

ОЦЕНКА НА КАЧЕСТВОТО НА БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ ПРЕЗ ПОГЛЕДА НА ПАЦИЕНТИ И ЛЕКАРИ II ЧАСТ

З. Петрова

HOSPITAL TREATMENT ASSESSMENT ACCORDING TO PATIENTS AND PHYSICIANS II PART

Z. Petrova

Резюме: Мнението на пациентите играе ключова роля при оценяване на качеството на предоставените услуги в болничната помощ и за неговото подобряване. Потребностите и очакванията от медицинска помощ се определят общо като изисквания на пациента. За здравните професионалисти качеството се отнася до оценка на професионализма, базирана на способността за използване на диагностични и терапевтични техники при оптимални условия по отношение на ефикасност, сигурност и предоставяне на медицинската помощ в подходящ момент.

Чрез специално разработени от нас Анкетни карти се направи опит да се разкрие мнението на пациенти и лекари за удовлетвореността им от качеството в БМП. В проучването бе използвана и възможността за обратна връзка, т. е. данните, които се получиха, да послужат за оценка и подобряване на качеството на болничната помощ. В проведената пряка анонимна анкета участваха 3 416 лежачо болни и 1958 лекари от болнични заведения от цялата страна. При анкетните проучвания на мнението на лекари и пациенти за качеството на болничното обслужване, беше използван двуетапния метод на Stein. Проучени бяха редица факториални признаци – пол, възраст, образование при пациенти и лекари, както и общ трудов стаж, стаж по специалността, стаж в отделението, призната специалност за медиците. Основните въпроси, задавани на пациентите при провеждането на анкетата, са свързани с насочването на пациентите към болнично лечение, което е от съществено значение за оценка на връзката между първичната медицинска помощ и хоспитализацията, достъпа, грижата от страна на медицинския персонал, както и искането на заплащане от пациентите на редица дейности в болничното обслужване. Въпросите при проучването на мнението на лекарите са свързани с правилника за вътрешния ред в отделението, което е в основата на лечебно-охранителния режим. Психоклиматът в болничното отделение е важен фактор, оказващ сериозно влияние върху качеството на лечебния процес. На лекарите беше предоставена възможност да дадат преценка за психоклимата в отделението, в което работят, както и колко време заделят ежедневно за всеки свой пациент. Голяма част от въпросите и тук бяха свързани със заплащане на болнично обслужване (источниците на финансиране, за какво и кой следва да плаща за болничната услуга).

Ключови думи: Качество, удовлетвореност, пациенти, анкетни проучвания, достъп, заплащане на болничното обслужване.

Summary: The patients' opinion is crucial when assessing the quality of services provided in hospitals and it is a valuable tool for improving it. The needs and expectations from medical help are defined generally as patients' requirements. To health professionals, quality refers to assessment of their professionalism, based on the capacity of applying diagnostic and therapeutic techniques in optimal conditions in terms of efficiency, safety (security) and provision of medical help in an appropriate moment.

By using questionnaires that we have specifically developed, we are aiming at receiving the

patients' and medical doctors' opinion on their satisfaction from hospital treatment quality. In the study, the feedback information has been analyzed and applied as well, that is, the assessment data will be used as well in order to improve the quality of hospital treatment.

3 416 in-hospital patients and 1958 medical doctors from a number of hospitals around the country took part in the anonymous survey. The two-level method of Stein was used in the survey of patients' and medical doctors' opinion of the quality of hospital services. A number of characteristics such gender, age, education of patients and medical doctors as well as doctors' total years in employment, years of employment in their specialty, length of service in the ward, medical diploma. The main questions asked in the questionnaire were with regards to: referral of patients to hospital treatment as this issue is of crucial importance when assessing the link between primary medical care and hospitalization; accessibility, care provided by the medical staff as well payment for certain services or treatment in hospitals. The questions for the survey of medical doctors' opinion are connected to the ward's internal rules statute, which is the foundation of the medico- safety regime. The psycho-climate in a hospital ward is an important factor that has considerable influence over the quality of the treatment process. Medical doctors were given the opportunity to assess the psycho-climate in the ward where they work as well as to comment on how much time they dedicate to each patient every day. A substantial part of the questions here too were related to the payment of hospital services (finance sources, for what and who should be payment for hospital service).

