

© А.Е. Орлов

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава России,

г. Самара, Россия

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА О ТЕОРЕТИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Аннотация. Целью исследования явилось изучение уровня подготовленности медицинского персонала по теоретическим аспектам менеджмента качества медицинской помощи (КМП). На базе многопрофильного медицинского учреждения проведено анкетирование врачей и среднего медицинского персонала общим объемом 225 единиц. Статистическая обработка осуществлялась с использованием программы «Statistica 7». Рассчитывались статистические показатели экстенсивности, их ошибки. Достоверность разности показателей определялась по критерию Стьюдента (он принимался равным не менее двух). Установлено, что теоретические аспекты менеджмента КМП (включая субъекты оценки КМП, составляющие качества, инструменты оценки, методику расчета отдельных статистических показателей и др.) недостаточно известны персоналу. Несколько выше уровень осведомленности сравнительно молодых специалистов (до 40 лет). По ряду изучавшихся аспектов выше уровень информированности врачей по сравнению со средним медицинским персоналом. Недостаточная осведомленность является фактором, препятствующим активному вовлечению персонала в процесс всеобщего управления качеством.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, социологический опрос медицинского персонала.

© A.E. Orlov

Samara State Medical University

Samara, Russia

AWARENESS OF HEALTH CARE STAFF OF THEORETICAL ASPECTS OF MEDICAL CARE QUALITY

Abstract. The aim of this study was to investigate the level of medical personnel's preparedness on theoretical aspects of medical care quality management. On the basis of a multidisciplinary medical institution we conducted a survey of doctors and nurses, totally 225 people. The statistical processing was carried out using the program «Statistica 7.» Statistical ratios of extensiveness and their mistakes were calculated. The veracity of index differences was determined by Student's test. It is found that the theoretical aspects of management of medical care quality (including the subjects that make up the quality assessment tools, the elements and criteria of quality, methodology for calculating of different statistic criteria, etc.) are not well known to the staff. The level of awareness of relatively young professionals (under 40 years) was a bit higher. Physicians showed a higher awareness in a number of aspects in comparison with nurses. This is a factor preventing the active involvement of staff in the process of total quality management.

Keywords: quality of care, a sociological survey of medical personnel.

Введение. В Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в качестве одного из основных принципов охраны здоровья названа необходимость обеспечения доступности и качества медицинской помощи. Решение этой задачи складывается из многих составляющих, одной из которых является высокий уровень квалификации медицинских работников [4]. При этом важно как наличие специальных знаний (компетенций), так и общепрофессиональных, включающих знание современных аспектов теории менеджмента качества.

Хотя система управления и контроля КМП имеет почти столетнюю историю (первые упоминания о ней датируются 1910 г., когда появилось сообщение (отчет) Флекснера [9]), до настоящего времени существующие подходы к рассмотрению составляющих качества и критериев их оценки не вполне однозначны, постоянно модернизируются. Поэтому актуальна задача непрерывного последипломного профессионального образования медицинского персонала в этих вопросах [2].

Нельзя не отметить и следующее обстоятельство. В большинстве развитых стран мира в настоящее время все большее применение находит индустриальная модель управления качеством медицинской помощи, которая включает в себя отдельные компоненты профессиональной и бюрократической модели и базируется на концепции непрерывного улучшения качества и всеобщего управления качеством [5]. В этой модели предусмотрено две составляющих: внешняя гарантия (как производная бюрократической модели) и внутренняя (непрерывное улучшение качества, подразумевающее активное участие всего персонала в разработке политики качества и принятии решений по его совершенствованию). В свете реализации концепции стран-членов Евросоюза «Системная концепция контроля на основе индикаторов качества и медицинских ошибок в соответствии с клиническими рекомендациями» необходим переход от эпизодического контроля качества к постоянной работе по его мониторингу

и обеспечению [8]. А это предполагает высокую мотивированность всех категорий медперсонала [3].

То есть достижение высокого качества невозможно без соответствующей теоретической подготовки персонала и формирования системы мотивационных воздействий [1, 6, 7]. К сожалению, и тот, и другой аспект указанной проблемы до настоящего времени весьма скудно освещены в литературе.

Учитывая это, нами было проведено исследование, целью которого являлось изучение уровня подготовленности медицинского персонала по теоретическим аспектам менеджмента качества медицинской помощи.

