

福建省肿瘤医院患者不满意的调查与探讨

叶阿琴

(福建省肿瘤医院,福建 福州 350014)

摘要:通过对福建省肿瘤医院 2009~2012 年出院患者调查中 134 例不满意病例的调查,分析不满意度与有效沟通、总费用、治愈好转率、服务态度关系,以及死亡病例对肿瘤医院患者满意度的影响,提出对策与建议。

关键词:不满意;肿瘤患者;肿瘤医院

中图分类号:R197 文献标识码:C 文章编号:1004-0242(2014)04-0326-03

doi:10.11735/j.issn.1004-0242.2014.04.A011

An Investigation of Cancer Patients' Dissatisfaction in Fujian Provincial Cancer Hospital

YE a-qin

(Fujian Provincial Cancer Hospital, Fuzhou 350014, China)

Abstract:Through the questionnaire surveys of 134 cases dissatisfied patients discharged from Fujian provincial cancer hospital from 2009~2012, the relationship of dissatisfaction with effective communication, the total cost, healing rate and the attitude of service, as well as influence of the death cases was analyzed, and some recommendations are suggested.

Key words: dissatisfaction; cancer patients; cancer hospital

满意度反映了患者对医院总体印象,患者不满意的原因是医院改进工作的关键点。随着医改的深入,医疗环境的改变,患者的不满意是引发医疗纠纷的潜在根源。通过调查获取患者感受和期望的数据,掌握分析患者不满意的内容与原因,一方面能有的放矢改进服务,另一方面减少医疗纠纷,提高患者忠诚度与社会满意度。

1 资料与方法

1.1 调查目的

福建省肿瘤医院从 2008 年开始实施医院内部改革推行“主诊医师负责制”,即“由主诊医师(具有副主任医师及以上资格医师)配有数名主治医师、住院医师组成的一个医疗小组,主诊医师率领该医疗小组全权负责实施患者门诊、住院、手术、会诊、

出院后随访等全程医疗活动,主诊医师对本组医疗质量、效益、医德医风、绩效考核、分配,具有决策权,同时承担管理责任^[1]。”主诊医师资格通过定期考核评价竞争上岗。为强化“主诊医师负责制”的管理,总结多年的患者问卷调查经验,帮助主诊组找准患者不满意环节,明确改进服务的关键点。医院通过出院患者电话回访延伸“医后服务”,以患者需求为关注点,定期收集出院患者满意度,侧重不满意原因的分析与总结,跟踪服务质量,提高患者与社会满意度^[2]。

1.2 调查对象与内容

调查样本来自福建省肿瘤医院 2009~2012 年出院患者,包括重复入院、死亡病例等。此次研究对象主要特征是肿瘤大病种患者,不分男女,不分年龄,以区别于一般患者的调查。

调查主要包括 5 个方面:出院后患者基本情况、对本次住院或就医过程的总体印象、本组医生护士的服务、本组医护人员主动沟通情况、需要帮助的问题。

收稿日期:2013-07-24;修回日期:2013-08-10

E-mail:605872168@qq.com

1.3 抽样方法与调查方式

每季度通过电话回访形式与上季度出院患者或家属直接电话调查。利用医院住院系统资料,在每季度初收集上季度出院患者基本情况,包括病区、住院号、患者姓名、主诊组、诊断、出入院时间、联系电话等内容。以主诊医师负责的患者为单元,整理每个主诊组出院患者情况,汇集样本,以抽签的方式,随机抽取 8~10 例出院患者对其进行调查。

由医院监察室负责调查,按有效电话直接调查患者或家属,被调查者必须是患者本人或在医院陪护患者了解具体情况的家属。调查者代表医院身份,以问候出院患者为主题,改变常用的规范化问卷调查内容,采取与患者聊天的形式,围绕设定 5 项主要内容深度了解患者在住院期间对医院全方位服务的评价,重点了解不满意的原因。调查结果使用 Excel 统计分析,并与主诊组的综合考评挂钩。