Key words: Quality, satisfaction, patients, questionnaires, access, payment of hospital services.

(Продължава от брой 1/2007)

Резултати от анкетното проучване на лекари

Характеристика на контингента

В проведената пряка индивидуална анонимна анкета взеха участие 1958 лекари от болнични заведения от цялата страна. Проучени бяха редица факториални признаци – пол, възраст, общ трудов стаж, стаж по специалността, стаж в отделението, призната специалност.

Разпределението на участвалите в проучването по пол показва, че $48.72 \pm 1.13\%$ са мъже и $51.28 \pm 1.13\%$ са жени. Проведената съпоставка с критерия на Стюдънт-Фишер

показва, че двата пола са представени равностойно – $P > 0.05$ ($t = 1.61$), а това позволява този признак да бъде игнориран в следващите детайлни разработки.

Възрастовата структура на лекарите е с пик във възрастовата група 40–49 години (вж. фиг. 12), следван от възрастовата група 50–59 години. Налице са съществени различия във възрастовата структура на лекарите $P < 0.001$ (вж. табл. 9). При мъжете основният масив е във възрастовата група 40–49 г., докато при жените – разпределението е по-равномерно. Различието се определя от по-големите относителни дялове при жените във възрастта до 39 години, както

Фигура 12. Възрастова структура на лекарите

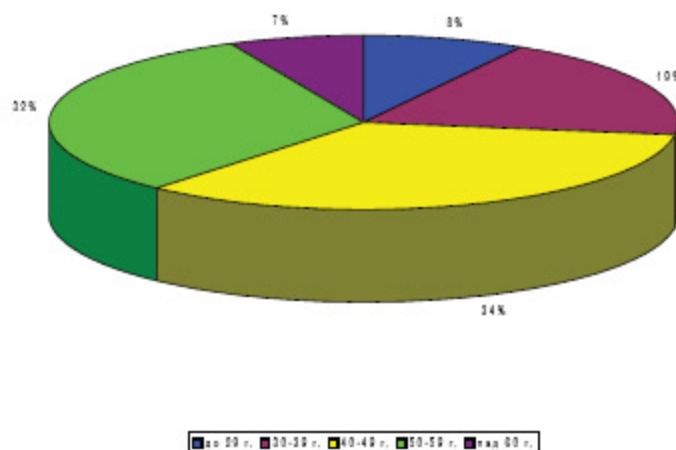


Таблица 9. Възрастово-полова структура на лекарите

Възраст	Пол								
	Мъже			Жени			Общо		
	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp
до 29 г.	90	9,4	0,97	75	7,4	0,81	165	8,3	0,61
30 – 39 г.	133	14,1	1,12	238	23,5	1,35	371	18,9	0,89
40 – 49 г.	403	42,2	1,6	269	26,5	1,4	663	34,1	1,07
50 – 59 г.	298	31,3	1,5	327	32,3	1,47	625	31,9	1,05
60+ г.	30	3,1	0,56	104	10,3	0,95	134	6,8	0,58
Всичко	954	100,0		1013	100,0		1958	100,0	

$$\chi^2 = 101.77$$

$$P < 0.001$$

и в тази над 50 години.

Изчислените средни стойности на възрастта при двата пола потвърждават заключението, дадено от непараметричния анализ, т. е. налице е изразено различие, определящо се от по-голямата възраст на жените.

