

Роль врачей общей практики и участковых терапевтов в проведение диспансеризации среди городского населения

Ильясова У. Г., ассистент кафедры поликлинической терапии, кардиологии и общей врачебной практики Даггосмедакадемии, г. Махачкала
Азимов А. А., аспирант кафедры поликлинической терапии, кардиологии и общей врачебной практики, Даггосмедакадемии, г. Махачкала
Абдурахманова З. Ш., аспирант кафедры поликлинической терапии, кардиологии и общей врачебной практики, Даггосмедакадемии, г. Махачкала

The role of general practitioners and district therapeutists in carried out of prophylactic system urban population

Ilyasova U.G., Asimov A.A., Abdurachmanova S.Sh.

Резюме

Качество диспансеризации было изучено по материалам экспертных оценок 914 карт амбулаторных больных. Исследование проводилось в 2005 – 2007 гг. на базе 5 поликлиник 2 городов (Махачкала, Дербент) Республики Дагестан.

Установлено, что несвоевременное обследование при всех заболеваниях имело место в среднем у врачей общей практики (ВОП) в 24,1% случаев, а у участковых терапевтов (УТ) – в 32,6% случаев. При анализе полноты обследования установлено, что при заболеваниях в среднем в 33,5% случаев у ВОП и 43,9% у УТ обследование проводилось не в полном объеме. Качество и полнота выполнения плана лечебно-оздоровительных мероприятий при всех заболеваниях в среднем в 28,8% случаев у ВОП и в 37,8% случаев у УТ проводились не в полном объеме. На основе материалов исследования разработаны методические рекомендации и предложения по совершенствованию организации и повышению качества диспансеризации населения.

Ключевые слова: диспансеризация, врач общей практики, участковый терапевт, диспансеризация населения.

Resume

The quality of prophylactic system was studied on materials of expertly marks of 914 patient's cards. Investigation was carried out in 2005-2007 on the base of 5 polyclinics of 2 cities (Mahachkala, Derbent) of Dagestan Republic.

It's determined that irregular examination took place for general practitioners in average 24,1% cases, and for district the repentant in average 32,6% cases in all diseases. Caring out full examination it's estimated that examination was not carried out in full volume in average 33,5% cases of GP and 43,9% of DT. Quality and fullness of caring the plane of treatment measures at all diseases in average 28,8% cases of GP and in 37,8% cases of DT were not carried in full volume.

Methodical recommendations and suggestions on improving of organization and quality of prophylactic system of working population were worked up on the base of materials of investigations.

The Keywords: quality of prophylactic, general practitioner, district internist, population.

Актуальность

Проблема качества диспансеризации в новых экономических условиях является одной из самых актуальных в здравоохранении. Более 50% всех диспансеризуемых больных в городских поликлиниках приходится на участковых терапевтов и врачей общей практики. Они, прежде всего, ответственны за состояние здоровья, следовательно, и за динамическое наблюдение каждого проживающего на территории

участка, лучше других специалистов знают особенности патологии населения, условия труда, быта, отношения в семье и на производстве.

За последние годы опубликован ряд работ [1 – 5] по изучению качества диспансеризации населения. Однако до настоящего времени недостаточно исследований, посвященных этой проблеме.

Целью настоящего исследования явилась разработка научно обоснованных рекомендаций по повышению качества диспансеризации населения в условиях городских поликлиник.

Материал и методы

Качество диспансеризации было изучено по материалам экспертных оценок 914 карт амбулаторных больных, находящихся под наблюдением участковых терапевтов и врачей общей практики.

Ответственный за ведение переписки -
Абдурахманова Зарема Шапиевна
Республика Дагестан, г. Махачкала, пл. Ленина,
Дагестанская государственная медицинская академия
Телефон – 8 – 988 – 297 – 05 – 17

Для изучения качества диспансеризации была разработана специальная «Карта экспертной оценки качества диспансеризации работающего населения в городских поликлиниках».

