МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

КАМЕЛИЯ КОСТАДИНОВА БОГДАНОВА

КАЧЕСТВО НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ В ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД
ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН „ДОКТОР“
Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт“
Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве“
Научна специалност „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията“

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ:
ПРОФ. ГАЛИНА СТАМОВА ЧАНЕВА, ДМ

София, 2018 г.

СЪДЪРЖАНИЕ

	Въведение	6
I.	**ГЛАВА ПЪРВА – ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР**	
1.	Здравните грижи като основен елемент в системата на здравеопазването	9
2.	Съвременни функции на сестринството	10
3.	Управлението на здравните грижи като фактор за качество	15
3.1.	Съвременни предизвикателства в управлението на здравните грижи	15
3.1.1.	Научно обосновани модели за управление на здравните грижи	16
3.1.2.	Формулиране на правата и задълженията на ръководителите по здравни грижи	21
3.1.3.	Оценка на качеството на здравните грижи	21
3.1.4.	Икономическа ефективност на управлението на здравните грижи	22
3.1.5.	Мотивация на персонала при управлението на здравните грижи	34
3.2.	Роля и значение на ръководителите по здравни грижи	38
4.	Управление на качеството на здравните грижи	41
4.1.	Качество на здравните грижи като фактор за качество на медицинската помощ	42
4.2.	Подходи при оценяване качеството на здравните грижи	44
4.2.1.	Индикатори за качество	45
4.2.2.	Модели за управление на качеството на здравните грижи	51
5.	Нормативни актове регулиращи управлението на здравните	54

грижи в лечебните заведения

II. ГЛАВА ВТОРА – ЦЕЛ,ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ

1. Цел и задачи 62
2. Работна хипотеза 63
3. Методика на проучването 63

III. ГЛАВА ТРЕТА- РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ

1. Анализ на резултатите от анкетното проучване на ръководителите по здравни грижи 72
1.1. Социален профил на ръководителите по здравни грижи 72
1.2. Ефективно използване на човешките ресурси 74
1.3. Подходи и методи в управлението на здравните грижи 83
1.4. Сравнителен анализ на управлението на здравните грижи в лечебните заведения 102
2. Проучване удовлетвореността на пациентите от организацията на здравните грижи в лечебните заведения 108
2.1. Социален профил на пациентите 109
2.2. Удовлетвореност на пациентите от организацията на здравните грижи в лечебните заведения за болнична помощ 111
2.3. Удовлетвореност на пациентите от организацията на здравните грижи в лечебните заведения за извънболнична помощ 123
3. Модел на управленските функции на ръководителите по здравни грижи 132

Изводи 140

Препоръки 143

Заключение 144

Приноси на дисертационният труд 146
Литература 148
Приложения
Приложения 1. Анкетна карта за ръководителите по здравни грижи 167
Приложение 2. Анкетна карта за пациентите в лечебните заведения за болнична помощ 172
Приложение 3. Анкетна карта за пациентите в лечебните заведения за извънболнична помощ 176

Използвани съкращения:

БАПЗГ – Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи

БЧК – Български червен кръст

БДЧК – Българско дружество на червен кръст

ВМУ – Висш Медицински Университет

ВМА – Военномедицинска академия

ДКЦ – Диагностично консултативен център

ЗГ – Здравни грижи

ЗЗ – Закон за здравето

ЗЛЗ – Закон за лечебните заведения

МБАЛ – Многопрофилна болница за активно лечение

МЦ – Медицински център

МК – Медицински колеж

НЗОК – Национална здравноосигурителна каса

УЗГ – Управление на здравните грижи

NANDA – Северноамериканска асоциация по сестринска диагноза

PIGAS - Програма за управление и статистически анализ

ВЪВЕДЕНИЕ

Интересът към развитието на здравните грижи, като съществена част от лечението на пациента, нараства значително през последните години. Това се обуславя от увеличения брой на заболелите лица, хроничните и дегенеративните заболявания, както и от повишаване на изискванията на пациентите по отношение на качеството на здравните услуги и намаляване броя на здравните специалисти.

Качеството на здравните грижи може да се разглежда в различни аспекти – по отношение на пациента, на институциите предоставящи грижи, на здравноосигурителните институции, както и за обществото като цяло.

Функционирането на системата на здравеопазването се определя до голяма степен от състоянието на националната и световната икономика. Може да се предположи, че с течение на времето, развитието на лечебните заведения ще зависи все повече от избора на пациента, който от своя страна се определя от нивото на предложеното „качество” на здравни услуги.

Социално-икономическите условия за развитие на обществото при пазарната икономика определя смисъла и значението на понятието „качество” на здравните грижи най-вече като съотношение „цена – ефективност”.

Прилагането на ефективни и резултатни здравни грижи е възможно при осигуряването на достатъчен брой и с необходимата професионална квалификация персонал. От значение е също така и създадената организация, както и прилаганите методични подходи, които да съответстват на принципите на съвременния здравен мениджмънт.

Лекарите и медицинските сестри, както и болничните мениджъри, са основната движеща сила за осигуряване и повишаване на качеството в

системата на здравеопазването. Най-многобройната група от професионалисти в тази сфера са медицинските сестри. Те осигуряват непрекъснато наблюдение и грижи за пациентите в лечебните заведения.

Сестринската професия се основава на удовлетворяване основните потребности на човека, но с развитието на медицинската наука тя придобива ново измерение. Това се изразява в диференцирането на автономните функции и отговорности на медицинските сестри в комплекса от здравни грижи. Същността на тази професия преминава през няколко етапа в своето историческо развитие - от милосърдие към болните и нуждаещите се от грижи, към техническо изпълнение на лекарските назначения, а по-късно и към събиране и анализ на информация и вземане на решения в рамките на своята компетентност.

В съответствие с последователното преминаване през тези етапи на емоционална, техническа и творческа същност на сестринската професия, се повишават и изискванията към професионалната квалификация на медицинските сестри. Това обуславя и промените в образованието на медицинските сестри. Те се обучават в университети от висококвалифицирани преподаватели и професионалните им умения изискват непрекъснато запознаване с новостите в практиката. Всичко това налага изучаването и провеждане на мероприятия за повишаване качеството на здравните грижи в лечебните заведения.

Актуалността на проблемите, свързани с определяне на отговорностите, дейностите, правата и задълженията на ръководителя , като условие за повишаване качеството на здравните грижи, определя интереса към формулираната тема на дисертационния труд.

Изследването обхваща различни лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ в шест области на страната, като е насочено в следните два аспекта: научно-изследователски и приложно-практически.

Представеният дисертационен труд се основава на комплексно проучване на организацията и управлението на здравните грижи. Въз основа на получените данни е изработен модел с методични подходи за управленските функции на ръководителите по здравни грижи. Резултатите от направените изследвания могат да бъдат използвани и в бъдещи научни разработки за повишаване качеството и ефективността на здравните грижи и обучението на професионалистите по здравни грижи.

I ГЛАВА ПЪРВА – ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1. Здравните грижи като основен елемент в системата на здравеопазването

В последните десетилетия здравните грижи и здравеопазването като цяло, се отнасят към глобалните обществени проблеми. Това се обуславя от обществено-политическите и социално-икономическите промени в много райони по света, включително и в нашата страна. Тези промени дават своето отражение в повишаване средната възраст на населението и увеличаване на хроничните заболявания [21]; [181]; [2]; [58], което още повече засилва вниманието на обществото към проблемите в сферата на здравеопазването.

Обществено-политическите и социално-икономическите промени наложиха разработването на Национална здравна стратегия, съобразена с принципите, заложени в стратегията на Европейския съюз (ЕС) „Европа 2020 – Стратегия за интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж". За постигане на основните цели се акцентира върху човешките ресурси в здравеопазването, организацията и структурирането на здравното обслужване, усвояването на ресурсите и финансирането на системите [37]; [74]; [75]; [40]; [49]; [86].

Според Stinglhamber-Vander Borght [184], стратегията и политиката за развитие на здравеопазването и здравните грижи като съвременно професионално направление, трябва да насочат своето влияние върху няколко основни области – законодателство, икономика, организация, етика, социална култура и политика.

Целта на здравеопазването е да поддържа и подобрява здравословното състояние на нацията, като осигурява здравето на всеки член на обществото, предотвратява, лекува и ограничава разпространението на заболяванията и облекчава страданията на пациентите. Постигането на тази цел зависи в най-

висока степен от управлението и качеството на здравните грижи. Те се възприемат като един от главните критерии за жизненото равнище на даден регион или страна [28]; [100]; [121].

Промените в системата на здравеопазването и настоящото й съществуване до голяма степен се определя, както от националната, така и от европейската и световната икономика [96]; [102]. Съществуването и развитието на здравните заведения в условията на пазарна икономика ще зависи преди всичко от избора на пациентите, за който определящо ще бъде нивото на предложеното "качество" на здравните услуги [146]; [33]; [1]. Всичко това показва фундаменталното значение на здравните грижи за развитието на здравеопазването като обществено-социална сфера, определяща до голяма степен жизнения стандарт на хората в страната.

Развитието на качествени здравни грижи и услуги, медицина, основаваща се на доказателства, промоция на здравето, пазарен механизъм и социална справедливост в управлението на здравните ресурси са задължителни приоритети на здравните реформи както на национално, така и на международно ниво. Успешната реализация на тези реформи изисква повишаване отговорността на пациента и обществото като цяло за собственото му здраве и издигане на организационната култура в здравеопазването [89]; [36]; [47]; [29].

2. Съвременни функции на сестринството

В средата на XIX век са поставени основите на научното сестринство, а през 60-те години на XX век е формулирана и неговата философия.

Медицинската сестра се приема като необходим и ценен сътрудника на лекаря [6]; [7]; [81].

Философията на сестринството представлява система от възгледи за взаимоотношенията между сестрата, пациента, обществото и околната среда. Тя се базира на общочовешките принципи за етика и морал [8]; [9] . Основен принцип на тази философия е уважението към живота, достойнството и правата на човека [81]; [125]; [126]; [113].

Развитието на сестринството в България като професия започва в края на XIX и началото на XX век. Инициатор за създаване на сестринското образование в страната е Българското дружество "Червен кръст" (БДЧК). То популяризира идеята за подготовка на милосърдни сестри за гражданското здравеопазване и за осигуряване на войската в мирно и военно време [6]; [7]; [113].

Същността на сестринската професия преминава през няколко етапа в своето историческо развитие - от милосърдие към болните и нуждаещите се от грижи, към техническо изпълнение на лекарските назначения, а в съвременната система на здравеопазване и към събиране и анализ на информация и вземане на решения в рамките на своята компетентност.

Мухина и Тарновская [81] определят съвременното сестринско дело едновременно като наука и изкуство, изискващо разбиране и прилагане на специални знания и умения. Според авторите, сестринското дело в наши дни се основава на знания и техника, създадени на базата на хуманитарните и естествените науки: биология, медицина, психология, социология и други.

Значение на сестринската професия

Съвременните социално-икономически условия за развитие на обществото обуславят постоянното увеличаване на броя на пациентите и снижаване на тяхната възрастова граница.

Здравните грижи представляват важен елемент от лечението на пациента. Ролята на медицинската сестра придобива все по-голямо значение, не само в здравните заведения, но и в училищата, яслите и детските градини, както и в различните производствени предприятия и други организации, в които е необходимо постоянно присъствие на медицински персонал. От една страна това се обуславя от увеличения брой на заболелите лица, хроничните и дегенеративните заболявания, а от друга, от намаляване броя на здравните специалисти [97]; [59]; [19]; [20].

Мисията на сестринското дело в обществото се състои в това да помага на отделните хора, семейства и групи да развиват своя умствен и социален потенциал и да го поддържат на съответното ниво, независимо от променящите се условия на живот и работа [81].

Основно значение за предотвратяването и лечението на различните заболявания има ранната диагностика и профилактиката, които зависят в не малка степен от професионалната квалификация и умения на медицинската сестра. Основната й роля се състои в контролирането и обучението на пациентите за точно спазване на лекарските назначения и формиране на здравословни навици [105]; [14], като по този начин се повишава тяхната мотивираност и активност в лечебния процес. Също така, медицинската сестра подпомага пациентите да запазят своя пълноценен начин на живот, както в дома, така и в социалната си среда [136].

Непрекъснато повишаващите се изисквания на пациентите в условията на пазарна икономика и социално-икономическите условия в нашата страна още повече засилват интереса към сестринската професия.

В същото време професионалистите по здравни грижи са изправени пред сериозни трудности в процеса на упражняване на своята професия [163]; [144]; [170]. Тези трудности се обуславят от следните фактори:

- изключителна психическа и физическа натовареност;
- ниско заплащане, което не отговаря на отговорността и извършваната работа;
- недобри условията на труд на много места;
- символично заплащане на нощните дежурства;
- липса на ясно регламентирани права и задължения.

Под влиянието на изброените фактори нараства миграцията на професионалистите по здравни грижи, което води до значителен дефицит на медицински сестри [23]; [176]; [68];. Миграционните потоци са насочени както от по-малките градчета към големите населени места, така и в други страни. Загубата на квалифицирани кадри със своите знания, умения и опит, придобити след скъпо за обществото държавно образование, се отразява крайно негативно върху здравната система и намалява доверието към нея.

Изисквания към медицинската сестра

Сестринската професия се основава на удовлетворяване основните потребности на човека, но с развитието на медицинската наука тя придобива ново измерение. Това се изразява в диференцирането на автономните

функции и отговорности на медицинските сестри в комплекса от здравни грижи.

Медицинската сестра поема върху себе си отговорност и предприема действия със съответни пълномощия, изпълнявайки непосредствени професионални задължения. Тя носи отговорност за медицинските услуги и има право самостоятелно да решава дали й е необходимо да продължава образованието си по въпросите на управлението, обучението, работата в клиниката и научните изследвания и да предприема стъпки за удовлетворяване на тези потребности [81].

В съответствие с последователното преминаване през етапите на емоционална, техническа и творческа същност на сестринската професия, се повишават и изискванията към професионалната квалификация на медицинските сестри. Това обуславя и промените в образованието на медицинските сестри. Те се обучават в университети от висококвалифицирани преподаватели и професионалните им умения изискват непрекъснато запознаване с новостите в практиката [84]. Всичко това налага изучаването и провеждане на мероприятия за повишаване качеството на здравните грижи в лечебните заведения [133]; [134].

Основно изискване към медицинската сестра е правилното разбиране на медико-социалните проблеми на пациентите [110]; [112]; [18]. Изучаването и изследването на тези проблеми е предпоставка за подобряване на грижите и осигуряване на пълноценен начин на живот на пациентите [119]; [29]; [17]; [120]. Също така за медицинската сестра е важно да притежава компетенции не само за професионално осъществяване на грижите, но и професионално поведение основаващо се на съвременните професионални стандарти и професионална етика [131]; [134]; [111].

Тъй като от професионалните умения на медицинската сестра до голяма степен зависи качеството на здравните грижи, необходимо е непрекъснато повишаване на нейната квалификация.

3. Управлението на здравните грижи като фактор за тяхното качество

Управлението на здравните грижи е процес, който има за цел мобилизирането на човешките ресурси и ресурсите на заобикалящата среда, с цел поддържането и благоприятстването на грижите за личността, която при своето непрекъснато взаимодействие със заобикалящата я среда, има някакви здравни преживявания [166].

3.1. Съвременни предизвикателства в управлението на здравните грижи

Съвременните предизвикателства в управлението на здравните грижи могат да се дефинират в следните основни аспекти:

- разработване на научнообосновани модели за управление на здравните грижи;
- формулиране на правата и задълженията на ръководителите;
- оценка на качеството на здравните грижи;
- икономическа ефективност на управлението на здравните грижи;
- осигуряване на достатъчен брой персонал;
- квалификация на персонала;
- мотивация на персонала [19].

3.1.1. Научнообосновани модели за управление на здравните грижи

Управлението на здравните грижи, по своята същност, е процес на мобилизиране на човешките ресурси и ресурсите на средата. Целта е тези ресурси да се поддържат и насочват към грижите за човека и неговото здраве. За да може да мобилизира човешките ресурси, ръководителят трябва да притежава способността правилно и целенасочено да ги управлява [131]; [110]; [135]. Всичко това изисква разработването и внедряването в практиката на научнообосновани модели за управление на здравните грижи.

Задължително условия за това е информационното осигуряване, като основна част от технологията и управлението на здравната система. То спомага за по-добро систематизиране, запазване и архивиране на информационните масиви, техническо и кадрово осигуряване на информационните процеси в здравеопазването [103]; [175].

Управлението на човешки ресурси е сложна и многообхватна дейност. Тази категория включва целия човешки потенциал, разглеждан на определено равнище в относително самостоятелно обособена система [135]. Тяхното управление е една от най-важните дейности за съвременната здравна организация. Наличието на човешки ресурси е основна предпоставка, чрез която здравните организации могат да се развиват.

Обектът на управление на човешки ресурси в дадена организация са хората. Те изпълняват поставените им задачи и преследват общите цели на организацията. Самите хора имат много важно значение за успеха и развитието на здравното заведение в което работят. Това са отделни личности с различни способности, умения, интереси, характери, темперамент,

емоционални прояви, потребности, нагласи, ценности, култура, семейно положение, лични проблеми и съдби, събрани на едно място, обединени от идеята да постигнат общи цели и добри резултати и по този начин да спомогнат за развитието на организацията [31]; [32]; [183].

Съвременните модели на управление на човешките ресурси в системата на здравеопазването биват:

- *Автократичен стил на мениджмънта* - При този стил интересът на мениджъра е насочен предимно към икономическата ефективност на труда на човека. Не се зачита неговата личност и потребности, което води до деспотична атмосфера в организацията и до ролеви конфликти. Характеризира се с ниско качество на работата и организационен хаос.

- *Модел на човешките отношения* – Моделът на човешките взаимоотношения се основава на идеята за хуманност и лична мотивация за участие на работещите в решаването на задачите на организацията. Човекът представлява ключов момент в този модел. Особено вниманието се отделя на неговите потребности, отчита се неговото място като фактор в организацията. При този модел участието на персонала при вземането на решения, е средство на мениджъра за постигане на сътрудничество и възприемане на мениджърските решения от подчинените.

И при двата горепосочени модела се запазват основните роли на мениджър и подчинени.

- *Модел на човешките ресурси* – Моделът на човешките ресурси е постижение в мениджърската теория и практика и се основава на теориите за мотивация през 60-те години на двадесети век. Техни автори са Р. Ликърт, Д. Макгегър, А. Маслоу. Съществените разлики на този модел от другите два се изразяват в това как се разглежда връзката между удовлетвореността на

човека и неговата изява. При модела на човешките отношения, по-високата степен на човешката удовлетвореност е непосредствена причина за повишената изява и съгласие с формалната власт. В модела за човешките ресурси причинната връзка между човешката удовлетвореност и изявата на хората е доста по-различна. Повишената изява е резултат от творческия принос, който хората имат за организацията. Колкото по-нравствени са взетите решения, толкова и атмосферата става по-благоприятна за творческото решаване на проблемите.

Управлението на здравните грижи е част от управлението на човешките ресурси на ниво клиника, отделение, медико-диагностична или медико-техническа лаборатория в лицето на ръководителя по здравни грижи (медицинска сестра акушерка, лаборант, рехабилитатор).

Управлението на здравните грижи е изключително динамичен процес. За да бъде ефективен, той трябва непрекъснато да се адаптира към социално-икономическите и политическите промени в обществото.

Съществуват различни концептуалните модели за управление на здравните грижи. Те служат като ръководство за действията на ръководителя при управлението на дадена структура. Целта на концептуалните модели е да се акцентира върху управлението на грижите и да се създаде организационна култура, насочена към грижите за човека [53]; [135]. Тези модели се основават на следните концепции:

- *Концепция на Орем* – авторът Доротея Орем развива своя концептуален модел за грижи в сферата на човешките потребности. Тя счита, че управлението на здравните грижи включва две основни направления: едно, *свързано с управлението* и второ, *свързано с грижите за пациента*. По отношение на управлението Орем смята, че ръководителят трябва да се

увери, че разполага с необходимите ресурси, за да предостави специфични грижи според потребностите на пациента. Ръководителят трябва да установи необходимото качество и количество от персонал за предоставяне на грижи. Акцентира се и върху оценката на потребностите на персонала и грижите за него.

- *Концепция на Кинг* – тази концепция се основава на връзката между грижите и взаимодействията между хората. Определя се като подходяща за административната практика. Авторът е на мнение, че както организацията повлиява поведението на човека, така и той самият оказва влияние върху организацията. Според него управлението на здравните грижи изисква задълбочено познаване на следните три системи на взаимодействие:

▪ *Системата на индивида* – включва знанията и възприемането на самия себе си и на околните;

▪ *Междуличностната система* – включва комуникации, общуване и взаимоотношенията между хората;

▪ *Социалната система* – включва права, авторитет, контрол и статута на организацията.

- *Концепция на Рой* – авторът Калиста Рой счита, че една организация се състои от подсистеми, поддържани от вътрешни и външни сили. Основната задача на управлението на грижите е осигуряването на качествени грижи и обслужване за пациента. Ето защо ръководителят трябва да насърчава процеса на адаптация на организацията и на нейните ресурси, чрез механизмите за стабилизиране на организацията и механизмите на иновации. По този начин се осигурява развитието на организацията. Моделът на Рой извежда на преден план комуникацията, активното участие на персонала и неговата мотивация.

- *Концепцията на Роджърс* – Водещата идея на този модел е взаимодействието между сферата на персоналната енергия на всеки един човек и сферата на енергия на заобикалящата среда. Според тази концепция ръководителят по здравни грижи се насочва към изучаване на околната среда, която се разглежда като отворена система с променяща се енергия. Водещи елементи в управлението са разнообразието, творчеството и промяната. Те от своя страна осигуряват вярата, развитието и живота на организацията. Авторът счита, че всеки човек притежава капацитета да създава положителни промени, които се отразяват както на самия него, така и на останалите хора. Ръководителите имат възможността да се насочат към създаването на климат и среда за положителни промени, като се акцентира на информацията, обучението, активното участие, подкрепата и отварянето към хората.

- *Концепция на Лайнингер* – Този модел е ориентиран към човешките ценности. Ръководителите проявяват загриженост, внимание, уважение и помощ към персонала, осъществяващ грижи. Концепцията акцентира върху различията и универсалността в културата на хората. При създаването на дадена организация ръководителят трябва задължително да се съобрази с културата на пациентите и персонала. Така практиката се съобразява с принципите на човешкото достойнство и уважението към личността на всеки човек (Robinson, 2006).

Посочените концепции налагат тезата, според която, основна роля в процеса на управление на здравните грижи имат не само ръководителите, но и всеки един професионалист от персонала и екипа като цяло [135].

Важно значение за управлението на здравните грижи имат организационната и управленската култура. Това са компоненти на вътрешната среда, в която се формира качеството [102]; [108]; [152]; [153].

3.1.2. Формулиране на правата и задълженията на ръководителите по здравни грижи

Решаването на проблемите, свързани с определяне на отговорностите, дейностите, правата и задълженията на ръководителите по здравни грижи, представляват важно условие за повишаване качеството на здравните грижи [127]; [128]. Според редица автори от областта на мениджмънта и управлението, ролята на ръководителя се състои в планиране, организиране, насочване и контрол на финансовите, човешките и материалните ресурси, с цел възможно най-ефикасно постигане на поставените от организацията цели [108]; [34]; [35]; [160].

Тези въпроси са регламентирани в съответните нормативни документи, ЗЛЗ (Закон за лечебните заведения). От това, доколко точно и ясно са формулирани дейностите на ръководителите по здравни грижи, зависи качеството на здравните услуги и възможностите за неговото повишаване чрез подобряване на организацията в лечебното заведение.

3.1.3. Оценка на качеството на здравните грижи

Оценяването на качеството на здравните грижи има за цел да покаже доколко се подобряват резултатите от здравното обслужване, отразени в здравния статус, функционалната дееспособност на населението, психосоциалното благополучие и удовлетвореността на пациентите [24]; [25]. Трудностите при постигане на тази цел се обуславят от подчертано индивидуалния характер на отделните здравни услуги [124]; [147], както и от субективния елемент в оценката на тяхното качество.

Оценката на качеството е основа за неговото управление. Тя се базира на установяване ефективността на здравното обслужване, като съвкупност от медицинска, социална и икономическа ефективност [129]; [131].

Ръководителите по здравни грижи трябва да притежават способността да ревизират качеството на здравните грижи и да разработват модели за управлението им с цел повишаване на тяхното качеството. Това се постига чрез получаване и анализиране на медицински данни и използване на статистически методи.

3.1.4. Икономическа ефективност на управлението на здравните грижи

Развитието на националната и световната икономика определя функционирането и основните насоки в развитието на системата на здравеопазването. Преходът към пазарна икономика промени коренно развитието на здравеопазването и условията, в които функционират здравните заведения. За икономическата им стабилност са необходими условия за инвестиции в здравната система, развитие на проекти за икономическа ефективност [42] и въвеждането на нови или адаптирани икономически методи или механизми [52]; [167].

Регистрирани като търговски дружества, лечебните заведения представляват пазарни субекти със значителна финансова, административна и професионално-медицинска самостоятелност [159]. Ефективността на всяка организация, при пазарни условия, е от съществено значение за нейното оцеляване и развитие в конкурентната среда на пазара [140].

Икономическата ефективност се определя от рентабилността, която измерва способността на фирмата да получава печалба от своята дейност. Показателите за икономическа ефективност са следните:

- коефициент на ефективност на разходите;

- коефициент на ефективност на приходите [100].

Ефективността в здравеопазването следва да се разбира като отношение на ценността и полезността на резултатите и степента на реализация на поставените цели за подобряване на здравния статус. Тя може да бъде систематизирана в следните категории:

- икономическа ефективност – вътрешна за отрасъл здравеопазване;

- икономическа ефективност – проявяваща се извън системата на здравеопазване;

- медицинска ефективност;

- социален ефект и ефективност – по отношение на здравното равнище на населението и общото благосъстояние на нацията [93].

Свободният избор на лечебно заведение от страна на пациентите, макар и регулиран от подзаконови и административни актове, създава предпоставки за конкуренция. Всички тези промени и особено засилената автономия на лечебните заведения, не само формират нови структури и дейности за тяхното управление, но поставят и изключително високи изисквания към компетентността на управленските органи на всички нива [62]; [128].

Обучението и подготовката на персонала имат важно значение за качеството и ефективността на здравните грижи и до голяма степен определят тяхната рентабилност, като оказват съществено влияние върху икономическите показатели [50]; [76]; [77]; [143].

Може да се предположи, че с течение на времето, развитието на здравните заведения ще зависи все повече от избора на пациентите, който от своя страна се определя от нивото на предложеното „качество” на здравни услуги. Ето защо, здравният мениджър следва да търси най-ефективния и едновременно с това най-целесъобразния икономически модел за предоставяне на здравна помощ [45]; [46].

От това, доколко гъвкав и адаптиран към социално-икономическите реалности в развитието на обществото е икономическия модел на управление на грижите, ще се определя и просперитета на лечебните заведения, функциониращи в условията на конкуренция и пазарна икономика [80].

Осигуряване на достатъчен брой професионалисти

Прилагането на ефективни и резултатни здравни грижи е възможно при осигуряването на достатъчен брой специалисти. Демографските промени в нашата страна, както и в много европейски страни, обуславят недостиг на човешки ресурси и умения [147]; [145]; [171]; [172].

Лекарите и професионалистите по здравни грижи, както и болничните мениджъри, са основната движеща сила за осигуряване и повишаване на качеството в системата на здравеопазването. Най-многобройната група от професионалисти в тази сфера са медицинските сестри. Те осигуряват непрекъснато наблюдение и грижи за пациентите.

Реформите в сферата на здравеопазването неотменно са свързани с научно управление на персонала, като една от най-важните задачи в условията на затруднено финансиране на лечебните заведения е изследването на реалната необходимост от персонал.

Доц. А. Петков прилага немска аналитична методика за изчисляване на необходимия квалифицирани специалисти. Тази методика се основава на следните показатели:

- базовата стойност на сестринските грижи;
- стойности на грижите за различните групи пациенти;
- стойност за всеки приет пациент;
- стойности за обслужването на пациенти на дневен стационар.

Използва се класификация на общи и специални грижи разделени на следните групи:

- основни дейности;
- разширени дейности;
- особени дейности.

Прилагането на научни подходи и методики при управлението е гаранция за повишаване качеството на сестринските грижи [95].

В последното десетилетие се наблюдават нарастващи потребности от медицинска помощ при все по-ограничени финансови ресурси и намалена обезпеченост с професионалисти по здравни грижи в т.ч. медицински сестри, акушерки, рехабилитатори, фелдшери, медицински и рентгенови лаборанти и други.

През последните години е регистрирано повишаване на броя на професионалистите по здравни грижи. Както се вижда на Фигура1, през 2014 г. те са 48 158, а през 2001 г. - 46 423. Счита се, че за нормалното функциониране на здравната система това увеличение е недостатъчно. Според БАПЗГ, само необходимостта от медицински сестри е 60 000 при регистрирани към края на 2014 г. 31 772. За останалите професионалисти по

здравни грижи съотношението от необходими към регистрирани е приблизително същото.

