

С.Ю. Ломаков

ОЦЕНКА ПАЦИЕНТАМИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В РОССИЙСКОМ НАУЧНОМ ЦЕНТРЕ РАДИОЛОГИИ И ХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ (РНЦРХТ)

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий»
Минздрава России, Санкт-Петербург

По материалам анкетирования 416 пациентов установлено, что уровень удовлетворенности пациентов РНЦРХТ всеми компонентами качества медицинской помощи достаточно высок. Основными причинами неудовлетворенности явились санитарное состояние палат и мест общего пользования, качество питания и белья, отношение младшего медицинского персонала.

Ключевые слова: анкетирование, качество, удовлетворенность, онкологические больные.

В определении качества медицинской помощи, которое дает ВОЗ, отмечается, что удовлетворение больного от процесса её оказания должно быть максимальным. От степени удовлетворенности пациентов полученной медицинской помощью, от впечатления, производимого учреждением здравоохранения и медицинским персоналом на больных, зависят как их повторное обращение в случае необходимости в это ЛПУ, так и характер информации о нем, которая в дальнейшем будет распространяться среди близких и знакомых. Именно мнение населения в конечном итоге формирует имидж учреждения [5]. В соответствии с положениями Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года, утвержденной указом Президента Российской Федерации от 12.05.2009 № 537, и положениями 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» среди задач, стоящих перед здравоохранением, ведущими являются обеспечение качества и доступности медицинской помощи.

В современной системе контроля качества медицинской помощи особая роль отводится социологическим опросам пациентов учреждений здравоохранения [1–4]. Анонимное анкетирование является эффективным методом, который сравнительно простым путем позволяет получить ценную информацию о качестве деятельности

медицинских учреждений, «слабых местах» их работы, о соблюдении этического-деонтологических принципов медицинским персоналом. Введение социологического мониторинга в любом ЛПУ может явиться мощным рычагом для улучшения качества его работы [6–9]

Настоящее исследование проводилось на базе РНЦРХТ. Для получения информации об удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи было проведено анонимное анкетирование 416 пациентов. Среди респондентов было 47,0% мужчин и 53,0% женщин. Большую часть анкетированных составили больные старших возрастных групп (50–59 лет — 30,6%, 60–69 лет — 25,7%, 70 лет и старше — 17,4%), на долю пациентов в возрасте 17–29 лет приходилось 6,6%, 30–39 лет — 6,8%, 40–49 лет — 12,9%. По диагнозам респонденты распределились следующим образом: злокачественные новообразования (ЗНО) органов пищеварения (20,3%), ЗНО молочной железы (13,6%), ЗНО лимфоидной, кроветворной тканей (11,3%), ЗНО мочевых путей (11,1%), ЗНО мужских половых органов (10,5%), ЗНО головного мозга и др. отделов ЦНС (8,2%), ЗНО женских половых органов (8,0%), прочие (17,0%). Статистическая совокупность была репрезентативна по объему и соответствовала общему контингенту стационарных больных по полу, возрасту и характеру патологии.

Стационарное лечение больных в клинике РНЦРХТ реализуется несколькими путями: по программе оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП); по программе оказания специализированной медицинской помощи (СМП); на платной основе по договору, заключаемому в порядке личной инициативы пациента. Предварительное решение о необходимости стационарного лечения принимается только после консультации со специалистами Центра. Проведенное анкетирование показало, что только 18,6% респондентов на вопрос «Трудно ли попасть на консультацию

в РНЦРХТ?» ответили «да», а 81,4% не испытывали затруднений в получении консультаций специалистов Центра. Вместе с тем, 18,0% больных указали, что они ожидали госпитализацию больше месяца, а 6,1% — от трех недель до месяца. Длительно (свыше месяца) ожидали госпитализацию каждый четвертый больной с ЗНО предстательной железы, головного мозга, почки и мочевого пузыря. Наименьший срок ожидания госпитализации (до одной недели) отмечен при ЗНО желудка, яичника и молочной железы.

