

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

С.В.Шульган

Республиканская клиническая стоматологическая поликлиника,  
г. Минск, Республика Беларусь

*Качество оказания стоматологической помощи является не только важнейшей характеристикой лечебно-диагностического процесса, но и обеспечивает правовую защищенность врачей. В статье представлен обзор актуальных проблем, касающихся качества оказания стоматологической помощи, в том числе ведения медицинской документации в стоматологических поликлиниках.*

Стоматологические заболевания – наиболее частая патология человека. Кариозные поражения зубов наблюдаются у 95–98% взрослых людей, болезни пародонта отмечаются у 75% взрослого населения в мире [1]. Большинство людей имеют ту или иную патологию зубочелюстной системы. Необходимо отметить, что заболевания полости рта неблагоприятно сказываются на общем состоянии здоровья. Если одиночные поражения зубов кариесом, кроме болевых ощущений во время еды или косметического дефекта, особенно себя не проявляют, то осложнения кариеса – пульпит и периодонтит – сопровождаются значительной болью, а безуспешное их лечение нередко приводит к потере зубов и снижению жевательной способности.

Эпидемиологические исследования с использованием пародонтального индекса CPITN (Community Periodontal Index of Treatment Needs) свидетельствуют о значительных различиях распространенности болезней пародонта в разных регионах мира. Самый большой процент молодых людей, страдающих болезнями пародонта различной степени тяжести, в возрастной группе 15–19 лет выявлен в Африке (90%) и Юго-Восточной Азии (95%). В Америке популяция молодых людей со здоровым пародонтом составляет 18%, однако выявлено 6–8% пациентов с глубокими пародонтальными карманами (CPITN «4»). В Европейском регионе здоровы 19–20% молодых людей, а из числа больных не более 5% имеют неглубокие пародонтальные карманы (CPITN «3») [2].

В Республике Беларусь до 1996 г. тенденции заболеваемости пародонтом определить было невозможно в связи с различиями в применяемых методах эпидемиологических исследований [3]. В 1996 г. в Беларуси проведено эпидемиологическое исследование стоматологического здоровья и тенденций заболеваемости в соответствии с рекомендациями ВОЗ (использовалась методика системной групповой выборки, включающая ключевые воз-

растные группы населения) [3, 4]. Болезни пародонта были выявлены у 99,8% взрослого населения. В настоящее время в Беларуси распространенность болезней пародонта в возрастной группе 35–44 года остается высокой и колеблется по данным эпидемиологических исследований различных авторов от 92,5±2,95% до 100% [5, 6].

Кариес зубов и заболевания пародонта – это социально и экономически значимая проблема, что подчеркивается в работах ряда отечественных и зарубежных авторов [7, 8]. Отсутствие своевременного лечения кариеса зубов приводит к их преждевременной потере и, следовательно, к раннему старению организма. Кроме того, для любого государства эффективная стоматологическая помощь является весьма дорогостоящей. Некоторые экономически развитые страны тратят на нее от 5 до 11% годовых бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение. По данным ВОЗ, даже экономически развитые государства нуждаются в 3-, 8-кратном увеличении объема стоматологической помощи [9]. Для достижения высокого уровня стоматологического здоровья населения, помимо мер социально-экономического характера, необходимо значительное улучшение доступности и качества оказания стоматологической помощи [10, 11].

Улучшение качества стоматологической помощи является как медицинской, так и не менее значимой социальной и экономической проблемой. Если медицинское значение улучшения качества стоматологического лечения понятно – это снижение числа осложнений, улучшение состояния полости рта, сохранение здоровья, то социальные и экономические аспекты проблемы менее изучены. Они заключаются в уменьшении числа визитов к врачу, снижении числа случаев повторного лечения, повышении производительности работы стоматолога, снижении экономических затрат на каждого пациента в расчете на длительный период времени.

Решение важнейших задач реформирования стоматологической помощи населению не может быть успешным без научного обобщения опыта практической деятельности по перестройке этого вида помощи в конкретных условиях. Новые социально-экономические условия предполагают поиск наиболее оптимальных форм и методов профилактики стоматологических заболеваний на основе укрепления материально-технической базы учреждений, повышения квалификации персонала, улучшения экономических условий деятельности учреждений [12].

Проблеме обеспечения качества медицинской помощи в настоящее время во всем мире придается большое значение. Однако, до сих пор ни в Республике Беларусь, ни за рубежом нет однозначного понимания критериев определения качества медицинской помощи. Ясно лишь одно, что качественная медицинская помощь должна обеспечивать продолжительность и качество жизни пациента, экономическую и медико-социальную эффективность программ развития здравоохранения.