Трудов стаж. Данните от анкетата позволиха да бъде изчислен общия трудов стаж, стажа по специалността, както и стаж в отделението. Изчислените средни стойности на общия трудов стаж показват, че участващите в проучването жени са с продължителен такъв в сравнение с мъжете. Различията е статистически значимо и потвърждава алтернативната хипотеза.

С близо две години е по-продължителен стажът по специалността

при жените. Различията е значимо при уровень 99.99 %. По отношение на стажа в отделението, в което работят лекарите в момента на анкетата, също е налице изразено различие, но този път определящо се от по-продължителния стаж на мъжете (вж. табл. 10).

Значителната продължителност на стажа по специалността, както и продължителната работа в съответното отделение макар и косвено са гаранция за високо качество на извършваната лечебна работа.

Много важни критерии за качеството на медицинското обслужване е притежаването на специалност. Разпределението по пол позволява да се заключи, че относителният дял на мъжете със специалност е статистически значимо по-голям от този при жените – $P < 0.01$.

Таблица 10. Разпределение на наблюдавания контингент по пол на лекарите и общ трудов стаж, стаж по специалността и в отделението

Стаж	Пол	Показатели									
		Брой		±			t	Pt	u	P	
Общ трудов стаж	Мъже	954	19,38	±	0,19	6,02	3,22	<0,01	8,18	<0,001	
	Жени	1014	21,41	±	0,16	6,17	3,47	<0,001			
Стаж по специалността	Мъже	894	16,72	±	0,21	6,14	2,72	<0,01	7,43	<0,001	
	Жени	899	18,98	±	0,22	6,51	2,92	<0,01			
Стаж в отделението	Мъже	954	13,73	±	0,17	5,34	2,57	<0,01	2,13	<0,05	
	Жени	1014	13,12	±	0,17	5,49	2,39	<0,01			

Таблица 11. Разпределение на висшия медицински персонал по пол и призната специалност

Пол	Специалност							
	Има			Няма			Общо	
	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%
Мъже	807	86,6	1,1	125	13,45	1,1	932	100,00
Жени	817	82,1	1,21	179	17,94	1,21	996	100,00
Всичко	1624	84,1	0,83	304	15,9	0,83	1928	100,00

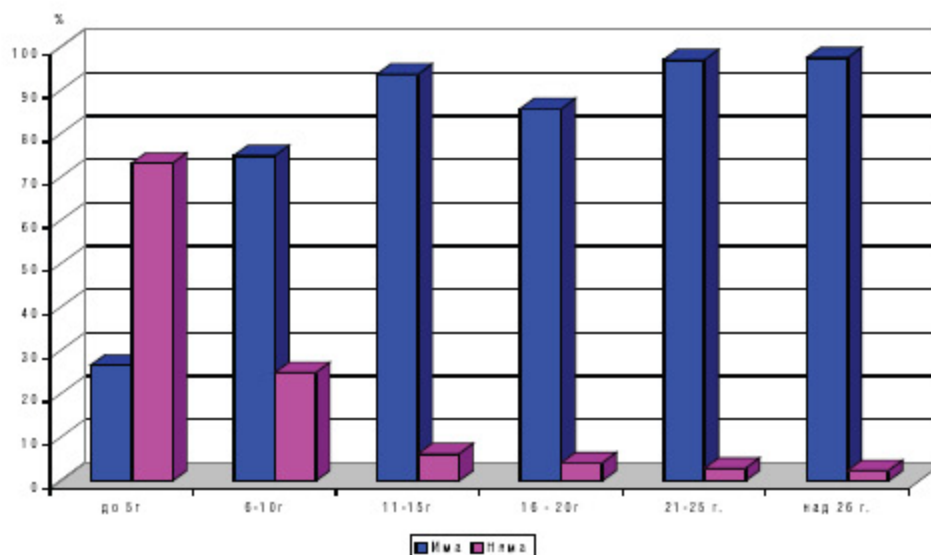
$$\chi^2 = 7,55$$

$$P < 0,01$$

Таблица 12. Разпределение на наблюдавания контингент по възраст и клинична специалност