Фигура 1. Брой на професионалистите по здравни грижи в България за периода 2001 г. – 2014 г

Относителното разпределение на отделните специалисти от състава на професионалистите по здравни грижи, според проведено през 2012 г. изследване на Институт „Отворено общество“, е следното:

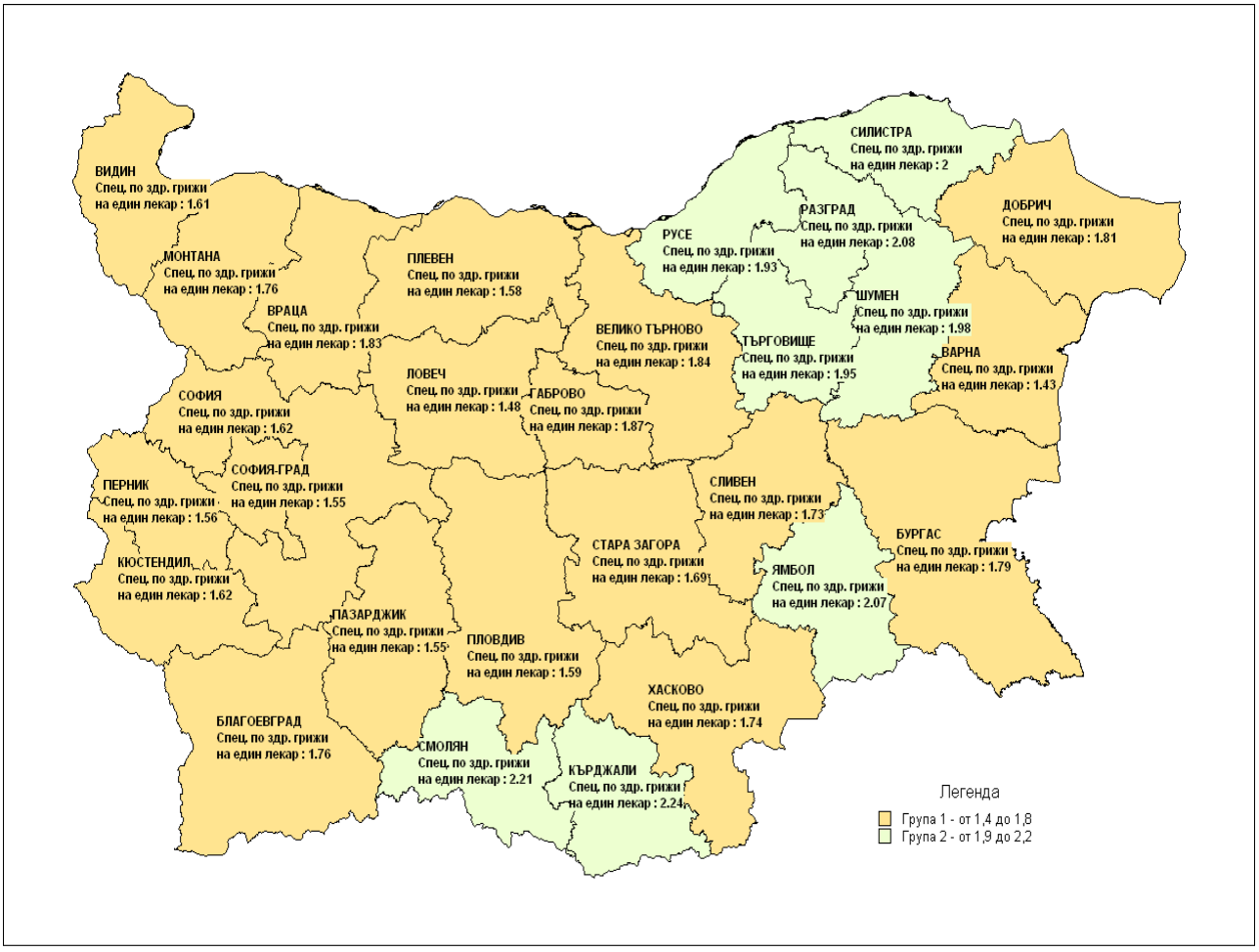
- медицински сестри – 69.90%;
- акушерки – 9.40%;
- лаборанти (медицински и рентгенови) – 10%;
- фелдшери – 5.60%;
- рехабилитаторите – 2.90%;
- други – 2.50%.

Съотношението на професионалистите по здравни грижи в лицето на медицинските сестри и акушерките, като най-голям общ дял от съсловието, към лекарите в България варира от 1.43 до 2.24 на 1 в различните райони на страната (Фигура 2).

Разпределението на медицинските специалисти в различните райони на страната е непропорционалното и небалансирано. Това затруднява достъпа на населението до здравни грижи и създава определени проблеми при работата на медицинския персонал. В някои региони се работи в намален числен състав или при липса на някои специалисти, които са твърде важни за местното здравеопазване. Така се влошава качеството на предоставяната медицинска помощ и се намалява ефективността и резултатите от медицинския труд [135].

В районите на Кърджали, Смолян, Ямбол, Шумен, Силистра и Русе, предвид по-малкото налични лекари, съотношението на медицинските сестри и акушерките към лекарите е от 1.9 до 2.2 към 1. В районите на София, Варна и Пловдив, където има голяма концентрация както на лекари така и на медицински сестри и акушерки, съотношението е от 1.43 до 1.59 на един лекар. Това е значително по-малко в сравнение със страните от Европейската общност, където на всеки лекар има две сестри. Приема се, че в глобален мащаб съотношението е същото като в ЕС [106].

Основната част от дефицита на медицински сестри се поема от извънболничната помощ, където много от общопрактикуващите лекари не наемат сестри в практиките си. В болничната помощ работят 61.40% от професионалистите по здравни грижи, а в извънболничната помощ работят едва 9.90%. Това съдейства за влошаване на първичната профилактика и превенцията на болестите.



Фигура 2. Разпределение по райони в България на съотношението брой професионалисти по здравни грижи на един лекар (по данни на НСИ)

В същото време значително нараства миграцията на професионалистите по здравни грижи, което поражда дефицит на кадри. Част от миграционните потоци са насочени от по-малките градчета към големите населени места, което ограничава свободния избор на лечебно заведение и осигурения свободен достъп, намалява качеството на предоставяните здравни услуги и води до влошаване на условията за живот и развитие на малките населени места.

Най-голям е проблемът с миграцията в други страни. Миграционните процеси са насочени към държави с високо и стабилно икономическо развитие, с модерно здравеопазване и по-добри условия на труд.

Заминаващите на работа в чужбина професионалисти по здравни грижи са относително по-млади от оставащите. Мигриращите са почти изцяло жени, тъй като мъжете са рядкост в професията.

Всичко това определя неблагоприятните тенденции в измененията на възрастовия състав на професионалистите по здравни грижи, което предвещава допълнителни проблеми за системата на здравеопазване в следващите години.

Възрастовото разпределение на професионалистите по здравни грижи е следното:

- до 30 г. – 4.10 %;
- от 30 г. до 45 г. – 36.30 %;
- от 46 г. до 60 г. – 44.90 %;
- над 60 г. – 14.60 %.

Вижда се, че най-малък е процентът на младите до 30 години и най-голям във възрастовата група на която до 10-15 години предстои пенсиониране. Също така на групата над 60 години също предстои да излезе в пенсия в близките години. Това показва, че човешките ресурси на професионалистите по здравни грижи застаряват.

Миграционни потоци съществуват и от публичния към частния сектор. Идентификацията и описанието на този процес е затруднено, поради факта, че обикновено здравните професионалисти работят и в двата сектора, което намалява ефективността на работата в системата на здравеопазването, създава безпорядък и е източник на икономически загуби. Миграцията се отразява и

върху мениджмънта на лечебните заведения, като намалява резултатността и иновативността им.

Липсата на професионалисти по здравни грижи създава предпоставки за стрес и конфликти в здравните заведения [135]. Недостигът на медицински сестри, може да генерира напрежение при целия останал медицински персонал и неминуемо води до понижаване на качеството на здравните услуги [131]; [132].

Квалификация на медицинските сестри

В съвременното здравеопазване, дейностите на медицинската сестра включват не само милосърдие към болните и техническо изпълнение на лекарските назначения, но и събиране и анализ на информация и вземане на решения в рамките на нейната компетентност [134]. В съответствие с това се повишават и изискванията към професионалната квалификация на медицинските сестри [15]; [18]. Професионалните им задължения изискват непрекъснато запознаване с новостите в практиката и провеждане на мероприятия за повишаване качеството на здравните грижи в лечебните заведения.

Медицинските сестри все повече са ангажирани в професионални научни изследвания. Това е от полза както за професията, така и за пациентите. Значението на сестринското проучване се заключава в разширяване на компетенциите по отношение на грижите, образованието и управлението [177]. Тези изследвания могат да бъдат експериментални, описателни, предсказуеми, оценяващи и други [142]; [151].

Всеки ръководител по здравни грижи (медицинска сестра, акушерка, лаборант, рехабилитатор) за да изпълнява управленски функции, трябва да

има завършена бакалавърска или магистърска степен по „Управление на здравните грижи“.

Професионалната квалификация на здравните служители зависи не само от първоначалното им обучение в учебните заведения. В голяма степен тя се определя от тяхното обучение в здравните заведения, продължаващото обучение и продължителната квалификация, а също така и от кариерното им развитие [4]; [5].

Устойчивото развитие на човешките ресурси с акцент на върху специализацията на медицинските кадри и продължителното обучение е сред основните приоритети на Националната здравна стратегия [86].

Обучението в здравните заведения е системен процес за обогатяване на знанията, уменията и нагласата на работещите с цел те да съответстват в най-голяма степен на изискванията за заеманите длъжности.

Принципите на обучение, гарантиращи неговата ефективност са следните:

- Здравните служители трябва да бъдат мотивирани да се обучават и непрекъснато да повишават своите знания, умения и професионална квалификация. За това е необходимо те да бъдат информирани за оценката на ръководството на болницата за съответствието на техните знания и умения с изискванията за заеманите длъжности. Необходимо е още те да имат ясна представа какво трябва да постигнат в резултат на обучението, като равнище на знания и умения, способности и поведение, както и до каква промяна в заплащането водят новите знания и умения, благодарение на който се увеличава професионалния и трудов принос на работещия в лечебното заведение;

- Процесът на обучение за всеки от включените в него, трябва да бъде насочван и ръководен;

- Обучението трябва да задоволява потребностите на хората и да бъде активен, а не пасивен процес и обучаваните да участват активно в конкретната обучителна програма;

- Използват се подходящи методи, които отчитат равнището на подготовката на обучаваните и техните интереси [135].

За ефективното функциониране на здравните заведения допринася разработването на индивидуален план за развитието на всеки член на персонала, съобразен с досегашното ниво на професионален опит и умения, личностна мотивация и психологическата характеристика.

Дейностите по обучение и развитие във всяка организация имат няколко цели, насочени към подобряване на изпълнението на работата и нейните качествени характеристики:

- Придобиване на нови и развитие на съществуващите знания и умения;

- Развитие на потенциала на здравните работници в съответствие с изискванията на работата и приоритетите на организацията;

- Подготвяне на персонала да се справя по-добре с промени и непредвидени обстоятелства;

- Предоставяне на възможност за конкурентно предимство;

- Подобряване изпълнението на служебните задължения и работата на екипите;

- Повишаване на удовлетворението от работата и личната мотивация;

- Даване на възможност за делегиране на по-сложни задачи на служителите, развитие на новаторско мислене и др.

Продължаващото обучение и продължителната квалификация се осъществява от отделите за следдипломно обучение на медицинските университети, чрез вътреболнични организационни форми или финансиране на обучението в други институции по следните направления:

- участие в национални и регионални здравни форуми;

- организиране на обучителни курсове в рамките на лечебното заведение по "Здравен мениджмънт" и "Здравни грижи";

- организиране на обучителни курсове за работа с медицинска документация;

- участие на професионалистите по здравни грижи в курсове за следдипломна квалификация.

Кариерното развитие е процес на натрупване на знания, умения и компетентности при изпълнение на определени длъжности в конкуренция с другите [138]. Този процес спомага за:

- повишаване на качеството на диагностично-лечебния процес;

- поемане на нови задължения и отговорности;

- получаване на допълнително трудово възнаграждение.

Кариерното развитие включва целия път на човека - избор на професия, образование, период на зрялост, когато хората са в най - силния период на своята кариера.

В съвременния свят се акцентира върху понятия като „учене през целия живот", „интердисциплинарен" и „мултидисциплинарен" подход при обучение и организация с цел постигане на ефективно и устойчиво развитие на всяка една система.

3.1.5. Мотивация на персонала при управлението на здравните грижи

Важно място по отношение на качеството на здравните грижи и неговото повишаване заема мотивацията на персонала. До голяма степен тя се определя от социално-икономическите условия за развитие на обществото при пазарната икономика. Това не намалява ролята на ръководителите по здравни грижи от уменията и способностите на които зависи и мотивацията на персонала [12]; [19]; [164]; [173].

През последните две десетилетия, във всички сфери на обществения живот, настъпиха значителни изменения, както в икономически, така и в социален план. Проблемите, с които трябва да се справят организациите, в стремежа си да оцелеят и да се развиват са разностранни по своя характер. Сред тях най-сложни са проблемите свързани с преструктурирането на системата на здравеопазване, промяната в юридическия статут и преструктурирането на лечебните заведения, с повишената конкуренция и потребността от конкурентоспособност, със спецификата на частния бизнес [84].

В индивидуален план, всичко това води до криза в ценностите и нагласите за труд, които са в пряка връзка с вътрешната мотивация на хората [30]; [72]; [87]; [88]. Тези процеси са най-силно изразени в преосмислянето на труда и на мястото на човека в организацията. Лечебните заведения, като икономическа и социална организация са нестабилни, подложени са на множество влияния и нарастваща криза на моралните задължения и мотивация на личността да изпълнява съвестно служебните си задължения и да повишава своите професионални умения и квалификация.

Мотивацията на хората за труд е една от основните предпоставки за организационната ефективност и успешното развитие [10]; [73]; [166]. За да осъществяват своята мисия и просперират в динамично изменящата се среда, лечебните заведения, разчитат на своите служители. Не само на уменията и способностите им, но особено много и на тяхната мотивация да прилагат и развиват своите професионални умения за повишаване конкурентната способност на организацията.

Неспособността на лечебните заведения да мотивират своите сътрудници, като обвържат целите на организацията с личните интереси на служителите за просперитет и кариерно развитие, предполага липса на перспективи за развитие и утвърждаване на пазара в условията на конкуренция между здравните заведения. Последствията за такива здравни заведения се изразяват във високо равнище на текучеството и ниска ефективност [43]; [57]; [114]; [174].

Всяко лечебно заведение влага в определена степен средства и енергия за обучение, продължителна квалификация и професионално развитие на своите служители. Но не всяка организация успява да задържи своите членове, да използва техният капацитет и да получи възвращаемост на онова, което е инвестирала в тях. Така необходимостта от привързаност и мотивация за резултати се разглежда в две посоки. Въпросът е не само да се задържат хората на работа, но и те да се мотивират да влагат усилия и да допринасят за постигането както на своите лични цели, така и за целите на организацията [13]; [55]; [56]; [115]; [116].

Мотивацията винаги е свързана с потребностите на индивида, с неговата психическа нагласа и наклонности към задоволяването им. Тя също

е и процес засягащ поведенческия избор, насоченост, целите и наградите, получавани за дадени дейности [54]; [79]; [90]; [104]; [169].

Мотивите са фактори за въздействие върху човешкото поведение. Те могат да се определят още като подбуди, които много често са неосъзнати от хората отчасти или напълно. Една отделно разглеждана подбуда на човешкото поведение се определя като мотив, а взаимодействието на повече подбуди (мотиви) на човешкото поведение - като мотивация. Само когато има яснота по това кои мотиви определят трудовото поведение, може да се направят разсъждения и изводи за най-подходящите мерки, които биха дали импулс за положително трудово поведение [76]; [91]; [92].

Мотивацията за труд може да се разглежда в две форми – вътрешна и външна мотивация.

Вътрешна мотивация са онези вътрешно психични фактори, продукт преди всичко на възпитание, но също така и на нагласа, генетично наследяване, интуиция и други, които влияят на хората да се държат по определен начин, или да следват определена цел. Тези фактори включват чувството за отговорност, възможността на хората да се развиват и ползват умения и способности, свободата на действие, възможностите за развитие, интересната работа и т.н.

Несъмнено, една организация, каквато и мотивационна система да създаде, трудно би могла да преодолее липсата на съответната нагласа – резултат, например, от възпитанието на един човек. Поради тази причина системата за подбор трябва да служи като организационен механизъм, който да умее да “пресява” хората, при които отсъства или не е достатъчна вътрешната мотивация за осъществяването на организационните цели [90]; [94]; [107].

Външна мотивация е системата от мениджърски действия, средства и подходи за мотивиране на служителите към постигането на целите на организацията. Тя включва фактори, с които се влияе върху индивидуалното поведение. Външните стимули често могат да имат бърз и силен ефект, но рядко продължителен, за разлика от вътрешните, които имат дълбок и траен ефект поради това, че са присъщи на индивида, а не са му наложени отвън. От друга страна, не бива да се забравя, че двете форми на мотивация - вътрешна и външна, са взаимно свързани и си въздействат една на друга [90].

Съвременните подходи към мотивацията са базирани на две основни групи теории:

- *Теории на потребностите* – това са теориите на Х. Мъри; на Маслоу; двуфакторна теория на Фр. Хърцбърг. При тях поведението като цяло се разглежда като мотивирано от незадоволени потребности.

- *Теории за мотивационния процес* – При тях основен интерес представляват по-скоро психичните механизми и процеси, свързани с мотивацията. Тази група теории (теория на очакванията, теория на целите, теория на реактивността, теория на равенството) е по-полезна за практическото управление на човешките ресурси, защото е в основата на прилаганите мотивационни техники [90].

Заплащането на труда има основно значение за мотивацията на служителите, като се изразява в три аспекта:

- икономически - формира качеството и стила на живот на работещите хора;

- психологически - създава самочувствие и самоуважение;

- социален - определя персоналния статус в организацията и извън нея.

Удовлетвореността от труда също е важно условия за мотивацията на персонала. Тя отразява характера на чувствата, които хората имат към труда си. Позитивното и благоприятно отношение е индикатор за удовлетвореност, а отрицателното и неблагоприятно – съответно за противното. Факторите, влияещи върху удовлетворението от труда могат да бъдат:

- Вътрешно-мотивационни фактори, свързани със съдържанието на труда и отговорността към него;

- Външно-мотивационни фактори – свързани със заплащането и с условията на труда;

- Фактори на качеството на оперативното управление – по-голямата съпричастност на прекия ръководител повишава удовлетвореността от труда на подчинените, намалява текучеството и безпричинните отсъствия;

- Фактори на трудовия колектив – социалното взаимодействие в процеса на труда е важен фактор за постигането на удовлетвореност от труда;

- Фактори на успеха и неуспеха – успехът е генератор на удовлетвореност и се дължи на собствените умения и способности на служителя.

Повишената удовлетвореност от труда може да доведе до снижаване на текучеството, безпричинните отсъствия и конфликтите в колектива [90]; [91]. От друга страна, ниското ниво на мотивация води до намаляване качеството на работата, повърхностни усилия при изпълнение на поставените задачи, индеферентност към потребителя, чести отсъствия [116]; [117]; [118].

3.2. Роля и значение на ръководителите по здравни грижи

Работата в системата на здравеопазването се отличава с определена специфика, която произтича от индивидуалния характер на отделните

здравни услуги. Това определя необходимостта от подготвени експерти – ръководители по здравни грижи. Те трябва да притежават умения и компетенции за оценка на качеството на здравните грижи и прилагане на модели за управление с цел неговото повишаване.

Управлението на здравните грижи в различните структури на здравеопазването се осъществява от ръководители, които, освен че са специалисти по здравни грижи, притежават знания и умения за изпълняване на ръководни и административни функции [22]; [48]; [132]. Необходимо е тези ръководители да притежават качества, като поведение и отношение, които са специфични за управлението на здравните грижи, а освен това трябва да съблюдават присъщи за сестринството концепции [157].

Съвременните социално-икономически и политически условия определят ролята и значението на ръководителите по здравни грижи. Техните умения при планиране, организиране, насочване и контрол на финансовите, човешките и материалните ресурси определят качеството на здравните грижи в лечебното заведение [41]; [161].

Въпросът за ролята на медицинската помощ за благополучието на обществото е в каква степен тя може да бъде осигурена и предложена на населението. Проф. С. Гладилов и колектив подчертават, че в здравеопазването продуцирането на медицинска помощ зависи в най-голяма степен от:

- броя на медицинските кадри и степента на тяхната квалификация;
- броя, вида, мощността на здравните заведения и тяхното разпределение;
- обема на финансовите средства, заделени за здравеопазването;
- техническото ниво на медицинската помощ.

Имайки предвид състоянието на тези компоненти на медицинската помощ, здравният мениджър следва да търси най-ефективния и едновременно с това най-икономичния модел за предоставяне на здравна помощ [46]; [70]; [71]; [141].

Съвременният модел на системата на здравеопазване изисква от ръководителите по здравни грижи нови компетенции, качества и поведение, които да отговорят на теоретичните постановки на съвременната наука мениджмънт. Професионалистите по здравни грижи, изпълняващи управленски функции, се ръководят в своята дейност от научни направления като управление, организация, икономика и политика [26]; [123]; [137]; [139].

Здравният мениджмънт е изкуството да се овладее процесът, чрез който здравните ресурси се преобразуват в здравни резултати. Увеличаване на ефективността, здравните мениджъри постигат чрез оптималното съчетание между медицинската полза и ресурсите. За да постигнат това, те следва да съчетават в себе си логиката на медика, която е логика на резултата, с логиката на икономиста, която е логика на целесъобразното и рационално използване на ресурсите [27]; [39].

Необходимостта от постигане на ефективно здравеопазване налага здравните мениджъри в едно с политическото управление на държавата да определят стратегическите насоки и практическите стъпки в решаването на проблемите на професионалното развитие и реализация на човешките ресурси в здравеопазването [47]; [63].

От изложеното до тук стана ясно, че ръководителите на всички нива в здравната система трябва да притежават комплекс от качества и умения за да ръководят успешно. Всеки ръководител на дадена структура трябва да има управленски, икономически и организационни познания [11]. Тези познания

предоставят възможността за насочване на енергията на управляваните ресурси в посока на постигане на ефективни резултати и повишаване на качеството. Най-важно е умението да се управлява човешкия фактор, който е движещата сила на всяка една организация. Намирането на правилните начини и подходи за справяне с проблемите, свързани с работната сила, дава възможност на всеки ръководител да постигне целите на организацията [38]; [47]; [63]; [69].

4. Управление на качеството на здравните грижи

Развитието на всяка организационна структура, и оптимизирането на нейната дейност, зависи от управлението на качеството чрез правилно изразходване на ресурсите. Качеството е динамична материя, функционираща в условията на непрестанни предизвикателства, която никога не може да достигне върха на своето развитие. Изменят се изискванията на потребителите, като в своята еволюция те прогресивно нарастват в зависимост както от обективните тенденции в развитието на науката, техниката и технологиите, така и от непрекъснатото повишаване на жизненото равнище [134].

Съществено значение за управлението на качеството имат организационната и управленската култура. Според Петрова-Готова [101], именно организационната култура е основен компонент на вътрешната среда, в която се формира качеството [122]. Неговото определяне представлява сложна изследователска дейност включваща сравняване на текущото състояние по определени критерии с предварително приети стандарти [146].

Интересите на здравно осигурените лица в България се защитават от Националната здравноосигурителна каса. Нейните усилия са насочени към създаване на предпоставки за въвеждане на система за мониторинг и подобряване на качеството.

Концепцията на Националната здравноосигурителна каса за качеството включва разглеждане на неговите компоненти и измерването му чрез стандартизиране на начините за оценка, както към различните професионалисти, така и към различните региони [99].

Световната здравна организация възприема комплексен подход при дефиниране качеството на грижите: "Предоставяне на всеки пациент избор от диагностични и терапевтични действия, които ще му осигурят отличен резултат по отношение на здравето, в съответствие с актуалностите на медицинската наука, на най-добра цена за същия резултат, при възможно най-малък риск от ятрогения и за неговата най-висока удовлетвореност по отношение на процедурите, резултатите и човешките взаимоотношения вътре в системата на грижите". Тази дефиниция включва следните основни направления: вид на дейностите; резултати; актуално състояние на науката; цена и риск [134].

4.1. Качеството на здравните грижи като фактор за качеството на медицинската помощ

Здравето и благополучието на човека се намират в основата на дейностите по управление на здравните грижи. Непрекъснатото усъвършенстване на тяхното качество е основна цел на лечебните заведения. От възникването на медицинската наука, лекарите и медицинските сестри се

стремят да разрешават проблеми в областта на качеството без да са запознати с теориите и проучванията на учените в тази насока. Качеството за всички тях е ежедневна грижа, за да може пациентът да си тръгне удовлетворен, в добро или подобрено здравословно състояние [80]; [134].

Като качествена здравна услуга се възприема тази, която предоставя на всеки пациент достатъчно диагностични и терапевтични дейности, осигуряващи най-добър резултат по отношение на здравето в съответствие с актуалното състояние на медицинската наука. Качеството се формира от различни параметри, като липсва универсален начин за неговото определяне [44].

Факторите, които оказват влияние върху качеството в здравеопазването са разнообразни. Според Петрова [98], те могат да се систематизират в следните групи:

- фактори с общ характер – те са свързани с потребителското търсене и изисквания;
- технологични фактори;
- организационни фактори;
- икономически фактори;
- социални и психологически фактори.

Качеството на здравните грижи се определя като съответствие на изработени норми, възприети от професията и представляват нейния принос за здравеопазването, индивида и населението [60]; [61]; [130].

Според доц. Г. Грънчарова, за гарантиране качеството на предоставяните здравните грижи е необходимо разработване на философия и ясно дефиниране на стандартите и целите на грижи. Формулирането на философията и целите представлява елемент на стратегическото планиране,

което доказва едновременното осъществяване на основните функции на мениджмънта. Контролните механизми включват акредитационни процедури, използване на консултанти, средства за оценяване, визитации, доклади, инспектиране и сестрински одити (проверки) [51].

Специално внимание се отделя на внедряване на екипен подход в здравното обслужване [3]; [16]. Това дава възможност за повишаване на ефективността и качеството на грижите.

4.2. Подходи при оценяване качеството на здравните грижи

Изходен момент в управлението на качеството на здравното обслужване е оценката на качеството. Основен подход при оценката на качеството е установяване на ефективността на здравното обслужване в нейната триединна същност – медицинска, социална и икономическа ефективност. Оценката на качеството в здравеопазването трябва да покаже доколко се подобряват резултатите от здравното обслужване, отразени в здравния статус, функционалната дееспособност на населението, психосоциалното благополучие и удовлетвореността на пациентите [24]; [25].

Специфичните особености на работата в системата на здравеопазването, определят необходимостта от подготвени експерти, които да ревизират качеството на здравните грижи и да разработват модели за управление им с цел повишаване на тяхното качеството. Тези специалисти трябва да притежават способността да използват методите за получаване на медицински данни и на статистическите методи. Също така, многообразието и разностранния характер на проблемите и спецификата на медицинската помощ, изискват прилагането на евристичен подход при оценката и

заключенията за качеството и управлението на здравните грижи [179]. Сложността на проблемите за качеството в здравеопазването произтича от това, че всяка здравна услуга има строго индивидуален характер [124].

Donabedian [154], класифицира критериите за оценка на качеството на медицинската помощ като:

- същински – това са тези, които измерват пряко полезността на истинското качество;

- заместителни – те описват и измерват условията като детерминират истинското качество.

На базата на тези критерии, качеството на медицинската помощ се определя като размер или степен чрез използването на параметър, наречен стандарт.

Проф. Борисов [24]; [25] счита, че в областта на здравното обслужване качеството е по-трудно установимо и контролируемо в сравнение с редица други сфери на социалния живот, като причините за тази трудност са главно две: невъзможност за директно и моментно оценяване и многофакторна обусловеност на качеството на здравното обслужване.

4.2.1. Индикатори за качество

Оценката на болничното обслужване се осъществява на основата на количествени и качествени показатели. ***Количествените показатели*** включват:

- използваемост на леглата;
- оборот на легло;
- система на хоспитализация – планови и спешни хоспитализации;

- средно време на престой на легло;

- маршрут на болния.

Качествените показатели са следните:

- общ леталитет;

- леталитет в първите 24 часа на хоспитализацията;

- смъртност на неоперирани болни;

- усложнения след операция;

- среден престой за лечение на болен;

- процент на преведени в друго отделение или здравно заведение;

- честота на повторните хоспитализации;

- процент на съвпадения на диагнози от извънболничната и стационарна помощ, както и на клинична и патологоанатомична диагноза;

- време за чакане или отказ от хоспитализация;

- индикации за хоспитализация; вътреболнични инфекции; процент жалби и процент основателни жалби [35].

Организацията Malcolm Baldrige Award изработва следните индикатори за постиженията на болницата по отношение на ***здравните грижи***:

- Постижения в областта на грижите – намаляване на времето за прием на пациента, намаляване на инфекциите, намаляване на продължителността на болничния престой, намаляване на вътреболничните инфекции, увеличаване на амбулаторните грижи за хронично болните пациенти, качество на живот след хоспитализация.

- Професионални постижения – намаляване на пропуските и грешките, развитие на грижите в съответствие със законодателството, повишаване на продуктивността.

