

Белявский А.Р., Павловских А.Ю., Шардин С.А., Овсянников С.В.

## Способ определения уровня пациентоориентированности персонала медицинской организации (на примере Демидовской больницы, г. Нижний Тагил)

Демидовская больница, г. Нижний Тагил

Belyavskiy A.R., Pavlovskih A.Y, Shardin S.A., Ovsyannikov S.V.

### The method of determination of patient-orientation level of personnel in medical organization (by the example of Demidovskaya hospital in Nizhny Tagil)

#### Резюме

Обоснована важнейшая роль пациентоориентированности (П-ор) в эффективности здравоохранения. Дано определение (П-ор). Доказана целесообразность определения уровня (П-ор) сотрудников каждой медицинской организации, её зависимость от качества организационной культуры медицинского учреждения, описан соответствующий авторский способ и представлены результаты его апробации на двух группах медицинских работников: врачей и медсестёр Демидовской больницы г. Нижнего Тагила Свердловской области.

**Ключевые слова:** пациентоориентированность, организационная культура, анкетирование, медицинская организация

#### Summary

The most important role of patient-orientation in effectivity of health protection was substantiated. The definition of patient-orientation was given. The expediency of determination of personnel's patient-orientation level in every medical organization, its dependence on quality of organizational culture of medical facilities were proved. The corresponding author's method was described and the results of its approbation in two groups of health-care workers were represented. They were consisted of doctors and nurses of Demidovskaya hospital in Nizhny Tagil, Sverdlovsk region.

**Key words:** patient-orientation, organizational culture, questionnaire poll, medical organization

#### Введение

Как известно, в качестве цели действующей государственной программы развития здравоохранения РФ выбрано «обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объёмы, виды и качество которых должны соответствовать потребностям населения» и успехам медицинской науки [1]. Для достижения поставленной цели разработаны 11 подпрограмм, среди которых только одна, носящая название «Кадровое обеспечение системы здравоохранения», имеет выраженный гуманистический, а не технократический характер. Последний, как известно, часто проявляется в реформационных мероприятиях отечественного здравоохранения на разных уровнях и в разных сферах (ресурсное обеспечение, инновационные технологии, структурные изменения, система оплаты труда и т.д.). Но низкая эффективность данных мер определяет необходимость обратить особое внимание на

профессионально-этические качества медицинских работников. Поэтому менеджеры всё чаще рассматривают стратегию кадровой политики как важнейший фактор модернизации здравоохранения [2].

Признанная приоритетность гуманистической концепции управления [3] приводит к мысли: подобно тому, как возрождающейся нации необходима национальная идея, так и эффективному реформированию российского здравоохранения нужна идейная основа. Ею может стать так называемая пациентоориентированность (от лат. *patients, patientis* – страдающий, больной и фр. *orientation* – направленность какого-либо вида деятельности). Данный термин уже нашел свое признание в сфере управления здравоохранением, в частности, упомянут в интервью министром здравоохранения РФ В. И. Скворцовой в декабре 2015 года на телеканале Россия-1 [4].

Не вызывает сомнения, что «пациентоориентированность» (П-ор) – понятие сложное и многоаспектное.

Предварительно проведённое нами ознакомление с биографиями 5119 известных врачей (1041 зарубежных и 4078 отечественных) позволило утвердиться во мнении, что, во-первых, именно ориентирование на пациента является двигателем развития медицины и здравоохранения и силой, которая противостоит всем негативным тенденциям, и, во-вторых, всем великим врачам было свойственно определённое качество, которое называется «пациентоориентированность».

С позиций медицинского персонала П-ор может быть определена как интегральное (неразрывно связанное), системное (имеется в виду целостный комплекс взаимосвязанных элементов), динамичное (т.е. способное к изменению во времени и развитию) качество профессиональной личности сотрудника сферы здравоохранения, обеспечивающее в его деятельности безусловный приоритет законных и обоснованных интересов пациента. Подчёркиём: не любых интересов больных, а именно законных и обоснованных.

