

О. З. Децик, А. М. Яворський, М. І. Яворський

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України

## ШЛЯХИ ПОЛІПШЕННЯ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ПАЦІЄНТІВ В СИСТЕМІ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ

Проведено соціологічне опитування за спеціальною програмою 530 пацієнтів, які завершували лікування у хірургічних відділеннях стаціонарних закладів Івано-Франківської області всіх рівнів. Встановлено, що основні причини невдоволеності пацієнтів стаціонарним обслуговуванням лежать в площині недоліків інформаційно-деонтологічних (неналежне ставлення медичного персоналу, усунення пацієнтів від процесу прийняття рішення, неналежне інформування про права пацієнтів) і медико-організаційних (відсутність чіткості та організованості у діях медичного персоналу, лікарняних і догоспітальних підрозділів, невиконання стандартів стаціонарної допомоги). Запропоновано удосконалену схему управління якістю медичної допомоги закладу охорони здоров'я, новими елементами якої стали моніторинг задоволеності пацієнтів наданими послугами та навчання медичного персоналу навичок комунікації, правових аспектів взаємовідносин медичних працівників і пацієнтів, управління конфліктними ситуаціями.

**Ключові слова:** задоволеність медичною допомогою, управління якістю стаціонарної допомоги.

Питання забезпечення якості медичної допомоги – одне із ключових завдань систем охорони здоров'я [3, 4, 6]. На думку експертів ВООЗ сучасна система охорони здоров'я повинна забезпечувати доступність медичних послуг для тих, хто її потребує, характеризуватися високою якістю та безпечністю медичних послуг і забезпечувати максимально можливі результати на популяційному рівні (2008) [6, 8].

За останні два десятиліття відбулась еволюція поглядів міжнародних експертів на зміст поняття якості медичної допомоги.

За визначенням ВООЗ 1998 року «якість медичної допомоги – це точне (відповідно до стандартів) виконання різних видів медичного втручання, які вважаються безпечними, доступні у фінансовому відношенні для даного суспільства і здатні здійснити позитивний вплив на рівень смертності, захворюваності, непрацездатності і нерационального харчування» [3, 7].

На сьогодні якісним вважається медичне обслуговування, «при якому ресурси організуються таким чином, щоб з максимальною ефективністю і безпечністю задовольняти медико-санітарні потреби тих, хто найбільш усього потребує допомоги, проводити профілактику і лікування без непотрібних витрат і відповідно до вимог найвищого рівня» (2008) [3, 4, 7].

Тобто, відбулось переосмислення цінностей – пріоритетом визнано не тільки поліпшення показників популяційного здоров'я, а й задоволення потреб та очікувань людей [2, 7, 8].

Залучення самих пацієнтів у систему оцінки якості медичної допомоги стало вимогою часу. Європейський досвід показав, що дум-

ка споживачів медичних послуг повинна бути обов'язковим компонентом інтегрального критерію якості діяльності медичної служби або лікувального закладу [2, 5, 8]. Це дозволяє звернути увагу на оцінку тих аспектів медичної допомоги, що становлять найбільшу цінність для пацієнтів і населення загалом, а отже відповідає самій філософії поняття якості [5, 7, 8].

В Україні у відповідності до завдань Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» прийнята Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я на період до 2020 року (2011), метою якої також визнано «створення і функціонування державної системи управління якістю медичної допомоги населенню, спрямованої на задоволення обґрунтованих потреб та очікувань споживачів медичної допомоги, поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного і справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості».

Це стало послідовним наступним етапом удосконалення управління якістю в охороні здоров'я та означило необхідність формування орієнтованої на пацієнта медичної допомоги [2, 6].

**Мета роботи.** Встановити пріоритетні чинники, які впливають на задоволеність пацієнтів якістю медичної допомоги, та обґрунтувати оптимальні стратегії її поліпшення.

