

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Одринский В.А., 2014

УДК: 614.254.3: 614.253.9]-083.98:614.1

**ОЦЕНКА ПАЦИЕНТАМИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ
КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

В.А. Одринский

ГЗ "Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины",
г. Запорожье, Украина

Проведен анализ удовлетворенности пациентов (n=424) работой врачей общей практики и учреждений здравоохранения на уровне первичной медико-санитарной помощи с использованием стандартизированного опросника EUROPER. Установлены более низкие оценки пациентами деятельности украинских врачей и учреждений первичного уровня в сравнении с европейскими данными, что указывает на необходимость внедрения организационных и учебных мероприятий для улучшения ситуации.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, врач общей практики, удовлетворенность пациентов, EUROPER.

Обратная связь для повышения качества медицинской помощи путем оценки удовлетворенности пациента работой своего врача и последующие корректирующие мероприятия стали обычными явлениями в здравоохранении многих развитых стран [3]. Имеется в виду не просто анкетирование пациентов для изучения их мнения по какому-то вопросу, а разработка действительно методологических инструментов оценки, которые бы отвечали определенным критериям объективности и позволяли бы измерять качественные характеристики процесса предоставления медицинской помощи и сравнивать их как на локальном, так и международном уровнях.

Общая практика/семейная медицина (ОП/СМ) была одной из первых сфер, где были внедрены инструменты оценки удовлетворенности пациентов [1]. Уникальность процесса консультирования, длительность отношений, непрерывность помощи и другие характеристики ОП/СМ делают взаимоотношения "врач-пациент" краеугольным камнем этой специальности. Именно поэтому удовлетворенность паци-

ента работой врача ОП/СМ является наиболее критической в сравнении с другими медицинскими специальностями. В странах, где активно развивается ОП/СМ, пациенты становятся важным источником информации в усилиях организаторов здравоохранения для улучшения качества медпомощи [10]. Важным аспектом внедрения таких инструментов является мотивация врача ОП/СМ быть чувствительным к мнениям пациентов и готовность к изменениям на основе полученной обратной связи.

В процессе реформирования украинского здравоохранения, внедрении ОП/СМ и системы непрерывного повышения качества медицинской помощи на повестке дня стоит вопрос разработки собственных или адаптации уже существующих инструментов оценки пациентами учреждений (врачей) ПМСП.

Цель работы заключалась в выборе и адаптации наиболее подходящего для условий украинской системы здравоохранения инструмента оценки удовлетворенности пациентов в первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Материалы и методы

Для поиска релевантной информации использовалась база Medline через сервис PubMed Национальной медицинской библиотеки США.

Среди многочисленных инструментов для оценки пациентами ОП/СМ первоначально были отобраны шесть наиболее известных и имеющих самый большой опыт применения: 1) Опросник удовлетворенности консультацией (Consultation Satisfaction Questionnaire, CSQ и SSQ) [4], 2) Оценка ОП пациентами с хроническими заболеваниями (Chronically Ill Patients Evaluate General Practice, CEP) [15], 3) Опросник для оценки ОП (General Practice Assessment Questionnaire, GPAQ) [11], 4) Инструмент EUROPEP [7], 5) Опросник для совершенствования ОП (Improving Practice Questionnaire, IPQ) [6], 6) Оценка поставщика медицинских услуг (Provider-Specific Survey, PSS) [8].

Для внедрения в Украине, учитывая отсутствующий опыт у пациентов относительно формализованной оценки ими деятельности врачей первичного звена, необходимо ориентироваться на менее сложные инструменты оценки. Инструмент EUROPEP является наиболее пригодным, поскольку имеет простую шкалу оценки и минимальное (по сравнению с другими) количество вопросов. Преимуществом Инструмента EUROPEP является то, что он не привязан к конкретной консультации и позволяет оценивать и врача и учреждение ПМСП за последние 12 месяцев. Он широко представлен в странах Европы в качестве стандартизированного инструмента оценки и результаты его применения отражены в многочисленных публикациях, что позволяет проводить международные сравнения [12]. Достаточно подробно описаны методология разработки и применения, процедура и опыт переводов на различные языки.