- Постижения свързани с пациентите – доверие на пациентите, оплаквания, резултати от анкети за удовлетвореност на пациентите.

- Пазарни и финансови постижения – стойността прибавена от дейността на персонала, различни финансови съотношения, участие в пазара.

- Функционално състояние: психическо и физическо състояние на пациентите, социални фактори, борба с болката и измерване на риска.

- Координация на грижите: ефикасност на грижите, уместност на лечението.

- Клинични компетенции – компетенции на персонала по отношение на грижите, степен на образование.

- Клинични резултати – вътреболнични инфекции, заболеваемост, повторни приеми на пациент в болницата, оклузии.

- Финансови резултати – директна и индиректна стойност, продължителност на престоя.

- Измерване на удовлетвореността – изучават се перспективите за пациента, неговия опит в лечебния процес, адекватност на информацията, обучение, оценяване качеството на живот по време на лечението [148].

Основавайки се на индикаторите за здравни грижи, организациите които се занимават с оценяване в здравеопазването в САЩ изработват и индикатори за оценка качеството на ***грижите***. Те са в следните насоки:

- вътреболнични инфекции;

- грешки и пропуски от страна на персонала, оказващ грижи;

- удовлетвореност на пациента от: здравните грижи, борба с болката, информацията за обучение относно здравословното му състояние и лечение;

- пациенти с декубитус;

- удовлетвореност на медицинските специалисти;

- участие на различните специалисти по здравни грижи;

- оценка на общия брой часове за оказване на грижи за пациента, както и броя на дните [148]; [165].

В САЩ и много европейски страни се развива автооценяването на сестринската практика. Професионалистите по здравни грижи считат за необходимо да осъществяват контрол на качеството на своите дейности независимо от външния контрол на качеството на грижите. По този начин се получава още по-точна и обективна оценка на качеството на грижите. Това повишава възможностите на ръководителите по здравни грижи да изготвят и внедряват модели за управление, които да подобряват ефективността на лечението в здравните заведения в съответствие с икономическите условия, а също така да спомагат за издигане авторитета на сестринската професия.

Националната лига на медицинските сестри в САЩ публикува ръководство за самооценка на грижите, което включва около 600 въпроса разпределени в следните пет групи:

- отнасящи се до нараняване и нанасяне на вреда на пациента;

- отнасящи се до определяне на потребностите на пациента;

- отнасящи до планиране на грижите;

- свързани с изпълнението на грижите;

- статистически данни за оздравелите и за смъртните случаи.

Стандартите за грижи осигуряват рамка за постигането на оптимални сестрински грижи. Приложени ефективно, стандартите помагат да се дефинират, организират, приложат и оценят грижите за пациента. За реализирането им, професионалната сестринска практика трябва да се разглежда като подход за разрешаване на проблемите на пациента, в

съответствие с неговата индивидуалност и в съответствие с потребността от сестрински грижи [150]; [155]; [168]; [184].

Стандартите за интензивни сестрински грижи, се разглеждат в две части [180]:

- "процесни" стандарти (които отразяват клиничната практика);
- "структурни" стандарти (тези, които описват заобикалящата среда).

Процесни стандарти са:

- Информация за пациентите, събирана продължително време където и да се намират.
- Определяне на приоритетните проблеми/нужди на пациента, базирайки се на събраната информация.
- Формулира се подходящ план за здравните грижи.
- Планът се прилага в съответствие с вече идентифицираните приоритетни проблеми/нужди.
- Резултатите от здравните грижи трябва да бъдат непрекъснато оценявани.

Структурни стандарти са:

- Отделението трябва да е устроено така, че да предоставя сигурна и подпомагаща среда за пациентите и персонала полагащ грижи за тях.
- Отделението трябва да е конструирано, оборудвано и да процедира по начин предпазващ пациентите, придружителите и персонала от рискове с електричеството.
- Отделението трябва да е конструирано оборудвано и да процедира по начин предпазващ пациентите, посетителите и персонала от риск за пожар.

- Отделението трябва да има основно оборудване, поддържаща техника и материална осигуреност за незабавно осъществяване на грижи и по всяко време.

- Отделението трябва да има всеобхватна програма за контрол на инфекциите.

- Отделението трябва да се управлява по начин, осигуряващ безопасни и ефективни грижи за болните.

- Отделението трябва да има квалифициран персонал осигуряващ грижи в рамките на 24 часа.

- Медицинската сестрата в отделението трябва да е компетентна и запозната със съвременните тенденции в здравните грижи за тежко болните.

- Оценката за представянето на сестрата в интензивното отделение трябва да се базира на ролите и отговорностите определени от длъжностната характеристика.

- Отделението трябва да има подробна, систематизирана и актуализираща се програма за оценка на грижите за тежко болните.

- Здравните грижи в отделението трябва да включват, както провеждането, така и използването на клиничните изследвания.

- Медицинската сестра в отделението трябва да осигури безопасни здравни грижи на пациентите, благодарение на своята осведоменост и познаването на разнообразните проблемни ситуации, за които сестрата е отговорна.

- Отделението трябва да се ръководи по начин, който осигурява предлагането и осъществяването на хуманни и етични грижи.

Различните стандарти са обяснени с общи термини. Процесните стандарти описват сестринската работа. Те са насочени към практиката на медицинските сестри и са приложими към всички области от сферата на

грижите. Спецификата на структурните стандарти се обуславя от това, че се отнасят към средата на работа [134].

4.2.2. Модели за управление на качеството на здравните грижи

При провеждане на експеримент в Института Густав Руси (Institut Gustave Roussy), във Франция, за информатизирано управление на качеството на грижите, е констатирано нарастване на цената на болничното обслужване във Франция в съответствие с повишаване качеството на грижите за пациента. Именно оценяването на качеството на грижите позволява да се установи доколко цената отговаря на тяхното качество [180].

На базата на този експеримент е разработен модел за оценяване качеството на грижите, който е базиран на класификацията на Донабедиан, на три нива:

- анализ на ресурсите;
- анализ на процесите;
- анализ на резултатите.

При анализ на ресурсите, качеството на грижите се свързва с осигуряването на достатъчно и добре обучен персонал, използването на необходимото съвременно оборудване и нивото на управлението [154].

Анализът на процеса включва изработени норми на процедури, покриващи всички дейности на екипа, осъществяващ грижи. Те позволяват извършване на бърз и периодичен контрол на грижите и тяхната специфичност, която трудно може да бъде контролирана от външните оценители. Анализът се извършва на две нива:

Първо – дали се прави или не се прави;

Второ – изготвя се оценка на качеството на изпълнение на грижите.

Трябва да се подчертае, че да се направи анализ на резултатите от положените грижи е много трудно, както и това да се изразят с точна оценка. Ето защо в разработения модел резултатите са ориентирани към постигане на целите, поставени от съответните специалисти.

При извършване на оценяването на грижите в Института Густав Руси (Institut Gustave Roussy) е възприет модел ориентиран към процедури – резултати.

Оценяването на грижите, осъществявани от медицинските сестри е насочено към извършване на продължителни, адаптирани и индивидуални грижи. Медицинските сестри извършват качествени здравни грижи при прилагането на методология наречена "подход за здравни грижи". Този подход включва 4 етапа:

- Събиране на данни и анализирането им за идентифициране на здравен проблем на пациента.
- Определяне на целите на грижите, изработени от екипа и болния в съответствие с открития проблем.
- Планиране и адаптиране на дейностите по осъществяване на грижите.
- Оценка на дейностите.

При събирането на данни медицинската сестра се ръководи от концептуалния модел за сестрински грижи на Вирджиния Хендерсон, тъй като по този модел протича обучението на медицинските сестри във Франция. Според модела на Хендерсон хората имат 14 основни нужди. Медицинската сестра събира информация относно нуждите или идентифицира проблем в сферата на здравните грижи в съответствие с нейните компетенции (регламентирани от Декрета за компетенциите от 17.07.1984 г.). Откритият

проблем се дефинира като сестринска диагноза, основаваща се на знанията и специфичната технология на сестринската професия. В обучението на медицинските сестри от Института Густав Руси (Institut Gustave Roussy) е заложено прилагането на лист с 50 сестрински диагнози, разработени от Североамериканската асоциация по сестринска диагноза (NANDA).

След поставянето на сестринската диагноза, медицинската сестра изработва писмен план за грижи, съдържащ цели и дейности за решаване на проблемите на пациента. Поставената цел е така формулирана, че резултата да бъде наблюдаван и измерен.

Дейностите за осигуряване на грижи могат да бъдат: технически, за обучение и по отношение на взаимоотношенията. Те съдържат своеобразно предложение, което отговаря на възможностите на института и нивото на компетентност на персонала.

Количествената оценка се извършва чрез оценяване постигането на целите за предварително определен период.

Медицинската сестра попълва кодирано досие на пациента, което след хоспитализацията се изпраща в комисия по оценката. Тази комисия осъществява оценяването по стандартни таблици, а данните се обработват с информационна система – Програма за управление и статистически анализ (PIGAS Programme Interactif de Gestion et d’Analyse Statistique).

Успешното внедряване в практиката на подобни модели за управление на качеството на здравните грижи изисква адекватно обучение на медицинските сестри и зависи от професионалните умения на ръководителите по здравни грижи. Тяхната роля е определяща за оптималното функциониране на всяка една организация или система при съществуващите социално-икономически условия [135].

Развитието на медицинската наука, технологиите и производството на консумативи и материали с високо качество определя здравните грижи като изключително сложен процес. Не трябва да се забравя, че всички отделения и всички професионалисти в болницата допринасят за общата картина на качеството в болницата.

5. Нормативни актове регулиращи управлението на здравните грижи в лечебните заведения

Законът за лечебните заведения [65] ги определя като организационно обособени структури на функционален принцип в които се осъществяват дейности като: диагностика, лечение и рехабилитация на болни; наблюдение на бременни жени и оказване на родилна помощ; наблюдение на хронично болни и застрашени от заболяване лица; профилактика и ранно откриване на заболявания; мерки за укрепване и възстановяване на здравето, трансплантации и други. Извършва се обучение на студенти и следдипломно обучение на медицинските специалисти, а също така може да се извършва научна дейност (чл. 2, ал. 1, 2, 3).

Всички дейности на лечебните заведения и на медицинските и другите специалисти, които работят в тях се осъществяват при спазване на медицинските стандарти за качество на оказваната медицинска помощ и осигуряване защита и правата на пациента (чл. 6, ал. 1).

Според същия закон лечебните заведения оказват извънболнична и болнична помощ (чл. 4, ал. 1). Лечебни заведения за болнична помощ са болниците за активно лечение, рехабилитация и продължително лечение (чл. 9, ал. 1). Като лечебни заведения за извънболнична помощ се определят:

амбулатории за първична и специализирана медицинска помощ; диагностично-консултативните центрове, самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории, денталните центрове (чл. 8, ал. 1). Според чл. 10, лечебни заведения са още центровете за спешна медицинска помощ, психично здраве, трансфузионна хематология, кожно-венерически заболявания, комплексните онкологични центрове, домове за медико-социални грижи, центровете за комплексно обслужване на деца, хосписи, диализен център, тъканна банка.

Законът за лечебните заведения (чл. 70) регламентира функциите на главната медицинска сестра по отношение на управлението на здравните грижи, а именно: (1) "Главна медицинска сестра (акушерка, рехабилитатор) може да бъде лице с образователно-квалификационна степен "бакалавър" или "магистър" по специалността "Управление на здравните грижи". (2) Главната медицинска сестра (акушерка, рехабилитатор): 1. организира, координира и отговаря за качеството на здравните грижи; 2. отговаря за хигиенното състояние на лечебното заведение, за дезинфекцията, дезинсекцията и дератизацията; 3. представя на директора анализ и информация за състоянието на здравните грижи в лечебното заведение; 4. планира и организира следдипломното обучение на медицинските специалисти в лечебното заведение с образователна степен, по-ниска от "магистър"; 5. свиква съвета по здравни грижи [65].

Главната медицинска сестра организира, координира и отговаря за качеството на здравните грижи. Според чл. 79, ал. 1 "Съветът по здравни грижи е консултативен орган на главната медицинска сестра (акушерка, рехабилитатор) по: 1. организацията, координацията, икономическата ефективност и качеството на сестринските грижи; 2. (изм. - ДВ, бр. 59 от 2010

г., в сила от 31.07.2010 г.) планирането и провеждането на следдипломното обучение на медицинските специалисти в лечебното заведение с образователно-квалификационна степен “бакалавър” и “професионален бакалавър”. (2) В съвета по здравни грижи участват старшите сестри (акушерки, лаборанти, рехабилитатори) на клиниките и отделенията в лечебното заведение. (3) Председател на съвета по здравни грижи е главната медицинска сестра (акушерка, рехабилитатор)” [65].

Управлението на здравните грижи е професионално направление за обучение на професионалистите по здравни грижи, които изпълняват управленска дейност и заемат управленска длъжност в сферата на здравеопазването. Това са главните и старши медицински сестри, акушерки, рехабилитатори, лаборанти и др. Съгласно чл.68, ал.6 старша медицинска сестра (акушерка, лаборант, рехабилитатор) може да бъде лице с образователно-квалификационна степен "бакалавър" или "магистър" по специалността "Управление на здравните грижи".

Продължаващото медицинско обучение се осъществява и организира съгласно чл.182, ал.1 (съсловните организации на лекарите, на лекарите по дентална медицина, на магистър-фармацевтите и на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти организират, координират, провеждат и регистрират продължаващото медицинско обучение на лекарите, на лекарите по дентална медицина, на магистър-фармацевтите и на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти при условия и по ред, определени в договори с висшите училища, Българския Червен кръст (БЧК) и Военномедицинската академия (ВМА) от Закона за здравето [64].

Продължителната квалификация се осъществява съгласно чл.4, ал.1 (продължителната квалификация е непрекъснато обучение след придобиването на правото за упражняване на професия под формата на курсове, индивидуално обучение, програми за професионална квалификация за придобиване на определена правоспособност, програми за дистанционно обучение) и ал.2 (за продължителна квалификация се счита и участието в семинари, конгреси, конференции, симпозиуми, публикации в научни издания и др.) от Наредба №31 за следдипломното обучение в системата на здравеопазването [82].

Главната медицинска сестра и Съветът по здравни грижи имат отговорност за създаване на организация, гарантираща предлагането на качествени здравни грижи за пациентите обслужвани в отделенията на болницата, но няма конкретна форма, която да посочва необходимите мероприятия, които трябва да се организират по отношение на качеството на грижите в болницата. Липсват документи, които да посочват механизмите за осъществяване на тези дейности. Не е създадена институция, която да оказва методична помощ на главните медицински сестри и на Съвета по здравни грижи за създаването на организация, както и да осъществява форма на контрол и оценка по извършването на дейности за подобряване на качеството. Всичко това не позволява на главните медицински сестри да предоставят информация на ръководствата на болниците за качеството на здравните грижи [134].

Разработени са медицински стандарти по основните медицински специалности, които не включват специфични стандарти за здравни грижи. В тях се откриват текстове, отнасящи се за отделни дейности на медицинските сестри, без цялостно описание на здравни грижи за пациентите. Пример за

това е медицинският стандарт “Анестезия и Интензивно лечение”, приет със заповед № РД 09-511 от 19.07.2001 година на Министъра на здравеопазването. В него медицинската сестра се счита за член на екипа и извършва дейности по длъжностната характеристика; работи съгласно протокол, регламентиращ нейната дейност (наблюдение-мониторинг), манипулации, назначения (общи грижи), а по отношение на всеки конкретен пациент изпълнява нарежданията на ръководителя на екипа за интензивно лечение.

В квалификационната характеристика за специалността “Медицинска сестра” в раздела за обща характеристика на професията на медицинската сестра е написано, че тя е длъжна:

- Да предпазва, възстановява и подобрява здравето на лицата и независимостта на виталните им физически и психически функции, като се съобразява с личността на всеки един от тях и с техните психологически, социални, икономически и културни особености.

- Да съдейства за събирането на информация и за методите, които ще бъдат използвани от лекаря, за да постави диагноза.

- Да участва в оценяване нивото на зависимост на лицата.

- Да участва в клиничното наблюдение на пациентите и прилагането на терапия.

От тези постановки е ясно, че медицинската сестра събира информация за да съдейства на лекаря, а не за да формулира проблем основаващ се на потребностите (нуждите) на пациента от грижи или поставянето на сестринска диагноза. Предпазването, възстановяването и подобряването на здравето на лицата е осъществимо от професионална гледна точка, чрез изработване на план за грижи, съдържат съответните цели, дейности за

постигане на целите и резултати, които могат да бъдат оценени. Участието в оценяване нивото на зависимост на лицата и участието в клиничното наблюдение, трябва да има своето измерение с термините, подходите и методите на професионалните сестрински грижи [134].

В резултат на проект по Програма ФАР на Министерството на здравеопазването "Преструктуриране на парамедицинския сектор в България" – BG 9301/02/05, съвместно с европейски консултанти са разработени нови учебни планове и програми за обучение на медицински сестри, акушерки и всички останали специалности и е осъществена промяна на полувисшето медицинско образование във висше образование.

Всичко това е направено в съответствие с европейските практики с цел повишаване ефективността на системата на здравеопазването чрез издигане ролята и авторитета на сестринската професия.

Негативен елемент в съществуващата практика в болниците е липсата на възможности за реализиране на тяхната професионална квалификация. Главната причина за това е несъвършенството на нормативните документи [134]. Те трябва да регламентират дейностите в лечебните заведения по начин, по който на медицинските сестри и ръководителите по здравни грижи да се предоставят условия за прилагане на професионалните им умения в съответствие с тяхната компетентност.

Инициативата за решаване на тези проблеми следва да принадлежи на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ). Това е неправителствена организация, регистрирана съгласно Закона за юридическите лица с нестопанска цел по ф. д. № 6809/14.07.2003 г. на Софийски градски съд, Фирмено отделение.

Регламентирането на устройството, организацията и дейността на съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, условията за упражняване на професиите им, както и поддържането на професионалния им регистър, се регламентира от Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти и от подзаконовите нормативни актове към него [67]; [85].

Важно значение за управлението и повишаването на качеството на здравните грижи през последните години има провеждането на акредитация на лечебните заведения. Тя се осъществява по разработени критерии и показатели, регламентирани в Наредба №18 на МЗ за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения [83]. Оценяването на здравните грижи се осъществява единствено в критерия "Дейности по медицински стандарти" (Критерий №5), където се изисква лечебното заведение да има собствени диагностично-терапевтични алгоритми, протоколи и технически фишове, но не се посочват изисквания, на които те да отговарят. Това ограничава възможностите за управление на качеството на здравните грижи, поради липсата на гаранции за правилността на изработените протоколи и техническите фишове, както и за тяхното спазване и отчитане на резултатите от тяхното прилагане.

Според проф. Чанева, изработването и въвеждането на технически фишове и протоколи за здравни грижи не е достатъчно условие за подобряване управлението на качеството в сестринската професия. Доближаването до практиката на медицинските сестри в европейските държави, в съответствие с постановките на СЗО по отношение стандартите за сестрински грижи, изисква въвеждането на нов подход в сестринската

дейност, определящ нейните автономни функции. Необходимо е повишаване на професионалната квалификация на медицинските сестри, завършили полувисшите медицински институти по отношение анализа на състоянието на пациента и изработването на индивидуален план за грижи. В болничните отделения е желателно да се провежда изследване натовареността на сестринския персонал и въвеждането на научни методи за определяне потребностите от медицински сестри [134].

Разработените от НЗОК клинични пътеки, чрез които се осъществява финансирането на болниците съдържат само определени сестрински дейности, без да включват автономните функции и отговорностите на медицинските сестри. В клиничните пътеки липсват хигиенните грижи и храненето на пациентите, което означава, че те не са остойностени и болниците не получават финансиране за тези дейности. За повишаване качеството на болничното обслужване на пациентите е необходимо клиничните пътеки да съдържат не само високотехнологичните медицински изследвания, но и осъществяването на базовите изследвания и грижите, отговарящи на основните нужди и потребности на пациента.

Съществуващите нормативни документи предоставят само общи постановки за управлението на здравните грижи в лечебното заведение, като липсват конкретни стандарти, гарантиращи качеството на сестринските грижи, както и критерии за оценяването им.

II. ГЛАВА ВТОРА ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

1. Цел и задачи на изследването

Целта на настоящото проучване е да се установи и проучи съществуващата организация на здравните грижи и тяхното управление в лечебните заведения, на базата на което да се предложи модел от методически подходи към управленските функции на ръководителите по здравни грижи като основа за повишаване на качеството им.

За постигане на набелязаната цел са поставени следните **задачи**:

1. Да се изследват подходите и методите на работа на ръководителите по здравни грижи, относно тяхната организация, контрол, качество и управление.

2. Да се проучи удовлетвореността на пациентите от качеството и организацията на здравните грижи в лечебните заведения за болнична помощ.

3. Да се проучи удовлетвореността на пациентите от качеството и организацията на здравните грижи в лечебните заведения за извънболнична помощ.

4. Да се разработи методичен модел за управление с препоръки и насоки за подобряване на качеството на здравните грижи в лечебните заведения.

5. Да се проучат основните дейности на ръководителя по здравни грижи в лечебните заведения, и да се очертае тяхното развитие в зависимост от здравните потребности на пациента.

6. Да се направи оценка на потребностите от разработване на план за непрекъснатото обучение, и повишаване на квалификацията на ръководителя по здравни грижи.

7. Да се разработят препоръки и насоки за повишаване качеството на здравните грижи чрез научно обосновани съвременни методи, подходи и средства.

2. Работна хипотеза

Оптимизирането на организацията и управлението на здравните грижи в лечебните заведения изисква комплексно проучване на организацията на работа в лечебното заведение. Анализът на резултатите от изследването е основа за подобряване на качеството и оптимално използване на опита знанията и уменията на професионалистите по здравни грижи.

3. Методика на проучването

Обект на проучването е качеството на здравните грижи в лечебните заведения.

Предмет на изследването са организацията и ефективността на управленските функции на ръководителите по здравни грижи, като фактор за тяхното качество, и удовлетвореността на пациентите, като показател за качествени и ефективни здравни грижи.

Логически единици на изследването:

В рамките на изследването са обособени три основни логически единици:

- ръководители по здравни грижи, изпълняващи управленски функции в лечебните заведения;

- пациенти, постъпили в лечебни заведения за болнична помощ;

- пациенти, преминали преглед през лечебни заведения за извънболнична помощ.

Признаци на наблюдение на логическите единици:

Признаци за ръководителите по здравни грижи:

- признаци, отразяващи социалния статус;

- признаци, свързани с организацията на работата;

- признаци, свързани с контрола на здравните дейности;

- признаци, свързани с ролята и мястото на медицинската сестра в процеса на лечение.

Признаци за пациентите:

- признаци, отразяващи социалния и здравния статус;

- признаци, отнасящи се до качеството на лечебно-организационния процес – достъпност, информираност, организация на работа, материално-техническа база, удовлетвореност;

- признаци, свързани с удовлетвореността на пациентите от работата на професионалистите по здравни грижи.

Технически единици на изследването

В представения дисертационен труд, като технически единици на изследването са определени лечебни заведения в шест населени места на територията на Република България. Това са градовете Монтана, Смолян, Търговище, Ловеч, Ямбол и София. Те са избрани в съответствие с административно-териториалното устройство на страната и Законът за регионалното развитие на страната [66].

Изследването е проведено в лечебни заведения за болнична помощ, които са многопрофилни болници за активно лечение, и в лечебни заведения за извънболнична помощ – Медицински центрове и Диагностично консултативни центрове (ДКЦ):

- МБАЛ „Д-р Стамен Илиев" АД, гр. Монтана;
- МБАЛ „Братан Шукеров" АД, гр. Смолян;
- „МБАЛ Търговище" АД, гр. Търговище;
- МБАЛ „проф. д-р Параскев Стоянов" АД, гр. Ловеч;
- МБАЛ „Св. Панталеймон" АД, гр. Ямбол;
- „Първа МБАЛ" ЕАД, гр. София.,

- МЦ „Деница" ООД, гр. Монтана;
- ДКЦ – МБАЛ „Братан Шукеров" АД, гр. Смолян;
- ДКЦ - „МБАЛ Търговище" АД, гр. Търговище;

- „Медицински център - Ловеч” ЕООД, гр. Ловеч;
- МЦ „Динамед 2001” ЕООД, гр. Ямбол;
- ДКЦ - „Първа МБАЛ” ЕАД, гр. София.

Признаци на техническите единици

Техническите единици на изследването са обособени въз основа на следните признаци:

- географско положение – намиращи се на територията на Република България;
- капацитетни възможности;
- медико-социални и социално-битови възможности;
- структурни и управленски възможности.

Характер и обем на изследването

Изследването е проведено в шест многопрофилни болници за активно лечение и шест медицински центрове и диагностично-консултативни центрове на територията на Република България, като са обхванати общо 1120 респондента, от които:

- 120 ръководители по здравни грижи в лечебните заведения;
- 500 пациенти, постъпили в лечебни заведения за болнична помощ;
- 500 пациенти, преминали прегледи в лечебни заведения за извънболнична помощ.

В етапа на подготовка на проучването е изчислен необходимият брой единици на наблюдение при доверителен интервал 95% и пределно допустима грешка 5%, с който е съобразен обема на извадката.

Насоки в анализа на данните от изследването

Основните насоки при анализирането на получените данни от изследванията, проведени по посочените по-горе признаци, са следните:

Насоки в анализа на данните от анкетирането на ръководителите по здравни грижи

- структурна характеристика на здравните грижи в болнични условия;
- професионално обучение на медицинските сестри;
- компетенции на медицинските сестри за осъществяване на качествени сестрински грижи;
- индивидуален план за грижи за пациентите;
- сестринска документация, сестринско досие;
- причини за влошаване качеството на грижите;
- удовлетвореност и мотивация;
- приложимост на единен модел за управление на здравните грижи със съответен информационен продукт към болничната информационна система.

Насоки в анализа на данните от анкетирането на пациентите в лечебните заведения за болнична помощ

- удовлетвореност на пациентите по отношение приемането им в отделението, провеждането на изследванията и провеждането на лекарствената терапия;

- удовлетвореност на пациентите по отношение на хигиенните грижи и храненето в болничните отделения;

- удовлетвореност на пациентите от отношението на професионалистите по здравни грижи в болницата;

- начини за подобряване на качеството на здравните грижи.

Насоки в анализа на данните от анкетирането на пациентите в лечебните заведения за извънболнична помощ

- удовлетвореност на пациентите от организацията и планирането на прегледите и изследванията;

- удовлетвореност на пациентите от получената информация за лечението и профилактиката на заболяването;

- удовлетвореност на пациентите от организацията и провеждането на лечебната терапия;

- удовлетвореност от организацията и качеството на работата;

- значимост на факторите за подобряване на организацията и качеството на здравните грижи.

Място и време на провеждане на изследванията

Изследването е проведено през 2015 и 2016 година в посочените лечебни заведения.

Работата е извършена самостоятелно с разрешение на Изпълнителните директори на болниците.

Използвано е сътрудничеството на ръководителите по здравни грижи във всяка болница.

Методи на изследване

Документален

Използван за събиране на информация от специализирана литература, относно използването на управленските методи и средства в здравия мениджмънт и нормативни документи.

Беседа

Проведена с ръководителите по здравни грижи на различните звена в лечебните заведения.

Социологически

Основава се на използването на пряка индивидуална анкета. За целта са изработени три вида анкетни карти:

- Анкетна карта 1 за ръководителите на здравните грижи (Приложение 1); (Анкетната карта съдържа 24 въпроса).

- Анкетна карта 2 за пациенти, постъпили за лечение в многопрофилните болници за активно лечение (Приложение 2);

(Анкетната карта съдържа 14 въпроса).

- Анкетна карта 3 за пациенти, преминали преглед през лечебни заведения за извънболнична помощ (Приложение 3);

(Анкетната карта съдържа 10 въпроса).

Всички участници в проучването са изявили доброволно желание за участие.

Статистически

Данните от проучването са обработени със статистическа компютърна програма SPSS v.19. с качествени и количествени параметри за идентифициране на проблемите.

Използвана е методична и консултативна помощ на медицински статистик.

При анализиране на получените данни от изследванията са използвани следните статистически методи:

- Честотен анализ на качествени променливи с абсолютни честоти, относителни честоти, кумулативни относителни честоти;

- Вариационен анализ на количествени променливи – средна стойност, стандартно отклонение, доверителен интервал на средната стойност;

- Метод за проверка на хипотези–хи-квадрат(Chi–square tests: Pearson Chi- Square, Likelihood Ratio, Linear-by-Linear Association) за търсене на връзка между качествени променливи.

Използвано е критично ниво на значимост 0.05. Нулевата хипотеза е отхвърлена при стойност на $p \leq 0.05$ [158]; [160].

Етапи на изследването

Етап I. Провеждане на анкетно проучване в лечебните заведения за болнична и извънболнична помощ, което включва:

- Анкетиране на ръководители по здравни грижи, работещи в отделенията;

- Анкетиране на пациенти, постъпили за лечение в многопрофилните болници за активно лечение;

- Анкетиране на пациенти, преминали преглед през лечебните заведения за извънболнична помощ.

Етап II. Анализ на данните от анкетното проучване и тяхната обработка със статистическа компютърна програма SPSS v.19.