Причины возникновения профессиональных ошибок, дефектов и осложнений, вызванных медицинскими воздействиями, несмотря на актуальность, до настоящего времени также являются недостаточно изученными [13].

Определение понятия «врачебные ошибки» в законодательстве Республики Беларусь отсутствует. Вместе с тем, «обычаи медицинской практики» [14] довольно часто апеллируют к данному понятию. Принято считать, что врачебные ошибки допускаются в силу объективных обстоятельств, т.е. действия медицинского персонала были объективно ненадлежащими, неверными.

Основными причинами врачебных ошибок являются:

отсутствие надлежащих условий оказания помощи (вынужденное оказание врачом помощи в условиях, не позволяющих оказать ее в соответствии со стандартами профессии), плохая материально-техническая оснащенность ЛПО и др.;

несовершенство медицинских технологий и знаний (когда болезнь изучена медицинской наукой неполно, и ошибка является следствием неполноты знаний не данного врача, а медицины в целом);

недостаточный уровень профессионализма врача без элементов небрежности в его действиях (врач старался сделать все, что мог, но его знания и умения оказались недостаточными для правильных действий).

Выделяют также важные обстоятельства, которые могут играть основную роль в наступлении негативных последствий допущенных врачебных ошибок:

- чрезвычайная атипичность, редкость или злокачественность данного заболевания или его осложнения;

- исключительность индивидуальных особенностей организма пациента;

- ненадлежащие действия самого пациента, его родственников, других лиц (позднее обращение за медицинской помощью, отказ от госпитализации, уклонение, противодействие при осуществлении лечебно-диагностического процесса, нарушение режима лечения);

- особенности психофизиологического состояния медицинского работника (болезнь, крайняя степень переутомления).

Несчастные случаи (казусы) – это неблагоприятные исходы врачебного вмешательства. Это результаты, которые не удастся предвидеть, а следовательно, и предотвратить из-за объективно складывающихся случайных обстоятельств (хотя врач действует правильно и в полном соответствии с медицинскими правилами и стандартными методами лечения) [15].

К профессиональным правонарушениям (преступлениям) относятся небрежные или умышленные действия медицинского работника, повлекшие причинение вреда жизни и здоровью пациента.

Различие между врачебной ошибкой, несчастным случаем и правонарушением заключается в причинах и условиях их возникновения. В случае правонарушений добросовестность действий медперсонала отсутствует. ЛПО не могут нести ответственность за ошибки, обусловленные сложностью заболевания и не зависящие от внимания и добросовестности персонала. И наоборот, лечебные учреждения несут ответственность за повреждение здоровья пациента, в качестве причины которого выступило профессиональное правонарушение медицинского работника (привлеченного организацией внештатного консультанта) [14].

К наиболее часто встречающимся профессиональным правонарушениям медицинских работников относятся не оказание помощи больному, ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником, разглашение врачебной тайны и др. [15].

В настоящее время изучение профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов лечения особо актуально при оказании стоматологической помощи, так как количество жалоб и гражданских исков пациентов по указанному профилю ежегодно устойчиво увеличивается и занимает первое место среди других медицинских специальностей. Вместе с тем, не разработаны научно обоснованные, объективные критерии оценки профессиональ-

ных ошибок и дефектов оказания стоматологической помощи (услуги), не обоснованы эффективные методы и способы анализа лечебно-диагностического процесса, что затрудняет всесторонний анализ конкретной клинической ситуации.

В работах отечественных и зарубежных авторов значительное внимание уделяется исследованиям качества оказания стоматологической помощи населению [16–22]. Большинство опубликованных исследований свидетельствуют о том, что предпочтение и в нашей стране, и за рубежом отдается организации и проведению социологических опросов среди населения. Социологические опросы позволяют судить как о состоянии стоматологической службы, так и о качестве оказания стоматологической помощи. Во многих странах результаты опроса населения являются единственным и главным критерием оценки качества стоматологического обслуживания [23].

Изучение удовлетворенности населения является важным фактором в формировании стратегии управления стоматологической помощью, в организации разных видов приема, позволяет более детально оценить качество и удовлетворенность пациентов при разных мотивациях разных видов стоматологического приема (терапевтического, хирургического, ортопедического). Именно с позиций изучения удовлетворенности разных категорий населения и контроля качества оказанной помощи в стоматологических ЛПУ может быть обеспечен реальный контроль за стоматологическими кадрами (уделяя внимание их профессиональной квалификации, вопросам дальнейшего усовершенствования и, в конечном итоге, обеспечению качества оказания помощи).

