинической помощи, оказываемой участковыми врачами-педиатрами, было принято одно посещение ребенка, при проведении экспертной оценки качества медицинской помощи – один больной, закончивший амбулаторное лечение. Статистическую обработку проводили при помощи программ Statistica 6,0, Биостат 4.03, MS Excel 2003.

Результаты и обсуждение

Известно, что основным направлением профилактической работы детских поликлиник является диспансеризация. В связи с этим нами изучены основные аспекты этого вопроса. Материалы исследования показали, что охват детей диспансерным наблюдением в среднем по всем базам составил 88,7±3,4%. Этот показатель с возрастом идет на снижение. Так, у детей раннего возраста (до 3 лет) составляет 94,2%, 4-6 лет – 90,5%, 7-15 лет – 87,4%. Низкий охват диспансерным наблюдением отмечается при эндемическом зобе (65,3%), эпилепсии (62,1%), пневмонии (60,4%), хроническом отите (58,4%) и хроническом гастрите (47,3%).

В структуре диспансерных больных на первом месте стоят болезни органов дыхания (20,5%), на втором – системы кровообращения (18,1%, на третьем – болезни мочеполовой системы (15,3%), на четвертом – костно-мышечной системы (11,6%), на пятом – болезни органов пищеварения (8,5%) и на шестом месте – болезни эндокринной системы.

Важное значение для обеспечения качества медицинской помощи имеет своевременное и полноценное обследование детей (табл.1). Экспертная оценка качества обследования детей, находившихся на амбулаторном лечении показала, что в среднем по всем нозологическим формам 25,9±2,6% детей были обследованы несвоевременно и 17,6±1,7% - в неполном объеме. Чаще всего несвоевременное обследование отмечалось при сахарном диабете (42,9%), язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (33,2%), гастритах (30,6%), хронических тонзиллитах (27,6%) и ревмокардитах (26,7%). Наибольшая доля неполноценно обследованных имела место у больных с пневмонией (37,5%), язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (24,4%) и сахарным диабетом (22,9%).

Известно, что необоснованно длительное и неполноценное обследование больных, как правило, ведет к удлинению и снижению эффективности лечения. Между тем в 75,3% случаев контроля заведующего отделением за обследованием и лечением больных не было.

Данные экспертной оценки продолжительности обследования больных позволяют сделать заключение, что в поликлиниках допускается множество недочетов в организации медицинской помощи. Так, в среднем только 58,6% больных обследуются в первые три дня, остальные (41,4%) - в срок свыше 3 дней. Особенно затягивается обследование больных (7 и более дней) при язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки. Гастритах, ревмокардитах и пиелонефритах.

Изучение качества медицинской помощи, оказываемой участковыми врачами-педиатрами детям школьного возраста (табл. 2) в городских поликлиниках, по материалам экспертных оценок показало, что несвоевременное установление диагноза при всех заболеваниях имело место в среднем в 24,5±2,1% случаев, особенно при сахарном диабете, язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки и анемиях.

Таблица 2. Качество медицинской помощи детям школьного возраста по данным экспертных оценок (в %)

заболевание	диагноз установлен				лечение назначено				
	своевременно		несвоевременно		обоснованно		необоснованно		исполненное
	своевременно	несвоевременно	обоснованно	необоснованно	своевременно	несвоевременно	полноценное		
Анемии	67,5	31,5	98,1	1,9	62,5	37,5	87,5	12,5	
Эндемический зоб	76,7	23,3	96,7	3,3	76,7	23,3	86,7	13,3	
Сахарный диабет	57,1	42,9	97,3	2,7	62,9	37,1	78,6	21,4	
Эпилепсия	90,0	10,0	76,7	23,3	90,0	10,0	79,3	20,7	
Детский церебральный паралич	83,3	16,7	99,2	0,8	93,3	6,7	96,7	3,3	
Ревматоидит	63,3	36,7	93,4	6,6	73,3	26,7	84,5	15,5	
Тонзиллиты	77,5	22,5	97,5	2,5	89,4	10,6	92,5	7,5	
Пневмония	85,0	15,0	90,0	10,0	87,5	12,5	88,4	11,6	
Бронхиальная астма	73,3	26,7	97,8	2,2	77,8	22,2	75,6	24,4	
Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки	60,0	40,0	87,6	12,4	56,7	43,3	82,9	17,1	
Гастриты	66,7	33,3	84,2	15,8	66,7	33,3	90,0	10,0	
Дискенизия желчевыводящих путей	96,7	3,3	91,1	8,9	89,9	10,1	83,3	16,7	
Хронический пиелонефрит	84,4	15,6	95,6	4,4	82,2	17,8	91,1	8,9	
В среднем	75,5±4,4	24,5±2,1	92,7±5,2	7,3±0,4	77,6±3,7	22,4±1,2	85,9±4,7	14,1±1,3	

