

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 362.174

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИЯ В ПЕРИОД ПЕРЕХОДА КО ВСЕОБЩЕЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ СТРАНЫ

М. Х. Вахитов, Ш. М. Вахитов

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав.— проф. М. Х. Вахитов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав.— доц. И. Г. Низамов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

В постановлении ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения» (1977) внимание работников здравоохранения обращено на необходимость проведения широких профилактических мероприятий, среди которых ведущее место принадлежит диспансеризации населения. Постепенный переход ко всеобщей диспансеризации населения является длительной и сложной работой, связанной с решением множества задач различного характера.

Руководители лечебно-профилактических учреждений должны иметь ясный план диспансерной работы среди определенного контингента населения, обслуживаемого отдельным врачом и отдельным лечебно-профилактическим учреждением. В этом плане следует учесть как требования вышестоящих органов здравоохранения, так и местные особенности, обусловленные определенными характеристиками населения и обслуживающих его лечебно-профилактических учреждений.

По нашему мнению, работу по составлению плана нужно начинать с построения целевой комплексной программы диспансеризации населения, которая в общем виде приводится ниже. Каждому элементу программы, обозначающему цель или задачу, предшествуют цифры, определяющие место данной цели или задачи в иерархической структуре программы. В скобках указаны критерии, позволяющие оценивать степень решения задачи или достижения цели. При необходимости программа может быть развернута в виде схемы, что значительно увеличит ее наглядность.

Программа диспансеризации населения в рамках отдельного лечебно-профилактического учреждения

Диспансеризация населения (охват диспансерным наблюдением, своевременность выявления хронических заболеваний, своевременность взятия под наблюдение, снижение заболеваемости и смертности населения) складывается из обслуживания больных и здоровых.

1. Обслуживание больных (охват наблюдением хронических больных, длительно и часто болеющих, а также лиц с острыми заболеваниями; структура исходов хронических и острых заболеваний, частота рецидивов; показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности, показатели первичной инвалидизации по основному заболеванию; динамика состояния здоровья наблюдаемых контингентов; летальность).

1.1. Наблюдение в условиях поликлиники (наблюдение сроков медосмотров, среднегодовые показатели числа посещений, различных исследований, консультаций в расчете на одного человека).

1.2. Наблюдение за условиями труда диспансерных больных (охват наблюдением, выполнение графиков посещения производства, доля больных из числа нуждающихся, которым по медицинским показаниям были изменены условия труда).

1.3. Наблюдения за условиями быта (охват наблюдением; доля лиц из числа нуждающихся, которым по медицинским показаниям были улучшены условия быта).

1.4. Проведение лечебно-оздоровительных мероприятий среди диспансерных больных (объем мероприятий и полнота их проведения).

2. Обслуживание здоровых (охват наблюдением, уровень заболеваемости среди здоровых, динамика численности групп риска, индексы здоровья в различных возрастных, половых и профессиональных группах).

2.1. Проведение профилактических осмотров: целевых и общих, декретированного населения и прочих (охват наблюдением, результаты осмотров).

2.2. Проведение оздоровительных мероприятий среди здоровых: режим, диета, физкультура и спорт, общеукрепляющие мероприятия (охват наблюдением, полнота мероприятий, улучшение физического состояния).

Приведенную программу можно детализировать далее в соответствии со спецификой каждого конкретного лечебно-профилактического учреждения. Для выполнения подробного плана действий руководители учреждений здравоохранения должны распределить решение программных задач между сотрудниками, определив их функциональные права и обязанности, объем и характер работы каждого работника и групп сотрудников данного учреждения.

Особое внимание нужно обратить на информационное обеспечение работы по переходу ко всеобщей диспансеризации. Информация требуется для проведения следующих работ.

1. Организация и проведение диспансеризации. Для решения этих вопросов необходимо руководствоваться директивными документами, которыми предусмотрено постоянное расширение контингентов диспансеризуемых, а в перспективе — диспансеризация всего населения. В виде встречной информации для конкретизации объема и видов мероприятий по диспансеризации учреждения здравоохранения должны иметь данные о проведении различных медосмотров, условиях труда и быта населения, намечаемых медико-социальных преобразованиях на предприятиях и в районах проживания населения, а также демографические характеристики населения.

2. Анализ результатов диспансеризации, выводы и разработка предложений. На этом этапе работы следует использовать показатели (критерии), перечисленные в программе диспансеризации, а также информацию об имеющейся и предполагаемой структуре населения по полу, возрасту, профессиональному составу, видам и тяжести заболеваний, их стадиям и осложнениям. Однако, эти сведения имеют достаточную ценность лишь при изучении их в динамике.

Руководители лечебно-профилактических учреждений должны критически переосмыслить имеющийся информационный материал, выявить недостатки в обеспечении им своих учреждений, наметить пути получения необходимой информации своевременно и в достаточном объеме, научиться оперативно и полно ее использовать.