Етап III. Разработване на модел за управление на здравните грижи в лечебното заведение, като средство за повишаване на тяхното качество.

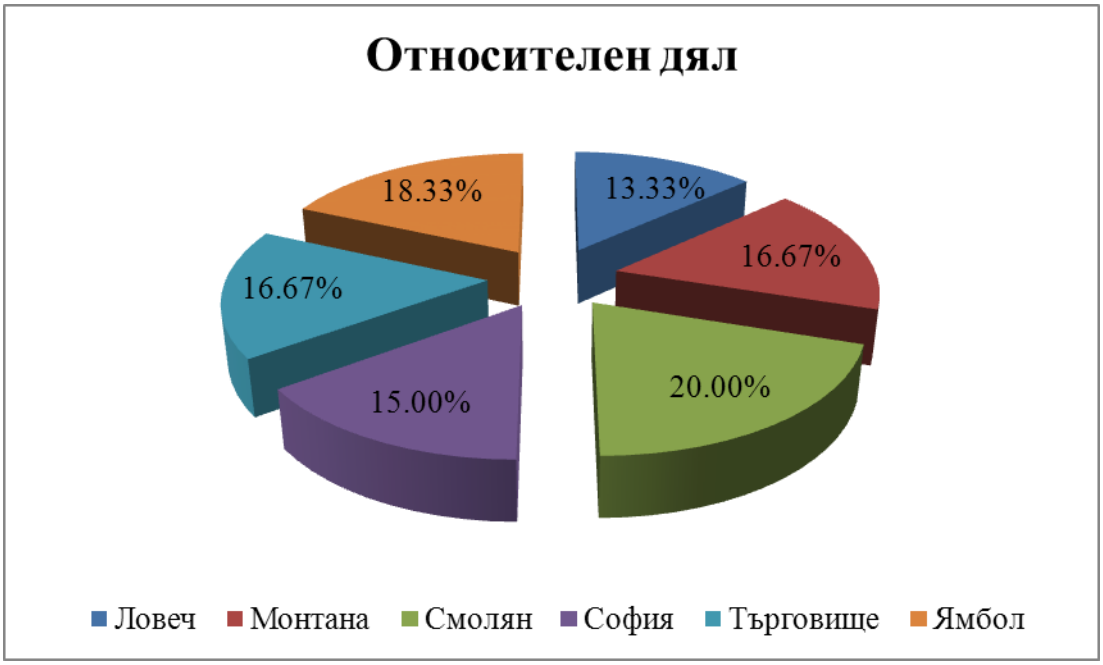
III. ГЛАВА ТРЕТА - РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

1. Анализ на резултатите от анкетното проучване на ръководителите по здравни грижи

Реформите в сферата на здравеопазването са ориентирани към повишаване качеството на медицинската помощ, като основна задача на лечебните заведения в условията на затруднено финансиране и осигуряване на достъпна здравна помощ. Качеството на оказваната медицинска помощ трябва да отговаря на *Правилата за добра медицинска практика*, които съдържат изисквания за своевременност, достатъчност и качество.

Съвременното ниво на здравеопазването изисква от здравния професионалист способността самостоятелно да оценява състоянието и нуждите на пациента и да взема обосновани решения, свързани с определени отговорности, като от тяхната професионална компетентност зависи успеха на лечението. За предоставяне на ефективни и качествени здравни грижи е необходимо укрепване и разширяване на отговорностите и функциите на професионалистите по здравни грижи в лечебните заведения. Това налага комплексно проучване на организацията и управлението на здравните грижи в лечебните заведения и разработването на модел с методични подходи за управленските функции на ръководителите по здравни грижи в зависимост от потребностите на пациентите.

1.1. Социален профил на ръководителите по здравни грижи



Фигура 3. Разпределение на ръководителите по здравни грижи по райони

Ръководителите по здравни грижи работят в различни лечебни заведения – болници за активно лечение, медицински центрове и диагностично-консултативни центрове, в шест населени места на територията на Република България. Това са градовете Ловеч, Монтана, Смолян, София, Търговище и Ямбол, които са избрани в съответствие с административно-териториалното устройство на страната и Законът за регионалното развитиена страната [66]. Анкетираните са приблизително равномерно разпределени по области, като относителният дял на тяхното разпределение е между 15.00 и 20.00 % (Фигура 3).

Ръководителите по здравни грижи са на възраст от 29 до 67 години (Таблица 1). Най-голям е относителният дял на ръководителите на възраст между 42 и 47 години – 27.50 %, както и на възраст между 36 и 41 години –

25.83 % . Относителният дял на анкетираните до 35 години е 5.83 %, а над 60 годишна възраст – 6.67 %.

Таблица 1. Разпределение на ръководителите по здравни грижи по възраст

Възраст	Брой	Относителен дял [%]
29 - 35	**7**	**5.83**
36 – 41	**31**	**25.83**
42 – 47	**33**	**27.50**
48 – 53	**17**	**14.17**
54 – 59	**24**	**20.00**
60 - 67	**8**	**6.67**
Общо	**120**	**100.00**

1.2. Ефективно използване на човешките ресурси

Ефективното използване на човешките ресурси зависи от нивото на организацията на работата в лечебните заведения и уменията и квалификацията на ръководителите по здравни грижи.

Резултатите от изследването показват, че анкетираните ръководители имат професионален стаж от 5 до 47 години (Таблица 2). Най-голям е относителният дял на тези с професионален стаж между 21 и 30 години – 32.50% и от 11 до 20 години – 28.33 %. Професионалният стаж на 26.67 % от

анкетираните е между 31 и 40 години. Професионален стаж до 10 години и над 40 години имат общо 12.50 % от анкетираните.

Ниската долна граница на този показател – 5 години, както и фактът, че 7.50 % от ръководителите по здравни грижи имат професионален стаж до 10 години, подчертава значението на теоретичната и практическата подготовка на професионалиста по здравни грижи и организацията на работата в лечебните заведения. Тя трябва да бъде съобразена с принципа за "непрекъснатост на обучението през целия живот", продължаващо обучение и продължителна квалификация с цел ефективно използване на човешките ресурси, повишаване качеството на медицинската помощ и устойчиво развитие на здравните заведения.

Таблица 2. Разпределение на ръководителите по здравни грижи според професионалния им стаж

Професионален стаж, години	Брой	Относителен дял [%]
5 - 10	**9**	**7.50**
11 – 20	**34**	**28.33**
21 – 30	**39**	**32.50**
31 – 40	**32**	**26.67**
41 - 47	**6**	**5.00**
Общо	**120**	**100.00**

Професионалният стаж като ръководители е от 1 до 36 години. Най-голям е относителният дял на ръководителите по здравни грижи с професионален стаж между 6 и 12 години – 35.00 %. Професионалният стаж като ръководители на 24.17 % от анкетираните е до 5 години, на 21.67 % - между 13 и 20 години, на 14.17 % - от 21 до 30 години и на 5.00 % - между 31 и 36 години (Таблица 3).

Таблица 3. Разпределение на ръководителите по здравни грижи според професионалния им стаж като ръководители

Професионален стаж като ръководител, години	Брой	Относителен дял [%]
1 - 5	**29**	**24.17**
6 - 12	**42**	**35.00**
13 - 20	**26**	**21.67**
21 - 30	**17**	**14.17**
31 - 36	**6**	**5.00**
Общо	**120**	**100.00**

Прави впечатление, че близо две трети, или общо 59.17 % от ръководителите по здравни грижи имат професионален стаж на тази позиция до 12 години. Това може да се обясни с текучеството на кадрите в системата на здравеопазването, като следствие от комплексното влияние на различни

фактори от организационно, мотивационно и социално-икономическо естество.

Получените резултати показват, че 70.83 % от ръководителите по здравни грижи притежават висше образование. В това число, 25.83 % от анкетираните имат Магистърска степен "Управление на здравните грижи", 27.50 % е относителния дял на ръководителите с бакалавърска степен "Здравни грижи", а 17.50 % имат бакалавърска степен по друга специалност (Таблица 4).

Това е в съответствие с изискванията на Закона за лечебните заведения, в който ясно е посочено изискването за образователната степен на ръководителите по здравни грижи. Управлението на здравните грижи изисква знания, умения и компетенции, различни от знанията и уменията на професионалистите по здравни грижи.

Ръководителите трябва да притежават способността да мобилизират човешките ресурси и ресурсите на средата в съответствие с нуждите на пациентите и съобразно повишаването на качеството и ефективността на здравните грижи. От тяхната компетентност до голяма степен зависи организационното ниво на работата в лечебното заведение, което определя ефективността и качеството на грижите.

Едва 5.83 % от анкетираните са посочили средно-специално образование, 13.33 % - полувисше образование, а 10.00 % са завършили колеж (Таблица 4). Този факт е показателен за все по-нарастващото значение на образователния ценз за работещите в системата на здравеопазването, както и за мотивацията на здравните професионалисти за кариерно развитие в съответствие с повишаване на своята квалификация.

Таблица 4. Разпределение на ръководителите по здравни грижи според образователната степен

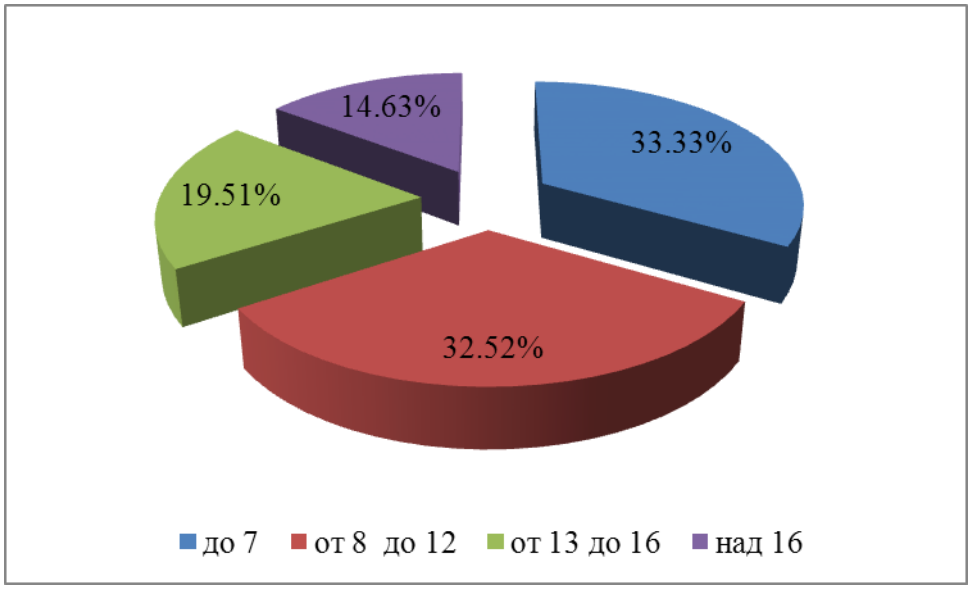
Образование	Брой	Относителен дял [%]
средно – специално	**7**	**5.83**
полувисше	**16**	**13.33**
специалист	**12**	**10.00**
Бакалавър - УЗГ	**21**	**17.50**
Бакалавър	**33**	**27.50**
Магистър "Управление на здравните грижи"	**31**	**25.83**
Общо	**120**	**100.00**

Образователната система предоставя възможности на професионалистите по здравни грижи да повишават както образователната си степен – “бакалавър” и “магистър”, така и възможности за специализация в различни направления.

Следдипломното обучение на медицинските специалисти продължава и на работното място. В болниците се разработват общо болнични програми за професионално обучение, като в повечето случаи те са съобразени с потребностите от придобиване на знания по определена тематика.

Продължителната квалификация е непрекъснато обучение в процеса на професионалната дейност под формата на курсове, индивидуално обучение, програми за професионална квалификация за придобиване на определена

правоспособност, програми за дистанционно обучение. За продължителна квалификация се счита и участието в семинари, конгреси, конференции, симпозиуми, публикации в научни издания и др. Висшите медицински училища (ВМУ) и медицинските колежи (МК) организират, регистрират, провеждат и контролират следдипломното обучение на специалистите с висше образование.



Фигура 4. Разпределение на ръководителите по здравни грижи според броя на ръководения от тях персонал

Броят на ръководения персонал от анкетираните ръководители по здравни грижи е от 1 до 19 човека, а в един от случаите и 215 човека. Най-голям е относителният дял на ръководения персонал до 7 човека – 33.33 % и от 8 до 12 човека – 32.52 %. 19.51 % от ръководителите по здравни грижи ръководят персонал от 13 до 16 човека, а 14.43 % - над 16 човека (Фигура 4).

В нашата страна, през последните години, въпреки повишения брой на обучаващите се професионалисти по здравни грижи, недостигът на

персонал е проблем за почти всички медицински центрове и многопрофилни болници за активно лечение. Резултатите показват, че има отделения в които броя на персонала е едва 1 човек, а 11 % от анкетираните ръководители по здравни грижи ръководят персонал до 4 човека. Персоналът, който трябва да работи в дадено отделение е регламентиран и има точно определен брой.

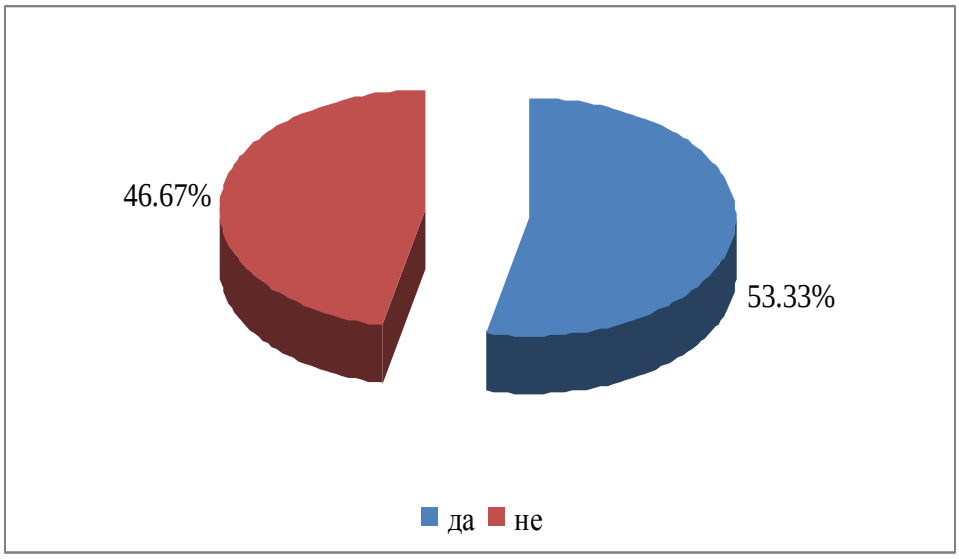
Липсата на достатъчно професионалисти по здравни грижи неминуемо се отразява върху качеството на здравната услуга, което намалява удовлетвореността на пациентите и води до понижаване на конкурентната способност на здравното заведение като цяло.

Обществените промени, реформите в здравеопазването и развитието на медицинската наука, изискват от медицинските специалисти непрекъснато да повишават своите знания и умения за да отговорят на нарастващите потребности в системата на болничната и извънболничната помощ, а също така за да бъдат конкурентно способни на трудовия пазар.

От получените данни се вижда, че разпределението на ръководителите по здравни грижи според наличието на придобита следдипломна квалификация е приблизително равно. 53.33 % от анкетираните са потвърдили наличието на следдипломна квалификация, а 46.67 % нямат такава (Фигура 5).

Повишаването на качеството на здравните грижи и устойчивото развитие на човешките ресурси изисква това съотношение да се измени в посока на увеличаване относителния дял на ръководителите по здравни грижи, които притежават следдипломна квалификация. Това може да се постигне чрез оптимизиране на организацията в лечебните заведения с цел предоставяне на по-големи възможности в контекста на европейските принципи за “непрекъснатост на обучението през целия живот”, а също и

чрез повишаване на мотивацията на ръководителите и професионалистите по здравни грижи да развиват своите професионални компетенции, имайки ясна перспектива за кариерно развитие.

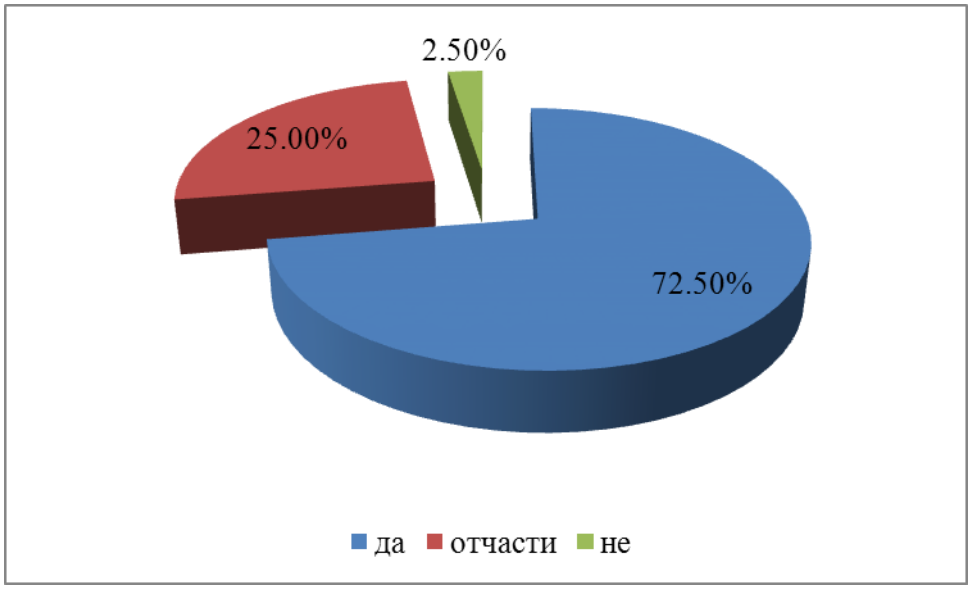


Фигура 5. Разпределение на ръководителите по здравни грижи според наличие на придобита следдипломна квалификация

Следдипломното обучение предлага актуални теми, които помагат на работещите да повишават своята професионална квалификация, като придобиват знания и умения въведени в новите учебни програми по различните дисциплини. Придобиването на съвременни професионални компетенции от здравните професионалисти е възможно само при активното им участие в курсовете за следдипломно обучение, защото то се провежда от университетски преподаватели с необходимата педагогическа подготовка.

Съветът по здравни грижи към всяка една многопрофилна болница трябва да има ясна политика по отношение на качеството на грижите и

повишаването на професионалната квалификация на медицинските сестри и другите специалисти [134].



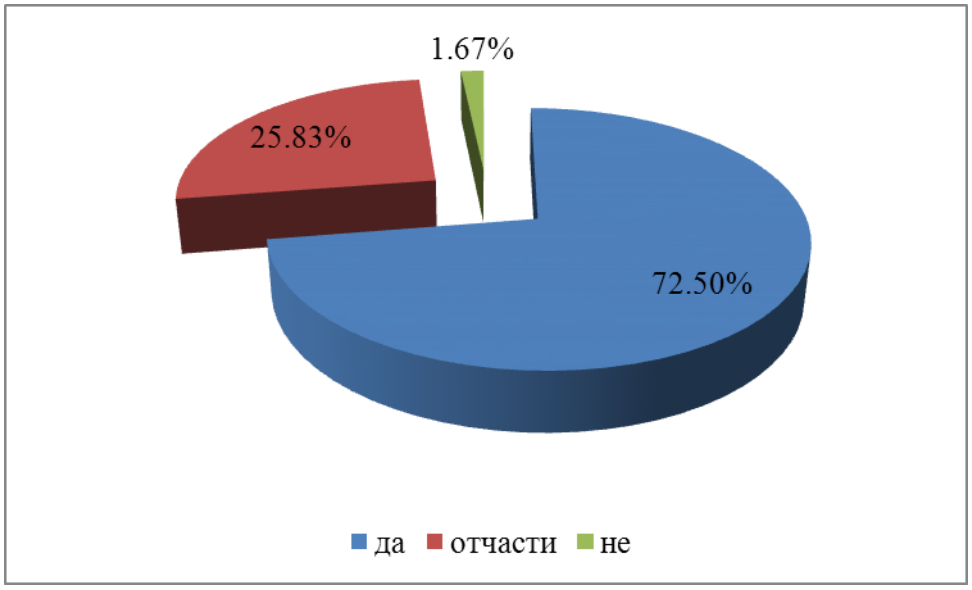
Фигура 6. Ефективност на организацията на здравните грижи в зависимост от квалификацията и опита в управлението на здравните грижи.

Резултатите на Фигура 6 показват, че 72.50% от ръководителите считат себе си като напълно подготвени за управление на здравните грижи. 25.00% се възприемат като отчасти подготвени, а 2.50% смятат, че не притежават необходимата квалификация и опит. От данните се вижда, че близо една трета от анкетираните ръководители (27.50 %) не са напълно уверени в своите компетенции за ефективно управление на здравните грижи. Това е в съответствие с относителното разпределение на ръководителите по здравни грижи според професионалния им стаж като ръководители (Таблица 3). Доминира относителният дял на ръководителите със сравнително малък стаж на тази позиция - до 12 години (59.17 %), което може да се обясни с голямото текучество на кадри в системата на здравеопазването.

Управлението на здравните грижи се базира на мобилизиране на човешките ресурси и ресурсите на средата. Ефективното им използване определя до голяма степен качеството на здравните грижи, които са основен фактор за устойчивото развитие на здравното заведение при свободен избор на пациентите в условията на пазарна икономика и конкуренция между лечебните заведения. Това е предпоставка за необходимостта от разработването и внедряването в практиката на научнообосновани модели за управление на здравните грижи.

1.3. Подходи и методи в управлението на здравните грижи

Резултатите показват, че 72.50 % от ръководителите по здравни грижи използват комуникативни техники за разрешаване на конфликтни ситуации в работните екипи (Фигура 7).



Фигура 7. Приложение на комуникативни техники за разрешаването на конфликтни ситуации

Това е предпоставка за изграждане на подходяща работна среда и създаване на благоприятни възможности за подобряване на организацията на работата в лечебните заведения, повишаване на ефективността и качеството на грижите.

Всичко това, в много висока степен зависи от организацията на ежедневните дейности на главните и старшите медицински сестри.

Таблица 5. Организация на ежедневните дейности

Отговор	Брой	Относителен дял [%]
Съставям списък на дейностите по приоритети	**35**	**29.17**
Планирам задачите и определям отговорниците	**28**	**23.33**
Следя стриктно за изпълнението на задачите	**33**	**27.50**
Определям ежедневно задачите, сроковете и отговорниците	**24**	**20.00**
Общо	**120**	**100.00**

Резултатите в Таблица 5 показват сравнително равномерно разпределение по отношение на практикувания управленски подход от ръководителите по здравни грижи, прилаган от тях в ежедневната им дейност (между 20.00 % и 29.17 %). Липсата на единен модел на управление на

здравните грижи намалява възможностите за повишаване на ефективността и качеството грижите.

По отношение на използването на управленски методи и средства от ръководителите при организацията на здравните грижи, данните показват, че по-малко от половината (38.33 %) от анкетираните непрекъснато прилагат такива методи и средства и постоянно се информират по темата (Таблица 6).

Таблица 6. Приложение на управленски методи и средства за организацията на здравните грижи

Отговор	Брой	Относителен дял [%]
да, непрекъснато се информирам по темата и прилагам такива	**46**	**38.33**
само отчасти прилагам управленски методи и средства	**31**	**25.83**
разчитам на практически опит	**43**	**35.83**
Общо	**120**	**100.00**

25.83 % от анкетираните само отчасти прилагат управленски методи и средства, а 35.83 % изцяло разчитат на практическия си опит.

Непрекъснатото информиране за новостите при управлението на организацията на здравните грижи, и прилагането на управленски методи е предпоставка за повишаване качеството и ефективността на здравните грижи. Това може да се постигне чрез разработване и въвеждане на единен модел на управление на здравните грижи, който да регламентира правата и

задълженията на ръководителите по здравни грижи и да гарантира по добра организация в лечебното заведение.

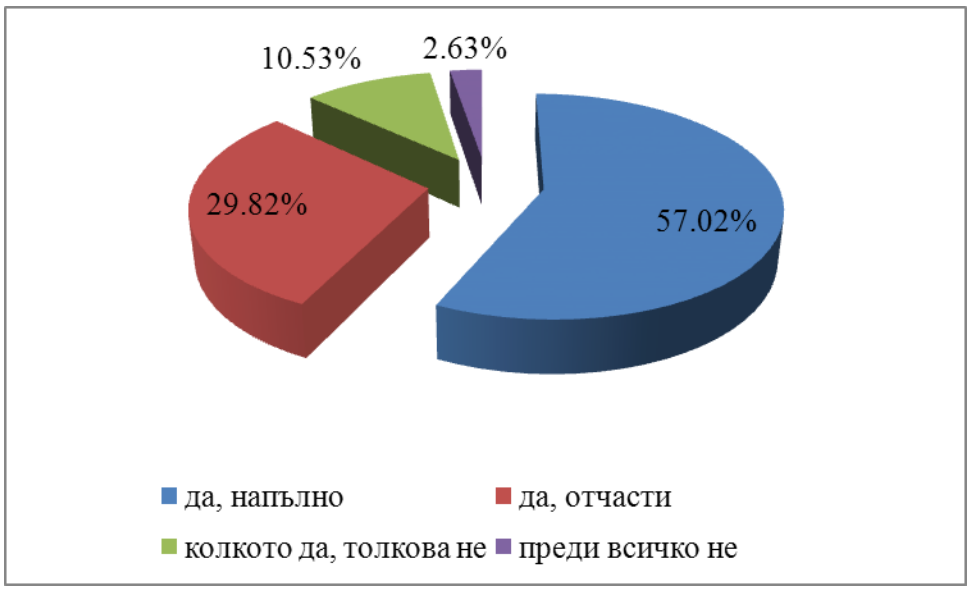
Въвеждането на документи, които съдържат описание на процедурите и елементите на процеса за извършване на грижи в болничните отделения спомагат за осигуряване на качествени здравни грижи. Такива документи са протоколите за здравни грижи и техническите фишове, които определят стандартното извършване на грижите и тяхното ниво на качество. Изработването и въвеждането им се осъществява от ръководителя по здравни грижи в болницата, с участието на най-добрите специалисти.

При провеждане на акредитация, се изисква представянето на протоколи и технически фишове от всяко отделение в болницата. В редица болници тези протоколи са изработени и написани, но не съществува форма за контрол, която да гарантира тяхното спазване. Качеството на грижите може да се постигне само и единствено, ако всички специалисти спазват точно изработените протоколи и технически фишове [134].

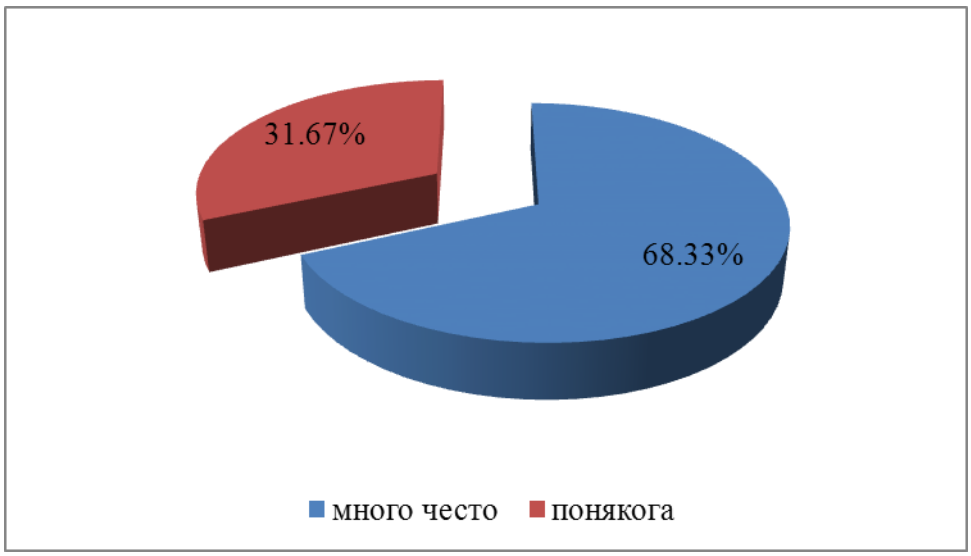
На Фигура 8 е показано относителното разпределение по отношение на използването на технически фишове и протоколи. Те представляват средство за повишаване на ефективността на управлението и контрола на качеството на грижите.

Резултатите показват, че тези средства се използват безусловно от около две трети от анкетираните (57.02 %), което не е достатъчно за ефективното управление на здравните грижи в лечебните заведения.

29.82% от анкетираните ръководители използват технически фишове и протоколи само отчасти, 10.53% - колкото да, толкова не, а 2.63% от ръководителите по здравни грижи посочват, че не използват тези средства.