Интеграция догоспитального и госпитального этапов специализированной медицинской помощи, объединение их в единый процесс доказало высокую медицинскую и экономическую эффективность. Догоспитальное обследование и лечение больных, проведенное с использованием современных методов диагностики и лечения, дает возможность значительно сократить сроки пребывания больного в стационаре, имеет большое деонтологическое значение. В связи с чем всем больным, нуждающимся в госпитализации, после консультации специалистом Центра выдается памятка, где перечислены все необходимые для госпитализации анализы и обследования, которые следует выполнить в поликлинике по месту жительства. При невозможности выполнения анализов и обследований в районной поликлинике, данная услуга может быть предоставлена в РНЦРХТ (на платной основе по договору). Проведенное исследование показало, что более половины больных (50,5%) обследовались и лечились в поликлинике по месту жительства по полису ОМС, 3,0% — по полису ДМС, 46,5% оплачивали эти услуги сами, причем 41,4% — полностью, а 5,1% — частично. До направления в РНЦРХТ больным в поликлиниках по месту жительства и в районных медицинских учреждениях были проведены различные диагностические исследования: 7,3% больных — рентгенография, 20,1% — УЗИ, 11,6% — МРТ, 7,6% — КТ, 10,0% — другие исследования. Несколько видов исследований были проведены 43,4% больных.

Оценивая качество организации медицинской помощи на догоспитальном этапе, пациенты отметили, что после направления на исследование оно было выполнено в течение первых двух дней 28,4% больных, в течение трех-четырех дней — 22,7%. В срок до одной недели ожидали исследования 12,5%, до двух недель — 11,4%, от 15 дней до одного месяца — 10,2%, а свыше одного месяца ожидали проведения исследования 14,8% больных с онкологическими заболеваниями. Длительные сроки ожидания диагностических исследований в основном отмечены для МРТ и КТ.

Таким образом, значительная часть больных вынуждены весьма длительное время ожидать вначале консультации специалиста Центра, а затем проведения назначенных исследований. В то же время длительное ожидание начала лечения для онкологических больных крайне нежелательно и может привести к непоправимым последствиям.

Проведенное анкетирование показало, что пациенты весьма высоко оценивают качество оказанной в РНЦРХТ медицинской помощи — в среднем на 4,65 балла. При этом посчитали качество помощи отличным 66,0% респондентов, хорошим — 30,5% и лишь 3,5% — удовлетворительным. Плохих оценок не было. Мужчины оценили качество медицинской помощи несколько выше, чем женщины — мужчины на 4,76 балла, женщины на 4,64 балла. Наиболее строго оценили качество медицинской помощи (табл.1) больные в возрастных группах до 29 лет и 40–49 лет (4,60 балла), а также 70 лет и старше (4,68 балла), наиболее высокие оценки поставили респонденты в возрасте 30–39 и 60–69 лет (4,76 балла). Ниже всего (3,78 балла) пациенты оценили деятельность отделения гинекологии, выше всего работу отделений урологии и хирургии (4,84 балла).

Таблица 1

Оценка качества медицинской помощи больными в зависимости от возраста и места прохождения лечения (ср.балл)

Возраст (лет)	Ср. балл	Отделение	Ср. балл
до 29	4,60	ОЛТСЗ	4,68
30–39	4,76	ОЛТОЗ	4,76
40–49	4,60	Протонное	4,31
50–59	4,73	Урология	4,84
60–69	4,76	Гинекология	3,78
70 и >	4,68	Хирургия	4,84

В соответствии с должностными обязанностями лечащий врач должен ежедневно проводить обход больных, отмечать основные изменения в их состоянии, произошедшие за истекшие сутки, и в зависимости от этого определять необходимые мероприятия по лечению и уходу. Заведующий отделением обязан проводить еженедельный обход отделения, осматривать каждого поступившего больного в течение суток с момента поступления, осуществлять постоянные осмотры особо тяжелых больных.

Оценивая организацию лечебного процесса в отделении, респонденты отметили, что в 90,4% случаев лечащие врачи осматривали больных ежедневно, в 7,0% случаев 2–3 раза в неделю, 1,1% больных осматривались лечащим врачом

всего один раз в неделю, а 1,5% — еще реже. Наибольший удельный вес больных, осмотренных один раз в неделю и реже, отмечен в отделении лучевой терапии системных заболеваний (ОЛТСЗ) — 10,5% и отделении лучевой терапии онкологических заболеваний (ОЛТОЗ) — 9,7%. Заведующим отделением были осмотрены всего 88,6% пациентов, 6,5% ответили, что заведующий их не осматривал, а 4,9% не знали, осматривал их заведующий или нет. Наименьшее число осмотренных заведующим отделением было в ОЛТОЗ — 67,9%.