Пациенту, как любому человеку, свойственны личностные деструкции, обычно обостряющиеся в периоде болезни. Поэтому действия медицинских работников не могут регулироваться такими интересами пациента, как, например, получение лечения именно рекламируемыми препаратами, либо схемой, которая когда-то «помогла соседу». Не говоря уже о заинтересованности в получении листа нетрудоспособности, причём на желаемый срок, и т.д.

Однако в наиболее общем виде законным и обоснованным интересом пациента является его стремление утратить «статус пациента», т.е. выздороветь, как можно скорее, безболезненнее, без рецидивов и иных негативных последствий. Удовлетворение этого желания соответствует эффективности медицинской помощи, которая является целью государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Следовательно, эффективность здравоохранения, пациентоориентированность и целевая направленность указанной государственной программы взаимосвязаны.

Не вызывает особых сомнений, что П-ор, как и любое иное качество профессиональной личности, в сотрудниках здравоохранения представлено с разной степенью выраженности. Это позволяет говорить об уровне П-ор, который может быть характерен и для отдельного медицинского работника, и для медицинской организации (МО), и для более крупной структуры здравоохранения.

Приемлемый уровень пациентоориентированности можно понимать как необходимую степень представленности данного качества в профессиональной личности сотрудника МО. Очевидно, что особенность проявления П-ор зависит от таких специальностей сотрудников (помимо «медицинский работник»), как регистратор, бухгалтер, юрист, работники пищеблока, службы безопасности или клининг-сектора и др. Уровень П-ор медицинской организации зависит не только от суммы уровней данного качества у сотрудника, но и влияния на него степени пациентоориентированности формальных и неформальных лидеров коллектива МО. Таким образом,

приемлемый уровень П-ор и тенденция к его повышению являются важнейшими факторами развития здравоохранения, а разработка методики определения этого показателя представляется тоже весьма актуальной.

С позиций изложенного, целью настоящего исследования является разработка методики определения (и последующего контроля) показателя П-ор медицинских работников всех уровней, т.е. врачей, фельдшеров, медицинских сестёр и младшего персонала.

Гипотеза исследования: уровень пациентоориентированности медперсонала зависит от качества организационной культуры сотрудников МО.

## Материалы и методы

Для получения исходных эмпирических материалов в целях определения уровня пациентоориентированности медицинских работников нами были разработаны:

1) Анкеты для врачей и медсестёр. К каждой анкете создавалась программа, в которой указывались цель, задачи, источники и значение каждого вопроса, обоснование для анализа каждого ответа, а также давалось определение используемых терминов. Все вопросы анкеты – «закрытые» (т.е. имели конкретные варианты ответов), но опрашиваемым предоставлялась возможность высказать собственное мнение, то есть самостоятельно преобразовать «закрытый» вопрос в «открытый» (т.е. имелась возможность дать свой комментарий);

2) Методика определения уровня П-ор а) отдельного респондента, б) группы респондентов (вплоть до всего коллектива МО) и в) ответов опрошенных лиц по каждому из пунктов анкеты;

3) Алгоритм работы с полученными результатами анкетирования и расчёта уровня П-ор для последующей разработки мер по его повышению.

Основная задача анкетирования заключалась не только в выяснении мнения среднего медицинского персонала по соответствующим вопросам и определении уровня пациентоориентированности респондентов, но и в даче «толчка» к развитию этого качества у каждого из них, так как вопросы анкеты диктовали необходимость задуматься над основными аспектами профессиональной деятельности медицинского работника и стимулировали рефлексию.

Анкета для врачей включала 33 вопроса, из которых можно было сформировать отдельные блоки: 1) вопросы профессионально-мировоззренческого характера; 2) вопросы, призванные выявить отношение респондента к современным проблемам здравоохранения; 3) вопросы, призванные оценить уровень эрудиции как показатель интереса врача к ситуации в отрасли и др.

Все вопросы несли смысловую нагрузку, предназначенную для интеллектуальной и эмоциональной разминки, и располагались, казалось бы, произвольно. Но они, как и в анкете для медсестёр, призваны были подготовить респондента к максимально откровенному ответу на главный вопрос: является ли реализация законных интересов пациента важнейшим показателем эффективности здравоохранения?