### Матеріали та методи

У дослідженні використані результати медико-соціального дослідження, що проводилось впро-

довж 2011–2012 рр. на базі хірургічних стаціонарних відділень для дорослих 6 міських і районних, 15 центральних районних та обласної клінічної лікарні Івано-Франківської області. Опитано 530 пацієнтів, які завершували в них лікування на момент проведення дослідження. За рівнем задоволеності наданою медичною допомогою респондентів було розділено на дві групи. Основну групу склали пацієнти, не задоволені наданими послугами (158 осіб), контрольну – задоволені (372 особи). За основними демографічними параметрами: розподілом за віком, статтю та місцем проживання, тобто чинниками, що могли суттєво вплинути на доступ та задоволеність якістю медичної допомоги, групи порівняння (задоволені і не задоволені наданою допомогою) між собою не відрізнялися ( $p > 0,05$ ).

Для вивчення впливу окремих чинників на задоволеність медичною допомогою використали методику розрахунку показника відношення шансів (Odds Ratio, OR) та його 95% довірчого інтервалу (95% Confidential Interval, 95% CI) [1, 9]. Оцінку достовірності різниці отриманих даних у групах порівняння проводили за допомогою критерію  $\chi^2$  [9].

### Результати та обговорення

Порівняльний аналіз отриманих даних дозволив визначити понад 50 різних чинників ризику незадоволеності медичною допомогою. За допомогою кластерного аналізу виділено чотири основні групи цих чинників: інформаційно-деонтологічні, медико-організаційні, доступності медичної допомоги та соціально-психологічної адаптації.

Не зважаючи на стереотипну громадську думку, що основними причинами невдоволення системою охорони здоров'я є недостатня доступність послуг для населення у фінансовому, територіальному, функціональному та інших аспектах, наше дослідження показало, що вплив цих чинників дещо перебільшений.

Найважливішими причинами невдоволеності медичним обслуговуванням виявились інформаційно-деонтологічні (сумарно OR=4,42; 95% CI: 3,05–11,29;  $p < 0,05$ ), викликані головним чином неналежним ставленням і недостатньою емоційною підтримкою з боку медичного персоналу, недовірою до лікуючого лікаря, усуненням пацієнтів від процесу прийняття рішення щодо призначених їм методів медичних втручань, недостатнім обговоренням з хворими їх захворювання і можливих наслідків, неналежним інформуванням пацієнтів про їх права і обов'язки, про заклад, де вони отримують допомогу.

Як бачимо, всі ці чинники легко, без суттєвих додаткових витрат, піддаються корекції через дотримання етико-деонтологічних принципів у повсякденній діяльності медичного персоналу, належну організацію інформаційного забезпечення пацієнтів та моніторинг рівня їх задоволеності.

Не менш важливими причинами формування невдоволеності пацієнтів медичним стаціонарним обслуговуванням є медико-організаційні чинники (сумарно OR=3,72; 95% CI: 1,86–9,69;  $p < 0,05$ ). На сьогоднішній час хворих обурює відсутність чіткості та організованості у діях медичного персоналу, недостатньо швидке реагування на їх запити, дезорганізованість та нескоординованість у роботі лікарняних та догоспітальних підрозділів, недотримання права пацієнта на