Оценка оказания стоматологической помощи населением носит субъективный характер и основана на восприятии пациентами лишь этических и деонтологических аспектов работы врача. Опросы врачей-специалистов по проблемам качества оказания стоматологической помощи организуются реже, но результаты подобных исследований представляют безусловный интерес для руководителей при разработке мероприятий, направленных на повышение качества оказания стоматологической помощи населению [20, 24, 25].

Особого внимания заслуживает изучение ненадлежащего качества оказания медицинской помощи, связанного с дефектами в оформлении медицинской документации. В ряде случаев это может быть классифицировано как служебный подлог или халатность (профессиональное правонарушение). Дефекты в оформлении медицинской документации могут быть связаны с неправиль-

ным оформлением протоколов операций, справок, выписок из историй болезни, больничных листов; недочетами и пробелами в оформлении амбулаторных карт, историй болезни, операционных журналов; некачественным ведением регистрационных журналов и пр. [26, 27].

Решение многих задач организации стоматологической практики немыслимо без анализа сведений, содержащихся в медицинской отчетной и учетной документации поликлиники. Анализ материалов медицинской документации осуществляется для совершенствования организации работы врачей, текущего и перспективного планирования деятельности клиники, ее ресурсного обеспечения; определения эффективности различных методов лечения и диагностики, новых медицинских технологий и новых форм организации труда персонала, оценки всех компонентов качества оказания стоматологической помощи пациентам.

Применение в стоматологической практике первичной медицинской документации позволяет получить необходимую информацию, по результатам анализа которой можно определить целый ряд количественных и качественных показателей, характеризующих клинические аспекты работы как отдельных врачей, так и всей стоматологической клиники в целом.

В государственных учреждениях здравоохранения основную работу по организации первичного статистического учета выполняют кабинеты медицинской статистики. В частных клиниках этим занимаются, как правило, сами руководители.

В настоящее время стоматологические учреждения используют различные формы первичной медицинской документации, однако особого внимания среди них заслуживает «Стоматологическая амбулаторная карта» (форма №043/у-10).

Согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14.01.2011 г. №24 форма №043/у-10 применяется в качестве учетной формы первичной медицинской документации для отражения и документирования лечебно-диагностического процесса при оказании амбулаторно-поликлинической специализированной медицинской помощи на всех видах стоматологического лечения и приема (терапевтический, лечебно-профилактический), амбулаторно-хирургический, ортопедический, ортодонтический, смешанный, бюджетный, платный, взрослый, детский). Данный документ является основополагающим при оценке эффективности и качества оказания стоматологической помощи конкретному пациенту.

Сведения, содержащиеся в «Стоматологической амбулаторной карте», имеют существенное юридиче-

ское значение для выяснения обстоятельств оказания стоматологических услуг и оценки их качества. Поэтому записи, сделанные в медицинской карте, представляют собой ценную информацию, которая может послужить одним из основных доказательств по делам, связанным с оказанием медицинской помощи.

Несмотря на очевидное юридическое значение первичных медицинских документов, многие врачи небрежно относятся к ведению амбулаторных карт, что впоследствии нередко приводит к различным организационным и клиническим проблемам.

К числу типичных ошибок, допускаемых при ведении амбулаторных карт в стоматологической практике, относятся следующие:

- небрежное заполнение паспортной части, вследствие чего в последующем пациента трудно найти, чтобы пригласить на повторный осмотр для изучения отдаленных результатов;

- недопустимая краткость, использование непринятых сокращений в записях, что может стать причиной различных ошибок, вплоть до оказания неадекватной помощи;

- несвоевременная запись о выполненных медицинских вмешательствах (некоторые врачи делают запись о лечебных мероприятиях не в тот день, когда они проведены, а в дни последующих посещений), что может повлечь дополнительные ошибки, особенно когда пациента принимает другой врач, которому из амбулаторной карты сложно понять объем и характер помощи на предыдущих этапах лечения; по этой причине иногда проводятся излишние (и даже ошибочные) манипуляции;

- невнесение в амбулаторную карту результатов обследования пациента (анализы, данные рентгенологического обследования и др.), из-за чего приходится повторно подвергать его излишним (и притом не всегда приятным) манипуляциям;

- не заполняется зубная формула, которая является основным источником информации о стоматологическом статусе пациента;

- не отражаются сведения о предыдущих вмешательствах относительно больного зуба;

- не обосновываются применяемые методы лечения;

- не фиксируется момент завершения лечения;

- не отражаются сведения об осложнениях, возникающих при проведении тех или иных методов лечения;

- допускаются исправления, вычеркивания, стирания, приписки, причем это, как правило, делается тогда, когда у пациента возникают осложнения или он вступает в конфликт с врачом.

