

ОЦЕНКА РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИКИ БОЛЬНЫМИ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Н.И.Коршунов, Е.В.Речкина, Н.В.Яльцева

Ярославская государственная медицинская академия

Резюме

Цель. Анализ оценок больными работы медицинского персонала и некоторых служб поликлиники.

Материал и методы. 100 больных РА. Использовалось структурированное интервью, методика "идеальный - реальный врач".

Результаты. В наибольшей степени больные удовлетворены работой ревматолога, физиотерапевтической службы и процедурной медсестры; несколько меньше - заведующего терапевтическим отделением и участковой медсестры, еще меньше - участкового врача, администрации и лаборатории; затем - врачей-консультантов, кабинетов ультразвуковой диагностики и рентгеновской службой и менее всего - работой регистратуры. 40,8% больных, преимущественно работающих, не удовлетворены льготным лекарственным обеспечением, что свидетельствует о проблемах регионального (не федерального) льготного обеспечения. Не удовлетворены решениями клиничко-экспертных комиссий поликлиник 3,8% больных, решениями медико-социальных экспертных комиссий - 23,5%. Больные РА мало информированы о службе социальной помощи. Хотели бы сменить своего участкового врача - 15% больных РА, ревматолога - 2%. При сравнении характеристик участкового врача и ревматолога все показатели конфликтности в диаде "врач-больной" были выше у первого.

Вывод. Необходима коррекция работы ряда поликлинических служб, в том числе повышение профессиональной квалификации участковых терапевтов и оптимизация их взаимодействия с ревматологом.

Ключевые слова: *больные ревматоидным артритом, интервью, оценка работы персонала и служб поликлиники*

Несмотря на эволютивный характер заболевания, нередко сопровождающегося обострениями, потерей трудоспособности и госпитализациями, больной ревматоидным артритом (РА) - это, прежде всего, пациент поликлиники. Необходимость многолетнего (фактически пожизненного) динамического врачебного наблюдения и постоянной реализации различных медикаментозных и немедикаментозных лечебно-реабилитационных мер требует достаточно хорошего комплайенса, который во многом зависит от качества взаимоотношения в диаде "врач - больной". Поэтому оценка работы поликлиники, представляющей первичное звено здравоохранения, в том числе участкового терапевта и ревматолога - основных лиц, определяющих тактику и стратегию лечебного процесса этих больных, является чрезвычайно важной для обеспече-

ния успеха в достижении этих мер. При этом максимальная удовлетворенность пациента является чрезвычайно важной составляющей качества медицинской помощи с позиции системы тотального управления качеством (TQM) [2]. Как ни странно, в литературе анализа подобных оценок с точки зрения больных не так много; они касаются главным образом работы участкового врача [1] или (в последнее время) - мониторинга эффективности программ лекарственного обеспечения населения [3]. Оценка работы врача первичного звена и специалиста-ревматолога с ревматологическими больными представлена, в основном, зарубежными работами [4, 5, 6, 7, 8, 9]. Мы попытались это сделать с помощью структурированного интервью 100 больных РА, лечившихся в пяти различных поликлиниках г. Ярославля и области.

Оценка работы врачей и некоторых служб поликлиники. Как часто больной РА обращается в поликлинику? На основании опроса 100 больных установлено, что 28% пациентов посещают поликлини-

ку до 4 раз в год, чуть более трети (36%) - от 5 до 10 раз и столько же (36%) - более 10 раз. В среднем, каждый больной РА в течение года посещает следующих специалистов в поликлинике чаще всего участкового терапевта - 5,5 раз (возможно, потому, что, хотя осмотр ревматолога вполне доступен в городском или областном ревматологическом центрах любому больному, все же не в каждой поликлинике есть такой специалист), далее идет ревматолог (3,7) и значительно реже врачи других специальностей: невролог (0,7), кардиолог (0,3), гастроэнтеролог (0,3), ортопед (0,05). При оценке степени удовлетворенности больных использовалась пятибалльная система оценок: 1 - неудовлетворен, 2 - скорее неудовлетворен, чем удовлетворен, 3 - труд-