Материалы и методы исследования. На базе крупной многопрофильной больницы г. Самара нами было проведено по специально разработанной программе анкетирование врачей и среднего медицинского персонала. Общий объем исследований составил 225 единиц. Карта исследования состояла из 36 вопросов как открытого (подразумевавшего написание респондентами своего суждения по заданным вопросам), так и закрытого (выбор правильного ответа из предложенных вариантов) характера. Полученные анкеты были зашифрованы, подвергались статистической обработке на персональном компьютере с использованием программы «Statistica 7». Рассчитывались статистические показатели экстенсивности, их ошибки. Достоверность разности показателей определялась по критерию Стьюдента (он принимался равным не менее двух).

В структуре опрошенных преобладали женщины (84,7 %). Примерно равную долю составили лица 30–39, 40–49 (22,2 %), 50–59 лет (26,4 %), меньшей была доля респондентов младше 30 (16,7 %) и старше 60 лет (12,5 %). Основную часть (72,2 %) респондентов составили опытные сотрудники, имеющие опыт работы более 10 лет. У 9,3 % стаж составил от 5 до 10 лет; и у 18,5 % был менее пяти лет. Примерно поровну были представлены врачи (55,5 %) и медицинские сестры (44,5 %).

Результаты и их обсуждение. Отвечая на вопрос об уровне своей подготовленности в вопросах качества медицинской помощи (КМП), 49,2 % респондентов считали себя достаточно подготовленными; 20,3 % сочли себя не вполне подготовленными. Сравнительно небольшая (5,1 %) часть респондентов ответила отрицательно на данный вопрос. Более критичными при этом были мужчины, среди которых доля отрицательных ответов была почти втрое выше, чем среди женщин – 11,1 % и 4,0 % соответственно. 25,4 % опрошенных не смогли определиться с ответом (рис. 1).

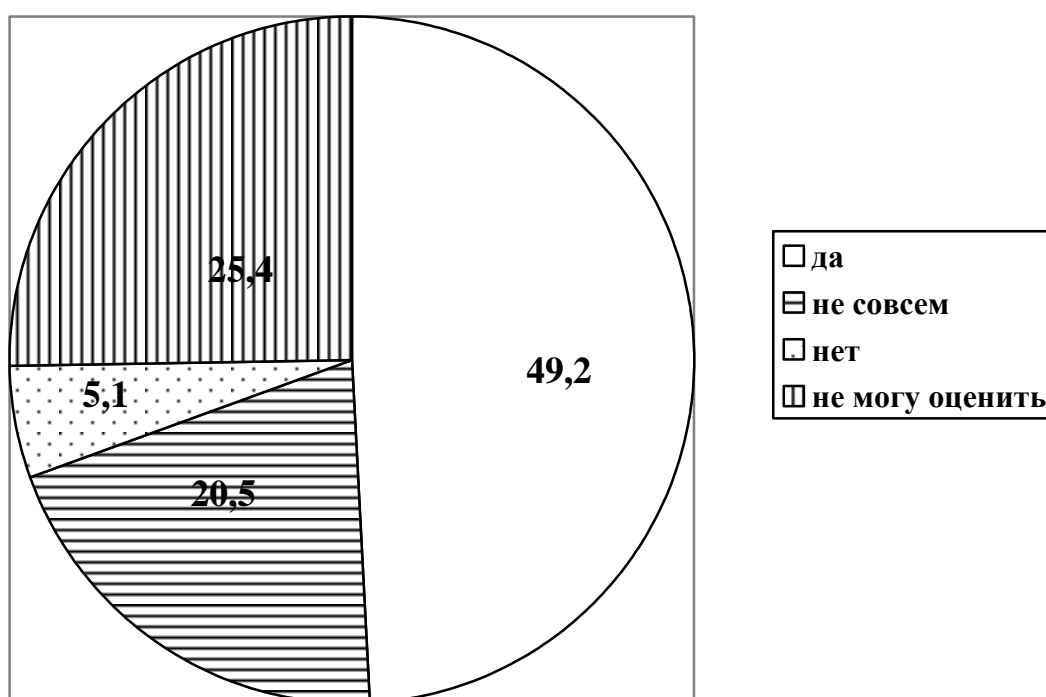


Рис. 1. Распределение ответов респондентов на вопрос об уровне подготовленности в вопросах КМП, в процентах