Таким образом, ряд лечащих врачей и заведующих отделениями в нарушении должностных инструкций пренебрегают регулярным осмотром больных, что не может не сказываться как на качестве лечения, так и на удовлетворенности пациентов полученной медицинской помощью.

Средняя продолжительность лечения больных в стационаре составила $19,8 \pm 1,1$ дней, т. е. у них было достаточно времени для оценки качества лечения. Как следует из рис. 1, самую низкую оценку дали пациенты, находящиеся в стационаре 4–7 дней (4,48 балла) и до 4 дней (4,65 балла). В дальнейшем, чем дольше пациенты находятся в Центре, тем выше они оценивают качество медицинской помощи. Очевидно, в первую неделю больные, попав в новую, непривычную для себя обстановку лишь начинают адаптироваться к условиям пребывания в стационаре, в полной мере осознавать необходимость серьезного лечения, их пугает страх неизвестности. Причем самыми критичными являются 4–7 день и именно в этот период пациентам требуется психологическая помощь. В дальнейшем больные несколько успокаиваются, постепенно привыкают к окружающей их среде, режиму, начинают верить в благополучный исход заболевания, «острые углы» постепенно сглаживаются.

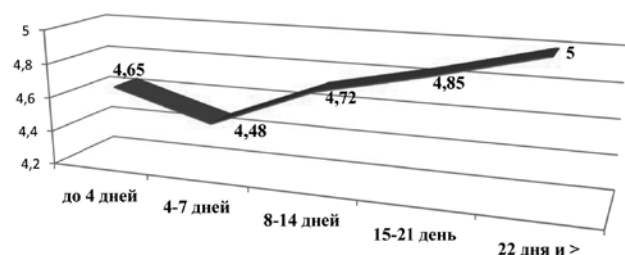


Рис.1 Оценка качества медицинской помощи больными в зависимости от срока пребывания в стационаре (ср. балл)

Как показало исследование, на оценку качества лечения существенное влияние оказывает форма оплаты полученной специализированной помощи. Среди всех проанкетированных 88,7% лечились по квоте, 1,4% по ОМС, 5,5% оплачивали лечение самостоятельно, 4,4% сами ча-

стично оплачивали лечение. Самую высокую оценку (5,0 баллов) дали больные, проходившие лечение по ОМС (рис.2), самыми «придирчивыми» оказались лечившиеся по квоте (4,63 балла) и самостоятельно оплатившие медицинские услуги (4,67 балла).

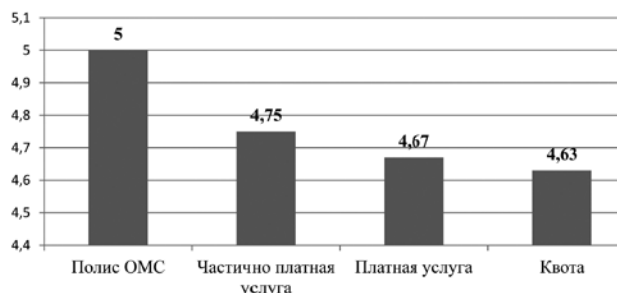


Рис.2 Оценка качества медицинской помощи больными в зависимости от формы оплаты (ср. балл)

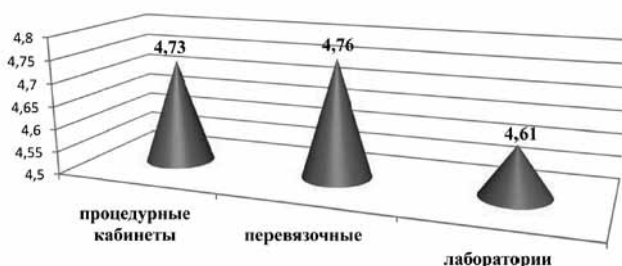


Рис.3 Оценка больными качества работы вспомогательных служб (ср. балл)

Помимо оценки качества лечения, респондентов просили оценить качество работы вспомогательных служб. Анализ ответов показал (рис.3), что ниже всего больные оценили организацию работы лабораторий (на 4,61 балла), организация работы перевязочных и процедурных кабинетов была оценена выше (на 4,76 и 4,73 балла соответственно).