Для оценки качества диспансеризации были выделены наиболее часто встречающиеся нозологические формы: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания, ревматизм, ревматоидные артриты, анемии, бронхиты, бронхиальная астма, хронические гастриты, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, холециститы, сахарный диабет, нефриты.

Одним из важных критериев качества диспансеризации является удовлетворенность населения медицинской помощью. В связи с этим было изучено мнение 725 человек по вопросам организации и качества диспансеризации по специально разработанной анкете, которая включала 29 вопросов.

В соответствии с целью и задачами в исследовании использовались статистический, социологический методы и метод экспертных оценок.

Исследование проводилось в 2005 – 2007 гг. на базе 5 поликлиник 2 городов (Махачкала, Дербент) Республики Дагестан.

Результаты исследования

Анализ полученного материала показал, что среди диспансерных больных более половины (55,4%) составили женщины и 44,6% - мужчины. Преобладание числа женщин над мужчинами, по-видимому, объясняется существующими тенденциями в демографической ситуации.

По социально-профессиональному положению наибольший удельный вес имели служащие (35%), рабочие составили 21,7%, безработные – 16,3%, пенсионеры – 15%, бизнесмены – 3,2%, прочие – 8,8%. Среди диспансерных больных 32,7% работающего населения и 67,3% неработающего населения.

Определенный интерес представляет возрастнополовой состав населения, который находится под диспансерным наблюдением (табл. 1). Из таблицы 1

видно, что у участковых терапевтов наибольшее число больных, находящихся под наблюдением в базовых поликлиниках, падает на возрастную группу от 40 до 49 лет – 21,3%, у мужчин этот показатель несколько выше (26,1%), чем у женщин (17,5%). На возрастную группу от 60 – 69 лет у УТ приходится 19,7%, у мужчин этот показатель несколько меньше (17,9%), чем у женщин (21,2%), на возрастную группу 50-59 лет падает 17,2%. Почти одинаковая доля приходится на возрастные группы 20 – 29 (13,9%) и 30 – 39 лет (13,1%), наименьшая доля падает на возрастную группу 15 – 19 лет (2,8%).

Распределение диспансерных больных, находящихся под наблюдением у УТ и ВОП, по нозологическим формам представлено в таблице 2. Из нее видно, что наибольшее число больных диспансеризуются как у участковых терапевтов, так и у врачей общей практики в связи с гипертонической болезнью (16,4% и 14,3%), анемией (15,1% и 13,3%), нефритами (13,1% и 12%), ишемической болезнью сердца (9,8% и 7,8%), язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (6,4% и 6,2%).

В структуре диспансерных больных у врачей общей практики значительно больше больных нетерапевтического профиля, чем у участковых терапевтов. В частности: сахарный диабет – 4,2% против 3,1%, остеохондроз позвоночника – 2,4% против 0,7%, гипотиреоз – 2,1% против 0,8% и цереброваскулярные заболевания – 2% против 0,9%.

Анализ структуры диспансерных больных может быть широко использован при разработке и осуществлении мероприятий по повышению квалификации участковых врачей и медицинских сестер, планировании лечебно-оздоровительных мероприятий и проведении целенаправленной санитарно-просветительной работы.

Одним из важных показателей оценки качества диспансеризации является своевременность и полнота обследования. Материалы исследования показали, что несвоевременное обследование при всех заболеваниях имело место в среднем у врачей общей прак-

Таблица 1. Распределение больных с хроническими заболеваниями, состоящих под диспансерным наблюдением у участковых терапевтов и врачей общей практики по полу и возрасту (в % к итогу)

Возраст	Оба пола		Мужчины		Женщины	
	УТ	ВОП	УТ	ВОП	УТ	ВОП
15 – 19 лет	2,8	2,2	2,9	2,1	2,8	2,3
20 – 29	13,9	14,7	14,5	15,7	13,5	13,6
30 – 39	13,1	15,3	11,8	14,0	14,2	16,5
40 – 49	21,3	25,8	26,1	29,7	17,5	22,0
50 – 59	17,2	20,9	15,4	21,6	18,6	20,2
60 – 69	19,7	12,4	17,9	10,7	21,2	14,0
70 лет и старше	12,0	8,7	11,4	6,2	12,2	11,2