ревматологи, физиотерапевтическая служба и процедурные медсестры; далее идут заведующий терапевтическим отделением и участковая медицинская сестра; достигают хорошей оценки участковый врач, администрация и работа лаборатории; не достигают ее такие диагностические службы, как рентген, врачи-консультанты и УЗИ; и, наконец, не достигает средней удовлетворительной оценки работа регистратуры. Регистратура оказалась наиболее слабым звеном в организации ревматологической помощи больным поликлиники, являясь отражением наиболее общего дефекта поликлинической помощи в целом ("Театр начинается с вешалки?..."). Крайне негативные оценки работы регистратуры ("не удовлетворен") зарегистрированы в 24 случаях (24%), еще в 21 случае фигурировала оценка "скорее не удовлетворен, чем удовлетворен", и у 13 больных - "трудно сказать", что, учитывая соблюдение определенных этических норм больными РА, скорее следует расценивать также как негативную оценку. Таким образом, положительные оценки работы регистратуры "выставлены" менее чем половиной больных (42%). Наиболее уязвимой стороной работы регистратуры является время записи на прием к врачу (табл. 2). Как видно, почти треть больных РА тратят на эту процедуру более часа и каждый четвертый - от получаса до часа. Не исключается, что это является одной из причин установленного нами более редкого посещения поликлиники семейными и работающими пациентами (им некогда болеть?).

Таблица 1
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ РА (n=100) РАБОТОЙ ВРАЧЕЙ И НЕКОТОРЫХ СЛУЖБ ПОЛИКЛИНИКИ

	Средний балл	Достоверно (p<0,05) по сравнению с:
1 Ревматолог	4,5 ± 0,08	9-12
2 Физиотерапевтическая служба	4,5 ± 0,08	9-12
3 Процедурная м/сестра	4,5 ± 0,08	9-12
4 Заведующий терапевтическим отделением	4,3 ± 0,08	9-12
5 Участковая м/сестра	4,3 ± 0,08	9-12
6 Участковый терапевт	4,0 ± 0,08	12
7 Администрация поликлиники	4,0 ± 0,08	12
8 Лаборатория	4,0 ± 0,08	12
9 Рентгеновая служба	3,9 ± 0,08	1-5, 12
10 Врачи-консультанты	3,8 ± 0,08	1-5, 12
11 УЗИ	3,8 ± 0,08	1-5, 12
12 Регистратура	2,9 ± 0,08	1-11

но сказать, 4- скорее удовлетворен, чем неудовлетворен, 5 - удовлетворен полностью. Оценки больными РА некоторых сторон работы поликлиники представлены в табл. 1.

На первый взгляд, эти оценки вполне удовлетворительные, большинство из них выходит за пределы негативных - 1 и 2. Но это - средние оценки, а попадание средней оценки даже в "сомнительную" зону (от 3,0 до 3,9) требует критического анализа. В целом, наиболее высокие оценки "получают"

По-видимому, во многом время, затраченное на запись к врачу, определяет и время, затраченное больным на посещение поликлиники в целом (табл. 3). Практически у половины больных на это уходит около часа (что является, по-видимому, вполне "приемлемым"), но почти каждый четвертый больной РА тратит на посещение поликлиники более двух часов.

По степени удовлетворенности пациента работой участкового терапевта последний уступает ревматологу; при этом крайне негативная оценка зарегистрирована в 3 случаях у терапевта и ни в одном - у ревматолога; соответственно оценка "скорее не удовлетворен, чем удовлетворен" зарегистрирована в 16 и 3 случаях (p=0,001). Среди служб, не достиг-

Таблица 2
ЗАТРАТЫ ВРЕМЕНИ БОЛЬНЫМИ РА ПРИ ЗАПИСИ В РЕГИСТРАТУРЕ ПОЛИКЛИНИКИ НА ПРИЕМ К ВРАЧУ

Число больных, n=100	Запись по телефону	Очная запись у регистратора			
		до 15 мин	16-30 мин	30-60 мин	более 1 часа
	10	11	25	24	30

Таблица 3
РСРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ РА ПО ВРЕМЕНИ, ЗАТРАЧЕННОМУ НА ПОСЕЩЕНИЕ ПОЛИКЛИНИКИ

	До 30 мин	30 мин - 1 час	1,5 - 2 часа	Более 2 часов
Число больных n=100	10	46	22	22

ших средней хорошей оценки, отметим УЗИ и работу консультантов. Причины данного явления, скорее всего, связаны с организационными проблемами (предварительная запись на исследование или консультации и сравнительно длительное ожидание) и неоправдавшимися и претенциозными надеждами пациента ("быстро посмотрели", "ничего не обнаружили", "ничего нового не сказали").