Уровень положительной самооценки в целом увеличивается с увеличением возраста респондентов. Так, доля ответа «да» составила 30,8 % среди лиц моложе 30 лет, 43,8 % – в 30–39 лет, 38,9 % в 40–49 лет, 77,8 % в 50–59 лет и 60,0 % в возрасте 60 лет и старше (табл. 1). Различия в характере ответов врачей и среднего медицинского персонала не носили значимый характер ($t = 1,45$), хотя можно отметить, что отрицательные ответы имели

место только среди врачей, а доля тех, кто не мог оценить уровень своей подготовленности, – среди среднего персонала.

Таблица 1

Распределение респондентов разного возраста по уровню самооценки своих знаний в вопросах КМП, %

Подготовлен в вопросах КМП	Возраст, лет				
	до 30	30–39	40–49	50–59	60 и ст.
Да	30,8	43,8	38,9	77,8	60,0
Не совсем	30,8	31,2	44,4	5,6	–
Нет	–	–	5,6	–	20,0
Не могу оценить	38,4	25,0	11,1	16,6	20,0
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Одним из центральных вопросов теории КМП является вопрос о компонентах, составляющих качество. Правильно не назвал их никто из опрошенных. Большинство (67,6 %) респондентов приводило ответы совершенно неправильные (не имеющие отношения к компонентам вообще); 16,2 % перечислили не все компоненты; в 16,2 % анкет ответ отсутствовал. Доля неправильных ответов была выше среди мужчин (81,8 %) по сравнению с женщинами (61,6 %) ($t = 2,86$). Женщины в большем проценте случаев, чем мужчины, либо указывали не все компоненты, либо предпочитали не отвечать на вопрос. Выше (80,0 %) была доля неправильных ответов среди лиц до 40 лет по сравнению с респондентами более старшего возраста, где она колебалась от 60,0 % до 61,9 %. Респонденты старшей возрастной группы в наибольшем (30,0 %) проценте случаев предпочли воздержаться от ответа вообще. Уровень осведомленности по данному вопросу врачей и среднего медицинского персонала был практически одинаков.

Требования, которым должно отвечать высокое КМП (сформулированные экспертами ВОЗ уже более 20 лет назад), неправильно назвали 10,8 % респондентов (только женщины); указали их частично – 50 % (63,6 % мужчин и 47,6 % женщин), а 39,2 % опрошенных предпочли не отвечать на данный вопрос (36,4 % мужчин и 39,7 % женщин). Правильные ответы на данный вопрос отсутствовали. Доля неверных ответов была

наибольшей (25,0 %) среди лиц 30–39 лет, давших неполный ответ – в возрасте до 30 (60,0 %) и 50–59 лет (57,1 %), воздержавшихся от ответа – в старшей возрастной группе (60,0 %) (табл. 2). Воздержались от ответа на данный вопрос 26,3 % врачей и 41,8 % средних медицинских работников.

Таблица 2

Распределение респондентов разного возраста по правильности ответа на вопрос о компонентах КМП, %

Ответ	Возраст, лет				
	до 30	30–39	40–49	50–59	60 и старше
Отсутствует	6,7	10,0	17,4	14,3	30,0
Неправильный	80,0	80,0	60,9	61,9	60,0
Неполный	13,3	10,0	21,7	23,8	10,0
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

С введением системы медицинского страхования в России принципиально изменилась система контроля КМП, в частности его субъекты, число которых значительно увеличилось. Опрос показал, что данный аспект также мало известен медицинским работникам. Так, субъекты контроля КМП правильно указали 9,5 % опрошенных; неправильно – 23,0 % (только женщины); указали не все – 44,6 % (63,6 % мужчин и 41,3 % женщин); уклонились от ответа на данный вопрос – 23,0 % (27,3 % мужчин и 22,2 % женщин). Доля правильных ответов на этот вопрос была наиболее высокой среди лиц моложе 30 (13,3 %) и старше 60 лет (10,0 %). В остальных возрастных группах показатель не превышал 5 %. Более полным было представление о субъектах контроля КМП среди врачей (по сравнению со средним медицинским персоналом). Правильно ответили на этот вопрос соответственно 13,2 % и 5,5 %; частично правильно – 52,6 % и 40,6 %; неправильно – 13,2 % и 29,1 %. Процент воздержавшихся от ответа был примерно одинаков – 21,7 % и 25,5 %.