Нами был осуществлен максимально адаптированный к условиям украинского здравоохранения перевод документа. Была использована версия 2006 года (актуальная на момент проведения исследования), которая состояла из 23 пунктов анкеты для оценки в пяти измерениях – 1)

взаимоотношения врач-пациент, 2) медицинская помощь, 3) информация и поддержка, 4) доступность, 5) организация предоставления услуг. Каждый вопрос оценивался по пятибалльной шкале. Для измерения внутренней согласованности вопросов по каждому разделу анкеты использовался критерий α Кронбаха. Группа респондентов была представлена 424 пациентами учреждений ПМСП.

Для сравнения использовались данные из европейских исследований в Норвегии [13], Дании [14], Германии [9] (табл. 1).

Результаты и их обсуждение

Первым разделом анализа является оценка взаимодействия врач-пациент (вопросы 1-6). Поскольку доверительные отношения врач-пациент являются одной из ключевых характеристик ОП/СМ, отдельные аспекты таких отношений довольно четко фиксируются пациентами при проведении опроса.

Достаточность времени (вопрос 1) на прием зависит от многих факторов, но основным остается норматив численности прикрепленного населения на одного врача ПМСП. Низкая укомплектованность врачами первичного звена приводит к перегрузке работающих врачей и уменьшению времени приема на одного пациента.

Персонификация медицинской помощи (вопрос 2-5) в условиях СМ в Украине происходит пока только путем организационных мероприятий. О недостатке профессиональных навыков у врачей ОП/СМ проводить "централизованную на пациенте" консультацию, используя недирективные партнерские подходы, свидетельствует о значительном различии полученных оценок с показателями европейских исследований. Особенно это касается такого критерия, как вовлечение пациента в процесс принятия решения о медицинской помощи. Критическим моментом современного консультационного процесса на уровне ПМСП является не столько назначение лечения со стороны врача, сколько внутреннее убеждение и мотивация пациента придерживаться этих назначений. И именно через вовлечение