Оценка льготного лекарственного обеспечения. Отдельно нами рассматривался вопрос удовлетворенности льготным лекарственным обеспечением больных РА. Оценку дали 93 больных РА из 100 (7 чел. данной льготой не пользовались). При этом мы не разделяли федеральных и региональных льготников, получающих лекарственные препараты в соответствии с приказами Минздравсоцразвития России №№122 и 890. При попытке оценить имеющуюся ситуацию мы встретились с достаточно противоречивой картиной (табл. 4), что, по-видимому, связано с различными условиями на местах, во многом обусловленными различным качеством организации медицинской помощи населению в пределах даже одного региона (Ярославской области). Однако в целом видно, что половина всех больных скорее удовлетворены имеющейся системой льготного обеспечения лекарствами. При этом, сравнивая отдельные социальные группы, отметим, что гораздо чаще недовольные встречаются среди работающих, и, наоборот, - среди неработающих (где доминируют инвалиды) количество полностью удовлетворенных в три раза выше, чем среди работающих больных (4 из 31 чел. = 12,9% и 24 из 63 чел. = 38,1%, соответственно $p = 0,001$), что, вероятно связано с наличием более острых проблем с льготным лекарственным обеспечением за счет регионального финансирования.

Удовлетворенность решением экспертных вопросов и взаимодействие с органами социальной защиты. Больной, страдающий РА - это хроник, над которым постоянно висит угроза инвалидизации для которого своевременное решение вопросов реабилитации, принятие адекватного экспертного решения чрезвычайно актуальны. Сегодня поликлиника является основным звеном в принятии этих ответственных решений; на клинико-экспертных комиссиях (КЭК) коллегиально рассматривается широкий круг вопросов, в том числе и социального характера. Большинство опрошенных нами больных РА (79 из 100) были знакомы с работой этих комиссий. Лишь 3 из 79 чел. (3,8%) были не удовлетворены решением КЭК. В то же время при рассмотре-

нии вопросов на медико-социальной экспертной комиссии (МСЭК) недовольных пациентов оказалось значительно больше. В разное время 68 больных РА были освидетельствованы МСЭК, и практически каждый четвертый (16 чел. = 23,5%) остался не удовлетворен ее решением. Понимание сегодняшней ситуации, когда, с одной стороны, страна может превратиться в большой "Собес", а с другой, когда так важно пойти навстречу больному человеку, обязывает составы МСЭК работать с большой ответственностью и компетентностью, что во многом зависит от изначально грамотного решения ревматологической службы и КЭК. По-видимому, оценка удовлетворенности решением МСЭК достаточно объективно отражает сложившуюся на сегодняшний день ситуацию и требует еще более тесного взаимодействия сотрудников лечебно-профилактических учреждений и МСЭК. В органы социальной защиты обращались 16 из 100 больных РА, т.е. каждый шестой; две трети из них (11 чел.) удовлетворены решением своих вопросов. О службе социальной помощи слышали около половины (46 чел.) больных, но пользовались услугами всего лишь три человека. Установленные факты подтверждают необходимость более тесного сотрудничества органов здравоохранения и социальной защиты, в частности, желательность присутствия сотрудников последних в составе или на территории ЛПУ.

Степень расхождения между идеальным врачом и реальным участковым терапевтом и ревматологом в представлении больных РА. Для оценки больным РА своего участкового врача и ревматолога нами использована методика "Идеальный - реальный врач", предложенная Л.П.Урванцевым и заключающаяся в том, что больному предлагалось оценить врача по семи важным характеристикам, представленным в виде полярных профилей (с пятью градациями по каждой характеристике): 1) умный - неумный; 2) внимательный - невнимательный; 3) терпеливый - нетерпеливый; 4) веселый, с шуткой - серьезный; 5) спокойный, ровный, холодный - отзывчивый; 6) необщительный - общительный; 6) твердый, может приказать - мягкий, больше советуется с больным. Вначале пациент представляет идеального, с его точки зрения, врача, а затем - реального, конкретного. Путем сравнения величины расхождений между идеальным и реальным врачом рассчитываются три показателя, характеризующие степень приемлемости врача, степень удовлетворенности врачом, или иначе - степень конфликт-

Таблица 4

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЛЬГОТНЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ ОБЕСПЕЧЕНИЕМ СРЕДИ БОЛЬНЫХ РА (n=93)

Неудовлетворен	Скорее неудовлетворен	Трудно сказать	Скорее удовлетворен, чем неудовлетворен	Удовлетворен полностью
32 (34,3%)	6 (6,5%)	9 (9,7%)	18 (19,4%)	28 (30,1%)