Требования, которым должно отвечать высокое КМП, неправильно сформулировали 10,8 % респондентов (только женщины); указали их частично – 50 % (63,6 % мужчин и 47,6 % женщин), а 39,2 % опрошенных

предпочли не отвечать на данный вопрос (36,4 % мужчин и 39,7 % женщин). В вопросах критериев качества медицинской помощи более были осведомлены врачи (по сравнению со средним медицинским персоналом) (табл. 3).

Таблица 3

Распределение врачей и средних медицинских работников по ответам на вопрос о критериях высокого КМП, %

Категория сотрудников	Ответ				
	отсутствует	неправильный	неполный	правильный	итого
Врачи	26,3	13,2	27,9	2,6	100,0
Средний медицинский персонал	41,8	12,7	43,6	1,8	100,0

Практически отсутствовали правильные ответы и на вопрос о средствах контроля КМП. Доля правильных ответов – 1,4 %; они имели место только среди женщин. Неправильно ответили 16,2 % респондентов (27,3 % мужчин и 14,3 % женщин); неполно – 51,4 % (45,5 % мужчин и 52,4 % женщин); отсутствовали ответы почти в трети (31,1 %) анкет (среди мужчин – в 27,3 %); среди женщин – в 31,8 %. Правильные ответы в единичных случаях имели место только среди лиц 40–49 лет, частично правильные в наибольшем проценте случаев – среди лиц до 30 и 50–59 лет. Лица старшей возрастной группы в наибольшем проценте случаев предпочитали не отвечать на вопрос.

Правильные ответы о средствах контроля КМП имели место только среди врачей (в 2,6 % случаев). Выше среди них (по сравнению со средним медперсоналом) была и доля отчасти правильных (неполных) ответов (57,9 % и 47,3 % соответственно).

Не смогли респонденты и четко сформулировать ответ на вопрос, какие виды контроля осуществляют страховые медицинские организации. 43,2 % респондентов перечислили не все; 27,0 % назвали неправильно; а 29,7 % вообще не стали отвечать на него. Среди мужчин выше была доля

воздержавшихся от ответа и давших неверный ответ, а среди женщин – указавших на все варианты ответа.

Как известно, важным средством контроля качества (в т.ч. и на уровне лечебно-профилактического учреждения) являются статистические показатели. Респондентам было предложено перечислить основные статистические показатели, характеризующие качество работы больницы. Только 5,4 % опрошенных указали правильно основные из них; 39,2 % указали лишь часть; 23,0 % назвали лишние (не используемые в реальной практике) критерии; 10,8 % назвали неверные показатели; а каждый пятый (21,6 %) вообще не смог ответить на данный вопрос. Доля наиболее «благоприятного» варианта (когда были указаны не все показатели) среди женщин была достоверно выше (41,3 %), чем среди мужчин (27,3 %) ($t = 4,6$).

Наиболее были осведомлены о статистических показателях сотрудники 30–39 лет, 10,0% которых смогли указать основные показатели. Респонденты старшей возрастной группы в большей степени, чем остальные, были склонны к перечислению излишних показателей. Их указали 40,0 % опрошенных данной возрастной группы, в то время как среди лиц других возрастных категорий данный показатель не превышал 25 %. Неверные ответы дали 2,6 % врачей и 14,6 % средних медицинских работников. Врачи вдвое большем проценте случаев (34,2 % и 16,4 %) называли лишние показатели. Доля указавших не все показатели была почти равной среди врачей (36,8 %) и среднего медперсонала (41,8 %). Выше среди средних медработников был процент назвавших верно основные показатели (9,1 % против 2,6 % среди врачей). Доля воздержавшихся от ответа достоверно не отличалась ($t = 1,25$) среди врачей (23,7 %) и среднего медперсонала (18,2 %).

На вопрос о том, является ли показатель укомплектованности кадров критерием качества правильно (т.е. положительно) ответило большинство (83,9 %) респондентов (70,0 % мужчин и 80,5 % женщин). Не считали его таковым 7,7 % (такие ответы имели место только среди женщин). 9,7 % не

ответили на данный вопрос. Удельный вес правильных ответов оказался максимальным в возрасте до 40 лет (88,9 %).