Анкета для медсестёр содержала 20 вопросов, которые были сформулированы по аналогичному принципу и тоже могли быть сосредоточенными в отдельные блоки: 1) исторические аспекты профессии медсестры (вопросы о лидерах движения сестёр милосердия, Хартии медицинских сестёр РФ, международной медали сестёр милосердия, оценке Н.И. Пироговым роли медсестры и др.); 2) отношение к пациентам, врачам и коллегам; 3) отдельные аспекты профессиональной идентичности.

Однако логика вопросов анкеты подчинялась не переходу от одного блока к другому, а подведению респондента к предпоследнему, основному, вопросу, касавшемуся места законных и обоснованных интересов пациента в иерархии профессионально-личностных ценностей медсестры. Анкета завершалась вопросом о том, что определило у респондентки выбор этой важной и трудной профессии. Так как предыдущее содержание анкеты подготовило необходимую интеллектуально-эмоциональную почву, заключительный вопрос был призван побудить респондентку возвратиться к истокам, обзору и оценке всей своей профессиональной деятельности. Тем самым анкета, помимо своей основной цели, призвана была служить стимулом к самостоятельным усилиям медицинской сестры по повышению своей П-ор.

Отметим, что обе анкеты разработаны как анонимные. Это обстоятельство связано с тем, что именно безымянность, особенно в условиях небольших МО, где сотрудники хорошо знакомы между собой, могла обеспечить откровенность респондентов. Относительно самого респондента в анкете медсестёр задавался только один вопрос, касавшийся стажа в профессии, а в анкете врачей - дополнительная просьба указать свой пол. Разумеется, выбор в пользу анонимности препятствовал проверке дополнительной гипотезы о том, что уровень П-ор у формальных и особенно неформальных лидеров оказывает значительное влияние на уровень пациентоориентированности всей МО. Но искренность ответов была важнее, тем более, что в условиях небольших медицинских учреждений авторство можно установить и по косвенным признакам.

Отдельные вопросы анкеты могли потребовать от респондентов поиска дополнительной информации, в частности, касательно присяги врача в трактате «Чарак-Самхита», современной статистики здравоохранения, сущности и проявления комплаенса и т.д. Поскольку задачей таких вопросов являлось не уличение респондента в недостаточной эрудиции, а проведение «разминки» способности рассуждать, то решение вопроса времени и места заполнения анкеты оставалось за медицинским работником.

Обе анкеты прошли предварительную апробацию на отдельных медработниках, согласившихся быть «пробными» респондентами. Это позволило скорректировать суть, последовательность и формулировку вопросов.

Выбор Демидовской больницы в качестве объекта пилотного анкетирования был обусловлен следующими обстоятельствами:

1) это одна из старейших и известнейших больниц

Свердловской области и, следовательно, имеющая богатые традиции;

2) по мнению главного врача данной МО, 14-летний профессиональный путь которого связан именно с Демидовской больницей, медсестринский персонал всегда характеризовался наличием формальных и неформальных лидеров - носителей высокоэтичной организационной культуры.

Отсюда, выбор коллектива врачей и медсестёр Демидовской больницы для пилотного анкетирования мог позволить, во-первых, применить на практике разработанный метод определения уровня пациентоориентированности персонала МО и разработки соответствующих мер по его повышению, и, во-вторых, проверить верность гипотезы о зависимости уровня П-ор от качества организационной культуры в группе опрошиваемых лиц.

Принцип проводимого анкетирования - квотированный, т.е. в нём участвовали все желающие врачи и медсестры больницы для того, чтобы количественно обе группы были представлены относительно равномерно. Всего было опрошено 160 медицинских работников, из них 80 врачей и 80 медсестёр. Отметим, что требование количественного равенства исследуемых групп при предлагаемой методике не являлось обязательным, т.к. способ расчёта уровня пациентоориентированности среди медицинских работников позволял сравнивать группы с разным количеством анкетированных лиц.