В организации диспансерного наблюдения, по нашему мнению, целесообразно условное выделение семи этапов, что позволяет более полно и дифференцированно представить перечень работ, связанных с диспансеризацией.

1. Изучение состояния здоровья населения в связи с различными факторами, характеризующими условия труда и быта. Изучение здоровья проводится при обращении человека к врачу по какому-либо поводу или при профосмотрах. Последний вариант должен преобладать, но полностью отказываться от первого тоже нельзя, поскольку правильная организация осмотров при обращении в лечебно-профилактическое учреждение может значительно снизить нагрузку врачей в период профосмотров. Состояние здоровья каждого диспансеризуемого обязательно следует сопоставлять с условиями его труда и быта. Все рекомендации и мероприятия по профилактике заболеваний и их рецидивов нужно разрабатывать с учетом социально-гигиенических, экономических и прочих характерных условий жизни людей. Ни в коем случае нельзя допускать обезличивания и выдачи общих рекомендаций, дискредитирующих всю систему диспансерного наблюдения.

2. Оценка состояния здоровья и условий жизни в медицинском и социальном аспектах. Медицинским аспектом оценки является состояние здоровья, социальным — уровень трудоспособности. Нередко эти аспекты не соответствуют друг другу, и человек считается здоровым, поскольку несет полную трудовую нагрузку. Но комплексное углубленное изучение его здоровья может показать, что человек работает на грани своих возможностей. Такое перенапряжение сил сопряжено с высоким риском стойкой потери трудоспособности. Однако если вовремя принять меры медицинского и социального характера, то можно сохранить человеку длительную трудоспособность, активную и деятельную старость, что даст обществу значительный резерв трудовых ресурсов.

3. Определение контингентов наблюдения. Деление диспансеризуемых на группы помогает в разработке лечебно-оздоровительных мероприятий и рекомендаций для них. Следует отметить, что распространенное деление на 5 групп нуждается в определенном дополнении. Целесообразно внутри каждой группы выделить подгруппы по медицинским и социальным критериям, так как это позволит более дифференцированно подходить к разработке рекомендаций относительно каждой подгруппы.

Особого внимания требуют представители первой и, отчасти, второй групп наблюдения. В ряде случаев всю диспансерную работу с этими людьми сводят к периодическим осмотрам, что в корне неверно и не соответствует основной цели диспансеризации.

зации — профилактике заболеваний. Ограничение диспансеризации лишь осмотрами означает в действительности ожидание возникновения заболевания вместо его предупреждения. Профилактические мероприятия заключаются в активном ведении диспансеризуемых, в постоянном контроле за их режимом дня, условиями труда и быта, в привлечении к физкультуре и спорту, разработке для каждого оптимального распорядка жизни, проведении разъяснительной работы и т. д.

4. Оформление документов. Утвержденные в настоящее время документы — индивидуальная карта амбулаторного больного и контрольная карта диспансерного наблюдения — не вполне отвечают требованиям всеобщей диспансеризации. Название первого документа не соответствует содержанию в случаях наблюдения за здоровыми людьми, а второй часто не удовлетворяет врачей своим объемом и содержанием. В связи с этим требуется разработка новых, более совершенных форм документации.

5. Непосредственное наблюдение. Этот этап работы предусматривает претворение в жизнь планов контрольных обследований и лечебно-оздоровительных мероприятий, намеченных врачом. Планы должны быть реальными и обязательно выполняться. Следует исключить случаи нарушения планов по вине врачей, а по вине наблюдаемых свести к минимуму. Только такая постановка дела позволит проводить эффективные мероприятия по профилактике новых заболеваний и предупреждению обострений хронических болезней.

6. Анализ проделанной работы. Адекватный анализ, выполненный с привлечением аппарата санитарной статистики, экономических методов определения эффективности и комплексных оценок, даст конкретное представление об уровне выполненной работы и поможет выявить недостатки в организации диспансерного наблюдения.

7. Разработка мероприятий и предложений, направленных на дальнейшее улучшение диспансерной работы и повышение ее качества.

Следующим важным вопросом перехода ко всеобщей диспансеризации нужно считать обеспечение кадрами и материальными ресурсами. Эффективная диспансерная работа возможна лишь с применением достижений науки, новейшей техники и оборудования, с разработкой и внедрением оптимальных форм обслуживания. Поэтому руководители учреждений здравоохранения должны обращать внимание на следующие моменты: 1) внедрение лабораторно-диагностического оборудования, оснащенного электроникой и позволяющего задавать определенные программы исследования и оценки результатов; 2) использование эффективных быстрых машинных и безмашинных методов оценки состояния здоровья и выбора оптимальных режимов труда и быта; 3) проведение лечебно-оздоровительных мероприятий в широком масштабе, в том числе трудоустройство, организацию быта диспансеризуемых, а также мероприятия по охране окружающей среды; 4) расширение сети диспансеров, являющихся лечебно-профилактическими учреждениями, научно-методическими центрами по борьбе с определенными видами патологии, учебными базами; 5) наличие помещений и времени для проведения правильной, полной, эффективной диспансерной работы; 6) наличие автоматизированных систем осмотра населения.