Респондентам предлагалось назвать категории диагностических ошибок. Правильно указали их только 6,8 % опрошенных (18,2 % мужчин и 38,1 % женщин). Более половины (55,4 %) респондентов не ответили на данный вопрос (45,5 % мужчин и 57,1 % женщин). Правильно указали категории диагностических ошибок 20,0 % лиц до 30 лет; 8,7 % – 40–49 лет; 4,8 % – 50–59 лет. Правильно указали категорию 10,5 % врачей и 3,6 % средних медработников; неправильно – 55,3 % и 32,7 % соответственно; не указали вовсе – 34,2 % и 63,6 %.

Формулу расчета показателя досуточной летальности правильно указали 5,4 % респондентов (9,1 % мужчин и 4,8 % женщин); неправильно – 23,5 % (36,4 % мужчин и 22,2 % женщин); не указали вообще – 70,3 % (54,6 % мужчин и 73,0 % женщин). Правильно указали формулу только 4,4 % сотрудников 40–49 лет; 4,4 % – 50–59 лет и 10,0 % – 60 лет и старше. Среди среднего медперсонала правильные ответы на данный вопрос отсутствовали. В большинстве случаев (85,5 %) они не ответили на вопрос вообще (врачи – в 42,1 %). Доля правильных ответов среди всех полученных составила 47,4 % среди врачей и 14,8 % среди среднего медперсонала.

Еще хуже ориентировались медицинские работники в результирующих показателях деятельности системы здравоохранения на макроуровне. Так, определение социальной эффективности здравоохранения правильно дали 2,7 % опрошенных (только женщины); частично правильно – 40,5 % (45,5 % мужчин и 39,7 % женщин); неправильно – 21,6 % (9,1 % мужчин и 23,8 % женщин). Более трети (35,1 %) респондентов воздержались от ответа на данный вопрос (45,5 % мужчин и 33,3 % женщин). Правильные ответы встречались только среди респондентов 40–49 лет, частично правильные – в наибольшем проценте (65,0 %) случаев – среди лиц 30–39 лет; доля воздержавшихся от ответа была наибольшей в старшей возрастной группе

(40,0 %). Правильные ответы на вопрос о критериях социальной эффективности имели место только среди средних медработников (в 3,4 % случаев).

Выводы

1. Вопросы контроля и обеспечения качества медицинской помощи являются в настоящее время одними из наиболее актуальных в теории и практике здравоохранения. Решение по формированию системы всеобщего управления КМП (как и любой другой) будет тем более успешным, чем в большей степени о ее содержании и критериях достижения информированы непосредственные исполнители.

2. К сожалению, до настоящего времени информированность медицинского персонала в вопросах КМП, включая определение данного понятия, роль и задачи отдельных субъектов контроля, компоненты и критерии качества и др., остается низкой, что отчасти признают сами медицинские работники.

3. Уровень осведомленности отличается у разных категорий медицинского персонала. Несколько выше он у сравнительно молодых специалистов (до 40 лет), которые, видимо, знакомы с теорией КМП в образовательных учреждениях. Лица же старшей возрастной группы предпочитали не отвечать на поставленные вопросы, пытаясь, видимо, скрыть свою неосведомленность. По ряду изучавшихся аспектов выше уровень информированности врачей по сравнению со средним медицинским персоналом.

4. Приведенные данные доказывают необходимость систематической целенаправленной работы на уровне любого лечебно-профилактического учреждения по повышению подготовки медицинских кадров в теории КМП.

Список литературы:

1. *Белякин С.А.* Социально-психологическое обеспечение системы менеджмента качества в медицинской организации / С.А. Белякин, Т.В. Казакова, Т.Н. Брескина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 4. – С. 26–30.
2. *Кучеренко В.З.* Роль подготовки медицинских кадров в развитии здравоохранения России / В.З.Кучеренко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 4. – С. 46–50.
3. *Мартыненко В.Ф.* Качество медицинской помощи – медицинской организации / В.Ф.Мартыненко// Главврач. – 2010. – № 10. – С. 38–40.
4. *Петрова Н.Г.* Современные проблемы менеджмента определяющий фактор в оценке динамики развития в здравоохранении / Н.Г. Петрова, С.А. Балохина, Э.В. Комличенко // Вестник СПбГУ. – 2010. – № 4. – С. 57–60.
5. *Поляков И.В.* Проблемы внедрения системы управления качеством в отечественном здравоохранении / И.В. Поляков, А.В. Максимов // Научно-техническая конференция ГМА им. адм. С.О. Макарова: тезисы докладов. – СПб., 2012. – Ч. 1. – С. 171–172.
6. *Расторгуева Т.И.* Перспективная модель управления человеческими ресурсами медицинского учреждения / Т.И. Расторгуева, В.О. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 1. – С. 27–32.
7. *Hovard J.* Physicians as Inclusive Leaders: Insights from a Participatory Quality Improvement Intervention / J. Hovard, E. Shaw, C. Felsen // Quality management in Health Care. – 2012. – Vol. 21 (3). – P. 135–145.
8. *Ketelaar A.N.* Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers professionals or organisations / A.N. Ketelaar, M.I. Faber, S. Flottorp // Cochran Effective Practice and organization of Care Group Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2011. – Vol. 11.
9. *Morris J.A.* Surgical adverse events, risk management, and mal practice outcome: morbidity and mortality review is not enough / J.A. Morris, X. Carrilo, J.M. Jenkins // Annals of Surgery. – 2003. – Vol. 237. – P. 841–852.

References

1. Belyakin S.A., Kazakova T.V., Breskina T.N. Sotsial'no-psikhologicheskoe obespechenie sistemy menedzhmenta kachestva v meditsinskoj organizatsii [Social and psychological support of the quality management system in a medical organization]. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*, 2011, no. 4, pp. 26–30 (in Russian).
2. Kucherenko V.Z. Rol' podgotovki meditsinskikh kadrov v razvitii zdravookhraneniya Rossii [The role of medical training in the development of

health care in Russia]. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*, 2011, no. 4, pp. 46–50 (in Russian).

3. Martynenko V.F. Kachestvo meditsinskoy pomoshchi – meditsinskoy organizatsii [Quality of care – medical organization]. *Glavvrach*, 2010, no. 10, pp. 38–40 (in Russian).

4. Petrova N.G., Balokhina S.A., Komlichenko E.V. Sovremennye problemy menedzhmenta opredelyayushchiy faktor v otsenke dinamiki razvitiya v zdavookhraneni [Modern management problems as a determining factor in assessing the dynamics of health service development]. *Vestnik SPbGU*, 2010, no. 4, pp. 57–60 (in Russian).

5. Polyakov I.V., Maksimov A.V. Problemy vnedreniya sistemy upravleniya kachestvom v otechestvennom zdavookhraneni [The problems of introduction of the quality management system in the national health care service]. Scientific and Technical Conference of State Maritime Academy named after S.O. Makarov: Abstracts. Part 1. St. Petersburg, 2012, pp. 171–172. (in Russian).

6. Rastorgueva T.I., Shchepin V.O. Perspektivnaya model' upravleniya chelovecheskimi resursami meditsinskogo uchrezhdeniya [Promising model of human resource management in a medical institution]. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*, 2009, no. 1, pp. 27–32 (in Russian).

7. Hovard J. Shaw E., Felsen C. Physicians as Inclusive Leaders: Insights from a Participatory Quality Improvement Intervention. *Quality management in Health Care*, 2012, vol. 21(3), pp. 135–145.

8. Ketelaar A.N. Faber M.I., Flottorp S. Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers professionals or organizations. *Cochran Effective Practice and organization of Care Group Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, vol. 11.

9. Morris J.A., Carrilo X., Jenkins J.M. Surgical adverse events, risk management, and mal practice outcome: morbidity and mortality review is not enough. *Annals of Surgery*, 2003, vol. 237, pp. 841–852.

Орлов Андрей Евгеньевич – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры управления качеством в здравоохранении ИПО (тел.: 8(846) 994 06 99, e-mail: andrey_orlov_75@mail.ru).

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, 443099, Самара, ул. Чапаевская, д. 89.

Orlov Andrey Evgenyevich – Candidate of Medical Science, assistant of the department of health care quality management, (tel. 8(846) 994 06 99, e-mail: andrey_orlov_75@mail.ru).

Samara State Medical University, 89, Chapayevskaya street, Samara, 44309, Russia.