При экспертной оценке качества диагностики установлено расхождение диагнозов лечащих врачей и экспертов в 7,3% случаев. Особенно это имело место при эпилепсии (23,3%), гастритах (15,8%), язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки (12,4%) и пневмонии (10%).

По мнению экспертов, диагностическая ошибка в 28,3% случаев была вызвана неполноценным обследованием, в 19,7% - отсутствием контроля заведующего отделением, в 16,1% случаев - недостаточной квалификацией врача, в 11,2% случаев - не были проведены консультации с врачами-специалистами.

По данным экспертов в 22,4±1,2% случаев лечение было назначено несвоевременно и в 14,1±1,3% случаев оно было неполноценным (не учтена тяжесть состояния ребенка, неправильно подобраны медикаменты и их дозы, не соблюдался курс лечения, не указаны даты отмены лекарств и т.п.), особенно при сахарном диабете, эпилепсии, бронхиальной астме, язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки. Причинами несвоевременного и некачественного лечения детей, по мнению экспертов, явились: поздняя диагностика (41,8%), недостаточный контроль за лечебным процессом (24,6%), недисциплинированность родителей (21,8%), особенности течения заболевания (11,8%).

Известно, что карта амбулаторного пациента имеет большое медицинское и научное значение. Однако эксперты установили, что в половине (49,6%) случаев имелись дефекты ведения в картах, в том числе некачественное оформление записей (38,7%); не отражена динамика заболевания (25,6%); отсутствуют записи заведующего отделением по контролю за качеством ведения карт (15,8%).

На качество медицинской помощи в значительной степени и влияет квалификация медперсонала. Однако по данным исследования, за последние 5 лет 16,4% врачей и 22,3% медицинских сестер не прошли повышение квалификации, а медицинские журналы выписывают лишь 13,3% участковых врачей-педиатров.

Условия труда врачей также влияют на эффективность их работы. Установлено, что участковые педиатры крайне недостаточно обеспечены транспортом, современным оборудованием, 7,8% врачей не имеют отдельного кабинета, 6,2% врачей - постоянной медицинской сестры. В более половине (58,1%) кабинетах площадь не соответствует санитарно-гигиеническим нормам. Все это создает дополнительные трудности в работе врачей.

В деле повышения качества медицинской помощи детям важное значение имеет изучение мнения матерей. По данным проведенного нами анкетирования третья часть (32,4%) матерей затрачивает на посещение поликлиник до 1 часа, 41,5% - до 2 часов и 23,2% - 2-3 и более часов. Респонденты отметили, что особенно трудно попасть к «узким» специалистам: неврологу (34,8%), ортопеду (15,3%), хирургу (11,4%), отоларингологу (8,1%), окулисту (3,1%) и ревматологу (2,3%).

Одним из важных разделов профилактической работы участковых педиатров является санитарное просвещение

Таблица 3. Качество медицинской помощи детям школьного возраста в базовых поликлиниках в сложившихся условиях и в эксперименте (в %)

Показатели	В сложившихся условия	В эксперименте	χ^2	p
Обследование проведено:				
своевременно	74,1	86,3	9,9	0,0012
несвоевременно	25,9	13,7	10,45	0,000
в полном объеме	82,4	91,4	18,6	0,000
в неполном объеме	17,6	8,6	16,1	0,0009
Срок лечения:				
достаточный	68,0	77,7	6,2	0,063
недостаточный	7,9	4,9	3,4	0,0071
затянувшийся	24,1	17,4	4,2	0,0031
Диагноз установлен:				
своевременно	75,5	84,8	8,7	0,0031
несвоевременно	24,5	15,2	7,8	0,0095
обоснованно	92,7	98,1	3,4	0,0095
необоснованно	7,3	1,9	5,7	0,0004
Лечение назначено:				
своевременно	77,6	87,5	13,5	0,0004
несвоевременно	22,4	12,5	11,6	0,0004
полноценное	85,9	92,6	10,2	0,0005
неполноценное	14,1	7,4	9,0	0,0005
Исход лечения:				
выздоровление	16,4	22,7	10,5	0,000
улучшение	64,4	69,1	2,8	0,051
без перемен	19,2	8,2	4,3	0,000