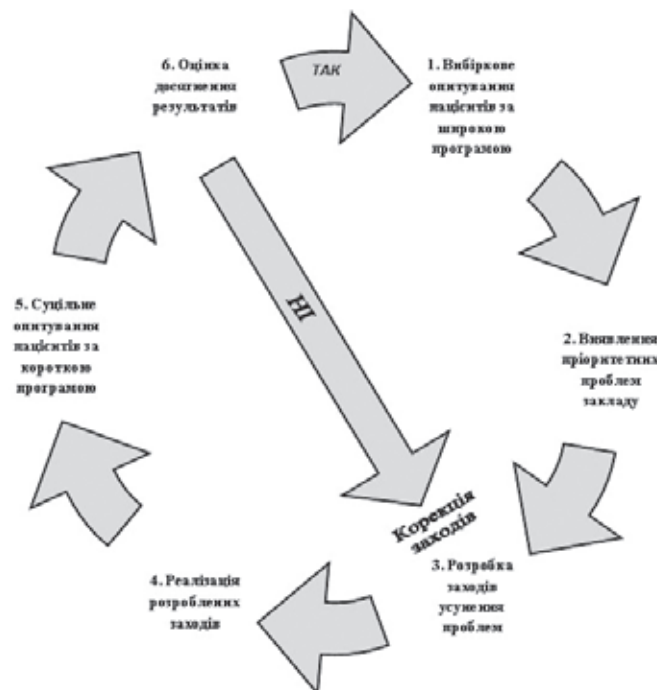


Рис. 1. Процес управління якістю медичної допомоги на основі моніторингу задоволеності потреб пацієнтів

вільний вибір лікуючого лікаря, невиконання стандартів стаціонарної допомоги та незадовільні результати лікування.

Усунення цих чинників вимагає чіткого дотримання медичним персоналом стандартів, уніфікованих та локальних протоколів медичної допомоги. Тобто, їх корекцію, зрештою як і попередньої групи чинників (інформаційно-деонтологічних), можливо забезпечити в умовах і на рівні конкретного закладу охорони здоров'я.

Доступність якісної медичної допомоги у всіх її аспектах (фінансовому, територіальному, культурному та функціональному) серед причин невдоволеності медичним обслуговуванням знаходиться на третьому місці (сумарно OR=2,53; 95% CI: 1,57–4,12;  $p < 0,05$ ). Головними складовими цієї групи факторів є: неналежні умови перебування в стаціонарі і харчування, необхідність плати за різні медичні послуги та догляд, погане матеріально-технічне та медикаментозне забезпечення, недостатнє фінансування закладів охорони здоров'я на фоні низького рівня добробуту пацієнтів, відсталість медичних технологій, територіальна віддаленість закладів охорони здоров'я.

Зрозуміло, що корекція цих чинників вже вимагає системних державних програм та стратегій. На рівні закладу охорони здоров'я для оптимізації ресурсного забезпечення можна використовувати додаткові позабюджетні джерела фінансування.

Найменш вагомими, проте суттєвими для поглиблення невдоволеності стаціонарним обслуговуванням є чинники, що відображають соціально-психологічну дизадаптацію пацієнтів (сумарно OR=1,91; 95% CI: 1,10–3,54;  $p < 0,05$ ). Значно частіше невдоволення отриманою допомогою висловлювали пацієнти, що зловживають алкоголем, з недоброчисливими стосунками у сім'ях, без достатньої підтримки з боку родини, знайомих, з низьким індексом соціальної активності, з низькою самооцінкою власного здоров'я, із скаргами на часті стреси. Очевидно, що їх корекція вимагає залучення до лікування таких пацієнтів фахівців – психологів.

Виходячи з основної мети сучасної концепції Загального управління якістю – задоволення очікувань споживачів [3, 7], та на підставі отриманих результатів власного дослідження нами розроблена удосконалена схема управління якістю медичної допомоги закладу охорони здоров'я, в основі якої – моніторинг задоволеності пацієнтів наданими послугами та запровадження навчання медичного персоналу навичок комунікації, правових аспектів взаємовідносин медичних працівників і пацієнтів, управління конфліктними ситуаціями (рис. 1).

Пусковим моментом (1 етап) цього процесу управління повинно стати опитування вибірки пацієнтів за програмою, що охоплює всі сторони

діяльності закладу (вивчення думки споживачів щодо дотримання їх прав, ресурсного забезпечення закладу, організації надання допомоги і послуг, ставлення медперсоналу до пацієнтів тощо). Для об'єктивізації отриманих результатів опитування повинно бути анонімним і проводитись на момент завершення випадку медичного обслуговування. Орієнтовний обсяг вибірки – 30–50 пацієнтів. Це дозволить провести таке дослідження у короткі терміни та забезпечити достовірність результатів [9].