Възрастова група	Специалност							
	Има			Няма			Общо	
	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%
до 29 г.	28	15,0	2,46	171	85,93	2,46	199	100,00
30 – 39 г.	283	74,9	2,23	95	25,14	2,23	378	100,00
40 – 49 г.	606	97,0	0,68	19	3,04	0,68	625	100,00
50 – 59 г.	580	96,8	0,68	19	3,18	0,68	599	100,00
60+ г.	127	100,0	–	–	–	–	127	100,00
Всичко	1624	84,1	0,83	304	15,9	0,83	1928	100,00

Фигура 13. Общ трудов стаж и клинична специалност



Между възрастта на лекарите и притежаването на клинична специалност се констатира напълно логично обратна причинно-следствена връзка $r_{xy} = -0.80 \pm 0.08$, т. е. с увеличаване на възрастта, намалява броят на лекарите без специалност.

Така при най-младите със специалност са само 14.97 %, докато при лекарите над 60 години всички участници са с призната специалност (вж. табл. 12).

Напълно логично притежаването на клинична специалност се намира в изразена

причинно-следствена зависимост от общия трудов стаж $r_{xy} = -0.87 \pm 0.03$, т. е. с увеличаване на стажа, рязко нараства относителният дял на лекарите с призната специалност.

Така при лекарите със стаж до 5 години само малко над $\frac{1}{4}$ са със специалност, докато при лекарите със стаж над 26 години нямат специалност само 2.4 %.

Вътрешен ред в болницата

Правилник за вътрешния ред в отделението е в основата на лечебно-охранителния режим. На участвалите в проучването лекари бяха поставени няколко въпроса, свързани с правилника.

Разясняване на правилника на новопостъпилите пациенти се извършва редовно при три четвърти от тях.

Учудване предизвиква информацията, че почти всеки пети пациент не е получавал сведения за Правилника за вътрешния ред или е получавал такава нередовно. Разясняването

на правилника се намира в изразена зависимост от **трудовия стаж на лекарите** – $P < 0.05$ ($\chi^2 = 19.93$). Най-висок относителен дял на дали положителен отговор е регистриран в двете крайни групи – при лекарите са най-малък и тези с най-голям трудов стаж. Задълбоченият прочит на табл. 13. показва, че с увеличаването на трудовия стаж плавно нараства и процентът на лекарите, посочили, че правилникът изобщо не се разяснява.

При проследяване на останалите факториални признаци статистически значими различия се констатираха при пола на лекарите. Различието се определя преди всичко от процентите на посочилите, че правилникът не се разяснява $3.0 \pm 0.56\%$ при мъжете срещу $8.6 \pm 0.91\%$ при жените. Различие е регистрирано и при далите положителен отговор.

На въпроса "кой разяснява правилника?" е посочено, че това се прави от специалистите и лекарите (вж. фиг. 15). Съпоставката позволява да се подчертае, че преобладават специалистите