В соответствии с особенностями разработанных анкет нами были составлены матрицы ответов, характеризующих максимальную П-ор врачей и медицинских сестёр. Затем по каждой группе респондентов заполнялась соответствующая таблица расчёта удельного веса совпадений ответов анкетированных лиц с матрицей. Уровень П-ор коллектива медицинской организации по отдельным аспектам, отражённым в том или ином вопросе анкеты, определялся так же, как и расчёт П-ор отдельного респондента. Для оценки и сравнения были определены следующие уровни П-ор: 1) высокий - 80-100% (16-20 совпадений); 2) средний - 50-75% (10-15 совпадений); 3) низкий - 30-45% (6-9 совпадений) и 4) критический 0 - 25% (0-5 совпадений).

Полученные результаты анкетирования прошли соответствующую статистическую обработку с применением критерия  $\chi^2$  и вычислением коэффициентов ранговой корреляции Спирмана ( $r$ -коэффициента корреляции).

## Результаты и обсуждение

Результаты определения уровня пациентоориентированности врачей и медсестёр по данным расчёта удельного веса П-ор в их ответах представлены в таблице 1, а распределение уровней П-ор врачей и медсестёр Демидовской больницы - на рисунках 1 и 2 соответственно.

Из представленных таблицы и двух рисунков видно, что в Демидовской больнице уровень П-ор группы медицинских сестёр выше, чем уровень группы врачей. Тем самым гипотеза исследования (уровень пациентоориентированности медперсонала зависит от качества организационной культуры всех сотрудников МО) была

Таблица 1. Показатели уровней пациентоориентированности врачей и медсестёр Демидовской больницы гор. Нижнего Тагила

Уровни пациенто-ориентированности	Врачи		Медсестры	
	Количество отставов	% отставивших	Количество Отставов	% отставивших
Высокий	14	17,5	33	41,3
Средний	28	35,0	35	43,8
Низкий	29	36,3	12	14,9
Критический	9	11,2	0	0,0
Итого:	80	100,0 %	80	100,0 %
По группе в среднем	Между средним и низким уровнями		Между высоким и средним уровнями	

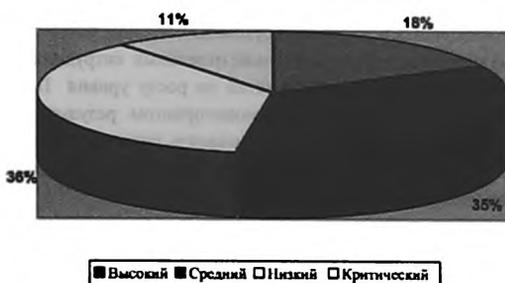


Рис. 1. Распределение уровней пациентоориентированности среди опрошенных врачей, %



Рис. 2. Распределение уровней пациентоориентированности среди опрошенных медицинских сестёр, %

подтверждена. Более того, 47% опрошенных медсестёр самостоятельно нашли специально допущенные ошибки (хотя просьба найти ошибки не предписывалась): имя одной из основательниц движения сестёр милосердия и отсутствие одной буквы в фамилии другой. Разумеется, не стоит тешить себя иллюзией, будто почти половина медсестёр нижнетагильской больницы всегда держит в памяти, что фамилия Кэтрин Элизабет именно Маколи, а великую княгиню зовут Еленой Павловной. Скорее всего, респондентки (возможно даже и все) обращались к справочным материалам. Но это не уменьшает положительного значения самого факта обращения к справочной литературе. Напротив, оно свидетельствует о добросовестности, инициативности и наличии навыков поиска информации у медсестёр Демидовской больницы и, кроме того, подтверждает целесообразность введения в анкету вопросов по истории и этике в целях развития кругозора персонала.