Фигура 8. Практическо приложение на технически фишове и протоколи



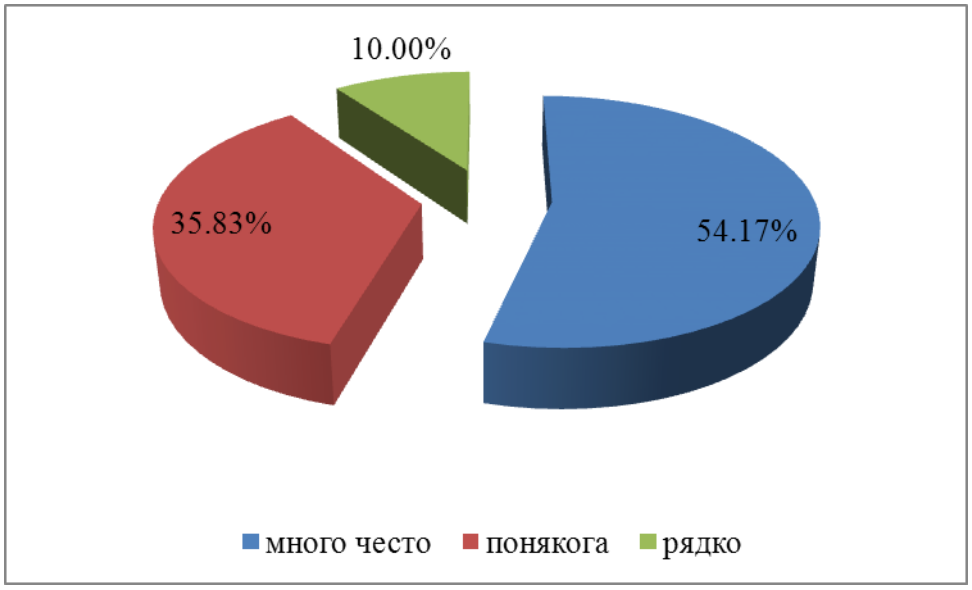
Фигура 9. Планирани визитации и наблюдения

Значителен е относителния дял и на анкетираните, които само понякога планират визитации и наблюдения веднъж седмично в отделенията – 31.67 % (Фигура 9). Тези резултати потвърждават необходимостта от

въвеждане на модел за управление на здравните грижи, чрез който да се повиши тяхното качество и ефективност.

Удовлетвореността на пациентите е основен критерий при анализиране управлението на здравните грижи, а също така е важен показател за тяхното качество и ефективност, като цяло. Комуникацията на ръководителя с пациентите е задължително условие за оптимизиране организацията на здравните грижи и предпоставка за повишаване на тяхното качество.

От данните представени на Фигура 10 се вижда, че повече от една трета от анкетираните ръководители по здравни грижи рядко (10.00 %) или само понякога (35.83 %) осъществяват комуникация с пациентите относно тяхната удовлетвореност от здравните грижи и едва 54.17 % правят това много често. Тези недостатъци в организацията на дейностите също могат да бъдат ограничени с въвеждане на модел за управление на здравните грижи.



Фигура 10. Комуникация с пациентите относно тяхната удовлетвореност от здравните грижи

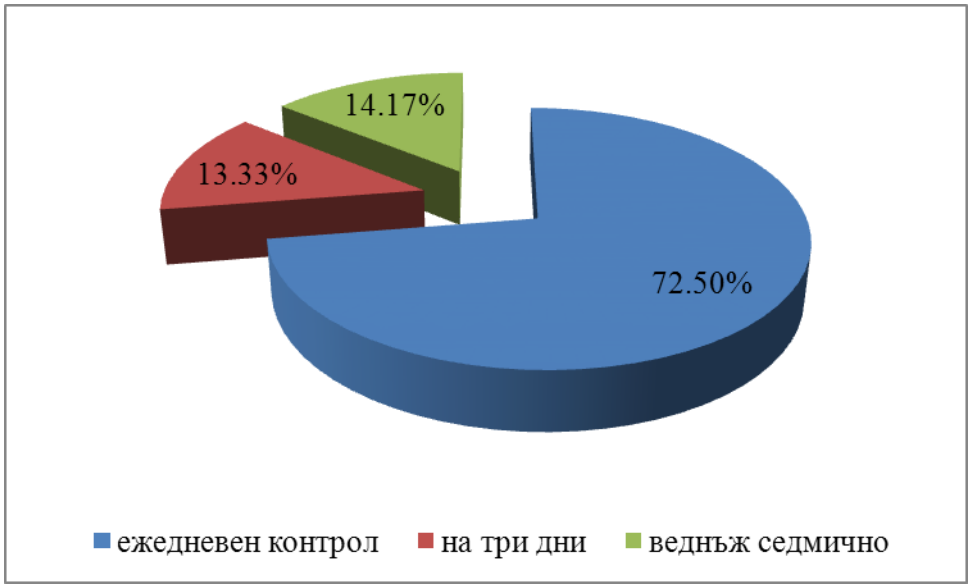
В Таблица 7 са показани начините за разрешаване на организационните проблеми, възникващи в процеса на работа и тяхното значение според прилагането им от ръководителите по здравни грижи.

Резултатите показват, че основната част от анкетираните ръководители (60.00 %) предпочитат проучването на информацията по проблема, като начин за неговото разрешаване. Едва 10.00 % организират и провеждат съвещание, 18.33 % провеждат разговор и обсъждане с персонала, 6.67 % търсят съдействие от ръководителя на съответната структура, а 5.00 % оставят проблемите да отзвучат.

Таблица 7. Степен на значимост при разрешаване на организационни проблеми

Начини за разрешаване на организационни проблеми	**Посочен като начин с първостепенно значение**	
	Брой	**%**
Организирам и провеждам съвещание за решаване на проблем	**12**	**10.00**
Провеждам разговор и обсъждане с персонала	**22**	**18.33**
Проучвам информацията по проблема	**72**	**60.00**
Търся съдействие от началника на отделението	**8**	**6.67**
Изчаквам проблемите да отзвучат	**6**	**5.00**
Общо	**120**	**100.00**

Подобно разпределение обуславя необходимостта от по-ясно регламентиране на правата и задълженията на ръководителите по здравни грижи, особено при разрешаване на организационните проблеми. Това ще спомогне за издигане авторитета на ръководителите, за подобряване на работната среда и за повишаване на качеството и ефективността на здравните грижи.



Фигура 11. Честота на извършвания контрол на хигиената, храненето и документацията

Данните показват, че 72.50 % от анкетираните ръководителите по здравни грижи упражняват ежедневен контрол на хигиената, храненето и документацията (Фигура 11). Значителен е относителния дял на ръководителите, които правят това един или два пъти седмично – общо 27.50 %. Подобряването на организацията в работата и повишаването на качеството на здравните грижи предполага намаляване на този относителен дял.

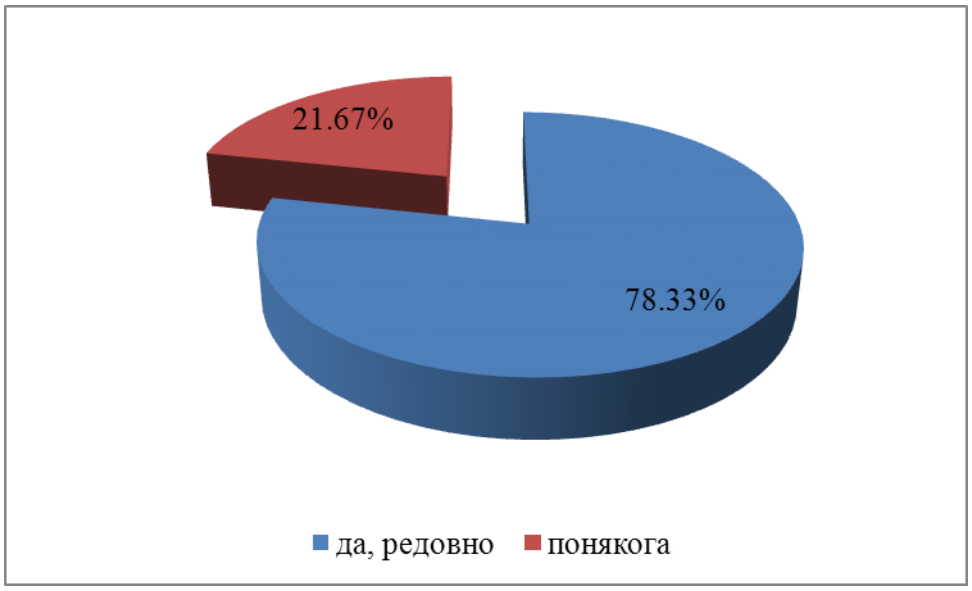
Фигура 12. Средства за доказване извършването на контрола на хигиената, храненето и документацията

Основно средство за доказване извършването на контрол на хигиената, храненето и документацията е текстовото описание в тетрадка или дневник. Това е посочено от 68.33 % от анкетираните (Фигура 12) и е показателно за сравнително ограниченото използване на съвременни методи и средства за събиране, съхраняване и обработка на информация. 20.83 % използват чек-лист, включващ дейностите, датата и часа на проверката, а 10.83 % практикуват отчитане в информационната система.

Съвременните предизвикателства в медицинската практика изискват по-пълно внедряване на съвременните информационни технологии и средства. Това позволява по-точен и задълбочен анализ на данните и

предоставя по-големи възможности за подобряване на организацията и качеството на работата.

78.33 % от ръководителите редовно контролират пропуските и грешките в документацията, а 21.67 % правят това само понякога (Фигура 13). Изпълването на единна информационна система предполага и повишаване на възможностите за контрол на ръководителите по здравни грижи и намаляване на пропуските и грешките в документацията.



Фигура 13. Контрол на пропуските и грешките в документацията

Резултатите от проведените проучвания показват, че приема на пациентите в отделението се извършва основно по предварително изработен и въведен стандартен алгоритъм – 73.33 % (Таблица 8). В 26.67 % от случаите приема на пациенти в отделението се извършва според преценката на дежурния персонал.

Придържането към предварително разработен и въведен стандартен алгоритъм, съобразен със спецификата на отделението, позволява

прецизирането на отговорностите на медицинските специалисти относно приемането на пациента. Също така, по този начин се определя времето за приемане на пациента и пропуските при събирането на информация се свеждат до минимум.

Много често се налага да се получава информация от близките на пациента, както и те своевременно да се информират относно неговото състояние. Това налага, здравните професионалисти да бъдат достатъчно добре подготвени за осъществяване на необходимата комуникация с пациентите и техните близки стриктно спазвайки границите на своята професионална компетентност. Те предоставят информация само по отношение на грижите – по време на хоспитализацията и след изписването на пациента.

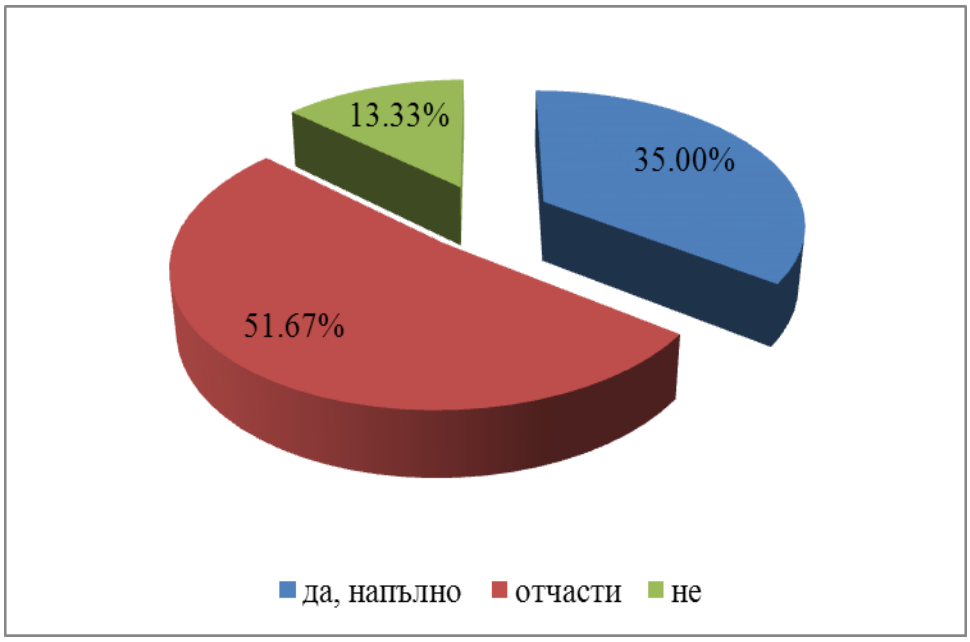
Таблица 8. Прием на пациенти в отделението

Отговор	Брой	Относителен дял(%)
По предварително изработен и въведен стандартен алгоритъм	**88**	**73.33%**
Според преценката на дежурния персонал	**32**	**26.67%**

Подходът при осъществяване на здравните грижи се основава на изработването на индивидуален план за пациента в зависимост от неговото състояние и потребности. Професионалиста по здравни грижи съставя

сестринска диагноза, като формулира проблемите на пациента въз основа на наблюденията си и определя план за грижи.

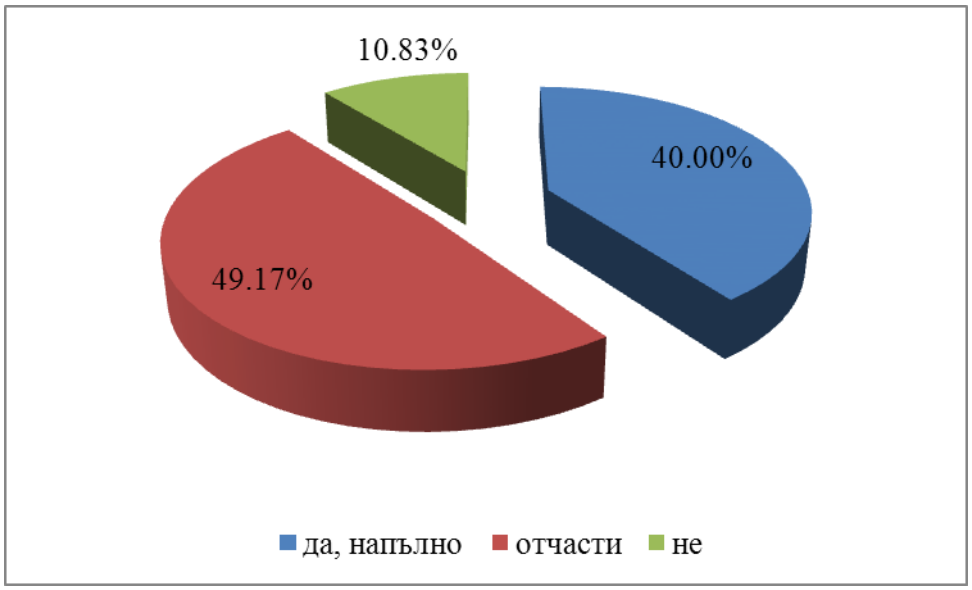
От направените изследвания се вижда, че едва 35.00 % от ръководителите по здравни грижи оценяват като достатъчни знанията и уменията на персонала за индивидуален подход при планиране на дейностите и грижите за пациента, както и за изработване на индивидуален план за грижи (Фигура 14).



Фигура 14. Наличие на знания и умения на персонала за прилагане на индивидуален план за грижи

51.67 % считат, че персонала е само отчасти подготвен за това, а 13.33 % от ръководителите оценяват знанията и уменията на персонала като недостатъчни за индивидуален подход при планиране на дейностите и грижите за пациента.

Аналогични са резултатите по отношение на възможностите и условията за прилагане на индивидуален подход при планиране на дейностите и грижите за пациента (Фигура 15).



Фигура 15. Наличие на възможности и условия за прилагане на индивидуален подход за грижи

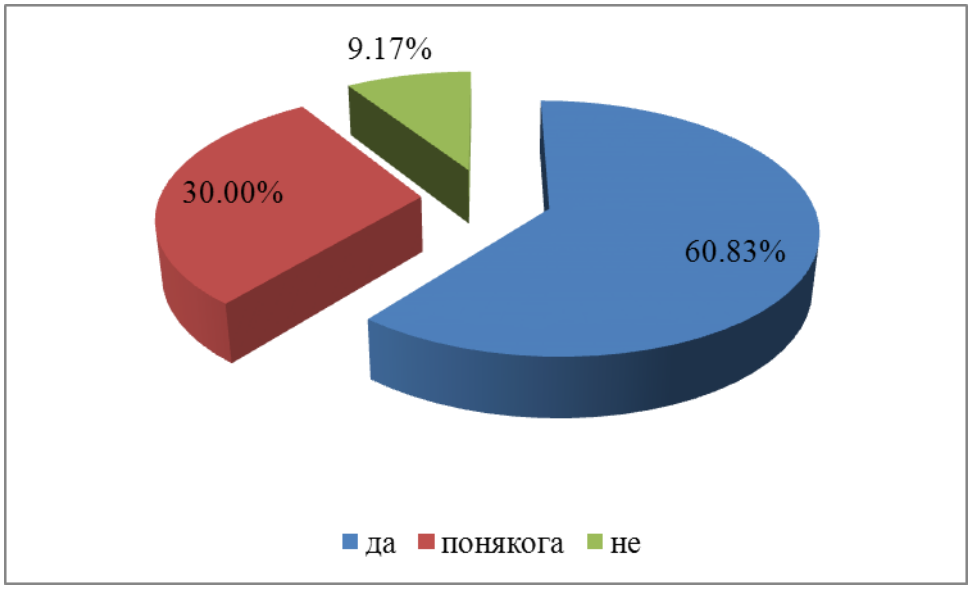
40.00 % от анкетираните смятат, че съществуват всички възможности и условия за прилагане на индивидуалния подход при планиране на грижите, 49.17 % считат, че това е възможно само отчасти, а 10.83 % приемат за невъзможно. Тези резултати също потвърждават необходимостта от единен модел за управление на здравните грижи (Таблица 15).

В настоящата медицинска практика не е задължително прилагането на индивидуален план на грижите за пациента. Липсват и документи, които да регламентират необходимите компетенции на професионалистите по здравни грижи и практикуването на плана за грижи. Всичко това ограничава

възможностите за оптимизиране на управлението и повишаване на качеството на здравните грижи.

В редица държави се използват стандартни планове за грижи, които са изработени предварително от експертни групи. Счита се, че това е приложимо и при нашите условия [134].

За здравните заведения, които искат да предложат по-високо качество на здравните грижи, е необходимо да разполагат с условия за прилагане на индивидуален план за грижи. Неговото разработване включва комплекс от последователни дейности, като събиране на информация, анализиране на състоянието на пациента и поставяне на сестринска диагноза, планиране на грижите и тяхното осъществяване, оценяване състоянието на пациента. Това може да се осъществи само, когато цялата информация се документира от медицинския специалист в досието за здравни грижи. В този документ се отразява цялостната дейност по отношение на извършваните грижи, манипулации и процедури за пациента, като част от общото му досие.



Фигура 16. Оценка на качеството на грижите според въведения в отделението протокол за здравни грижи

Резултатите от проучването показват, че 60.83 % от анкетираните ръководители по здравни грижи извършват оценка на качеството на грижите според въведения в отделението Протокол за здравни грижи, но близо една трета (30.00 %) правят това само понякога, а 9.17 % не извършват такава оценка (Фигура 16).

Това представлява предпоставка за намаляване ефективността и качеството на здравните грижи, обусловено от липсата на ясно дефинирани права и задължения на ръководителите.

Оценката на качеството е основа за неговото управление. Тя се базира на установяване ефективността на здравното обслужване, като съвкупност от медицинска, социална и икономическа ефективност. Оценяването на качеството на здравните грижи има за цел да покаже доколко се подобряват резултатите от здравното обслужване, отразени в здравния статус, функционалната дееспособност на населението, психосоциалното благополучие и удовлетвореността на пациентите.

В Таблица 9 е представено значението на различните фактори за подобряване организацията на работа и качеството на здравните грижи. 30.83 % от анкетираните посочват, като най-важен фактор за подобряване организацията на работа и качеството на здравните грижи, увеличаване на броя на персонала. Значителна част от ръководителите по здравни грижи (22.50 %) смятат, че организацията и качеството на грижите могат да се подобрят чрез въвеждане на стандарти за здравни грижи. 16.67 % определят като основен фактор материално-техническата база, 10.33 % от анкетираните ръководители по здравни грижи препоръчват повишаване контрола от страна на ръководителя, 10.00 % - изработване на модел за методика на управление

на здравните грижи и 9.17 % - повишаване квалификацията на медицинските специалисти.

Таблица 9. Фактори за подобряване организацията на работа и качеството на здравните грижи

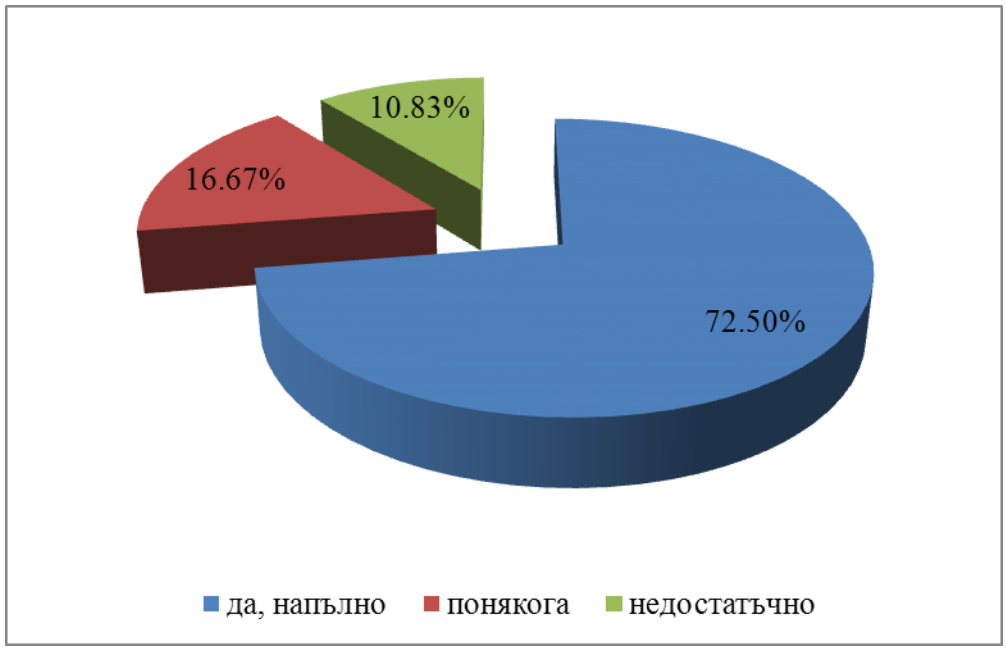
Фактори способстващи за подобряване на организацията на работа и качеството на здравните грижи	Посочен като фактор с първостепенно значение	
	Брой	%
Изработване и въвеждане на стандарти за здравни грижи	27	22.50
Повишаване контрола от страна на ръководителите по здравни грижи	13	10.33
Подобряване на материално-техническата база в отделението	20	16.67
Увеличаване броя на здравните професионалисти	37	30.83
Повишаване на професионалната квалификация на професионалистите по здравни грижи	11	9.17
Изработване на модел за методика на управление на здравните грижи	12	10.00
Общо	120	100.00

Осигуряването на лечебните заведения с достатъчно количество качествени материали и консумативи има основно значение за качеството на

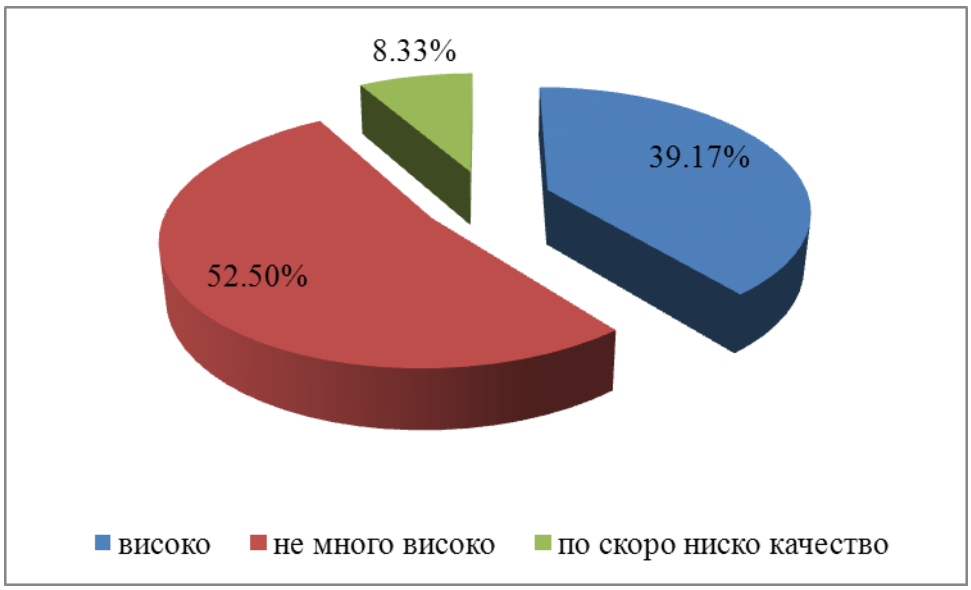
здравните грижи, а също така оказва влияние върху мотивацията на персонала и определя до голяма степен удовлетвореността на пациентите. Пазарните взаимоотношения позволяват да се закупуват качествени медицински консумативи и материали, като по този начин се повишава ефективността и рентабилността на грижите.

Проведените проучвания показват, че по-голяма част от главните и старшите медицински сестри (72.50 %) приемат за достатъчно осигуреното им количество медицински консуматив и материали за извършването на качествени здравни грижи (Фигура 17).

Не е малък и относителния дял на ръководителите, които посочват, че това се случва само понякога – 16.67 %, както и на тези, които смятат, че не разполагат с необходимите им количества медицински консуматив и материали за извършването на качествени здравни грижи – 10.83 % (Фигура 17).



Фигура 17. Осигуряване на необходимото количество медицински консуматив и материали



Фигура 18. Оценка на качеството на консумативите и материалите

По отношение на качеството на консумативите и материалите, с които се работи, едва 39.17 % от анкетираните го определят като високо. 52.50 % от ръководителите считат, че то е не много високо, а 8.33 % определят качеството на консумативите и материалите като ниско (Фигура 18).

Мнението по отношение на качеството на материалите и консумативите е особено важно, тъй като извършването на манипулациите и процедурите по начин, който да удовлетворява пациентите, изисква да се работи с консумативи и материали притежаващи определена качествена характеристика. Ето защо, активното участие на ръководителите по здравни грижи при планирането на консумативите с определено качество значително би повишило ефективността и качеството на грижите. Това налага необходимостта ръководителите по здравни грижи да бъдат подготвени като експерти за участие в комисиите при провеждане на процедурите за възлагане на обществени поръчки при сключване на договори с фирмите за доставка на

медицински консумативи и хигиенни материали и консумативи, извършващи се по закона за обществените поръчки и наредбата за възлагане на малки обществени поръчки.

Резултатите от изследването показват, че по-голяма част от ръководителите възприемат положително изработването и въвеждането на единен модел на управление на здравните грижи, основаващ се на методичен подход, осигурен със съответен софтуерен продукт като част от единната информационна система на лечебното заведение. 63.33 % от ръководителите по здравни грижи приемат да работят по такава методика (Фигура 19). 27.50 % от анкетираните изразяват резерви по този въпрос, а 9.17 % не считат това за необходимо.

Резервите или нежеланието на тази част от анкетираните вероятно са обусловени от съмнения относно това доколко такъв модел ще бъде осигурен с подходящ и достъпен софтуерен продукт или от липсата на необходимата подготовка за работа с единната информационна система.

С подобряване на материално-техническата база и прилагането на съвременни информационни технологии и средства, както и с повишаване на квалификацията и уменията на ръководителите по здравни грижи, ще се увеличат и предпоставките за въвеждане на единен модел на управленските им функции със съответен софтуерен продукт, допълващ информационната система на лечебното заведение. По този начин ще се подпомогне сложния процес на управление на здравните грижи, с което ще се повиши тяхното качество и ефективност и ще се гарантира устойчиво развитие на здравните заведения.

В съответствие с европейските стандарти за качество на здравната помощ и нарастващата конкуренция между здравните заведения в условията

на пазарна икономика, въвеждането на методичен подход при управлението на здравните грижи се превръща в необходимост, като средство и гаранция за повишаване на тяхното качество.