Также имеется еще ряд моментов, которые могут расцениваться как ошибки ведения медицинской документации.

Как известно, бремя забот по ведению и хранению медицинских карт лежит на учреждениях здравоохранения. Поэтому суды, как правило, запрашивают медицинскую карту у стоматологической поликлиники, которая в свою очередь обязана представить ее в суд либо доказать, что эта карта находится у самого пациента или выдана по запросу конкретного компетентного органа. В противном случае у суда может возникнуть подозрение, что администрация клиники умышленно не представляет требуемые письменные доказательства. Поэтому к ведению, учету и хранению медицинских документов необходимо относиться очень внимательно.

Известны случаи, когда пациенты самовольно уносили свои медицинские карты из стоматологических клиник. Подобные факты необходимо своевременно документально фиксировать, например, путем составления соответствующего акта, который в дальнейшем также может послужить в суде доказательством отсутствия в клинике медицинской карты [28].

Заполняя любой медицинский документ, врач не должен забывать об идентификационном значении своих записей, их полноте и объективности. Качество оформления медицинской документации имеет не только эстетическое, но, прежде всего, юридическое значение.

В спорных ситуациях врачи-стоматологи максимально защищены при своевременном, грамотном и скрупулезном ведении медицинской документации, полноценном и доступном разъяснении пациентам всех деталей предполагаемой медицинской услуги и ее последствий и надлежащем выполнении этой услуги.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Эпидемиология, этиология и профилактика болезни пародонта / доклад научной группы ВОЗ; серия технических докладов 621. – Женева, 1980. – 65 с.
2. *Pilot, T.* The periodontal disease problem. A comparison between industrialized and developing countries // *Int. Dent. J.* – 1998. – Vol.48, Suppl.1. – P.221–232.
3. *Леус, П.А.* Стоматологическое здоровье населения Республики Беларусь в свете глобальных целей Всемирной организации здравоохранения и в сравнении с другими странами Европы / П.А.Леус // *Современная стоматология.* – 1997. – №2. – С.3–12.
4. *Oral Health Surveys Basic Methods.* 4th ed. – WHO, Geneva, 1996.
5. *Дедова, Л.Н.* Состояние тканей периодонта и кариеса поверхности корня по данным эпидемиологического обследования 35–54-летних жителей Республики Беларусь / Л.Н.Дедова, О.В.Кандрукевич, Е.А.Бондарик // *Стоматологический журнал.* – 2006. – №4. – С.322–323.
6. *Казеко, Л.А.* Заболевания тканей периодонта у населения Республики Беларусь. Тенденции забо-