Таблица 2. Распределение диспансерных больных, находящихся под наблюдением у участковых терапевтов и врачей общей практики, по нозологическим формам (в % к итогу)

Нозологическая форма	Участковые терапевты	Врачи общей практики
Гипертоническая болезнь (все формы)	16,1	14,3
Ишемическая болезнь сердца	9,8	7,8
Цереброваскулярные заболевания	0,9	2,0
Ревматизм, ревматоидные артриты	1,3	2,1
Варикозное расширение вен нижних конечностей	1,5	2,3
Анемии (все формы)	15,1	13,3
Бронхиты (хронические)	6,7	7,0
Бронхиальная астма	2,8	2,5
Гастриты (хронические)	6,0	5,7
Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки	6,4	6,2
Холеститы (хронические)	5,3	5,8
Гепатиты	2,2	1,9
Сахарный диабет	3,1	4,2
Панкреатиты	1,8	1,5
Нефриты	13,1	12,0
Глаукома	0,9	1,4
Гипотиреоз	0,8	2,1
Остеохондроз позвоночника	0,7	2,4
Новообразования	1,4	1,2
Туберкулез	0,9	1,2
Прочие заболевания	2,3	2,7
Итого	100,0	100,0

тики (ВОП) в 24,1% случаев, а у участковых терапевтов (УТ) – в 32,6% случаев. Особенно это имело место при ишемической болезни сердца (32,8%), анемии (31,4%) гипертонической болезни (27,1%) и при нефритах (26,4%).

При анализе полноты обследования установлено, что при заболеваниях в среднем в 33,5% случаев у ВОП и 43,9% у УТ обследование проводилось не в полном объеме ($p < 0,001$, $t > 2,0$). Особенно высока доля недостаточно обследованных среди больных с ишемической болезнью сердца, ревматизмом, гастритами, бронхитами, глаукомой и анемией (40,3% - 51,3%). Причинами неполного обследования в 29,7% случаев явилось отсутствие диагностического оборудования и аппаратуры, в 26,9% - отсутствие контроля со стороны заведующего отделением, в 19,4% - перегруженность лабораторий и диагностических кабинетов, в 17,6% - недисциплинированность больных, в 6,4% - прочие причины.

Важным аспектом эффективности диспансеризации являются качество и полнота выполнения плана лечебно-оздоровительных мероприятий. Однако, по материалам экспертных оценок, при всех заболеваниях в среднем в 28,8% случаев у ВОП и в 37,8% случаев у УТ эти мероприятия проводились не в полном объеме. При статистической обработке материалов качества диспансеризации больных с хроническими заболеваниями у врачей общей практики в сравнении с участковыми терапевтами установлено, что статистически достоверно отличается своевременность

обследования ($p=0,003$, $t > 2,0$), полнота обследования ($p < 0,05$, $t > 2,0$) и качество выполнения лечебно-оздоровительных мероприятий ($p < 0,001$, $t > 2,0$).

Среди причин невыполнения плана лечебно-оздоровительных мероприятий (ЛОМ), по мнению экспертов, следует выделить отсутствие возможностей для проведения ЛОМ в условиях поликлиники (45,1%), что составляет почти половину всех причин невыполнения плана ЛОМ, недостаточный контроль со стороны врача (28%), недисциплинированность больного (29,3%).

Изучение мнения работающего населения показало, что работой городских поликлиник в целом не удовлетворен каждый третий (33,6%) опрошенный, работой участковых терапевтов – каждый шестой (16,2%), деятельностью лечебно-диагностических кабинетов – 36,3% опрошенных.

Установлены основные причины неудовлетворенности населения работой поликлиник: низкая оснащенность лечебно-диагностической аппаратурой; большие очереди к врачам и во вспомогательные кабинеты; нерациональный график и режим работы; низкая квалификация врачей и культура обслуживания; невнимательное отношение к пациентам и др.