Фигура 19. Мнение на ръководителите по здравни грижи относно въвеждането на модел на управление на здравните грижи

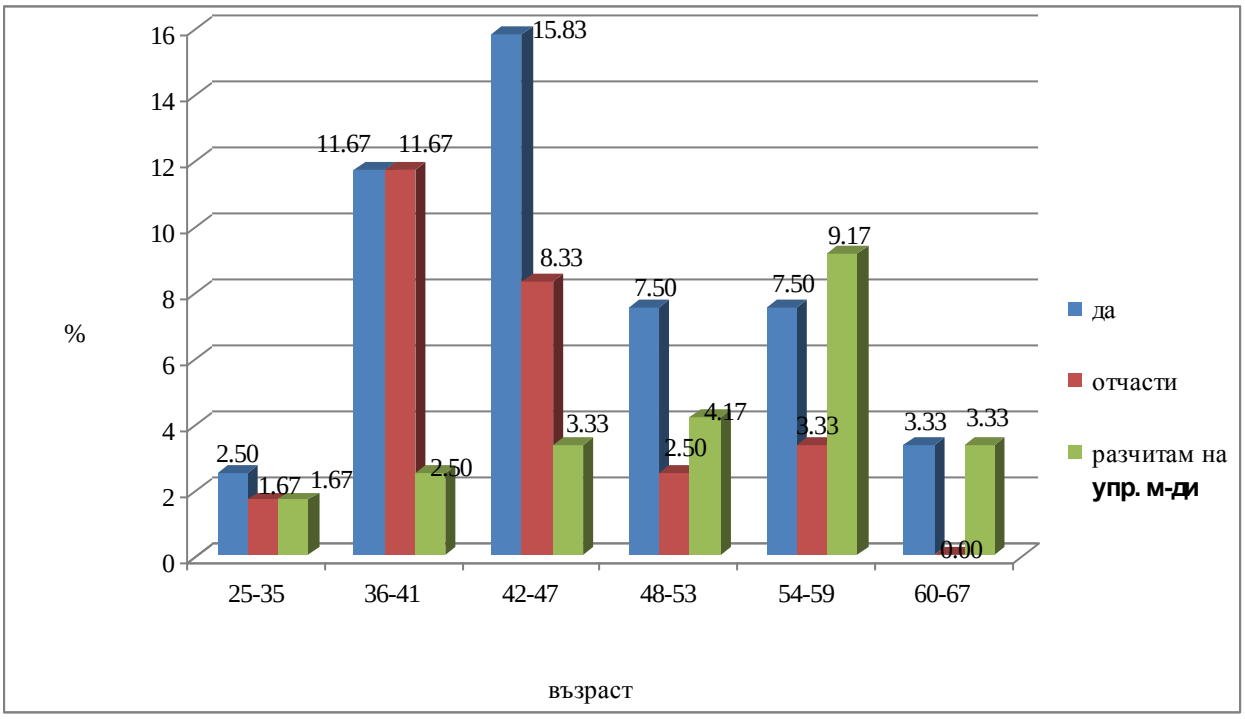
1.4. Сравнителен анализ на управлението на здравните грижи в лечебните заведения

Направените изследвания разкриват статистически значими зависимости между прилагането на управленски методи и средства за организация на здравните грижи в лечебното заведение и възрастта на

ръководителите по здравни грижи ($p < 0.05$), техния професионален стаж ($p < 0.05$) и образователната им степен ($p < 0.05$).

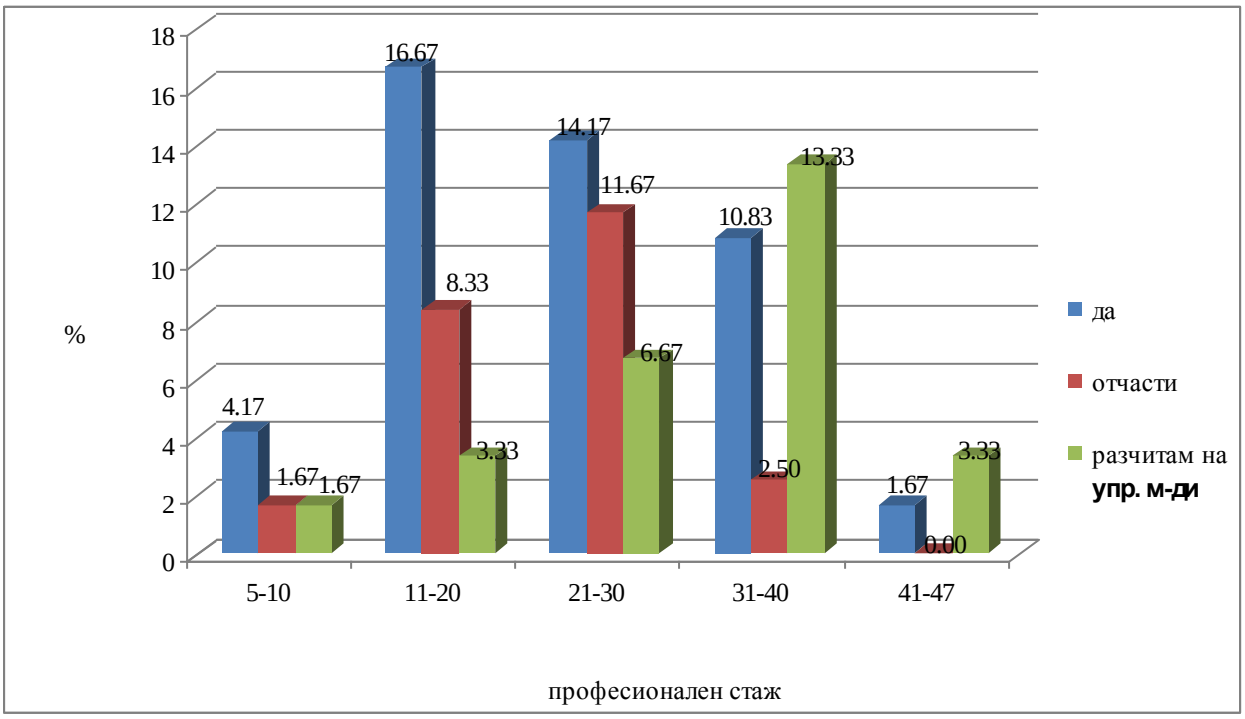
Данните показват, че управленски методи и средства, при организацията на работата, се прилагат непрекъснато, най-често от ръководителите на възраст между 42 и 47 години – 15.83 % (Фигура 20). В този възрастов диапазон, относителният дял на тези от тях, които отчасти прилагат управленски методи и средства или само разчитат на тях е съответно 8.33 % и 3.33 %.

При останалите възрастови групи съотношенията са неясно разпределени или делът на ръководителите, непрекъснато прилагащи управленски методи и средства не е доминиращ **($p < 0.05$).**



Фигура 20. Зависимост между прилагането на управленски методи и средства и възрастта на ръководителите по здравни грижи

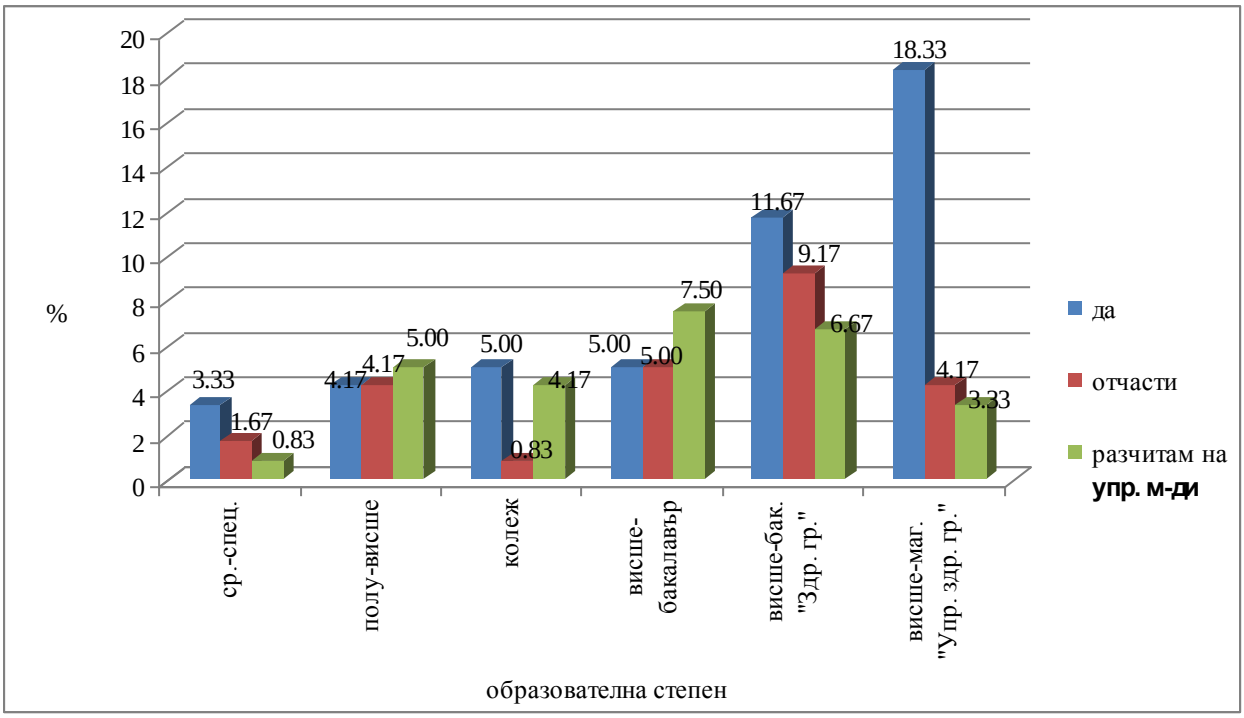
В съответствие с това, от резултатите се вижда, че най-голям относителен дял на ръководителите по здравни грижи, които непрекъснато използват управленски методи и средства е установен при тези с професионален стаж между 11 и 20 години – 16.67 % (Фигура 21). Аналогичен е относителният дял на ръководителите в тази група, които отчасти прилагат управленски методи и средства или само разчитат на тях - съответно 8.33 % и 3.33 % **(p < 0.05).**



Фигура 21. Зависимост между прилагането на управленски методи и средства и професионалния стаж на ръководителите по здравни грижи

На тази база може да се предположи, че при ръководителите по здравни грижи на възраст между 40 и 50 години, притежаващи професионален стаж

между 11 и 20 години, най-благоприятно се съчетават рутината и мотивацията за професионално усъвършенстване и използване на съвременни и научнообосновани подходи в дейността им по организация на работата.



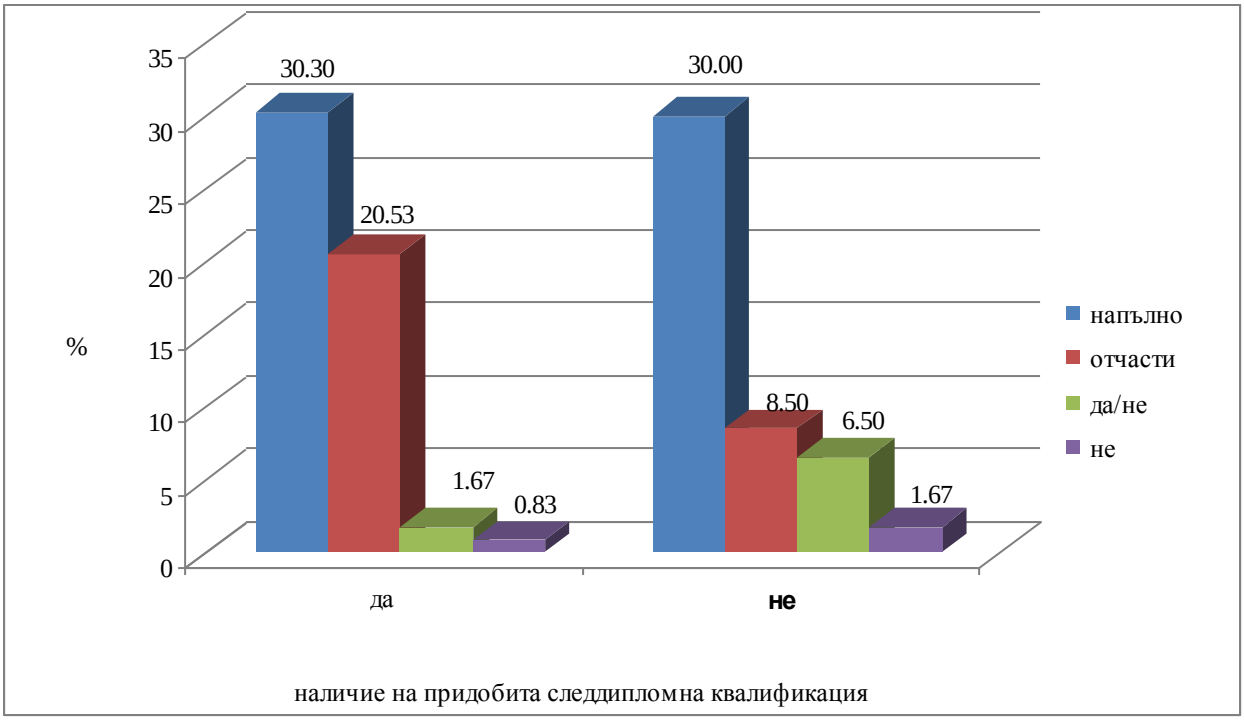
Фигура 22. Зависимост между прилагането на управленски методи и средства и образователната степен на ръководителите по здравни грижи

Анализът на получените резултати ясно показва значението на образователната степен за формирането на управленски качества при ръководителите по здравни грижи. Най-голям относителен дял на тези от тях, които непрекъснато прилагащи управленски методи и средства в организацията на работата е регистриран при ръководителите, притежаващи магистърска степен по “Управление на здравните грижи” – 18.33 % (Фигура

22). В тази група относителният дял на ръководителите, които отчасти прилагат управленски методи и средства или само разчитат на тях е съответно 4.17 % и 3.33 % **(p < 0.05).**

Статистическата обработка на резултатите от изследването показва наличието на зависимост между прилагането на технически фишове и протоколи за здравни грижи и наличие на придобита следдипломна квалификация на ръководителите по здравни грижи (p < 0.05).

Съотношението между ръководителите, които напълно или отчасти прилагат технически фишове и протоколи е съответно 30.30 % към 20.53 % при ръководителите по здравни грижи, притежаващи следдипломна квалификация, и 30.00 % към 8.50 % при тези без следдипломна квалификация (Фигура 23).



Фигура 23. Зависимост между прилагането на технически фишове и протоколи за здравни грижи и наличие на придобита следдипломна квалификация на ръководителите по здравни грижи.

Различия се установяват и по отношение на ръководителите, които отговарят уклончиво (“колкото да, толкова не”) или не използват технически фишове и протоколи. При тези от тях, които притежаващи следдипломна квалификация делът им е съответно 1.67 % и 0.83 %. Значително по-високи са тези стойности при ръководителите, които нямат следдипломна квалификация – съответно 6.50 % и 1.67 %.

Всичко това потвърждава необходимостта от провеждане на мероприятия и създаване на условия за повишаване на квалификацията на ръководителите и професионалистите по здравни грижи в съответствие със съвременните европейски практики за непрекъснатост на обучението като средство за повишаване качеството и ефективността на здравните грижи и гарантиране на устойчиво развитие на здравните заведения.

Резултатите от изследването и техният статистически анализ, показват, че прилагането на управленски методи и средства за организация на здравните грижи и използването на технически фишове и протоколи са надеждни показатели за качеството на управлението на здравните грижи. Статистически доказано е, че тези показатели зависят от образователната степен и следдипломната квалификация на ръководителите, от тяхната възраст и професионален стаж.

2. Проучване удовлетвореността на пациентите от организацията на здравните грижи в лечебните заведения

Реформите в сферата на здравеопазването са ориентирани към повишаване качеството на медицинската помощ, като основна задача на лечебните заведения. Непрекъснато повишаващите се изисквания на пациентите в условията на пазарна икономика обуславят необходимостта от задълбочен анализ на техните потребности и удовлетвореност от организацията и качеството на здравните грижи.

Професионалистите по здравни грижи се грижат за потребностите на пациента и извършват редица манипулации, както в болничната, така и в извънболничната помощ. Те осъществяват продължително наблюдение и непрекъснато общуване с пациентите и техните близки. Ето защо, удовлетвореността на пациентите от качеството на грижите е особено важен елемент от цялостния процес на медицинското обслужване.

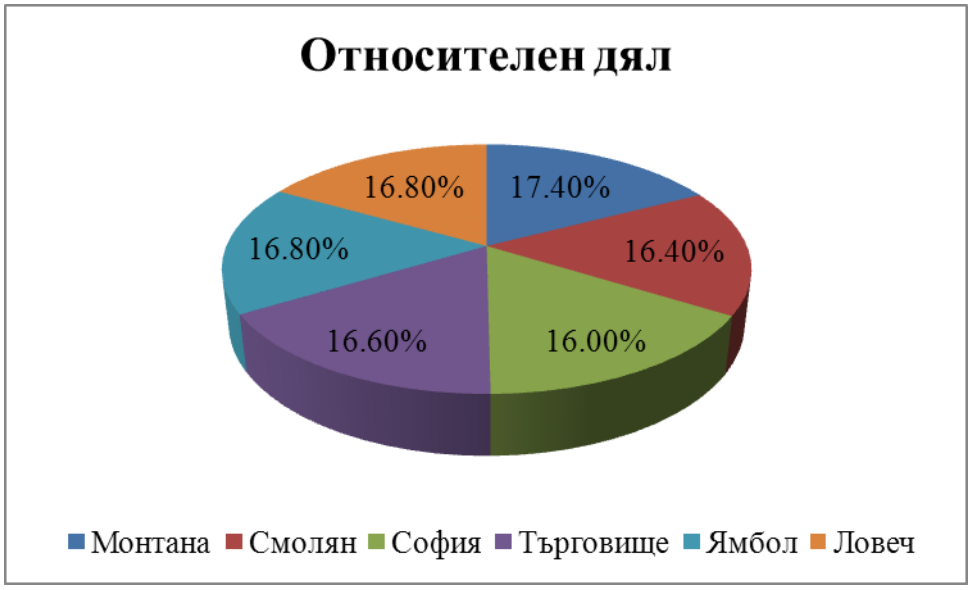
За повишаване на качеството на здравните грижи, които да удовлетворяват пациентите във възможно най-голяма степен, е необходимо правилно управление и ефективна организация на работата. Това е възможно при ясна политика и начин на действие на здравните заведения, които да предоставят условия и възможности за непрекъснато повишаване на квалификацията и компетентността на здравните специалисти.

От професионалните качества и умения на ръководителите по здравни грижи зависи създаването на подходяща емоционалната и психологическа среда, необходима за интегрирането на пациента и неговите близки в процеса на медицинското обслужване. Всичко това, наред с материално-техническото осигуряване, качеството на извършваните манипулации и хигиенните

условия, определя ефективността на здравните грижи и удовлетвореността на пациентите.

2.1. Социален профил на пациентите

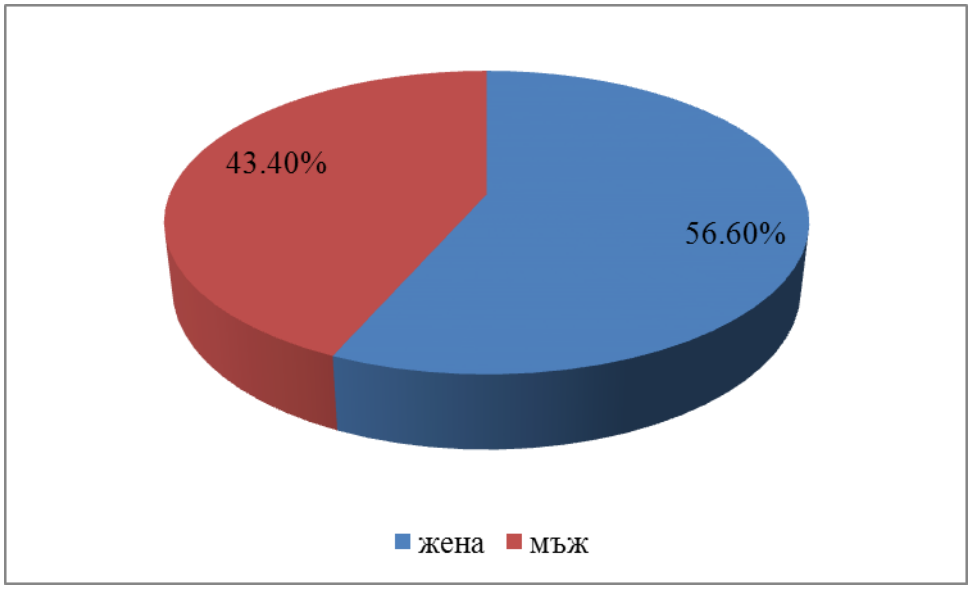
Пациентите, които са обект на проучването, са анкетирани в различни лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ. Това са болници за активно лечение, медицински центрове и диагностично-консултативни центрове, разположени в градовете Ловеч, Монтана, Смолян, София, Търговище и Ямбол. Те са избрани в съответствие с административно-териториалното устройство на страната и Законът за регионалното развитие на страната [66]. Анкетираните са приблизително равномерно разпределени между шестте области (Фигура 24), като относителният дял на тяхното разпределение е между 16.00 % (София) и 17.40 % (Монтана).



Фигура 24. Разпределение на пациентите по райони

Таблица 10. Разпределение на пациентите по възраст

Възраст	Брой	Относителен дял [%]
19 – 30	84	8.40
31 – 41	176	17.60
42 – 50	222	22.20
51 – 60	228	22.80
61 – 70	164	16.40
71 - 87	126	12.60
Общо	1000	100.00



Фигура 25. Разпределение на пациентите според техния пол

Анкетираните пациенти са на възраст от 19 до 87 години (Таблица 10). Най-голям е относителният дял на пациентите на възраст между 51 и 60 години – 22.80 % и на възраст от 42 до 50 години – 22.20 % . Най-малко са пациентите на възраст между 19 и 30 години – 8.40 %.

Съотношението между жените и мъжете е съответно 56.60 % на 43.40 % (Фигура 25).

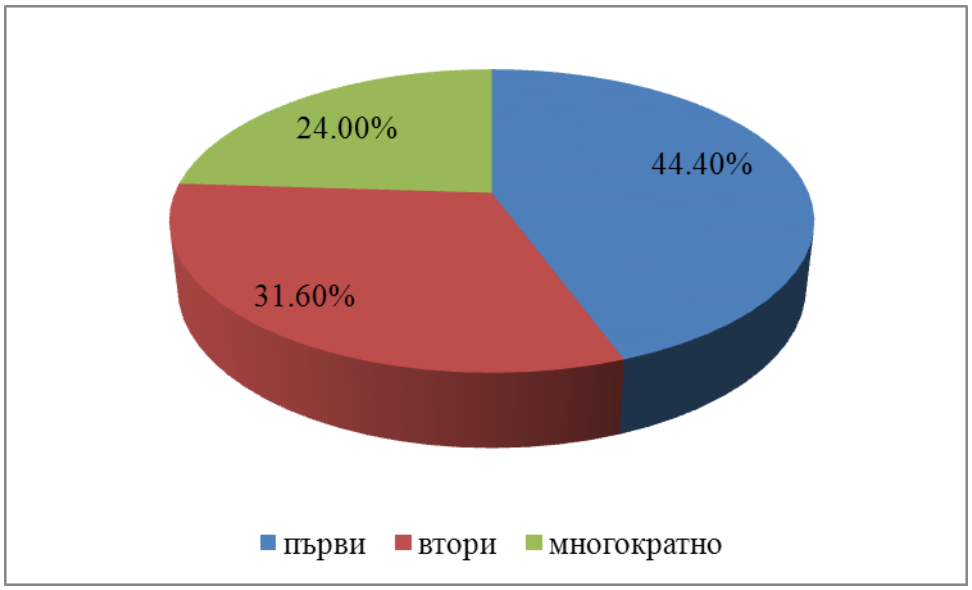
2.2. Удовлетвореност на пациентите от организацията на здравните грижи в лечебните заведения за болнична помощ

Организацията на здравните грижи в болничните отделения има решаващо значение за тяхното качество. Все по-голямата информираност на пациентите обуславя постоянното нарастване на техните изисквания по отношение на болничното обслужване.

Удовлетвореността на пациентите от организацията и качеството на здравните грижи е особено важен елемент от цялостния процес на медицинско обслужване, както и основен фактор за конкурентната способност на здравното заведение в условията на пазарна икономика и свободен избор на пациентите.

44.40 % от анкетираните пациенти постъпват за първи път в болница, 31.60 % постъпват за втори път, а 24.00 % са постъпвали многократно (Фигура 26). Това показва, че повече от половината от пациентите (55.60 %), обект на изследване, не попадат за първи път в болнична обстановка и имат повече или по-малко широка база за сравнение и преценка на условията при които се лекуват. Обикновено, болничната обстановка създава, поне първоначално, угнетяващо впечатление у пациентите, поради факта, че са

психически затормозени от здравословен проблем и се нарушава техния нормален начин на живот.



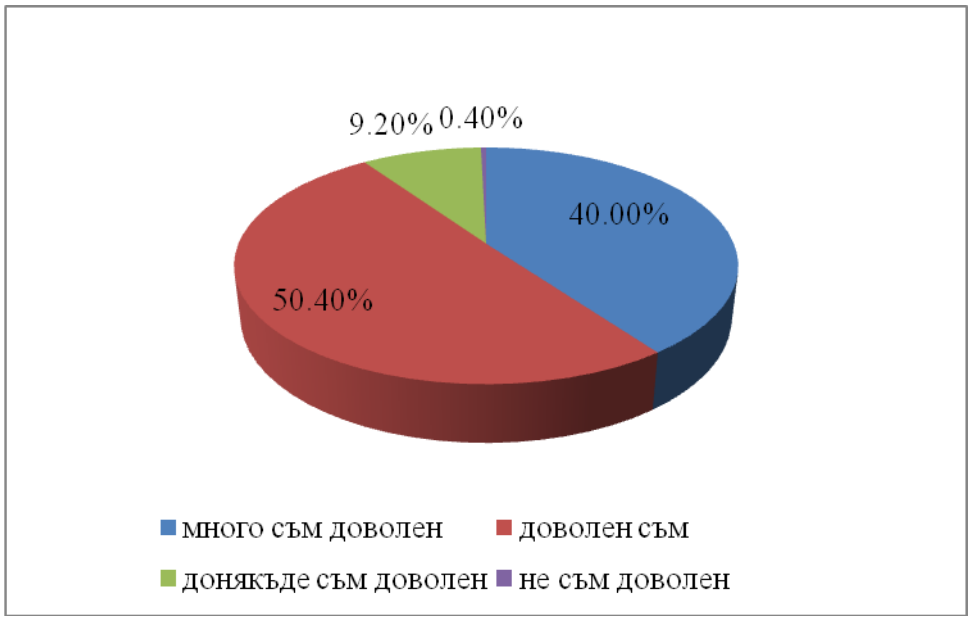
Фигура 26. Разпределение на пациентите според честотата на постъпване в болница

Преодоляването на негативните емоции на пациентите при приемането им в отделението зависи от уменията на професионалистите и ръководителите по здравни грижи. Те трябва да наблюдават тяхното емоционално състояние и да подпомагат бързата им адаптация в болничната обстановка, което е важно, както за удовлетвореност на пациентите от грижите, така и за ефективността на лечението.

По-голямата част от пациентите (90.40 %) посочват, че са доволни – 50.40 %, или много доволни – 40.00 %, от приема в отделението. 9.20 % са донякъде доволни и едва 0.40 % от анкетираните пациенти са декларирали, че не са доволни от приема в отделението (Фигура 27).

Общуването с пациента и демонстрирането на добро отношение и добронамереност от страна на персонала са предпоставка за бързата

адаптация към болничната обстановка, висока степен на удовлетвореност от грижите и ефективност на лечението.



Фигура 27. Разпределение на пациентите според удовлетвореността им от приемането в отделението

Професионалната комуникация на професионалистите по здравни грижи с пациентите се основават на принципите на медицинската етика. Информираността на пациентите също е важен фактор за тяхната удовлетвореност и адаптивност към лечебния процес в болничните условия.

Според резултатите от изследването само около половината от пациентите (52.60 %) считат, че са добре информирани относно вътрешния ред в отделението, процедурите и манипулациите (Фигура 28). Значителен е относителния дял на пациентите, които декларират, че са само частично информирани – 21.00 % или неинформирани – 26.40 %.

Тези данни показват необходимостта от промяна на отношението на персонала към пациентите, което може да се осъществи преди всичко чрез

провеждане на целенасочено обучение и подобряване на контрола от страна на ръководителите.

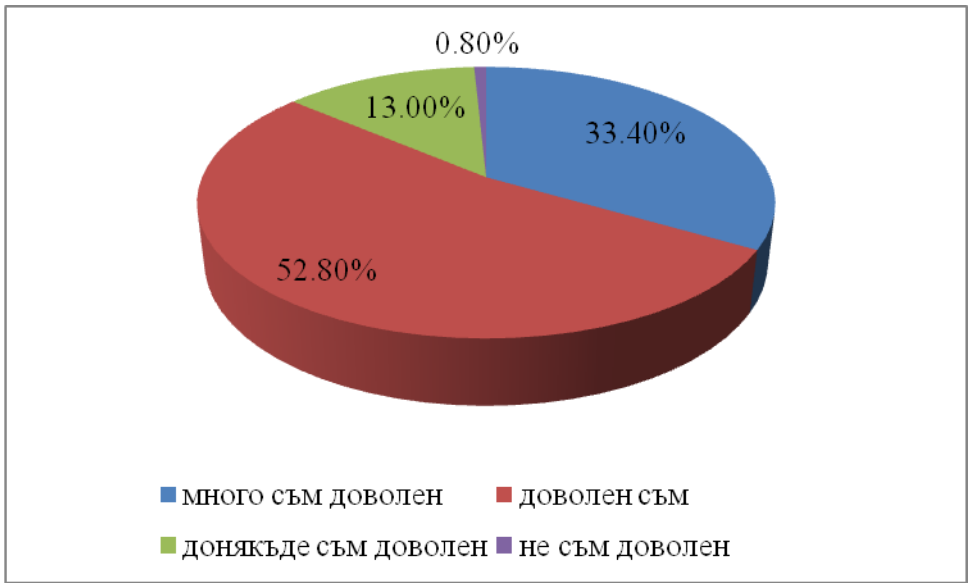
Фигура 28. Разпределение на пациентите според информираността им относно вътрешния ред в отделението, процедурите и манипулациите

Отношението към пациента трябва да следва принципите на уважение към неговата личност и равнопоставеност независимо от пол, възраст, религия, грамотност, култура и състояние.