Оцінка отриманих даних стане підґрунтям для виділення пріоритетних проблем закладу охорони здоров'я (2 етап) та розробки цілеспрямованих заходів їх усунення (3 етап).

В ході реалізації цих заходів (4 етап) для забезпечення зворотного зв'язку, оперативності моніторингу змін, необхідно запровадити суцільне опитування пацієнтів у момент завершення їх медичного обслуговування (5 етап). На цьому етапі процесу управління анкети повинні бути стислими, включати питання щодо найбільш актуальних на даний момент часу проблем закладу, встановлених за скаргами пацієнтів під час попереднього вибіркового опитування. Анкети повинні роздаватись пацієнтам при поступленні у стаціонар (зверненні за допомогою) з роз'ясненням, коли їх заповнювати (при завершенні лікування), де знаходяться місця для вкидання опитувальників (на виході із закладу, в «куточках споживача» тощо) і які гарантії їх анонімності.

На наш погляд, на звороті анкет варто надрукувати інформацію щодо прав та обов'язків пацієнтів. Це не тільки озброїть пацієнта важливою для нього інформацією, а й дисциплінує лікарів та інший медичний персонал, зменшить можливість формального підписання поінформованої згоди без партнерського обговорення із лікарем призначених методів медичних втручань даного захворювання та його наслідків [2].

Дані моніторингу задоволеності пацієнтів отриманими медичними послугами на підставі їх анкетування слугують індикаторами досягнення запланованих змін (6 етап). При негативному результаті – це підґрунтя внесення коректив у шляхи поліпшення якості медичного обслуговування (повернення до 3 етапу). Досягнення позитивного результату (завершення запланованих змін) – пусковий момент наступного процесу управління: виявлення нових проблем, пошук шляхів їх корекції і т. д.

Для забезпечення системності підходу, враховуючи, що в навчальні програми вітчизняних медичних закладів освіти на до і післядипломному рівнях не входить навчання та формування навичок спілкування з людьми, слід на рівні медичних установ запровадити спеціальні навчальні модулі (тренінги) для лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу.

Програма такого навчального тренінгу пови-

нна включати як мінімум три модулі: правові аспекти взаємовідносин медичних працівників і пацієнтів, навчання навичок комунікації, управління конфліктними ситуаціями. В залежності від пріоритетності проблем у закладі охорони здоров'я на даний момент часу навчальні модулі можна коригувати, поповнювати іншими необхідними темами.

До проведення модулів можна залучати професіоналів з медичних університетів (спеціалістів з медичного правознавства, науковців) або психологів закладів охорони здоров'я (де вони введені в штат) чи навчених тренерів з числа лікарів установи.

### Висновки

1. Встановлено, що основні причини недоволеності пацієнтів стаціонарним медичним обслуговуванням лежать в площині

недоліків інформаційно-деонтологічних (неналежне ставлення медичного персоналу, усунення пацієнтів від процесу прийняття рішення, неналежне інформування про права пацієнтів) і медико-організаційних (відсутність чіткості та організованості у діях медичного персоналу, лікарняних і догоспітальних підрозділів, невиконання стандартів стаціонарної допомоги).

2. Запропоновано удосконалену схему управління якістю медичної допомоги закладу охорони здоров'я, новими елементами якої стали моніторинг задоволеності пацієнтів наданими послугами та навчання медичного персоналу навичок комунікації, правових аспектів взаємовідносин медичних працівників і пацієнтів, управління конфліктними ситуаціями.

3. Перспективи подальших досліджень полягатимуть у впровадженні запропонованої моделі, перевірки її ефективності та при необхідності корекції.