Таблица 1

**Результаты использования инструмента EUROPEP в Украине
в сравнении с аналогичными данными некоторых стран Европы**

| Вопрос анкеты | Украина | | Европейские данные | | |
|---|----------------|-------------|--------------------|-------------|-------------|
| | % ¹ | ср. | Норвегия | Дания | Германия |
| Взаимодействие врач-пациент (смк ² =0,54, αK ³ =0,87) | | 3,57 | 4,52 | 4,29 | 4,49 |
| 1. Выделял ли врач достаточно (с вашей точки зрения) времени для Вас на прием (консультацию)? | 0 | 3,71 | 4,4 | 4,16 | 4,48 |
| 2. Проявлял заинтересованность Вашей личной ситуацией? | 6 | 3,44 | 4,5 | 4,23 | 4,5 |
| 3. Способствовал доверительности разговора, чтобы Вам было легче сообщить ему о ваших проблемах? | 13 | 3,41 | 4,5 | 4,22 | 4,45 |
| 4. Вовлекал Вас в процесс принятия решения о медицинской помощи Вам? | 12 | 2,93 | 4,4 | 4,15 | 4,37 |
| 5. Слушал ли врач внимательно все о чем Вы говорили? | 2 | 4,09 | 4,6 | 4,31 | 4,54 |
| 6. Обеспечивал ли врач конфиденциальность медицинских записей и информации о Вас? | 28 | 3,82 | 4,7 | 4,68 | 4,6 |
| Медпомощь (смк=0,47, αK=0,81) | | 3,51 | 4,28 | 4,12 | 4,34 |
| 7. Обеспечивал быстрое облегчение Вашего состояния? | 13 | 3,34 | 4,4 | 4,03 | 4,22 |
| 8. Помог ли визит к врачу почувствовать себя достаточно хорошо, чтобы вернуться к Вашей обычной деятельности? | 10 | 3,30 | 4,4 | 4,04 | 4,31 |
| 9. Тщательно подошел к Вашим проблемам? | 8 | 3,62 | 4,3 | 4,27 | 4,48 |
| 10. Проводил ли физическое обследование (осмотр)? | 1 | 4,18 | 4,2 | 4,23 | 4,42 |
| 11. Предлагал Вам помощь в профилактике заболеваний (например, доп. обследование, прививки)? | 5 | 3,09 | 4,1 | 4,05 | 4,27 |
| Информация и поддержка (смк=0,62, αK=0,87) | | 3,20 | 4,40 | 4,13 | 4,34 |
| 12. Объяснял цели обследований, анализов и лечения? | 3 | 3,67 | 4,4 | 4,2 | 4,37 |
| 13. Рассказывал Вам достаточно о ваших симптомах и / или болезнях? | 2 | 3,13 | 4,4 | 4,1 | 4,39 |
| 14. Помогал Вам справиться с эмоциями, связанными с вашим состоянием здоровья? | 21 | 2,91 | 4,3 | 4,04 | 4,29 |
| 15. Помогал понять (объяснял), почему так важно следовать советам врача? | 9 | 3,08 | 4,5 | 4,16 | 4,32 |
| Организация (смк=0,58, αK=0,81) | | 3,07 | 4,25 | 4,01 | 4,27 |
| 16. Знал (помнил), что было сделано (сказано) Вам во время предыдущих посещений медучреждения? | 14 | 3,02 | 4,3 | 4,05 | 4,28 |
| 17. Разъяснял и подготавливал Вас к тому, что ожидать от стационарного лечения или других специалистов? | 10 | 3,13 | 4,2 | 3,97 | 4,25 |
| Доступность (смк=0,52, αK=0,87) | | 2,69 | 3,73 | 3,78 | 4,32 |
| 18. Доброжелательность, вежливость персонала (кроме врача) к Вам? | 2 | 3,58 | 4,4 | 4,06 | 4,56 |
| 19. Возможность записи на прием в удобное для Вас время? | 0 | 2,58 | 4,3 | 3,92 | 4,46 |
| 20. Возможность записи на прием по телефону? | 4 | 2,35 | 2,8 | 3,4 | 4,5 |
| 21. Возможность поговорить с врачом по телефону? | 8 | 2,16 | 3,1 | 3,56 | 4,18 |
| 22. Время ожидания приема врача (у кабинета)? | 1 | 2,39 | 3,4 | 3,49 | 3,73 |
| 23. Быстрое получение помощи при неотложных проблемах со здоровьем (н-р, высокое давление и др.)? | 16 | 3,31 | 4,4 | 4,22 | 4,51 |
| Общая оценка | | 3,23 | 4,22 | 4,07 | 4,37 |

Примечания 1.%- респондентов, которые не смогли ответить на отдельные вопросы,* смк – средняя межпозиционная корреляция, ** αK – альфа Кронбаха

пациента в принятие решения и разделение ответственности можно повысить его приверженность.

Свободный выбор пациентом врача ПМСП поднимает на новый уровень их взаимоотношения. Доверие к врачу явля-

ется мотивирующим элементом для пациента в его выборе, и врач вынужден с этим считаться. Он должен не только получить такой вотум доверия (чтобы пациент приписался к нему), но и сохранить его на последующие периоды. Врач ОП/СМ, который заинтересован в долгосрочных отношениях с пациентами, заботится о надлежащем ведении больных с хроническими заболеваниями для предупреждения обострений и осложнений таких болезней.

Наиболее сложным вопросом для оценивания стало определение того, насколько врач обеспечивал конфиденциальность медицинских записей и информации о пациенте (вопрос 6). Процент пациентов, которые не смогли определить этот критерий составил 28%. Этот критерий также является сложным для определения и для европейских пациентов – доля составляет от 13 до 20% .

Вторым разделом анализа является оценка предоставления медицинской помощи (вопросы 7-11). В целом, по данному разделу оценки респондентов также были значительно ниже европейских. Только оценка проведения физического обследования (вопрос 10) практически не имела отличий. Высокие оценки по этому пункту опросника являются индикатором биомедицинской парадигмы в подготовке украинских врачей ПМСП и их практической деятельности.