Независимо от техническата насоченост на грижите в съвременното болнично обслужване, повишаването на неговото качество е неразривно свързано с подобряване на отношението на здравните специалисти към пациентите с проява на съчувствие и съпричастност към техните здравословни проблеми [134].

Добрите хигиенни условия са предпоставка за удовлетвореност на пациентите от здравните грижи и задължителен елемент, изразяващ качеството на болничната дейност.

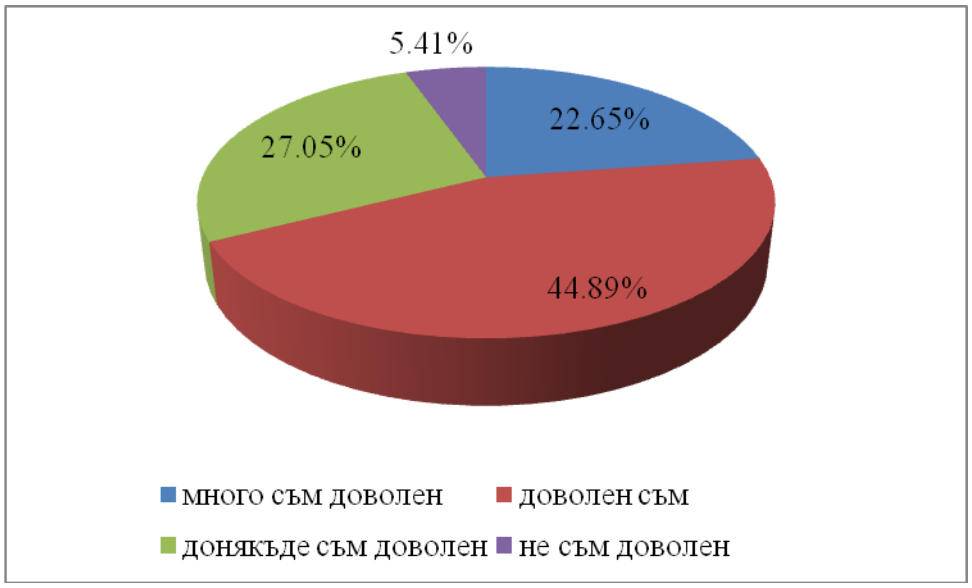
Резултатите от изследването показват, че по-голямата част от пациентите са доволни – 52.80 % и много доволни – 33.40 % от хигиената в отделението (Фигура 29). Сравнително малък е относителният дял на пациентите, заявили известни резерви по този показател – 13.00 %, или декларирали неудовлетвореност – 0.80 %.



Фигура 29. Разпределение на пациентите според удовлетвореността им от хигиената в отделението

Намаляването на делът на пациентите, които не са напълно удовлетворените е свързано с подобряване на организацията на работата в отделенията в съответствие с повишаване на качеството и ефективността на здравните грижи. Това изисква ясно формулиране на правата и задълженията на ръководителите по здравни грижи, както и непрекъснато повишаване на тяхната квалификация, професионални и управленски умения.

Противоречиви са резултатите и по отношение на удовлетвореността на пациентите от качеството на храната и нейното съответствие с предписана диета съобразно основното заболяване.



Фигура 30. Разпределение на пациентите според удовлетвореността им от качеството на храната и нейното съответствие с предписана диета съобразно основното заболяване

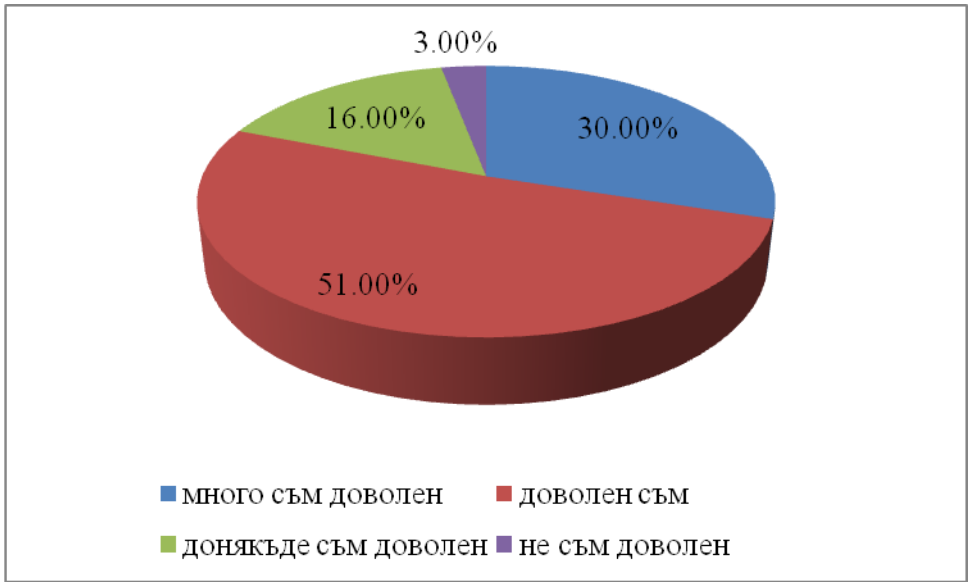
22.65 % посочват, че са много доволни, а 44.89 %, че са доволни (Фигура 30). Значителен е относителния дял на пациентите, които са частично удовлетворени – 27.05 % или не са доволни – 5.41 %, което е индикатор за необходимостта от подобряване на организацията на здравните грижи.

Липсата на финансови средства е най-честата причина за недостатъчната удовлетвореност на пациентите от болничното хранене. Внасяните в отделението храни от пациентите и техните близки, не винаги отговарят на

принципите на лечебното хранене, което може да компроментира в някаква степен лечебния процес.

Пазарните условия предполагат алтернативни форми за болнично хранене, като се използват подготвени специалисти – инструктори по хранене и диетични сестри. Те трябва да обучават пациентите и техните близки по отношение на храненето, като съществен елемент от грижите.

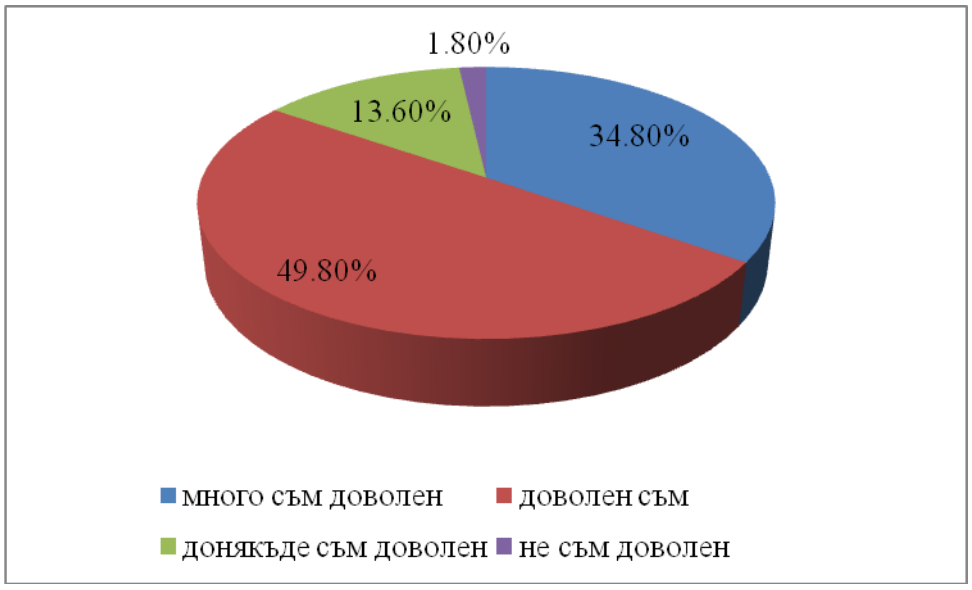
Проучването показва, че по-голяма част от пациентите са удовлетворени от начина по който са информирани за предстоящите изследвания, процедури и манипулации. 30.00 % от тях са декларирали, че са много доволни, а 51.00 %, че са доволни. Едва общо 19.00 % са отговорили, че са донякъде или недоволни от начина по който са информирани за предстоящите изследвания, процедури и манипулации (Фигура 31).



Фигура 31. Разпределение на пациентите според удовлетвореността им от начина по който са информирани за предстоящите изследвания, процедури и манипулации

Ефективността на провежданите изследвания, манипулации и процедури зависи до голяма степен от удовлетвореността на пациентите, което налага тяхното професионално информиране и предразполагане при осъществяването им.

От получените резултати се вижда, че 49.80 % от анкетираните пациенти са доволни от извършваните манипулации и процедури, а 34.80 % са много доволни (Фигура 32). 13.60 % са отговорили уклончиво, а 1.80 % от пациентите са декларирали неудовлетвореност от извършваните манипулации и процедури.

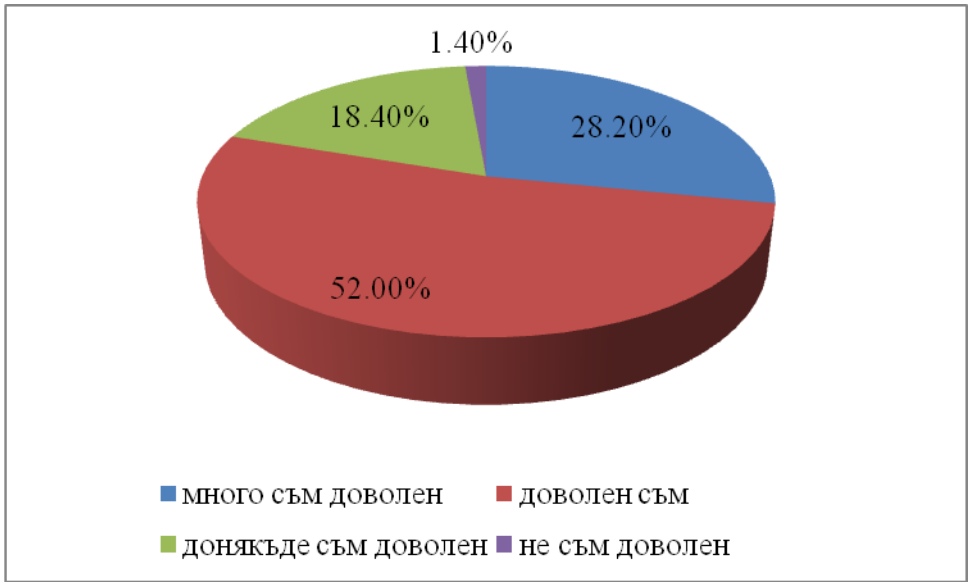


Фигура 32. Разпределение на пациентите според удовлетвореността им от извършваните манипулации и процедури

Тези данни показват значението на квалификацията и уменията на професионалистите по здравни грижи, които зависят не само от обучението им в учебните заведения, но и от професионалното им развитие на работното място. Основна роля за това има организацията на работата в болниците,

съобразена с принципа за “непрекъснатост на обучението през целия живот”, продължаващо обучение и продължителна квалификация с цел устойчиво развитие на човешките ресурси.

Аналогични са резултатите по отношение на разпределението на пациентите според удовлетвореността им от начина по който са информирани за здравословното им състояние. 52.00 % от анкетираните пациенти са посочили, че са доволни, а 28.20 % много доволни (Фигура 33). 18.40 % са отговорили уклончиво, а 1.40 %, че не са доволни.



Фигура 33. Разпределение на пациентите според удовлетвореността им от начина по който са информирани за здравословното им състояние

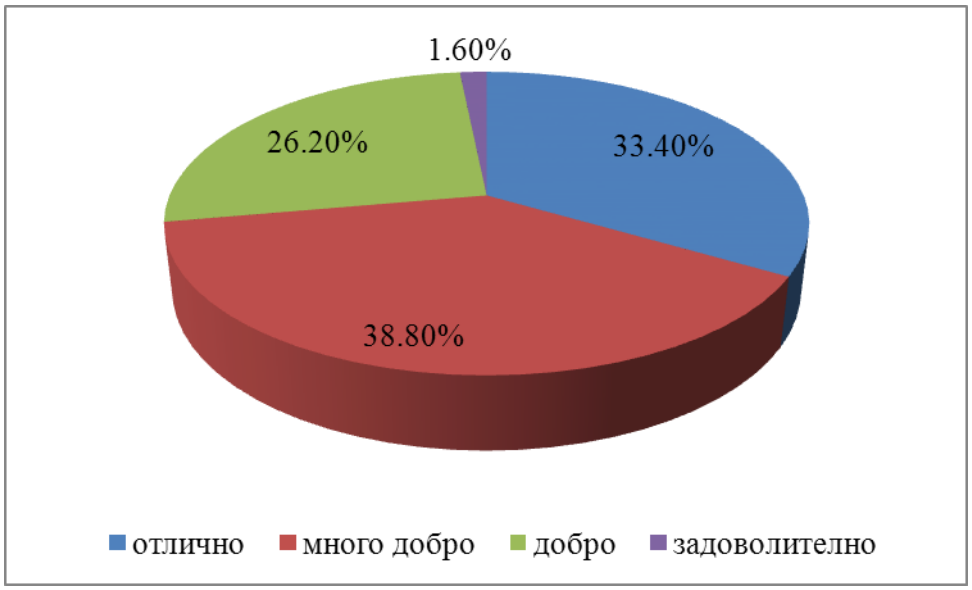
На Фигура 34 са представени резултатите по отношение на удовлетвореността на пациентите от времето, което отделят за разговори с тях медицинските специалисти. Само 35.80 % от анкетираните посочват, че медицинските специалисти отделят достатъчно време за разговори с пациентите. 44.20 % отговарят, че това се случва само понякога, а 20.00 %, че

медицинските специалисти нямат време за разговори. Тези резултати показват недостатъчното ниво на комуникация между пациентите и професионалистите по здравни грижи, което неминуемо оказва негативни влияние на качеството и ефективността на здравните грижи.

Фигура 34. Разпределение на пациентите според удовлетвореността им от времето, което отделят за разговори с тях медицинските специалисти

Данните от проучването паказват, че 33.40 % от пациентите определят качеството и организацията на работата в отделението като отлично, а 38.80 % от тях като много добро (Фигура 35). 26.20 % от анкетираните пациенти оценяват качеството и организацията на работата в отделението като добро и 1.60 % като задоволително. Резултатите по този показател са аналогични на данните за удовлетворността на пациентите от извършваните манипулации и процедури (Фигура 32). Това показва, че наред с хигиенните условия, които са определящи за впечатленията от всякакъв вид заведения, основно значение

за удовлетвореността на пациентите има качеството на извършваните манипулации и процедури. Тези резултати са показателни за ролята и значението на здравните специалисти за качеството на грижите, а в контекста на свободния избор на пациентите, и по отношение на конкурентната способност на здравните заведения в условията на пазарна икономика.



Фигура 35. Разпределение на пациентите според удовлетвореността им от организацията и качеството на работата в отделението

Потвърждение за всичко това са данните представени в Таблица 11. В нея е показано разпределението на пациентите според препоръките им за подобряване организацията на работата в отделението. 9.40 % от тях препоръчват повишаване на квалификацията на професионалистите по здравни грижи, едва 4.80 % - повишаване на контрола върху тяхната работа, а 17.20 % - подобряване на материално-техническата база. 38.40 % от пациентите считат, че това ще се постигне с подобряване на управлението на здравните грижи. Това е показателно за значението на ръководителите по

здравни грижи и техните професионални и ръководни умения. 30.20 % от анкетираните препоръчват да се повиши броя на професионалистите по здравни грижи, което отново показва значението им за системата на здравеопзването, като цяло.

Таблица 11. Разпределение на пациентите според препоръките им за подобряване организацията на работата в отделението

Препоръки	Брой	Относителен дял [%]
Подобряване управлението на здравните грижи	**192**	**38.40**
По-добра квалификация на персонала	**47**	**9.40**
Да се повиши броя на професионалистите по здравни грижи	**151**	**30.20**
Подобряване на материално-техническата база	**86**	**17.20**
Повишаване на контрола върху работата на здравните специалисти	**24**	**4.80**
Общо	**500**	**100.00**

Може да се предположи, че в бъдеще, все повече ще нараства ролята и значението на професионалистите по здравни грижи. От техните умения и наличието на достатъчен брой квалифициран персонал, ще зависи до голяма степен не само качеството и ефективността на здравните грижи, израз на които е удовлетвореността на пациентите, но и икономическата рентабилност

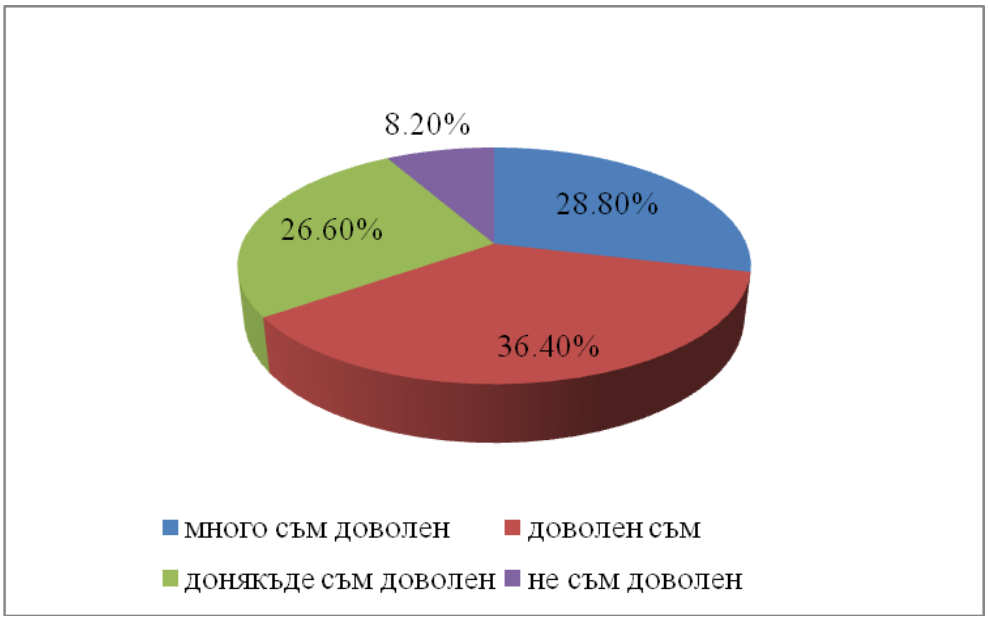
на здравните заведения в условията на свободен избор на пациентите и пазарна икономика.

За предоставяне на ефективни и качествени здравни грижи е необходимо укрепване и разширяване на отговорностите и функциите на ръководителите. Това налага комплексно проучване на организацията и управлението на здравните грижи в многопрофилните болници за активно лечение и разработването на модел с методични подходи за управленските функции на ръководителите по здравни грижи в зависимост от потребностите на пациентите.

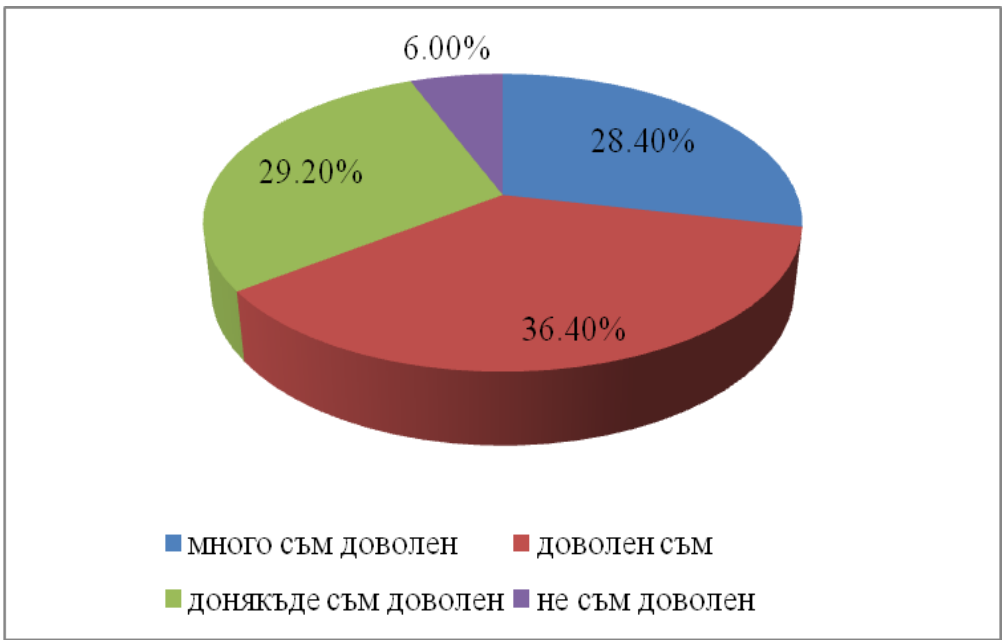
2.3. Удовлетвореност на пациентите от организацията на здравните грижи в лечебните заведения за извънболнична помощ

Качеството и ефективността на здравните услуги в диагностично-консултативните и медицинските центрове зависи в голяма степен от организацията и качеството на здравните грижи, обективна оценка за което е удовлетвореността на пациентите. Техните наблюдения върху организацията на работата и виждания им за нейното подобряване са индикативни за приложимостта и актуалността на начините за повишаване ефективността на управлението на здравните грижи, като средство за подобряване на тяхното качество. Организацията и планирането на прегледите е основен фактор за ефективното функциониране на лечебното заведение. Удовлетвореността на пациентите по този показател е представена на Фигура 36. Много доволни и доволни са съответно 28.80 % и 36.40 %. Значителен е относителният дял на пациентите, които са доволни само донякъде – 26.60 % или не са доволни – 8.20 %, които са около една трета от анкетираните. Тези резултати показват,

че подобряването на организацията и ефективното планиране на прегледите е важен аспект за повишаване качеството на здравните грижи.



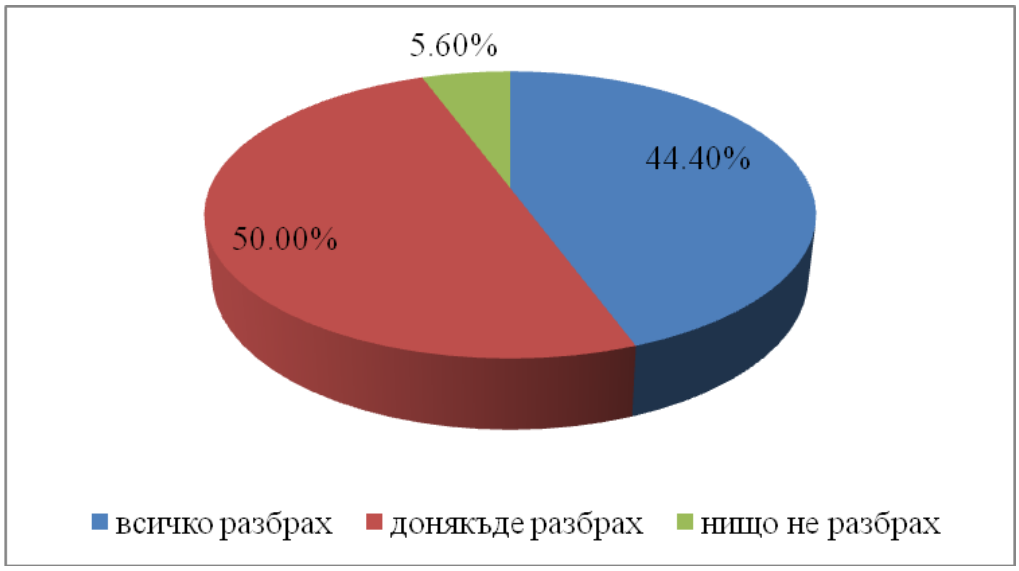
Фигура 36. Удовлетвореност на пациентите от организацията и планирането на прегледите



Фигура 37. Удовлетвореност на пациентите от подготовката за прегледа, извършвана от здравния специалист

По-голямата част от пациентите (64.80 %) посочват, че са доволни – 36.40 %, или много доволни – 28.40 %, от подготовката за прегледа, която извършва здравния специалист. Не е малък и делът на пациентите, които са доволни донякъде - 29.20 %, а 6.00% отговарят, че не са доволни (Фигура 37).

44.40 % от пациенти възприемат като напълно разбираеми указанията за подготовка на прегледа, за половината от анкетираните (50.00 %) те са разбираеми донякъде, а 5.60 % посочват, че не разбират указанията на медицинските специалисти (Фигура 38). Независимо, че тези резултати носят известна субективност, обусловена от възрастовия профил на пациентите, това не намалява значението на този показател като насока за подобряване на качеството на здравните грижи.

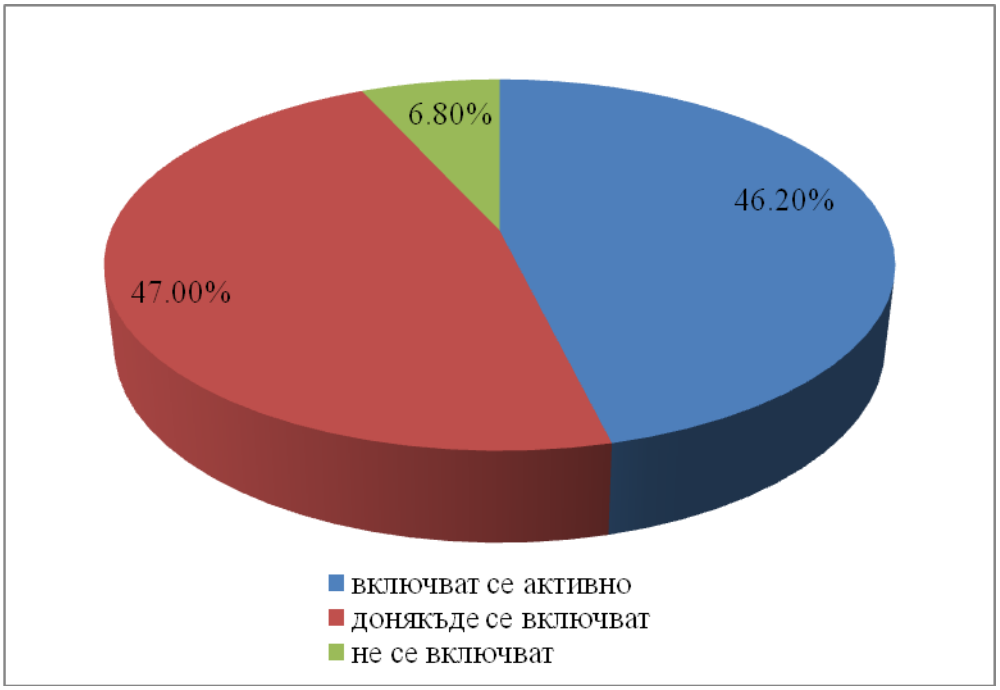


Фигура 38. Разбираемост на указанията на здравния специалист за подготовка на прегледа

Повишаването на удовлетвореността на пациентите от дейностите, свързани с организацията, планирането и подготовката на прегледите зависи

от броя и квалификацията на здравните специалисти, а също така от ефективността на управлението на здравните грижи.

Според 46.20 % от анкетираните, здравните специалисти участват активно в профилактичните дейност, 47.00 % считат, че това става донякъде, а 6.80 % от пациентите не виждат участие на здравните специалисти в профилактиката (Фигура 39).

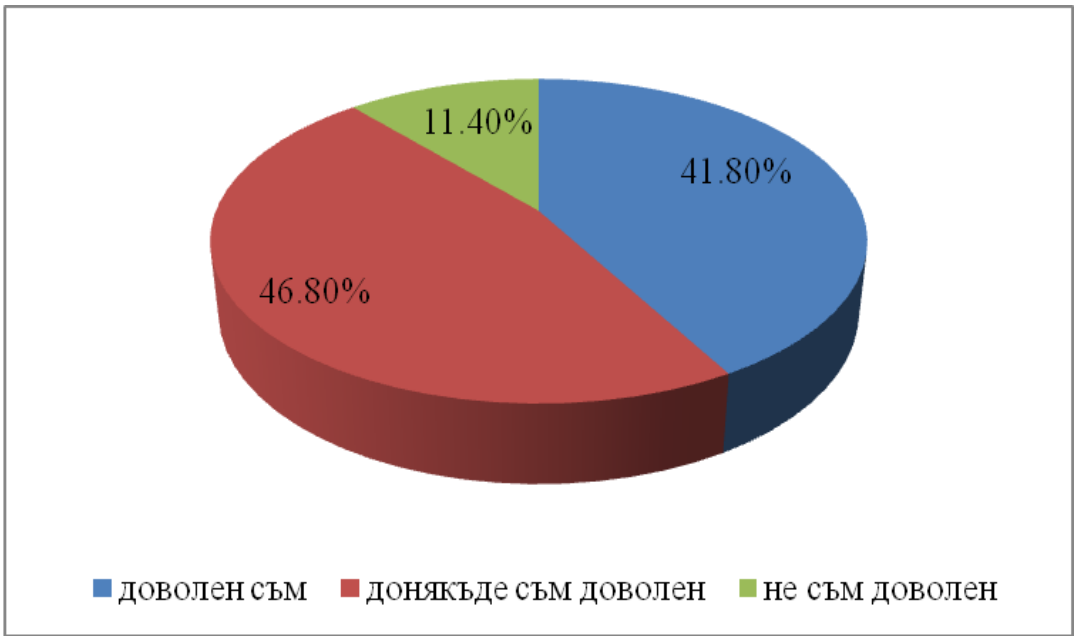


Фигура 39. Участие на здравните специалисти в профилактичните дейности

Подобни резултати са регистрирани и по отношение на удовлетвореността на пациентите от организацията и контрола на заболяванията. 41.80 % от анкетираните са доволни, 46.80 % са донякъде доволни, а 11.40 % декларират, че не са доволни (Фигура 40).