Анализ явок населения на профилактические медицинские осмотры (ПМО) показал, что до 35% рабочих и служащих не приходят на профилактические осмотры даже в рабочее время. Основными причинами неявки, по мнению опрошенных, являются: низкое качество профилактических осмотров (42,9%), считают себя здоровыми (15,3%), недооценка важности

этого мероприятия (13,6 %), очереди в поликлинике (11,5 %), чрезмерная занятость на работе (3,7%).

Проведенный опрос населения показал, что основная доля (82,8%) из них положительно относятся к проводимым профилактическим обследованиям, а 17,2% считают профилактические осмотры ненужными. Лица молодого возраста негативно относятся к ПМО, но с увеличением возраста положительное отношение к профилактическим осмотрам растет.

Немаловажное значение имеет знание населением основных источников информации о значении и важности профилактических осмотров. На вопрос «Откуда Вы узнали, что такое профилактические осмотры?» были получены следующие ответы: на работе - 29,6%, от участкового терапевта - 16%, от врачей других специальностей - 6,3 %, из газет и журналов - 5,8 %, из средств наглядной агитации - 4,1%, из популярных брошюр - 2,5 %.

Установлена низкая медицинская активность населения. Так, в случаях выявления на профилактическом осмотре заболеваний, о которых опрошенные ранее не знали, значительная часть (33,9%) предпочитает не обращаться в поликлинику, 14,7% - ждут вызова врача, 9,1% - лечатся домашними средствами, 3,8% - советуются с другими людьми.

Представляют определенный интерес данные об отношении населения к диспансеризации после взятия их на учет в результате проведенных профилактических осмотров. Так, у 22,7% опрошенных сложилось мнение, что они не нуждаются в постоянном наблюдении врача; 2/3 опрошенных (67,2%) предпочитают находиться на диспансерном учете у одного врача, 12,2% - у нескольких врачей, а 20,6% - затрудни-

лись ответить.

На основе материалов исследования разработаны методические рекомендации и предложения по совершенствованию организации и повышению качества диспансеризации населения.

Проведенное исследование позволило наметить основные пути совершенствования технологии и повышения качества диспансеризации в условиях городских поликлиник: непрерывное повышение квалификации участковых врачей и средних медицинских работников по вопросам диспансеризации; улучшение качества подготовки участковых врачей по вопросам диспансеризации, профилактики, восстановительных методов лечения и оздоровительных мероприятий; введение стимулирования населения и врачей за успешное выполнение программы диспансеризации и повышение ее результативности; совершенствование организационных форм проведения диспансеризации; внедрение единых критериев для непрерывного и поэтапного наблюдения за диспансеризованными; улучшение технического обеспечения диспансеризации населения; совершенствование взаимосвязей участковых врачей и врачей узких специальностей; ускорение внедрения в практику новых стандартов профилактических услуг; совершенствование информационного, организационно-методического обеспечения участковых врачей по вопросам диспансеризации; переориентирование деятельности участковых врачей в сторону увеличения профилактической работы; ведение специального медицинского документа «паспорта здоровья»; унификация и механизация медицинской документации. ■

Литература:

1. Агранович Н.В., Овчаров В.К., Григорян З.Э. Роль активизации профилактической работы амбулаторно-поликлинического звена. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2005. - № 3. - С. 3 - 6.
2. Гаджиев Р.С., Гасанов А.Н. Качество диспансеризации подростков в городских детских поликлиниках. Здравоохранение Российской Федерации. - 2005. - №4. - С. 51 - 53.
3. Калининская А.А., Королев О.П., Бальзамова Л.А., Мещеряков Д. Г. Формы профилактической работы медицинских учреждений. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2005. - № 3. - С. 29 - 31.
4. Денисов И.Н., Черниенко Е.И., Волнухин А.В. Социальная эффективность стационарозамещающих технологий в условиях ОВП (семейная медицина). Вестник семейной медицины. - 2008. - №7. - С. 60-62.
5. Калининская А.А., Коротков Ю.А., Чижикова Т.В., Сулькина Ф.А. Состояние первичной медико-санитарной помощи в России. Вестник семейной медицины. - 2008. - №7. - С. 30-32.