ности: 1) S - показатель общей конфликтности (величина расхождения по всем семи характеристикам); 2) N - показатель негативизма к врачу (величина расхождения по трем первым наиболее существенным характеристикам); 3) K - показатель обобщенной конфликтности (K/S - соотношение важнейших профессиональных недостатков и тех характерологических недостатков врача, которые не импонируют данному больному). Как видно, эти показатели значительно выше у участкового врача, чем у ревматолога; соответственно и число больных с превышенными пограничными значениями конфликтности (для S - это 10 баллов, для N - 4, для K - величина 0,66) у участкового терапевта и ревматолога существенно различаются не в пользу участкового врача (табл. 5). Табл. 6., демонстрирующая различия в частоте расхождений по отдельным характеристикам между идеальным врачом и конкретными участковым врачом и ревматологом в представлении больных РА, показывает, что наибольшие расхождения касались как раз первых трех важнейших профессиональных врачебных параметров: ума, внимания и терпения ($p < 0,001$); различия также установлены для характеристики "холодный - отзывчивый" ($p = 0,016$) и "твердый - мягкий" ($p = 0,000$). Таким образом, по-видимому, ряд больных РА считают, что участковый врач уделит им недостаточно внимания и высказал поверхностное суждение об их заболевании.

Показательно отношение больных РА к вопросу о возможности смены лечащего врача - участкового терапевта и ревматолога. На вопрос "Хотели бы Вы сменить своего участкового терапевта?" 15% больных (т.е. каждый шестой - седьмой) ответили "да", чуть больше половины (58%) ответили "нет", а чуть больше четверти (27%) затруднились ответить на этот вопрос. Учитывая ситуацию, эти затруднения скорее означают, что данные больные непрочь сменить врача. Отмечена достоверная разница между работающими и неработающими в нежелании сменить участкового врача ($p = 0,021$). Так, если среди работающих больных РА таких респондентов было около половины, точнее 15 из 35 чел. (42,9%), то среди неработающих их было большинство (43 из 65 чел. = 66,1%). Колеблющихся лиц по вопросу о желательности смены ревматолога было значительно меньше - всего 5 больных, лишь двое хотели бы сменить ревматолога, но подавляющее большинство (93%) не желали этого. Интерпретация такой ситуации не проста. В чем причина не очень высокой желательности сохранения своего участкового терапевта? Конечно же, не в том, что ревматолог умнее участкового врача, скорее - в условиях и специфике работы каждого. Ясно и то, что специалист-ревматолог чрезвычайно нужен больным поликлиники, от него во многом зависит оптимальное ведение этой достаточно сложной категории больных, в частности, правильное и умелое ис-

Таблица 5

СТЕПЕНЬ НЕУДОВЛЕТВОРЕННОСТИ БОЛЬНЫХ РА (n=100) УЧАСТКОВЫМ ТЕРАПЕВТОМ И РЕВМАТОЛОГОМ И КОЛИЧЕСТВО БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ КОНФЛИКТНОСТИ

	Участковый терапевт		Ревматолог	
	Среднее ± SD	Число	Среднее ± SD	Число
Показатель общей конфликтности (S)	7,9 ± 0,38	39	4,3 ± 0,34	10
Показатель негативизма к врачу (N)	3,3 ± 0,20	43	1,0 ± 0,16	10
Показатель обобщенной конфликтности (K)	0,55 ± 0,020	24	0,35 ± 0,020	6
Количество больных с S > 10 баллов				
Количество больных с N > 4 баллов				
Количество больных с K > 0,66				

Таблица 6

РАЗЛИЧИЯ В ЧАСТОТЕ РАСХОЖДЕНИЙ ПО ОТДЕЛЬНЫМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ МЕЖДУ ИДЕАЛЬНЫМ ВРАЧОМ И КОНКРЕТНЫМ УЧАСТКОВЫМ ВРАЧОМ И РЕВМАТОЛОГОМ В ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ 100 БОЛЬНЫХ РА

Степень расхождений в баллах	Число случаев различий между идеальным врачом и									
	участковым терапевтом					ревматологом				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Умный - глупый	36*	26	28	9	1	81*	13	6	0	0
Внимательный - невнимательный	50*	13	23	9	5	81*	14	4	3	1
Терпеливый - нетерпеливый	41*	22	25	6	6	67*	20	11	0	2
Веселый - серьезный	39	19	37	1	4	48	18	27	5	2
Ровный, холодный - отзывчивый	38*	21	28	7	6	54*	23	14	5	4
Необщительный - общительный	41	20	28	8	3	53	22	23	1	1
Твердый - мягкий	41*	22	25	6	6	67*	20	11	0	2

* - $p < 0,05$

пользование современных средств фармакотерапии, в том числе активных и не всегда безопасных.