Когда больной находится на лечении в стационаре, у него отмечается повышенное внимание к самому себе, он более остро, чем в обычной жизни, воспринимают невниманье, несправедливость, грубость. В связи с этим, медицинский персонал, работающий в больнице, особенно с онкологическими больными, должен быть особо щепетильным в отношении соблюдения принципов врачебной этики и деонтологии. Часто причиной неудовлетворенности пациентов деятельностью лечебно-профилактического учреждения является грубость медперсонала, а не плохие условия пребывания или отсутствие современного оборудования [9]. Анализ ответов респондентов показал, что наибольшую неудовлетворенность граждан вызывает взаимодействие с младшим персоналом, деятельность которого больные оценили в среднем лишь

на 3,43 балла (рис.4), при этом только 35,7% пациентов оценили их отношение к больным как отличное и хорошее, а более половины респондентов посчитали его удовлетворительным и 7,1% — плохим.

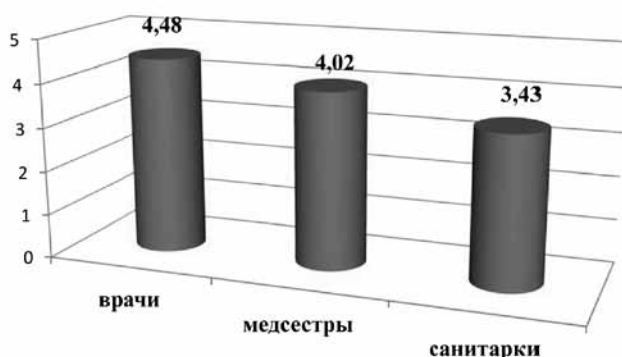


Рис. 4 Оценка больными отношения к ним медицинского персонала (средний балл)

По мере «увеличения должности» уровень психологического комфорта возрастает. Профессиональные и человеческие качества врачей и медицинских сестер пациенты оценили достаточно высоко (врачей на 4,48 балла, медсестер на 4,02 балла), поставив при этом только отличные и хорошие оценки. В тоже время некоторые пациенты жаловались, что врачи лишней раз не поговорят с больными, не объясняют состояние и особенности заболевания, предполагаемые сроки лечения, не озвучивают назначаемые медикаменты, отмечали наличие очередей к кардиологу и на профильное обследование.

Значимой составляющей лечебно-охранительного режима является чистота в помещениях. Любое отделение стационара должно строго соответствовать определенным санитарно-гигиеническим требованиям, в нем регулярно должна осуществляться уборка помещений. Проведенное анкетирование показало, что основными причинами неудовлетворенности больных явились неудовлетворительное санитарное состояние палат и мест общего пользования, качество питания и белья, которые респонденты в среднем оценили на 4,54, 4,45, 4,30 и 4,48 баллов соответственно (табл.2).

Таблица 2

Оценка больными деятельности парамедицинских служб (ср.балл)

Показатель	Ср. балл
Санитарное состояние палат	4,54
Санитарное состояние мест общего пользования	4,45
Качество питания	4,30
Качество постельного белья	4,48

Санитарное состояние отделений в целом более половины респондентов оценили как отличное, каждый третий — как хорошее, в то время как 4,9% полагали, что стационар находится в удовлетворительном и/или плохом состоянии. Особенно низкую оценку получили состояние туалетов, душевых и уборка палат.

Постельное белье в отделении должно меняться регулярно и своевременно обновляться. Стационары и ранее часто имели недостаточное количество белья для больных, испытывали затруднения с его стиркой. Эти трудности в последнее время усугубились еще и в связи с повышением цен на мягкий инвентарь и стирку белья [9].

Качество питания не только определяет комфортность пребывания пациентов в стационаре, но имеет и существенное лечебное значение. Состояние питания больных зависит как от качества приготовления пищи, так и от разнообразия и качества поставляемых продуктов, однако ограничивается рамками выделяемых на эти цели средств. В результате анкетирования было установлено, что 6,1% респондентов предъявляли жалобы на качество питания.

Проведенное исследование позволило не только выявить сильные и слабые стороны действующей системы стационарной помощи онкологическим больным, но и «услышать» предложения самих больных по оптимизации организации их лечения в условиях РНЦРХТ.

Для улучшения организации работы лечебно-диагностических подразделений респонденты предлагали процедуры обследования (особенно тех, которые связаны с голоданием) проводить до 12 ч. дня, развести графики приема пищи и процедур, на КТ и ПЭТ принимать в первую очередь стационарных больных, а уже потом — платных.