2 结果与分析

2009~2012 年共调查有效样本 8289 例,其中不满意 134 例,占 1.62%(见 Table 1)。

Table 1 The Circumstance of investigation sample from 2009 to 2012

Year	The number of main diagnosis	The effective sample size	The number of cases of dissatisfaction
2009	59	1367	24
2010	60	2090	51
2011	60	2432	40
2012	60	2400	19
Total	239	8289	134

将 134 例不满意的原因进行分类,由于我院收治的病种是肿瘤,根据肿瘤患者的特殊情况,将原因分为沟通解释、治疗效果、费用情况、服务态度及其它 4 类,其中前三项原因较多,占 91.04%(Table 2),也说明了肿瘤患者关注点具有特殊性,下面我

们就该三项的原因进行分析。

2.1 医患沟通不畅

由 Table 2 可见,实行主诊医师负责制后服务态度有明显好转,而沟通解释问题占 36.57%,说明患者及家属重视医患之间的有效交流与沟通。分析中发现由于医院实行主诊医生负责制后,主诊组的定期评价、绩效工资与患者治疗数、工作量有直接关系,导致主诊医生盲目追求患者数,工作量超负荷,与患者沟通过多使用专业术语,加上医患关系危机,相互信任度下降,肿瘤病的复杂性与多变性等原因,导致医患沟通不充分,甚至是无效沟通。

2.2 治疗效果预测偏差

治疗效果的不满意占了 35.07%,主要是医患双方对治疗效果预测的偏差。首先是医务人员对治疗效果预测的表达一般是医学上的概念,比如医生常说的“有治疗意义”、“治疗效果不错”等都是从影像学提示或是临床数字变化做出的判断。而患者或家属是从人体的直接感受或生活质量作为评判效果的,以及对肿瘤治疗效果的期望值过高等。由此,导致了医患之间对治疗效果的预测出现较大偏差。

2.3 总费用支付能力的变化

费用问题不满意占 19.40%。肿瘤的治疗是综合性的,其病程相对其它病种时间长,随着医学技术水平的不断发展,新技术新药物的不断应用,如一些新检查设备与靶向药物的使用,使得治疗效果提高的同时,治疗成本相对也随之增高,治疗费用上升也是肿瘤患者关注的热点。2009~2012 年对费用问题的不满意程度分别占 20.83%、23.52%、17.5%、10.52%,这组数据说明随着政府医保投入的增加,农村医保覆盖面的扩大,医保政策的调整肿瘤病列入医保大病种支付,个人承担的费用比例有所减少,患者对费用的不满意程度出现下降趋势。

2.4 死亡病例对满意度的影响

在电话问卷过程中,我们有意跟踪了死亡病例的满意情况,有 11%左右患者或家属因为治疗无效而产生不满意(Table 3)。

Table 4 显示死亡病例的满意度明显低于存活病例,其不满意程度较存活病例高出约 10%,说明患者的预后情况是影响肿瘤医院满意度重要的因素。

Table 2 The classification table of causes of dissatisfaction from 2009 to 2012

Year	Communication	Treatment effect	Cost	Service attitude and other
2009	10	5	5	4
2010	19	18	12	2
2011	11	17	7	5
2012	9	7	2	1
Total (%)	49(36.57%)	47(35.07%)	26(19.40%)	12(9.00%)

Table 3 The survey of death cases from 2009 to 2012

Year	The effective sample size	Cases of dissatisfaction	Proportion (%)
2009	53	6	11.3
2010	132	14	11.6
2011	107	12	11.2
2012	72	7	9.7

Table 4 The comparison between overall cases and deaths satisfaction, overall dissatisfaction from 2009 to 2012

Year	Overall satisfaction (%)	Deaths satisfaction (%)	Overall dissatisfaction (%)	Deaths dissatisfaction (%)
2009	95.7	81.1	1.8	11.3
2010	94.7	61.4	2.4	11.6
2011	93.3	52.3	1.6	11.2
2012	96.96	66.67	0.8	9.7