Фигура 14. Разясняване правилника за вътрешния ред

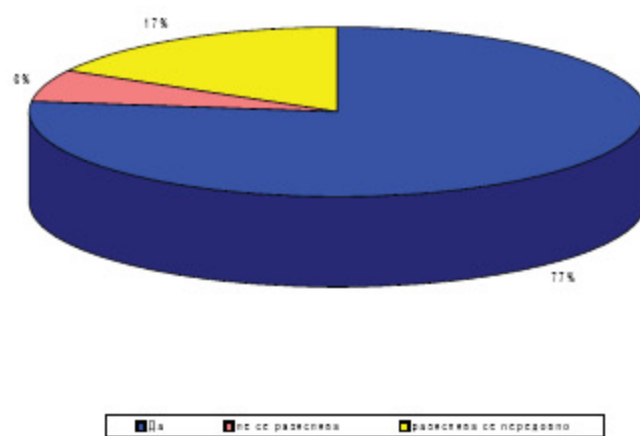
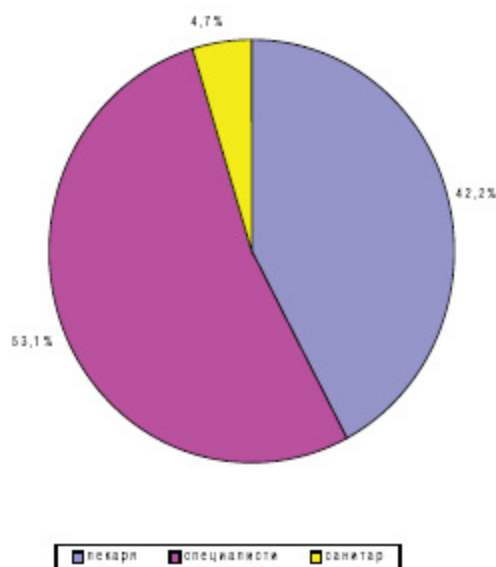


Таблица 13. Зависимост на разясняването на правилника от трудовия стаж на лекарите

Стаж	Разясняване									Общо	
	Да			Не			Нередовно				
	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%
до 10 г.	402	78,1	1,83	22	4,2	0,86	91	17,7	1,69	515	100,00
11 - 15	189	74,5	2,70	12	4,8	1,38	49	19,7	2,53	250	100,00
16 - 20	281	71,9	2,27	20	5,1	1,10	90	23,0	2,13	391	100,00
21 -25	346	70,4	2,06	32	6,5	1,15	114	23,1	1,90	492	100,00
26+	179	80,0	2,64	15	6,8	1,72	27	12,4	2,19	219	100,00
Всичко	1397	77,0	1,00	101	5,9	0,5	371	17,1	0,93	1867	100,00

Фигура 15. Разясняване на правилника за вътрешния ред в зависимост от позицията


$P < 0.001$ ($t = 6.77$). Участието на санитарите, макар и минимално, е в разрез с двустепенния модел на болничното обслужване.

На лекарите беше предоставена възможност да направят преценка на това, дали Правилникът за вътрешния ред се спазва стриктно. Както се вижда от (фиг. 16) по-голямата част от анкетираните са посочили, че правилникът се спазва, но все пак впечатлява факта, че всеки пети е посочил обратно. Съпоставката с проучването на Ил. Баташки показва, че относителният дял на посочилите, че не се спазва, е близо два пъти по-малък.

Наличието или отсъствието на признатата клинична **специалност** оказват влияние върху оценката за стриктното спазване на вътрешния ред $P < 0.05$ ($\chi^2 = 6.71$). Различието се определя преди всичко от относителните дялове на посочилите, че не се спазва. Значително по-критични са лекарите със специалност.

Трудовият стаж оказва изразено влияние върху оценката, дадена от участниците в анкетата – (вж. фиг. 17). Най-ниска е оценката, дадена от лекарите със стаж до 10 години, т. е. най-младите, като малко повече от половината са посочили, че правилника се спазва. При тях е регистрирана най-голям процент, посочили, че правилника не се спазва $21.5 \pm 1.80\%$.