Практически все заполненные медсестрами анкеты имели ремарки, доказывающие равнодушие среднего медперсонала к затронутым проблемам, высокую степень их эмоционального отклика. Так, самая показательная ремарка демонстрировала озабоченность состоянием П-ор в отрасли: «Обидно за профессию, так как милосердие давно отступило на задний план, а преобладает только материальный интерес. Очень часто слышишь «это не входит в мои функциональные обязанности» или «это Ваши проблемы». Видимо внимание, доброта и благородство – это слова минувшего века».

Надписи, сделанные врачами Демидовской больницы, были крайне разнообразными. Большинство из них свидетельствовало о широкой эрудиции, идей-

ности и чувстве ответственности врачей за состояние отечественного здравоохранения. Например, основой деятельности медицинского работника было названо «желание лечить больных людей, быть хорошим врачом-профессионалом», а причиной чёрствости и грубости отдельных врачей считался «дефицит кадров в медицине – нет опыта воспитания молодых врачей в соответствии с определённой медицинской моралью. И есть ли эта мораль сегодня?». Но встречалось и иное. Вопросы, касавшиеся официальной статистики здравоохранения, у трёх респондентов выявили отсутствие даже общей осведомлённости («и вообще, где опубликованы эти проценты?»), у одного вызвали хотя и необоснованный, зато категорический протест («исследования не проводились!»). Особенно примечателен один ответ на благодарность за участие в анкетировании: «Благодарности мало! Вы отняли у меня время!». Интересно, какую же иную благодарность доктор имел в виду? Напомним, анкетирование было добровольным, а время заполнения анкеты не регламентировалось. Учитывая, что эта анкета продемонстрировала один из наиболее низких уровней П-ор, можно с уверенностью отметить, что необъективность и чванство с пациентоориентированностью позитивно не коррелируются.

Таким образом, только одно изучение ремарок, на наш взгляд, позволило бы предположить, что уровень П-ор группы медсестёр в результате расчётов окажется выше, чем группы врачей. В объяснении логики построения вопросов анкеты отмечалась их неравнозначность. Поэтому определение уров. я П-ор, зависящего от среднего значения количества совпадений ответов респондентов с матрицами, должно быть дополнено результатами ответов на ключевой вопрос в

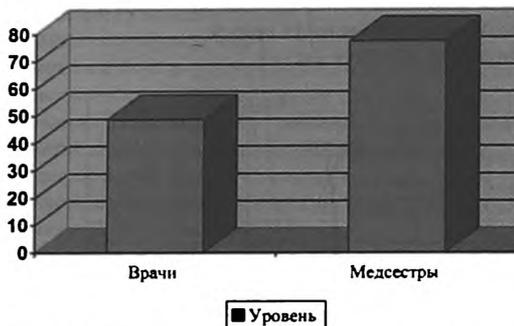


Рис. 3. Соотношение уровней пациентоориентированности группы врачей и группы медсестёр, %

каждой из анкет. В анкете врачей - это вопрос № 28, а в анкете медсестёр - № 19. Из материалов исследования, представленных в таблице, видно, что уровень пациентоориентированности ответов медсестёр на указанный вопрос равняется 77,5%. Следовательно, как в целом по опросу, так и в отношении ключевого вопроса анкеты уровень П-ор группы медсестёр Демидовской больницы почти совпадает: «между высоким и средним» и «выше среднего», соответственно. Ответ на ключевой вопрос анкеты врачей совпал с матрицей в 39 случаях, то есть уровень П-ор группы врачей по данному вопросу составил 48,75%, и это немного выше низкого уровня, что не противоречит общему выводу. Соотношение уровней П-ор групп врачей и медсестёр представлено на рисунке 3.

Необходимо отметить, что, согласно наблюдениям главного врача Демидовской больницы, жалобы на врачей поступают чаще, чем на медсестёр, и это является ещё одним подтверждением нашей гипотезы.

Практическая значимость определения уровня П-ор, на наш взгляд, заключается в том, что на основе полученных данных руководитель медицинской организации имеет возможность разрабатывать мероприятия по повышению уровня пациентоориентированности коллектива в целом. Разрабатываемые мероприятия могут касаться всех сторон деятельности МО, а именно: 1) совершенствования системы оплаты труда; 2) повышения степени открытости кадровой политики; 3) решения проблем этики, деонтологии, развития мировоззрения врачей; 4) улучшения организационной культуры коллектива и др.