Часть респондентов считали необходимым улучшить бытовые условия содержания в палатах: установить шкафы для одежды, тумбочки, светильники у каждой койки, снабдить палаты электрочайниками, установить в палатах кнопку вызова медсестры, менять постельное белье чаще и по графику.

Для улучшения условий пребывания в стационаре респонденты предлагали лучше оборудовать места для отдыха (холлы), сделать туалет доступным для пациентов-колясочников, установить телевизоры «чтобы меньше времени оставалось для разговоров о болезнях», просили проводить лекции о заболеваниях и их профилактике, продлить для пациентов время доступности входа и выхода из Центра.

Несмотря на отмеченные недостатки, при необходимости последующего лечения 89,1% респондентов хотели бы продолжать его именно

в РНЦРХТ и только 2,5% в другом медицинском учреждении (8,4% не определились или считали, что дальнейшее лечение им не потребуется).

Выводы:

1. В целом уровень удовлетворенности пациентов РНЦРХТ всеми компонентами качества медицинской помощи достаточно высок.
2. Выявленные недостатки в организации работы клинических подразделений, парамедицинских служб и условий пребывания в стационаре являются резервом для устранения причин, негативно влияющих на восприятие пациентами качества медицинской помощи.
3. Полученные в результате опроса сведения целесообразно использовать администрации Центра для принятия управленческих решений, направленных на повышение удовлетворенности пациентов оказываемой им медицинской помощью.
4. Периодический мониторинг удовлетворенности пациентов качеством оказания стационарной помощи, наряду с экспертной оценкой своевременности и полноты диагностических и терапевтических мероприятий, может найти широкое применение не только в онкологических стационарах, но и в других ЛПУ.

ЛИТЕРАТУРА

1. С.И. Антипова, Е.В. Горячева. Изучение мнения населения об оказании медицинской помощи в Белоруссии // Мед. новости. — 2005. — № 2. — С. 54–56.
2. Н.И. Вишняков, Н.Г. Петрова, С.А. Балохина и др. Мнение пациентов как важный критерий качества медицинской помощи // Пробл. управления здравоохран. — 2009. — № 2(45). — С. 43–45.
3. Г.Н. Котова, Е.Н. Нечаева, П.А. Гучек, Л.Н. Карасева. Социологическая оценка качества медицинской помощи // Здравоохран. Рос. Федерации. — 2001. — № 4. — С. 22–26.
4. А.В. Красильников. Социологические опросы пациентов как критерий оценки качества медицинской услуги // www.Concilium-medicum.com
5. В.А. Медик, В.К. Юрьев. Общественное здоровье и здравоохранение // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — С. 531–539.
6. П.Н. Морозов. Оценка пациентами деятельности стационарных лечебно-профилактических учреждений (на примере Клинического центра ММА им. И.М. Сеченова) // Пробл. управления здравоохран. — 2005. — № 2. (36). — С. 78–83.
7. Ж.Б. Набережная, А.Г. Сердюков. Анализ удовлетворенности больных медицинской помощью в стационарах // Главврач. — 2005. — № 3. — С. 49–53.
8. Н.Г. Петрова, С.А. Балохина, М.М. Мартиросян и др. Социологические исследования как неотъемлемый инструмент управления на современном этапе // Пробл. управления здравоохран. — 2008. — № 4 (41). — С. 19–25.
9. В.К. Юрьев, Н.Е. Арефьева, Т.А. Волкова и др. Опыт использования анкетирования пациентов для оценки качества медицинской помощи // Социология мед. — 2007. — № 2. — С. 28–30.

S.Yu. Lomakov

PATIENTS' EVALUATION OF THE QUALITY OF SPECIALIZED CARE TO CANCER PATIENTS AT THE RUSSIAN RE-SEARCH CENTER OF RADIOLOGY AND SURGICAL TECHNOLOGIES (RRCRST)

Russian Research Center of Radiology and Surgical Technologies, St. Petersburg

Questioning of 416 patients established that level of satisfaction of patients, treated at RRCRST, by all components of quality of medical care is rather high. The main reasons for dissatisfaction were the sanitary condition of the wards and common areas, the quality of food and clothes, the attitude of nurses.

Key words: questioning, quality, satisfaction, oncological patients.

Поступила в редакцию 05.07.2013