Концентрация внимания только на физическом обследовании и незначительное внимание к таким аспектам как контекст заболевания, самооценка пациента, наличие других проблем со здоровьем или факторов риска у конкретного пациента – это подход более характерный для специализированной медицинской помощи. Пациент рассматривается лишь как биологический организм. И различие по этим аспектам медицинской помощи (вопросы 7-9, 11) в оценках украинских и европейских пациентов свидетельствует об отсутствии (недостаточности) холистического подхода в украинской ПМСП.

Третьим разделом анализа является оценка предоставления информации и

поддержки (вопросы 12-15). Информация и поддержка во время каждой консультации являются важными условиями формирования доверия к врачу ПМСП и вкладом в развитие длительных отношений врач-пациент. И если с предоставлением информации относительно целей обследований, анализов и лечения (вопрос 12) врачи справлялись на 3,67 баллов, то предоставление эмоциональной, психологической поддержки (вопрос 14) пациенты оценили лишь на 2,91, что значительно ниже европейских показателей. Этот же вопрос оказался и наиболее сложным для оценки – значительный процент респондентов (21%) вообще не смогли оценить такую деятельность врача. Сравнение с европейскими показателями обнаруживает еще одну проблему современного консультационного процесса в украинской ПМСП – недостаточность навыков "эмпатического слушания" у врачей, которое позволяет точнее понимать психологические состояния, чувства, мысли пациента с помощью особых приемов участия в беседе через активное выражение собственных переживаний и соображений врача [5, 2].

Также низкими оказались оценки, связанные с обеспечением приверженности пациентов к назначениям врача (вопрос 15). Отсутствием такой деятельности со стороны врачей ПМСП можно объяснить значительный процент пациентов, которые не выполняют рекомендаций врача.

Четвертым разделом анализа является оценка организации предоставления медицинской помощи (вопросы 16-17). В этом разделе опросника оценивались две такие важные в ОП/СМ характеристики как непрерывность медпомощи и функция проводника (координатора) в системе здравоохранения. Показатели во всех группах были значительно ниже по сравнению с европейскими. Ситуацию усугубляет проблема низкого уровня компьютеризации первичного звена в Украине. Информационная непрерывность обеспечивает накопление информации о конкретном пациенте, а также возможность передачи такой информации при необхо-

димости. Однако организация информационной непрерывности на бумажных носителях является громоздкой и малоэффективной.

Последним разделом анализа является оценка доступности медпомощи (вопросы 18-23). Данный раздел опросника посвящен оценке учреждения ПМСП в целом и указывает на барьеры, которые существуют для получения необходимых пациенту услуг. Оценки по этому разделу оказались самыми низкими из всех пунктов опросника.

Выводы

1. Исследованием установлено, что стандартизированный опросник EUROPEP является пригодным для использования в условиях украинской первичной медико-санитарной помощи для оценки удовлетворенности пациентов.

2. Более низкая оценка пациентами деятельности украинской первичной медико-санитарной помощи в сравнении с европейскими данными указывает на необходимость внедрения организационных и учебных мероприятий для улучшения ситуации.

3. Для увеличения удовлетворенности пациентов относительно обеспечения конфиденциальности возможные следующие организационные мероприятия: обеспечение самостоятельного приема врача общей практики/семейной медицины (без медицинской сестры), выполнение положений законодательства о защите персональных данных, определение порядка разделения доступа персонала к медицинским записям.

4. Для улучшения взаимодействия врача и пациента необходимо изменить процесс консультации врача, внедрив следующие элементы:

- "централизация на пациенте" с использованием недирективных партнерских подходов;
- вовлечение пациента в процесс принятия решения о медпомощи;
- холистический подход и внимание к таким аспектам предоставления медицинской помощи как контекст заболевания, самооценка пациента, другие

проблемы со здоровьем и факторы риска у конкретного пациента;

- обучение врачей навыкам "эмпатического слушания" и применения рефлексии.

5. Для повышения удовлетворенности пациентов деятельностью врачей общей практики необходимо законодательно внедрить координационную функцию врача первичной медико-санитарной помощи.