3 对策分析

3.1 完善管理制度

我院从实行主诊医生负责制开始,大大激励了医务人员的工作热情,服务态度有明显好转,但也出现盲目追求工作量、过度治疗等现象。为此医院定期分析各主诊组工作量、工作质量与患者电话访问中反映问题的相关性,重新调整主诊医师评价办法,提高医疗质量与患者满意度系数的权重,甚至增加一些指标,如每例患者的平均费用、每主诊组日管床位数等,以控制、引导医务人员正常医疗行为,降低患者不满意度。

3.2 规范医患沟通

管理中我们常听到临床医生委屈,如某问题虽已多次与患者家属沟通过,但患者仍投诉未告知。由于患者对医学专业理解的局限性或信息不对称性,造成无效的沟通。为此我们应思考如何强化有效沟通,首先沟通双方应是平等的、双向的,在平等的前提下,从制度上规定多渠道沟通,建立完善的“医患沟通制度”,明确具体的沟通内容、时间、方式、地点等,如规定在诊断后治疗前集体谈话,治疗过程阶段性交流,治疗未出院前指导性谈心,并将每次的沟通内容记录,同时纳入质控管理环节。根据患者的不同背景,医务人员还应善于与患者个性化沟通,提升医患沟通效率。

3.3 提高医疗水平

《2012 中国肿瘤登记年报》中数据显示,中国每年新发癌症病例约 312 万,因癌症死亡超过 200 万,

这意味着每 1 分钟就有 6 人被确诊为癌症,全国癌症发病趋势严峻,发病率与死亡率呈持续上升趋势。作为肿瘤专科医院做好肿瘤的早期筛查,预防宣传,早发现、早治疗,不断提高肿瘤的治愈、好转率是刻不容缓的社会责任。近年来,医院加大与国际性的学术交流,关注世界最新肿瘤发展动态,不断探索研究

方向,开展治疗新技术,引进学科带头人。经随访统计消化道肿瘤、女性(乳腺癌与子宫癌)患者、头颈部肿瘤的 10 年生存率均有明显提高。

3.4 尊重患者意见

我院坚持长年不同形式的访问患者,通过职能科长挂钩窗口临床科室,每周到一线访问患者,对患者的意见和

疑问能在第一时间迅速做出反应,使患者产生一种被尊重的愉悦心理。通过电话问卷了解“医后”的情况,即使患者对医疗护理工作有意见,通过交心或倾听诉说也会得到化解。患者对医院给予的关心和尊重,不仅得到心理的满足,更使医患关系充满了人情味,以人为本的服务理念得以体现,达到医患双赢^[3]。

医院实施主诊医师负责制后,患者的满意度明显上升,作为医院管理者要正视患者不满意存在的客观性。医学本身是特殊学科,尤其肿瘤发病机制的复杂性,肿瘤死亡率的持续上升,给许多患者或家属留下遗憾,这种遗憾有时表现在患者对医院治疗的不满意。从另一角度分析正是医学“不完美”的客观性,吸引着众多医学专家的不断钻研与探索,推动医学的不断进步。为此管理者不必过于苛求 100% 的满意度,科学地对待患者不满意的存在,相信随着科学技术的不断进步,国家医改的深化与医院管理的完善,群众对医院的满意度将逐步提高。

参考文献:

- [1] Meng K, Wang N. Literature study on attending in charge system in china[J]. Chinese Hospital, 2012, 16(1): 20-21. [孟开, 王宁. 我国主诊医师负责制的文献研究[J]. 中国医院, 2012, 16(1): 20-21.]
- [2] Song S, Zhang JL. The role of assessment of third-party satisfaction in improving hospital service[J]. Modern Hospital Management, 2012, 10(6): 29-31. [宋爽, 张江林. 第三方满意度评估对医院服务提升的促进作用研究[J]. 现代医院管理, 2012, 10(6): 29-31.]
- [3] Wang SF. An analysis of discharged patients satisfaction[J]. Chinese Journal of Modern Nursing, 2009, 6(8): 687-689. [王素芳. 有关出院患者满意度调查分析[J]. 中华现代护理学杂志, 2009, 6(8): 687-689.]