- леваемости / Л.А.Казеко // Организация, профилактика и новые технологии в стоматологии: материалы V съезда стоматологов Беларуси, Брест, 2004 г. / Мин-во здравоохранения Респ. Беларусь; редкол.: И.К.Луцкая [и др.]. – Брест, 2004. – С.214–215.
7. *Воронин, В.В.* Две модели обоснования этиологии кариеса с позиции системного подхода / В.В.Воронин, В.К.Леонтьев, В.Т.Шестаков // Стоматология. – 2001. – №6. – С.15–17.
  8. *Трофимов, В.В.* Распространенность кариеса у жителей Иркутской области / В.В.Трофимов, И.Л.Евстигнеева, Т.Г.Зеленина // Рос. стомат. журн. – 2001. – №6. – С.39–40.
  9. *Лукиных, Л.М.* Интенсивность и распространенность кариеса зубов и мотивация к регулярному уходу за полостью рта у детей / Л.М.Лукиных, С.Ю.Косюга // Новое в стоматологии. – 2001. – №5. – С.13–15.
  10. *Бондаренко, Н.Н.* Быть или не быть стандартам качества стоматологических услуг? / Н.Н.Бондаренко // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2005. – №1(15). – С.80–84.
  11. *Быкова, Ж.Е.* Анализ влияния экономических стимулов на деятельность медицинских учреждений / Ж.Е.Быкова, Е.Л.Потемкин // Экономика здравоохранения. – 2000. – №9,10. – С.12–15.
  12. *Манашеров, Т.О.* Стоматологическое обслуживание населения в условиях реформирования отечественного здравоохранения / Т.О.Манашеров // Менеджер здравоохранения. – 2005. – №8. – С.29–31.
  13. *Калинина, Т.В.* Анализ дефектов оформления медицинской документации в амбулаторно-поликлинических организациях / Т.В.Калинина [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – №1. – С.50–57.
  14. *Кралько, А.А.* Гражданско-правовая ответственность медицинских работников / А.А.Кралько // Медицинские новости. – 2010. – №5–6. – С.46–51.
  15. *Кралько, А.А.* Правовое регулирование охраны здоровья в Республике Беларусь / А.А.Кралько. – Минск: РОО «Пенитенциарное здоровье», 2009. – 294 с.
  16. *Шульган, С.В.* Анализ качества оказания стоматологической помощи населению / С.В.Шульган, Т.В.Калинина, А.М.Матвеев // Стоматолог. – 2013. – №1(8). – С.59.
  17. *Шульган, С.В.* Оценка врачами-стоматологами качества оказания стоматологической помощи населению / С.В.Шульган, Т.В.Калинина, А.М.Матвеев // Современная стоматология. – 2013. – №1. – С.71–75.
  18. *Калинина, Т.В.* Управление качеством оказания стоматологической помощи населению / Т.В.Калинина, С.В.Шульган, А.М.Матвеев // Реабилитация в челюстно-лицевой хирургии и стоматологии: сб. тр. респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Паринские чтения 2012» (3–4 мая 2012 г.) / под общ. ред. проф. И.О.Походенько-Чудаковой. – Минск: Изд. центр БГУ, 2012. – С.289–291.
  19. *Калинина, Т.В.* Анализ качества оказания стоматологической помощи населению / Т.В.Калинина, С.В.Шульган, А.М.Матвеев // Современные вопро-
  - сы организации и информатизации здравоохранения (к 20-летию РНПЦ МТ): Материалы респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием. – Минск, 2012. – С.121–126.
  20. *Антипенко, Э.С.* Об оценке качества работы городских стоматологических поликлиник пациентами и врачами-стоматологами / Э.С.Антипенко // Проблемы оценки качества медицинской помощи: сб. науч. трудов. – СПб., 1996. – С.142–145.
  21. *Вишняков, Н.И.* Изучение качества ортопедической помощи по результатам социологического опроса пациентов / Н.И.Вишняков, Е.О.Данилов, Н.В.Михайлов // Институт стоматологии. – 2001. – №1. – С.6–10.
  22. *Овчаров, В.К.* Изучение удовлетворенности населения стоматологической помощью / В.К.Овчаров, А.Г.Марченко, Е.А.Тишук [и др.] // Здравоохран. Рос. Федерации. – 1991. – №1. – С.10–11.
  23. *Шапиро, А.П.* Изучение мнения населения о качестве и культуре оказываемой ему стоматологической помощи / А.П.Шапиро, А.В.Алимский // Управление, организация, социально-экономические проблемы стоматологической службы страны: Труды ЦНИИС. М., 1991. – С.54–56.
  24. *Демидчик, Ю.Е.* Оценка врачами качества оказания медицинской помощи населению Республики Беларусь / Ю.Е.Демидчик, Т.В.Калинина, М.В.Щавелева [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. – №4. – С.58–63.
  25. *Калинина, Т.В.* Мотивация врачей на повышение качества оказания медицинской помощи населению / Т.В.Калинина, И.Н.Мороз, С.И.Станкевич [и др.] // Медицина. – 2011. – №3(74). – С.24–28.
  26. *Дргонец, Я.* Современная медицина и право. Пер. со словац. / Я.Дргонец, П.Холлендер. – М.: Юридическая литература, 1991. – 336 с.
  27. *Фоменко, А.Г.* Методы выявления, анализа и оценки ошибок и неблагоприятных событий, возникающих при оказании медицинской помощи / А.Г.Фоменко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2008. – №4. – С.41–45.
  28. *Данилов, Е.О.* Правовые основы стоматологической практики / Е.О.Данилов. – СПб.: Санкт-Петербургский институт стоматологии, 2002. – 176 с.

## CHALLENGES IN QUALITY OF DENTAL CARE PROVISION TO THE POPULATION

**S.V.Shulgan**

Republican Clinical Dental Polyclinic, Minsk, Republic of Belarus

The quality of the dental care provision is not only the essential characteristic of the diagnostic and treatment process but it also provides legal security for physicians. The article presents an overview of challenges concerning the quality of dental care provision including medical records maintenance at dental polyclinics.

Поступила 20.02.2014 г.