6. Для повышения доступности медпомощи на первичном уровне необходимо шире использовать новые формы коммуникации между пациентом и медучреждением, а также телефонные консультации.

Литература

1. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain / M. Wensing [et al.] // *Social science & medicine*. – 1998. – Vol. 47, №10. – P. 1573-1588.
2. Active listening: more than just paying attention / K. Robertson [et al.] // *Australian family physician*. – 2005. – Vol. 34, №12. – P. 1053.
3. Assessing the practising physician using patient surveys: a systematic review of instruments and feedback methods / R.G. Evans [et al.] // *Family Practice*. – 2007. – Vol. 24, №2. – P. 117-127.
4. Baker R. Measuring patient satisfaction: a test of construct validity / R. Baker, M. Whitfield // *Qual Health Care*. – 1992. – №1. – P. 104-109.
5. Coulehan J.L. The Medical Interview: Mastering Skills For Clinical Practice (Medical Interview) / John L. Coulehan, Marian R. Bloc // – 2005. – FA Davis Company. – P. 409.
6. Does a patient survey make a difference? / M. Greco [et al.] // *Education for Primary Care*. – 2004. – Vol. 15, № 2. – P. 183-189.
7. Grol R. Patients Evaluate General/Family Practice: the EUROPEP Instrument / R. Grol, M. Wensing // *EQUIP: the Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care / Centre for Quality Care Research*. – Nijmegen, 2000. – P. 94.

8. How many patients are needed to provide reliable evaluations of individual clinicians? / E. Nelson [et al.] // *Med Care*. – 2004. – Vol. 42. – P. 259-266.
9. Is the job satisfaction of primary care team members associated with patient satisfaction? / J. Szecsenyi [et al.] // *BMJ quality & safety*. – 2011. – Vol. 20, №6. – P. 508-514.
10. McAvoy P. Assessing the competence of practicing physicians in New Zealand, Canada, and the United Kingdom: progress and problems / P. McAvoy // *Fam Med*. – 2004. – Vol. 36, №3. – P. 172-177.
11. Mead N. The general practice assessment questionnaire (GPAQ)–development and psychometric characteristics / N. Mead, P. Bower, M. Roland // *BMC family practice*. – 2008. – Vol. 9, №1. – P. 13.
12. Patient evaluations of accessibility and coordination in general practice in Europe / M. Wensing [et al.] // *Health expectations*. – 2008. – Vol. 11, №4. – P. 384-390.
13. The Norwegian EUROPEP questionnaire for patient evaluation of general practice: data quality, reliability and construct validity / A. Bjertnæs [et al.] // *Fam Pract*. – 2011. – Vol. 28. – P. 342-349.
14. Vedsted P. Data quality and confirmatory factor analysis of the Danish EUROPEP questionnaire on patient evaluation of general practice / P. Vedsted, I. Sokolowski, H.N. Heje // *Scandinavian journal of primary health care*. – 2008. – Vol. 26, № 3. – P. 174-180.
15. Wensing M. Feedback based on patient evaluations: a tool for quality improvement? / M. Wensing, E. Vingerhoets, R. Grol // *Patient education and counseling*. – 2003. – Vol. 51, №2. – P. 149-153.

PATIENT EVALUATION OF GENERAL PRACTITIONERS AS A TOOL TO IMPROVE THE QUALITY OF PRIMARY HEALTH CARE

V.A. Odrinskiy

The analysis of patient satisfaction (n = 424) of the work of general practitioners and health care institutions at the primary health care level with the use of standardized EUROPEP questionnaires was carried out in Ukraine. The results show lower evaluation by patients of Ukrainian doctors activity and primary healthcare institutions on comparison with European data. For improve this situation need to implement organizational and educational activities.

Keywords: primary health care, general practitioner, patient satisfaction, EUROPEP.

Одринский В.А. – ст. преп. кафедры социальной медицины, организации и управления здравоохранением и медико-социальной экспертизы ГЗ "Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины".
г. Запорожье, бул. Винтера, 20.
E-mail: vodrinskiy@gmail.com.