матерей, однако врачи мало внимания уделяют этой деятельности. Так, у более половины (56,%) матерей отметили недостаточные знания по вопросам ухода и гигиенического воспитания ребенка, причем это касалось, в основном, проблем ухода за больным ребенком, закаливания, массажа, гимнастики, организации рационального питания.

По данным исследования работой поликлиник в целом удовлетворены – 71,2% матерей и не удовлетворены – 28,8%. Причинами неудовлетворенности матерей являлись: очереди к врачам (47,1 на 100 опрошенных), очереди в лечебно-диагностические кабинеты (41,5), низкая оснащенность оборудованием (30,4), неудовлетворительное санитарно-техническое состояние (16,3); низкая культура обслуживания (13,6), нерациональный график и режим работы поликлиники (10,4 на 100 опрошенных).

Опрос матерей относительно удовлетворенности работой своего участкового педиатра показал, что в основном (84,3%) они были довольны, а 15,7% не были «удовлетворены». Основными причинами неудовлетворенности называли нетактичное отношение врача – 32,2%, невнимательность – 28,5%, несвоевременное оказание помощи на дому – 9,7%. Работой участковых медицинских сестер удовлетворены – 65,8 % опрошенных, не удовлетворены – 20,3%, а 13,1% - «затруднились ответить». Среди причин неудовлетворенности указывали на отсутствие постоянной медицинской сестры – 35,2%, на грубое, нетактичное отношение – 32,6% и низкую квалификацию медицинской сестры – 11,1%.

При изучении качества медицинской помощи детям важное значение имеет оценка медицинской активности матерей. Изучено поведение матерей в случае заболевания ребенка как важный элемент медицинской активности и уровня санитарно-гигиенической грамотности. Все матери, в зависимости от их поведения, нами условно разделены на три группы.

Матери первой группы при заболевании своего ребенка сразу вызывали врача (высокая медицинская активность). Таких матерей оказалось 61,1%. Матери второй группы (24,3%) вызывали врача не сразу, а после самолечения (средняя медицинская активность). Матери третьей группы (13,2%) врача не вызывали, лечили сами (низкая медицинская активность). Самая высокая медицинская активность отмечается у матерей, имеющих высшее образование (62,3%), а самая низкая – с начальным образованием (42,3%).

Однако связь медицинской активности матерей с ее образованием оказалась статистически недостоверной, а корреляция несущественной на основе проведенного исследования нами разработан комплекс рекомендаций и предложений, направленных на повышение качества и доступности лечебно-профилактической помощи детям школьного возраста, который включал: совершенствование технологии работы участкового врача-педиатра на амбулаторном приеме; повышение качества и эффективности диспансеризации детей; повышение роли семьи в диспансеризации детского населения; совершенство-

вание преемственности в работе детских поликлиник, женских консультаций и стационаров; методика анализа деятельности участкового педиатра; непрерывное повышение квалификации участковых педиатров; рациональная организация рабочего места участкового педиатра; совершенствование системы контроля за качеством работы врача-педиатра; внедрение дифференцированной оплаты труда за объем и качество работы.

Для оценки эффективности разработанной нами системы мероприятий проведен организационный эксперимент на базе 2-х детских поликлиник (№1, 2) г. Махачкала. Эксперимент длился один год. В течение этого периода нами осуществлялся контроль за соблюдением его условий. По истечении указанного срока проведено повторное изучение качества медицинской помощи детям с применением той же методики, что была применена в начале нашего исследования (экспертный, статистический и др.), осуществлен сравнительный анализ полученных данных.

В условиях эксперимента улучшились показатели качества медицинской помощи детям школьного возраста (табл. 3).

Своевременность обследования (до 3-х дней) больных детей в среднем по всем нозологическим формам возросла с 74,1% до 86,3%, полнота обследования – с 82,4% до 91,4%. Доля лиц, которым лечение начато несвоевременно, в среднем по всем нозологическим формам сократилась почти в 2 раза (с 25,9% до 13,7%).