В заключение необходимо в соответствии с материалами проведённого нами исследования перечислить мероприятия по повышению пациентоориентированности врачей и медсестёр.

Так, для врачей можно рекомендовать: а) чтение лекций по истории русской медицины; б) составить листовку пациентоориентированных высказываний выдающихся врачей прошлого и современности; в) составить и предложить врачам заполнить тест по истории медицины и важнейшим персонам (с ответами для самопроверки); г) создать информационный стенд с обновлением данных о важнейших статистических данных российского здравоохранения; д) провести психологический тренинг общения с пациентами разных психотипов.

Медицинским сёстрам можно предложить: а) поддерживать высокий уровень пациентоориентирован-

ности демонстрацией признательности пациентов; б) признание важности своей работы со стороны врачей и руководителей больницы, используя для этого информационный стенд, заказ материалов в средствах массовой информации, открытый доступ в книги отзывов и т.д.; в) прочитать курс лекций по истории и выдающимся деятелям сестринского дела.

В случае необходимости руководитель МО может составить либо поручить соответствующему специалисту) план мероприятий по повышению пациентоориентированности отдельных подгрупп персонала (например, интернов, или вновь принятых на работу медсестёр, или повышенных в должности руководителей подразделений на период их адаптации) и даже отдельных сотрудников. Результативность мероприятий по росту уровня П-ор персонала обеспечивается мониторингом результатов. Это позволяет своевременно выявлять динамику уровня П-ор и корректировать направления работы с сотрудниками медицинской организации.

## Выводы

1. Сложное и многоаспектное понятие «пациентоориентированность» персонала может быть определено как интегральное, системное и динамичное качество профессиональной личности сотрудника сферы здравоохранения, обеспечивающее в его деятельности безусловный приоритет законных и обоснованных интересов пациента.

2. Пациентоориентированность поддаётся измерению, благодаря чему с помощью анкеты может быть выявлен её уровень в отношении: а) отдельного респондента; б) группы респондентов (вплоть до всего коллектива МО); в) ответов группы лиц, опрошенных по каждому из вопросов анкеты.

3. Разработанная анкета может быть воспроизведена полностью или откорректирована в соответствии с задачами опроса для каждой МО. Обязательным условием при этом является сохранение ключевого вопроса и логики подведения респондента к максимально искреннему ответу на него. Количество вопросов может быть изменено, но незначительно. Вопросы статистического характера, напротив, должны обязательно корректироваться в соответствии с последними данными.

4. Пилотное исследование, проведённое на базе Демидовской больницы, есть основания считать успешным. Гипотеза подтверждена: уровень пациентоориентированности в группе медсестёр заметно выше, чем в группе врачей, так как уровень пациентоориентированности зависит от качества оргкультуры в группе респондентов. Разработанная методика позволяет выявить уровни П-ор, применить алгоритм работы руководителя МО по повышению П-ор сотрудников больницы, мотивировать респондентов на рефлексии и самостоятельные усилия по повышению собственной П-ор.■

*Белявский А.Р., Павловских А.Ю., Шардин С.А., Овсянников С.В., Демидовская больница, г. Нижний Тагил. Автор, ответственный за переписку - Александр Павловских, pavlovskikh@bk.ru.*

**Литература:**

1. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. - № 294.
2. Костин А. Стратегия кадровой политики как основа модернизации российского здравоохранения /А. Костин, Б. Пономаренко //Государственная служба. - 2015. - № 4. - С. 34-37.
3. Зеркапий Н.Г. Использование новых концепций для формирования инструментария современного менеджмента / Н.Г. Зеркапий // Менеджмент в России и за рубежом. - 2015. - № 6. - С. 44-47.
4. [http://russia.tv/video/show/brand\\_id/5217/episode\\_id/1259204/video\\_id/1420251/](http://russia.tv/video/show/brand_id/5217/episode_id/1259204/video_id/1420251/)