Переход ко всеобщей диспансеризации требует обеспечения высококвалифицированными кадрами здравоохранения, умеющими не просто применять достижения науки и техники, а пользоваться ими с наибольшим эффектом. Для этого необходимо иметь тщательно разработанные инструкции и программы обучения, по которым врачам и средним медицинским работникам предстоит усвоить немалый объем знаний и практических навыков для работы в новых условиях.

В заключение нельзя не коснуться некоторых психологических аспектов перехода ко всеобщей диспансеризации. Прежде всего необходимо повысить ответственность врачей за качество и эффективность диспансерной работы. Основным направлением деятельности каждого врача на деле, а не на словах должна стать профилактика заболеваний. Это связано как с ростом уровня профессиональных знаний и знаний в смежных с медициной областях, так и с вопросами взаимоотношений с обслуживаемым населением, с советскими и партийными органами, с руководством предприятий и учреждений, находящихся на обслуживаемой территории. Следует также повышать самосознание населения и чувство ответственности людей за свое здоровье. Каждый человек должен сознательно соблюдать рекомендации врачей, графики посещений медицинских учреждений и быть активным помощником врачей в деле сохранения своего здоровья, что возможно лишь в том случае, если он на себе ощутит положительное влияние диспансеризации как комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий.

Решение всех перечисленных задач в рамках каждого лечебно-профилактического учреждения совместными усилиями практических врачей, руководителей учреждений и органов здравоохранения, научных работников позволит советскому здравоохранению подняться на качественно новую ступень развития, основной отличительной чер-

той которой будет широкая и действенная профилактика различных заболеваний. Именно это явится реальным претворением в жизнь решений XXVI съезда и Программы КПСС в области здравоохранения.

Поступила 14 сентября 1983 г.

УДК 061.66:616 — 055.2

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

*Л. Ф. Шинкарева, А. В. Чиркова, М. И. Сабсай, К. Г. Серебренникова,
В. И. Жданова*

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Л. Ф. Шинкарева) Ижевского
ордена Дружбы народов медицинского института*

Решениями XXVI съезда КПСС и постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О дополнительных мерах по улучшению охраны здоровья населения» перед советским здравоохранением поставлены новые задачи, важнейшими из которых являются повышение качества акушерско-гинекологической помощи, профилактика и раннее выявление заболеваний, улучшение охраны здоровья женщин и детей и их диспансерного наблюдения.

Определяющее значение в диспансеризации женского населения имеет очередность поэтапного охвата различных контингентов женщин с распределением их по группам интенсивности наблюдений и оздоровления с учетом возраста, особенности профессии, условий труда и быта. Отбор женщин для диспансерного наблюдения проводится при текущей обращаемости, приеме на работу, после стационарного лечения, при анализе медицинской документации.

Для решения организационных и информационных вопросов в женских консультациях г. Ижевска функционируют кабинеты диспансеризации. Являясь структурным подразделением поликлиники, такие кабинеты организуются за счет ее внутренних резервов. Их основные задачи заключаются в своевременном выявлении лиц, подлежащих диспансерному наблюдению, и в обеспечении их взятия на учет, в контроле за соблюдением сроков явки здоровых и больных для планового обследования и лечения, подготовке женщин к врачебному приему, в ведении статистической учетной и отчетной документации по диспансеризации.

В кабинет диспансеризации ежедневно поступают амбулаторные карты с врачебных приемов, с периодических и целевых осмотров, амбулаторные карты с выписками из историй болезни, статистические талоны по учету посещаемости поликлиники. Методическое руководство и контроль за работой кабинета диспансеризации осуществляют заведующий женской консультацией и заведующий поликлиникой.

Одним из перспективных направлений, способствующих улучшению акушерско-гинекологической помощи и эффективности диспансеризации, является организация специализированных приемов по наиболее сложным видам акушерско-гинекологической патологии, требующим углубленного обследования и дифференцированного лечения. Такая форма работы обеспечивает не только рациональное использование материально-технической базы здравоохранения, применение современных методов диагностики и лечения больных, но и повышение уровня специальной подготовки медицинского персонала [1]. Специализированные приемы целесообразны при хорошо оснащенных базовых женских консультациях, многопрофильных клинических больницах и медико-санитарных частях. Наш опыт свидетельствует, что ведение специализированных приемов по вопросам бесплодия, невынашивания беременности, дисфункциональным маточным кровотечениям, детской патологии может осуществлять специально подготовленный врач. При организации консультативно-методического центра по реабилитации больных с особо сложной гинекологической патологией (нейроэндокринные нарушения, генитальный эндометриоз и др.) рационально привлекать сотрудников кафедр акушерства и гинекологии, разрабатывающих научные основы реабилитации этого контингента больных. В Ижевске функционируют специализированные приемы (кабинеты) по вопросам невынашивания беременности, лечения женского бесплодия, контрацепции при крупных женских консультациях, в которых