Анализ обоснованности сроков лечения больных показал, что доля лиц с достаточными сроками лечения в условиях эксперимента увеличилась с 68% до 77,7%, а затянувшимися сроками сократилась в 1,5 раза.

Важное значение в деле повышения качества медицинской помощи имеет своевременность и обоснованность диагноза. В условиях эксперимента диагноз был установлен в 84,8% случаев своевременно против 75,5% в сложившихся условиях, расхождение диагнозов сократилось в 3 раза. Лечение было назначено своевременно в 87,5% случаев против 77,6%. Доля больных, которым проводилось неполноценное лечение, в среднем по всем заболеваниям сократилась на 6,7%.

Нами проведен сравнительный анализ исходов лечения детей в условиях эксперимента. Выздоровление отмечалось у 22,7% детей, против 16,4% в сложившихся условиях, улучшение – у 69,1% против 64,4%.

Выводы

1. Выявленные дефекты в лечебно-профилактической работе свидетельствуют о том, что существующая система организации медицинской помощи детям, уровень подготовки участковых врачей-педиатров, материально-техническая база детских поликлиник не позволяют качественно и на высоком уровне проводить профилактические мероприятия по воспитанию здорового ребенка, формированию здорового образа жизни детей и родителей.

2. Экспертная оценка качества оказания медицинской помощи детям школьного возраста показала, что в 25,9% случаев обследования детей проводилось несвоевременно, в 17,6% случаев – в неполном объеме, лечение в 22,4% случаев было назначено несвоевременно и в 14,1% случаев оно было неполноценным, что свидетельствует о недостаточной эффективности существующих систем внутриведомственного и вневедомственного контроля.

3. Внедрение системы мероприятий по обеспечению качества медицинской помощи в условиях эксперимента положительно сказалось на качестве и эффективности лечебно-профилактической помощи детям: своевременность обследования больных в среднем по всем нозологическим формам возросла с 74,1% до 86,3%, полнота обследования – с 82,4% до 91,4%, доля лиц, которым лечение начато несвоевременно, уменьшилась почти в 2 раза, а получивших неполноценное лечение сократилась на 6,7%. ■

Гаджиев Рашид Сейфиевич – доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Даггосмедакадемии, Агаларова Луиза Саидрахмедовна – доктор мед. наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Даггосмедакадемии, Махачкала, Автор, ответственный за переписку – Луиза Агаларова, 367003 Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Ушакова, д. 9, кв. 10, Телефон – 8 – 960 – 409 – 45 – 97, luiza_agalarova@mail.ru

Литература:

1. Альбицкий В.Ю., Сорокин А.В. Состояние здоровья, образ и условия жизни детей группы медико-социального риска // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2004. – № 1. – С. 28–30.
2. Баранов А.А., Щеплягина А.Г., Ильина А.Г., Кучма В.Р. Состояние здоровья детей как фактор национальной безопасности // *Российский педиатрический журнал*. – 2005. – № 2. – С. 4–7.
3. Вельтищев Ю.Е. Проблемы здоровья детей России. // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. – 2000. – № 1. – С. 5–9.
4. Максимова Т.М. и соавт. Оценка результатов медицинских осмотров детей школьного возраста // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2002. – № 6. – С. 5–11.
5. Максимова Т.М. Социальный градиент в формировании здоровья детей // *Здравоохранение РФ*. – 2003. – № 2. – С. 43-47.
6. Тицук Е.А., Щепин В.О. Современные проблемы качества медицинской помощи // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2003. – № 3. – С. 13–19.
7. Чичерин Л.П. с соавт. Совершенствование организации медико-социальной работы детских поликлиник по материалам опроса участковых врачей-педиатров // *Проблемы социальной гигиены,*

- здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 5. – С. 6-8.
8. Чичерин Л.П., Никитин М.В. Медико-социальные аспекты охраны здоровья детей и подростков в Российской Федерации // *Общественное здоровье и здравоохранение*. – 2010. – № 3. – С. 22-24.
9. Шарпова О.В. Медицинская помощь детям в условиях реформирования здравоохранения в Российской Федерации // *Здравоохранение*. – 2005. – № 4. – С. 15-24.
10. Яковлева Т.И., Баранов А.А. Проблемы и задачи по охране здоровья детей России // *Вопросы современной педиатрии*. – 2011. – Т. 10, № 2.