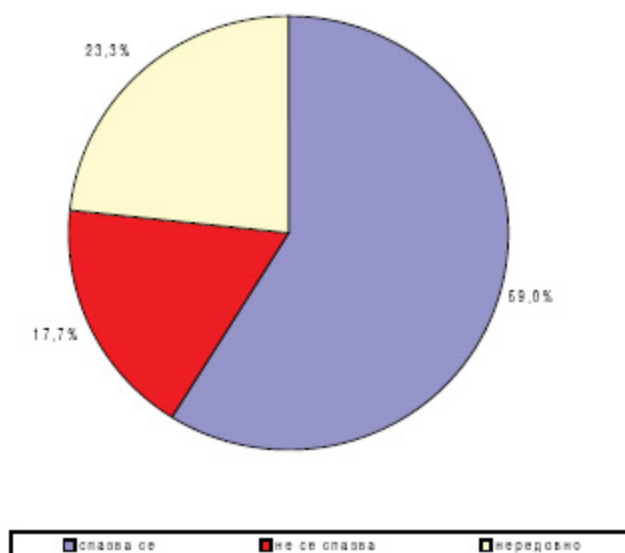
Изчисленият критерий на Пирсън потвърждава алтернативната хипотеза (H_1) при

уровен на значимост 99.99 %, т. е. трудовият стаж оказва силно изразено влияние върху оценката на лекарите. Проведеният статистически анализ при останалите факториални признаци не показва наличието на изразени от статистическа гледна точка различия.

На участващите в проучването беше предоставена възможност да посочат причините, водещи до нарушаване на Правилника за вътрешния ред. Отговор са дали $39.4 \pm 1.10\%$ от лекарите. Като основна причина за нарушаване на вътрешния ред е посочено “допускане на много външни лица в отделението”. На второ място е “неспазване на правилника от медицинския персонал”, а на трето – “недобри условия на бит и труд в отделението”. Всеки десети участник, отговорил на въпроса, е посочил, че “няма нарушения”.

Изводи:

1. С Правилника за вътрешния ред редовно се запознават три четвърти от постъпващите в болничните отделения. Като неблагоприятен следва да се отчете фактът, че неполучилите информация или, получаващите такава нередовно, са около двадесет процента от пациентите.
2. Като субективна следва да се приеме информацията, че лекарите активно участват в разясняването на правилника. Участието на санитарите в запознаването е в

Фигура 16. Оценка за спазването на правилника за вътрешния ред**Таблица 14.** Спазва ли се стриктно правилникът за вътрешния ред, даден от лекарите с и без специалност

Спазване на реда	Специалност						Общо		
	Има			Няма					
	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp
Спазва се	930	58,4	1,24	140	63,3	3,25	1070	59,00	1,15
Не се спазва	295	18,5	0,98	26	11,7	2,19	321	17,70	0,9
Не редовно	368	23,1	1,05	55	25,0	2,91	423	23,30	0,99
Всичко	1593	100,0	-	221	100,0	-	1814	100,00	-

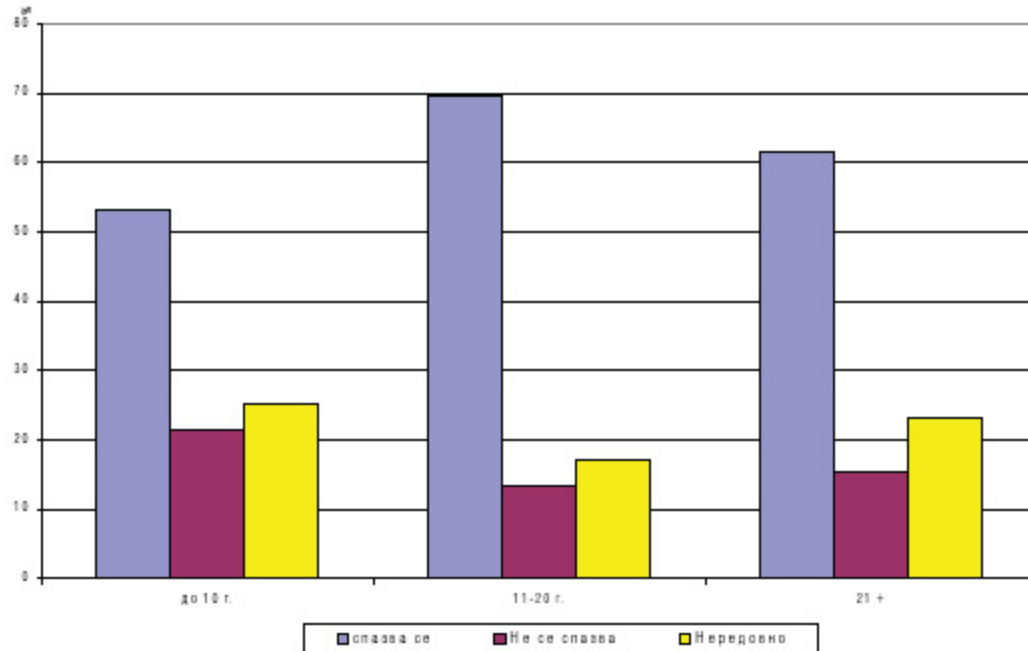
разрез с двустепенния модел на болничното обслужване.