### Список літератури

1. Бабич П. Н. Применение современных статистических методов в практике клинических исследований. Сообщение третье. Отношение шансов: понятие, вычисление и интерпретация / П. Н. Бабич, А. В. Чубенко, С. Н. Лапач // Укр. мед. часопис. – 2005. – № 2 (46). – С. 113–119.
2. Гревцова Р. Ю. Актуальні правові питання інформаційного обміну між лікарем і пацієнтом / Р. Ю. Гревцова // Управління закладом охорони здоров'я. – 2007. – № 6. – С. 16–20.
3. Горачук В. В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я : [монографія] / В. В. Горачук. – Вінниця: ПП Балюк І. Б., 2012. – 212 с.
4. Дзяк Г. В. Підходи до визначення стратегії підвищення якості медичного обслуговування в Україні, гармонізовані із загальноєвропейськими методами / Г. В. Дзяк, В. М. Лехан, Л. В. Крячкова // Медичні перспективи. – 2010. – Т. XV, № 1. – С. 6–9.
5. Как проводить оценку и мониторинг эффективности работы стационаров? // Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. Фактические данные в поддержку принятия решений. – Евробюро ВОЗ, 2003. – 22 с.
6. Москаленко В. Ф. Системы здравоохранения: современный контекст : [монография] / В. Ф. Москаленко. – К.: «Книга-плюс», 2012. – С. 155–160.
7. Нові технології навчання менеджменту в медицині : [навчальний посібник] / За заг. ред. Ю. В. Вороненка, Н. Г. Гойди, О. П. Мінцера, М. Мітчела. – К.: Книга плюс, 2009. – 416 с.
8. Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения // Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. – 2008. – 86 с.
9. Forthofer R. N. Biostatistics: A Guide to Design, Analysis, and Discovery / R. N. Forthofer, E. S. Lee, M. Hernandez. – Amsterdam, etc.: Elsevier Academic Press, 2007. – 502 p.

Стаття надійшла до редакції 20.02.2013

**О. З. Децик, А. М. Яворский, М. И. Яворский**  
ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет» МЗ Украины

## ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ

Проведен социологический опрос по специальной программе 530 пациентов, завершающих лечение в хирургических отделениях стационарных учреждений Ивано-Франковской области всех уровней. Установлено, что основные причины неудовлетворенности населения стационарной помощью лежат в плоскости недочетов информационно-деонтологических (ненадлежащее отношение медицинского персонала, устранение пациентов от процесса принятия решения, ненадлежащее информирование о правах пациентов) и медико-организационных (отсутствие четкости и организованности в действиях медицинского персонала, больничных и догоспитальных подразделений, невыполнение стандартов стационарной помощи). Предложена усовершенствованная схема



управления качеством медицинской помощи учреждения здравоохранения, новыми элементами которой стали мониторинг удовлетворенности пациентов предоставляемыми услугами и обучение медицинского персонала навыков коммуникации, правовых аспектов взаимоотношений медицинских работников и пациентов, управления конфликтными ситуациями.

**Ключевые слова:** удовлетворенность медицинской помощью, управление качеством стационарной помощи.

*O. Z. Detsyk., A. M. Jaworskiy, M. I. Jaworskiy*  
*Ivano-Frankivsk national medical university*

## WAYS TO IMPROVE PATIENT SATISFACTION IN INPATIENT CARE QUALITY MANAGEMENT SYSTEM

The study involved 530 patients completing treatment in the surgical departments of Ivano-Frankivsk region inpatient facilities. It is set that the main causes of dissatisfaction inpatient care lie in the plane of the shortcomings of information and deontological (improper attitude by medical staff, the patients removal from the decision-making, inadequate information on the rights of patients) and medical-organizational (lack of clarity and organization in the actions of the medical staff, hospital and pre-hospital units, non-standard inpatient care). The improved medical care quality management scheme is created. The new elements of this scheme are patient satisfaction monitoring and training of medical staff communication skills, legal aspects of relations between medical staff and patients, managing conflict situations.

**Keywords:** satisfaction of medical care, inpatient care quality management.