Таким образом, взгляд больного, страдающего РА, на некоторые аспекты деятельности поликлиники позволил установить рейтинговые оценки медицинского персонала и ряда служб, что важно с точки зрения возможной коррекции их работы. Основными направлениями последней должны быть: создание условий для четкой и оперативной работы регистратуры; внимание к качеству консультаций врачей - узких специалистов; дальнейшее совершенствование организации льготного обеспечения

лекарствами; оптимизация взаимодействия с органами социального обеспечения; повышение авторитета участкового врача путем совершенствования его знаний в области ревматологии, большего внимания к хроническим больным и более тесного взаимодействия с ревматологом. Доступность постоянной специализированной ревматологической помощи должна быть обеспечена каждому пациенту с РА в условиях территориальной поликлиники или ревматологического (межрайонного, городского, областного) центра.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Гайдаров Г.М., Кицул И.С., Ростовцева Н.Ю. Социологические аспекты проблем в организации деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений. *Здравоохранение*, 2004, 3, 139-149
- 2 Кицул И.С., Ушаков И.В., Князюк И.Ф., Олейникова О.А. Оценка удовлетворенности пациентов на основе требований стандарта ИСО 9000-2000. *Здравоохранение*, 2006, 3, 33-38
- 3 Юргель Н.В., Хубиева М.Ю. Оценка мнений пациентов - важнейший компонент мониторинга эффективности программ лекарственного обеспечения населения. *Здравоохранение*, 2006, 2, 27-33
- 4 Ambs-Dapperger M., Senn E. The role of the family physician in cooperation and coordination management of chronic rheumatic patients. *Z. Rheumatol.*, 1992, 51, suppl 1, 25-34
- 5 Gran J.T., Nordvag B.Y. Referrals from general practice to an outpatient rheumatology clinic: disease spectrum and analysis of referral letters. *Clin. Rheumatol.*, 2000, 19, 6, 450-454
- 6 Jacobi C.E., Boshuizen H.C., Rupp I., et al. Quality of rheumatoid arthritis care: the patient's perspective. *Int. Qual. Health Care*, 2004, 16, 1, 73-81
- 7 Kirwan J.R. New modes of practice. *Curr. Opin. Rheumatol.* 2004, 16, 2, 125-129
- 8 Newman E.D., Harrington T.M., Olenginski T.P. et al. "The rheumatologist can see you now": Successful implementation of an advanced access model in a rheumatology practice. *Arthr. Rheum.*, 2004, 51, 2, 253-257
- 9 Sewell K.J. Rheumatoid arthritis in older adults. *Clin. Geriatr. Med.*, 1998, 14, 3, 475-494

Поступила 15.01.06

Abstract

N.I. Korshunov, E.V. Rechkina, N.V. Yaltseva

Patient with rheumatoid arthritis: out-patients' clinic work assessment

Objective. To analyse out-patients' clinic staff and some services work.

Material and methods. Structured interview of 100 pts with rheumatoid arthritis (RA) was performed.

Results. Work of the rheumatologist, physiotherapy service, procedure nurse provided highest, registration office - lowest degree of pts satisfaction. Other specialists (including the general practitioner, consultants, auxiliary services, administration) occupy intermediate position. Every second pt was as a whole satisfied with the organisation of privileged drug supplying. Working people constituted the most part of the dissatisfied what shows that regional supplying problems are more sharp than federal ones. 3,8% of RA pts were not satisfied with decisions of polyclinic clinicoexpert commissions and six times more (23,5%) - with decisions of medicosocial expert commissions. Pts were not sufficiently informed about social assistance service. Psychological method "Ideal-real doctor" showed significantly more dissatisfaction with the general practitioner in comparison with the rheumatologist. Almost half of RA pts would like to change their general practitioner (15%) or found difficulty in answering (27%) while only a few pts had such opinion about the rheumatologist (2% and 5% respectively).

Conclusion. There is need for correction of some out-patients' clinic services work including raising the level of general practitioners professional skill and optimization of their cooperation with rheumatologist.

Key words: *rheumatoid arthritis patients, interview, out-patients' clinic staff and services work assessment*