3. Оценката за стриктно спазване на Правилника за вътрешния ред се намира в изразена зависимост от трудовия стаж и наличието на специалност на анкетираните лекари.
4. Като основни причини за нарушаване

на вътрешния ред в отделениято са посочени допускането на много външни лица в отделениято и неспазване на правилника от медицинския персонал.

Продължава в брой 3 / 2007

Фигура 17. Влияние на трудовия стаж на лекарите върху оценката за стриктно спазване на правилника за вътрешния ред



Използвана литература:

1. Баташки И. Качество на медицинското обслужване в хирургичните звена на МБАЛ "Пловдив" АД. МУ Пловдив, 2004, дис."доктор".
2. Бранков Бр. Съвременни въпроси на лекарската етика. Соц. Мед., VII, 2000, No 1, 43-44.
3. Воденичаров Ц., В. Борисов, Ст. Гладиллов, К. Чамов, Д. Кръшков. Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване., Здравен мениджмънт, 2005, 5, 2, 5-14.
4. Договаряне/ Методи на заплащане; ОК/ МО. Стратегически план за въвеждане на система за осигуряване на качеството и медицинския одит в заведенията за здравна помощ в България. Проект Реформа в здравния сектор; Technikas de Salud март 2003.
5. Корийков Ц. Управление на качеството. Русе, 1998.
6. Пюргенгер У., Абул Б., Дези Д. Политика на качеството в здравните системи в страните кандидатки за членство в ЕС. Състояние и перспективи. Федерално министерство на Социалната Сигурност и Обществото, Виена, 2001.
7. Чобанянова И. Оценка на качеството на здравната помощ. Доклади от I-ва Международна юбилейна конференция "Здравеопазването - предизвикателствата на промяната", Варна 16-18 Октомври 2003, 85-90.
8. Чамов К., Н. Щерева. Европейският съюз: управленски структури, здравна политика и

програми. Здравен мениджмънт, 2006, 1, 3-8.

9. Anderson, J. A vision of Quality in Medical Education by Charles Suwanala, Academic Medicine, 1995; Vol 70, No7, Juli, Suppl; 38-40.

10. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? In Graham N., ed. Quality Assurance in Hospitals. Maryland: Aspen Publishers Inc., 1990.

11. Lawrence M, Olesen F. Indicators of quality in health care, Eur J Gen Pract, 1997; 3: 103-108.

12. Nelson, EC. et al. Patient-based quality measurement system. Qual. Manag in Healthc, Vol. 2, No 1: 18-30.

13. Turner JG, Chavighy RH. Delivery and Evaluation of community nursing Services, Community Health Nursing, edited by JB Lippincott Company, 1999; 193- 203.

14. Wasowitz DK., Szmhmitz RF., Go PM. Assessment of day surgery in a district training hospital: safety, efficacy and patients satisfaction. Ned Tijdschr Geneesk. 2000; 30; 144(40): 1919-23.

Адрес за кореспонденция:

Д-р Златица Петрова
НЗОК, ул. Кричим 1, 1407 София
zpetrova@mail.bg
9659180