Данните от проучването на последните два показателя особено ясно подчертават необходимостта от прилагане на методични подходи в

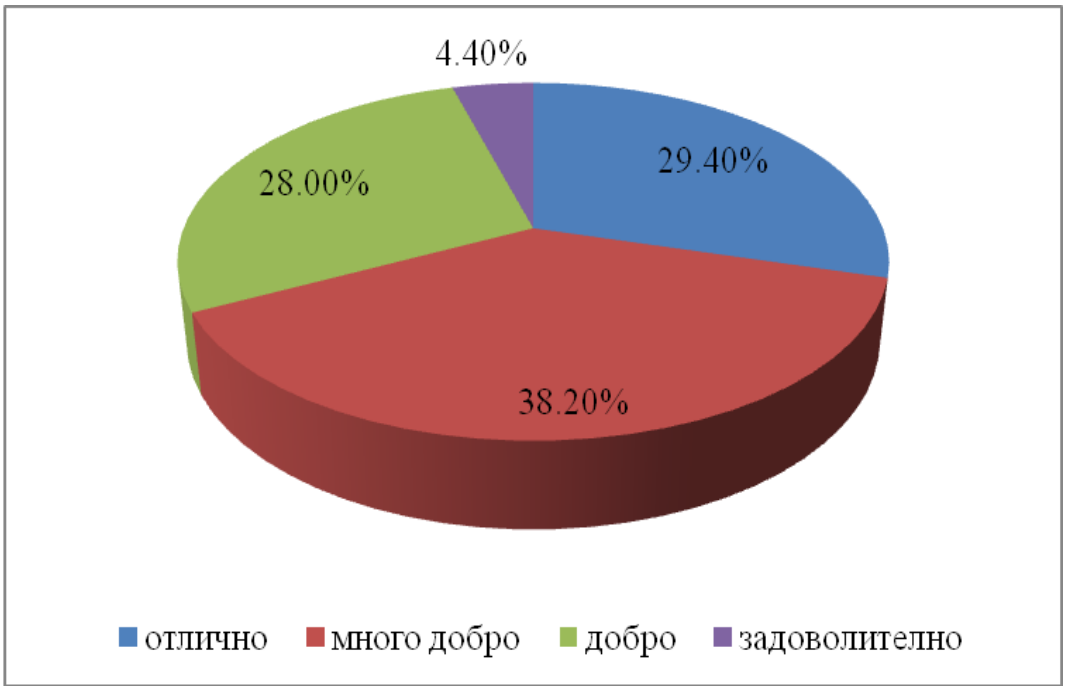
управлението на здравните грижи. Това ще спомогне за подобряване на организацията на работата и качеството на грижите, израз на което е удовлетвореността на пациентите.



Фигура 40. Удовлетвореност на пациентите от организацията за контрол и проследяване на заболяванията

Резултатите от изследването показват, че 29.40 % от пациентите в лечебните заведения за извънболнична помощ определят качеството на здравните грижи като отлично, а 38.20 % от тях като много добро (Фигура 41). 28.00 % от анкетираните оценяват качеството като добро и 4.40 % като задоволително. Резултатите по този показател са аналогични на данните за удовлетворността на пациентите от организацията и планирането на прегледите (Фигура 36), а също така са сходни с оценката за качеството на здравните грижи на пациентите от болничната помощ (Фигура 35). Това показва, че докато удовлетвореността на пациентите в болничните отделения зависи главно от качеството на извършваните манипулации и процедури,

пациентите в лечебните заведения за извънболнична помощ, оценяват качеството на здравните грижи въз основа на удовлетвореността си от организацията и планирането на прегледите.



Фигура 41. Удовлетвореност на пациентите от качеството на здравните грижи

Тези изводи косвено се потвърждават от резултатите, представени в Таблица 12. В нея е показано разпределението на пациентите според препоръките им за подобряване на качеството на здравните грижи. Най-голям е относителният дял на анкетираните, които считат, че това ще се постигне чрез подобряване на управлението на здравните грижи – 37.40 %, както и чрез повишаване на броя на здравните специалисти – 30.40 %. Подобряване на материално-техническата база препоръчват 16.80 % от пациентите, 10.00 % от тях смятат, че е необходима по-добра квалификация на здравните

специалисти, а 5.40 % изискват по-голямата им ангажираност в дейностите (Таблица 12).

Таблица 12. Разпределение на пациентите от извънболничната помощ според препоръките им за подобряване качеството на здравните грижи

Препоръки	Брой	Относителен дял [%]
Подобряване на управлението на здравните грижи	**187**	**37.40**
Повишаване на ангажиментите на здравните специалисти	**27**	**5.40**
По-добра квалификация на персонала	**50**	**10.00**
Да се повиши броя на здравните специалисти	**152**	**30.40**
Подобряване на материално-техническата база	**84**	**16.80**
Общо	**500**	**100.00**

Резултатите от изследването на удовлетвореността на пациентите в лечебните заведения за извънболнична помощ също са показателни за ролята и значението на ръководителите по здравни грижи. Квалификацията и професионалните им умения определят ефективността на управлението и качеството на грижите. Тяхното подобряване, което намира израз в удовлетвореността на пациентите, изисква прилагане на методични подходи в дейността на ръководителите и може да се постигне чрез въвеждане на

единен модел на управление на здравните грижи, като средство за повишаване и гарантиране на качеството им.

Препоръките на пациентите за увеличаване броя на професионалистите по здравни грижи, са поредно потвърждение за ролята на тяхната професия като един от фундаментите в системата на здравеопазването. Значението на квалификацията и уменията на здравните специалисти, като фактор за качество на здравните грижи, обуславя необходимостта моделът за тяхното управление да отговаря на принципа за „непрекъснатост на обучението". В съответствие с него, лечебните заведения трябва да провеждат мероприятия и да създават условия за непрекъснато усъвършенстване и повишаване квалификацията на ръководителите и професионалистите по здравни грижи.

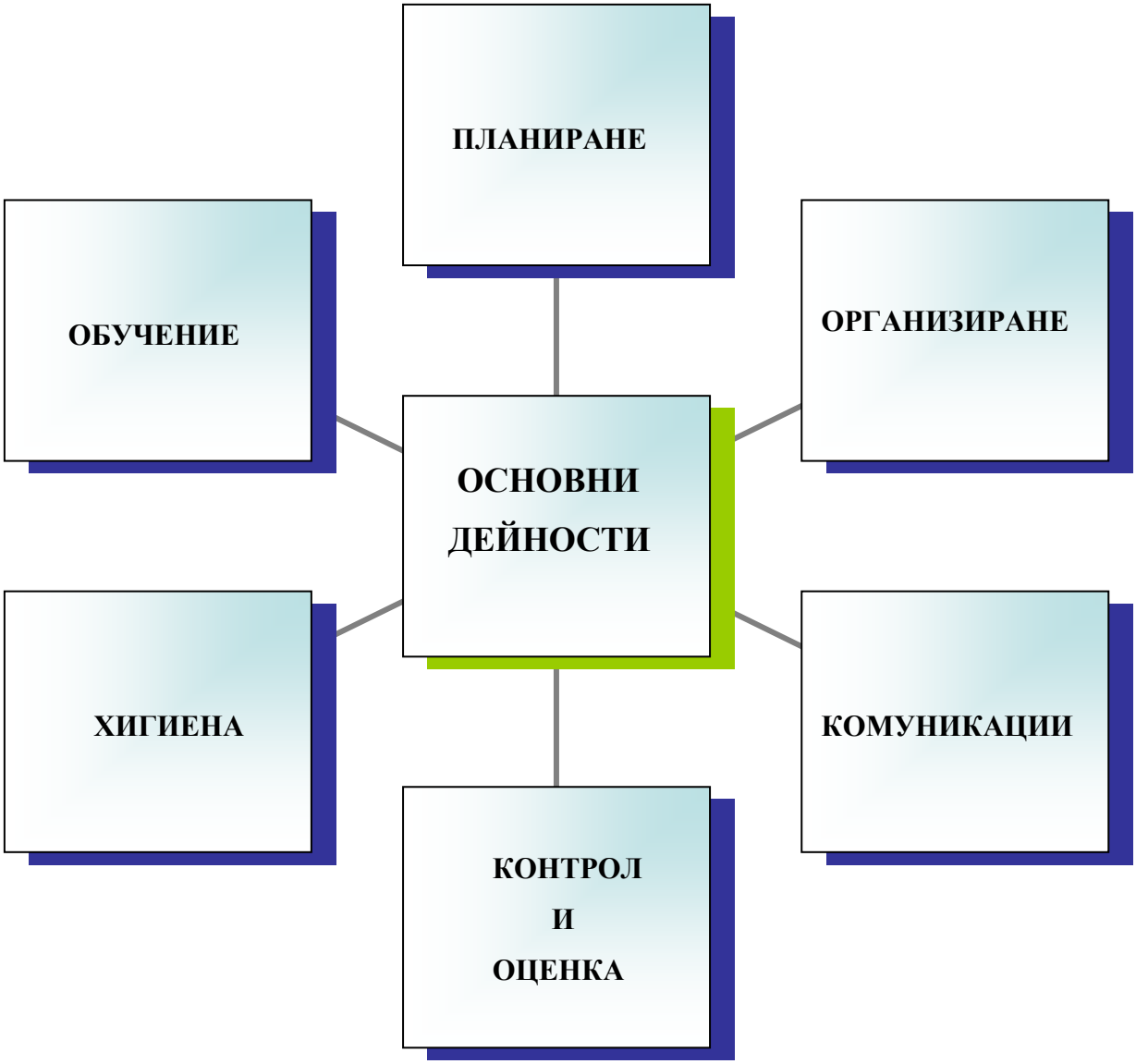
Всичко това, пряко или косвено, влияе на удовлетвореността на пациентите от здравните услуги, предоставяни от лечебното заведение и определя негова икономическа стабилност в условията свободен избор на пациентите и пазарна икономика.

3. МОДЕЛ НА УПРАВЛЕНСКИТЕ ФУНКЦИИ НА РЪКОВОДИТЕЛИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ В ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ

Доброто ръководство се фокусира върху динамиката на персонала, като винаги се свързва с конкретните проблеми и се осъществява с цел по-добро разбиране и контролиране на дейността. Също така, необходимо е развитие на рамката на ръководните функции, които да са подходящи за сферата на съответната дейност. Тази рамка трябва да бъде достатъчно ясна, за да се възприема от персонала, и същевременно да притежава достатъчна гъвкавост, за да може да бъде приложима към променящите се потребности, към различните нива и при различните ситуации.

Най-сложното ново умение, което се изисква при ръководството, е това, което авторите Hawkins и Shohet [162], наричат „хеликоптерна способност". Тя представлява способността да се прехвърля фокуса между различните области, като например: клиента (пациента), персонала и техните дейности, управленския процес и взаимоотношенията с подчинените, по-широкия контекст на организацията и междуорганизационните въпроси. Обикновено, това умение не може да бъде научено, което обуславя необходимостта ръководителят да го постави като своя първоначална цел и да го прилага в практиката. Счита се, че са необходими много години, за да бъдат развити съответните способности за прилагането му. Важно условие е наличието на разбиране на всички организационни нива, както и ясни перспективи, които това умение предоставя за оптимизиране на управленските функции, а в последствие и разширяване на фокуса в процеса на ръководство.

Основните функции при управление на здравните грижи в лечебното заведение са насочени към: планиране, организиране, контрол и оценка, взаимоотношения и обучение (Фигура 42).



Фигура 42. Схематичен модел на управленските функции на здравните грижи

Тези функции, ръководителите по здравни грижи трябва да осъществяват в единен и непрекъснат цикъл, което изисква способност за бързо преминаване от една управленска функция към друга. За да може да се осъществява ефективно този процес е необходимо ръководителите да разполагат с конкретни методи и средства, насочени към съответната дейност и грижи. Така например, при планирането е необходимо да се прилага съответна методика за оценка на потребностите от специалисти. Тази методика включва описание на конкретните дейности извършвани от съответните професионалисти по здравни грижи – медицински сестри, акушерки, лаборанти или рехабилитатори.

На основата на подход в управлението, чрез развиване на „хеликоптерната способност“ и анализа на разнообразните функции, извършвани от ръководителите по здравни грижи в лечебните заведения, се предлага модел, при който управленските функции са ясно дефинирани и се извършват едновременно и в съответствие с многообразието и динамиката на процесът на управление на здравните грижи (Таблица 13).

Правилното организиране на дейноста на професионалистите по здравни грижи изисква да бъдат разработени управленски средства, които да дават указания за извършване на дейностите и грижите според съществуващите стандарти и добри практики. Въз основа на това може да се извършва контрол на дейностите и качеството в съответната болнична структура.

Съвременното управление трябва да се осъществява преди всичко на базата на специфични методи и подходи, които да гарантират повишаване на ефективността и качеството на здравните грижи. Необходимо е професионалистите по здравни грижи, които заемат ръководни длъжности в болничните структури като главни и старши медицински сестри (акушерки,

лаборанти, рехабилитатори) да разполагат с база данни и разработени софтуерни продукти, осигуряващи непрекъснат достъп до информацията, необходима за вземане на своевременни и адекватни управленски решения.

Таблица 13. Модел на управлението на здравните грижи в лечебното заведение

I.	ПЛАНИРАНЕ
	1. Планиране на потребностите от персонал ● *Запознаване подробно с целите за развитие на отделението/клиниката* ● *Избор на методи за определяне на потребностите от персонал* ● *Изготвяне на предварителен вариант на прогноза за потребностите от персонал* **2. Подбор на персонал** ● *Оценка на състоянието на пазара на труда* ● *Избор на методите за подбор на кандидатите* ● *Публикуване на обявата за работа* ● *Обработване на необходимите документи на кандидата* ● *Провеждане на интервюта и тестове* ● *Определяне крайният срок за назначаването* ●*Назначаване на одобрения кандидат и оформяне на документите за постъпване на работа: - Автобиография, Диплом за завършена степен(бакалавър, магистър),* …… **3. Обучение и развитие на новопостъпили – тестове, анализ на резултати.** ● *Запознаване с длъжностната характеристика на професионалиста по здравни грижи.* ● *Основни задължения произтичащи от заеманата длъжност.* ● *Прием на болни* ● *Функции и дейности* ● *Работа със специфична медицинска апаратура и*

	почистването и. ● *Дезинфекция и стерилизация* ● *Водене на налична документация* ● *Специфични отговорности на професионалиста по здравни грижи* ● *Участие в обучението на студенти* ●*Подчиненост и заменяемост – на функционален и административен принцип* ● *Права, задължения и развитие на професионалиста по здравни грижи* **4. Планиране на дейностите и грижите** ● *Анализ на състоянието и основните проблеми на пациента* ● *Събиране на данни за здравословното състояние на пациента и неговия начин на живот* ● *Анализ на събраната информация и очертаване на основните проблеми* ● *Формулиране на сестринската диагноза* ● *Изготвяне на индивидуален план за грижи* ● *Осъществяване на изработения план* ● *Оценка на получените резултати и ефективността от плана за грижи.* **5. Планиране на материалните ресурси** ● *Снабдяване с хигиенни материали, дезинфекатанти, консумативи* ●*Организация по получаване, съхраняването, разпределенето на медицинските консумативи* **6. Планиране на персонала** ● *Изработване на месечен график на мед.сестри, болногледачи и санитари*
II.	**ОРГАНИЗИРАНЕ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ**
	1. Организиране и планиране на непрекъснатостта на здравни грижи ● *Разработване на средства за организация на здравните грижи в отделението – технически фиш, протокол за здравни грижи, изработване на сестринско досие, индивидуален план за сестрински грижи* ● *Запознаване на персонала с въведените в отделението технически средства, фишове и протоколи*

	2. Участие в сутрешен рапорт, приемане и предаване на дежурство ● *Сестрински рапорт* ● *Лекарски рапорт* **3. Разпределение на персонала по работните сектори** **4. Разпределение на задачите на персонала за работната смяна** **5. Изготвяне на сведение за движение на болните** **6. Контрол на болничната хранене** ● *Изготвяне на требвателен лист* ● *Организиране на болничното хранене* ● *Получаване и разпределение на храната* ● *Организация на храненето на тежко болните* **7. Контрол на болничната хигиена** ● *Изработване на хигиенен план на отделението* ● *Контрол на текущата дезинфекция* ● *Подготовка и провеждане на хигиенна визитация* **8. Организиране на приема и престоя на пациентите**
III.	**ОБУЧЕНИЕ НА ПЕРСОНАЛА, ПАЦИЕНТИТЕ И ТЕХНИТЕ БЛИЗКИ**
	1. Изготвяне на учебна програма за сестрински и санитарен колегиум **2. Участие в проекти за обучение на персонала и пациенти** **3. Обучение на пациентите и техните близки** ● *Хранителния режим* ● *Двигателния режим* ● *Прием на лекарства след изписването* ● *Контролния преглед* ● *Лабораторни изследвания* ● *Други полезни съвети* **4. Участие при решаване на проблеми и конфликтни ситуации в сестринските и санитарите екипи** **5. Оценяване на потребностите от обучение на персонала**
IV.	**КОМУНИКАЦИИ В ЕЖЕДНЕВНАТА РАБОТА**

	1. Координиране и организиране на приема на пациенти **2. Координация и комуникация с болнични структури** ● *Други отделения* ● *Лаборатория* ● *Аптека* ● *Кухня* ● *Складове* ● *Технически служби* **3. Участие в съвещание на съвета по Здравни грижи** ● Подготовка за съвещанието ● Проблеми, решения, перспективи ● Книга за водене на записки **4. Участие в делови разговори** **5. Участие и комуникации с извънболнични стуктури** ● *ХЕИ* ● *РИОКЗ* ● *БАПЗГ*
V.	**КОНТРОЛ И ОЦЕНКА НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ**
	1. Контрол на грижите и дейностите на персонала **2. Оценка на грижите и дейностите на персонала** **3. Контрол на хигиенните мероприятия и спазване на хигиения план на отделението** **4. Контрол на лечебното хранене** **5. Контрол на сестринската документация** ● *Рапортна тетрадка* ● *Книга за движение на болните* ● *Тетрадка за визитация* ● *Тетрадка за назначения* ● *Тетрадка за консултации* ● *Сестринско досие* ● *Индивидуален план за грижи* ***6. Контрол по спазване на технически фишове, и протоколи*** ***7. Участие в инвентаризация на отделението.***

	Документация ***8. Контрол на материално-техническото състояние на отделението*** ***9. Контрол по спазване на вътрешния ред в отделението/клиниката*** ***10. Оценяване на дейността на сестринския и санитарски персонал*** ***11. Изработване на средства за контрол и оценка***
VI.	**ХИГИЕНА**
	1. Превенция и профилактика на ВБИ – използване на предпазни средства при работа с пациенти **2. Защита на персонала от ВБИ** **3. Оценка на риска от ВБИ** **4. Хигиена на ръцете** **5. Дезинфекция и приготвяне на дезинфекционни разтвори** ● *Методи на дезинфекция* **6. Стерилизация** ● *Методи на стерилизация* **7. Хигиена на болничното бельо** **8. Дезинфекция на индивидуални предмети за грижите за болния** **9. Обезаразяване на секрети и екскерти** **10. Дезинфекция на специална медицинска апаратура** **11. Контрол на болничните отпадъци** ● *Битов отпадък* ● *Опасни болнични отпадъци*

ИЗВОДИ

1. Професионалистите по здравни грижи, които заемат ръководни длъжности в лечебните заведения са млади хора на възраст от 35 до 50 години. Най-голям е относителният дял на ръководителите по здравни грижи на възраст между 42 и 47 години – 27.50 %, както и на възраст между 36 и 41 години – 25.83 %. Техният професионален стаж е от 5 до 47 години, като най-голям е делът на ръководителите с професионален стаж между 21 и 30 години – 32.50 %.

Професионалният стаж на ръководителите (медицински сестри, акушерки, лаборанти и рехабилитатори) на тази длъжност е от 1 до 36 години, като най-често той е между 6 и 12 години – 35.00 %.

2. Ръководителите по здравни грижи, които непрекъснато се обучават и прилагат управленски методи и средства са едва 38.33 %, като има и значителна част от заемащите ръководни длъжности, които осъществяват управленските си функции единствено и само на основата на практическия опит, който са придобили (35.83 %).

3. Управленски методи и средства, при организацията на работата, се прилагат непрекъснато, най-често от ръководителите на възраст между 42 и 47 години, както и от притежаващите професионален стаж между 11 и 20 години.

Въз основа на горепосоченото, може да се предположи, че при ръководителите по здравни грижи, отговарящи на подобен профил, най-благоприятно се съчетават рутината и мотивацията за професионално усъвършенстване и използване на съвременни и научнообосновани подходи в дейността им по организация на здравните грижи в лечебното заведение.

4. Най-голям относителен дял на ръководителите, непрекъснато прилагащи управленски методи и средства в организацията на работата е регистриран при тези, които притежават магистърска степен по “Управление на здравните грижи”. Това показва значението на образователната степен за формирането на управленски качества при ръководителите по здравни грижи.

5. При организирането и управлението на здравните грижи, ръководният персонал разчита преди всичко на наблюдение и визитации (68.33 %) и ежедневен контрол (72.05 %). Протоколи и технически фишове се прилагат само при 57.02 % от анкетираните, а организация за индивидуално планиране на грижите за пациентите при 40.00 %.

6. Съществува статистически доказана зависимост между прилагането на технически фишове и протоколи за здравни грижи и наличие на придобита следдипломна квалификация на ръководителите по здравни грижи. Ето защо е важно да се насочи следдипломното обучение на ръководителите по здравни грижи към усвояване на знания и компетенции свързани с прилагането на научно доказани управленски инструменти.

7. Статистическият анализ на резултатите от изследването показва, че прилагането на управленски методи и средства за организация на здравните грижи и използването на технически фишове и протоколи са надеждни показатели за качеството на управлението на здравните грижи. Статистически доказано е, че тези показатели зависят от образователната степен и следдипломната квалификация на ръководителите, от тяхната възраст и професионален стаж.

8. Удовлетвореността на пациентите в болничните отделения зависи главно от качеството на извършваните манипулации и процедури, докато

пациентите в лечебните заведения за извънболнична помощ, оценяват качеството на здравните грижи въз основа на удовлетвореността си от организацията и планирането на прегледите.

9. Удовлетвореността на пациентите от извършваните манипулации и процедури е важен показател за качеството на управлението и ефективността на здравните грижи. Сравнително ниския относителен дял на пациентите, които са напълно удовлетворени в това отношение (34.80 %), е индикатор за необходимостта от подобряване на организацията и качеството на здравните грижи. Гаранция за това може да бъде въвеждането на единен модел на управленските функции на ръководителите по здравни грижи в лечебните заведения.

10. Организацията на болничната хигиена и болничното хранене са едни от основните задачи на ръководния персонал в болницата. Пациентите, които са напълно удовлетворени от болничното хранене са едва 22.65 %, а тези които са напълно удовлетворени от болничната хигиена са 33.40 %. Това потвърждава необходимостта от промени в организацията и управлението на здравните грижи с цел устойчиво развитие на здравните заведения в условия на конкуренция и пазарна икономика, в които важно значение има свободният избор на пациентите, основаващ се на тяхната удовлетвореност от качеството на здравната помощ.

11. Ръководителите по здравни грижи имат нагласа и желание да бъде разработен модел на управленските им функции осигурен със съответен софтуерен продукт, допълващ болничната информационна система, като по този начин ще се подпомогне сложния процес на управление на здравните грижи в лечебните заведения и ще се гарантира повишаване качеството на грижите за пациентите.

ПРЕПОРЪКИ

Към лечебните заведения за болнична и извънболнична помощ

► Разработване на план и стратегия за непрекъснато обучение и развитие на ръководителите по здравни грижи.

► Управлението на здравните грижи да се основава на научно обосновани методики, подходи, и средства, описани в съвременната управленска наука.

► Лечебните заведения да разширят възможностите на информационните системи за включване на управленски функции и дейности на ръководителите по здравни грижи, с цел по оптимално и ефективно управление.

Към Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи

► Разработване на нормативни документи, определящи основните функции и дейности на ръководителите по здравни грижи.

► Разработване на стандарти за здравни грижи, определящи нивото на качество на грижите.

Към Медицинските Университети

► Разработване на проекти, включващи информационни продукти чрез които да се подпомагат функциите и дейностите на ръководителите по здравни грижи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Липсата на кадри в системата на здравеопазването и тяхното текучество, като следствие от комплексното влияние на различни фактори от организационно, мотивационно и социално-икономическо естество, представлява основен проблем, който затруднява управлението и намалява качеството на здравните грижи. Здравните мениджъри трябва да разработят програми за преодоляване на проблема чрез издигане на авторитета и социалния статус на професионалистите по здравни грижи до нивото, адекватно на значението на тяхната професия в обществото. Това ще повиши мотивацията на ръководителите и професионалистите по здравни грижи да развиват своите професионални компетенции, имайки ясна перспектива за кариерно развитие.

Организацията на работата в лечебните заведения трябва да се основава на принципа за "непрекъснатост на обучението през целия живот", продължаващо обучение и продължителна квалификация с цел ефективно използване на човешките ресурси, повишаване качеството на медицинската помощ и устойчиво развитие на здравните заведения.

Мероприятията за подобряване на качеството на здравните грижи трябва да бъдат насочени към повишаване удовлетвореността на пациентите, тъй като при конкурентните условия в здравеопазването, за лечебните заведения е важно да привличат пациентите с желаното от тях качество.

Обучението на студентите в учебните заведения следва да бъде съобразено с необходимостта от специалисти, които са подготвени за прилагане на съвременни управленски методи и средства, индивидуален подход при грижите за пациента, както и за работа по научнообоснован модел

на управление на здравните грижи. Това ще спомогне за подобряване на качеството на здравните грижи и повишаване на ефективността на здравните услуги.

Използването на документи, съдържащи описание на процедурите и елементите на процеса за извършване на грижите, като средство за контрол на тяхното качество, трябва да бъде задължителна практика в лечебните заведения.

Организацията и качеството на здравните грижи зависи основно от ръководителите. За да изпълняват пълноценно своите функции, те трябва да имат точно определени отговорности, права и задължения.

Всичко това може да се постигне чрез въвеждане на единен модел от методически подходи към управленските функции на ръководителите по здравни грижи и създаване на документална и информационна база данни.

По този начин ще се осигури повишаване на качеството и ефективността на здравните грижи в съответствие със съвременните изисквания, което гарантира устойчивото развитие на лечебните заведения в условията на конкуренция и пазарна икономика.

ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

I. Приноси с научен и методичен характер

1. Изследвано е качеството на здравните грижи в лечебните заведения, както за болнична, така и за извънболнична помощ, чрез комплексен анализ на управлението на здравните грижи, като условие за качество и ефективност на работата и удовлетвореността на пациентите, като индикатор за качество на здравните грижи.

2. На базата на статистически анализ на резултатите от изследването са установени показатели за качество на управлението на здравните грижи. Прилагането на управленски методи и средства за организация на здравните грижи и използването на технически фишове и протоколи са надеждни индикатори за качеството на управлението на здравните грижи, които могат да се използват при разработване на методика са мониторинг на качеството на грижите в лечебното заведение.

3. Анализът на данните от проучването на удовлетвореността на пациентите от качеството на здравните грижи ще подпомогнат методологията при планирането на мероприятията за подобряване на организацията на работата. Диференцирането на факторите, определящи удовлетвореността на пациентите в лечебните заведения за болнична и извънболнична помощ позволява целенасочено оптимизиране на дейностите в съответствие с изискванията на пациентите, като необходимо условие за икономическа ефективност и конкурентноспособност на лечебното заведение.

II. Приноси с научно-приложен характер

1. Дисертационният труд обогатява базата данни, на основа на които могат да се анализират и оптимизират учебните програми за подготовка на професионалистите и ръководителите по здравни грижи, с цел повишаване на тяхното качество.

2. На базата на проведените проучвания се предлага единен модел на управление на здравните грижи, при който управленските функции са ясно дефинирани и се извършват едновременно и в съответствие с многообразието и динамиката на процесите. Това ще допринесе за повишаване на качеството и ефективността на здравните грижи в съответствие със съвременните изисквания и ще гарантира устойчивото развитие на лечебните заведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова, Ек. 2011. Сравнителен анализ на здравноосигурителните системи в България и Германия. В: Здравна политика и мениджмънт, том 11, № 4, с. 10-20.

2. Александрова, Ек. 2012. Здравното осигуряване в Германия и България и усъвършенстването на българската здравноосигурителна система. Дисертационен труд. Медицински университет – София. 214 стр.

3. Александрова, М. 2001. Планиране, реализация и оценка на грижите, определени в сестринската диагноза. Обществено здраве. Ръководство за специализация на медицински сестри. Под ред. на К. Юрукова. С., Горекс Прес, с. 97-100.

4. Александрова, М., Т. Попов. 2006. За някои технологии и иновационни подходи при непрекъснатото обучение на медицинските сестри. Педагогическото образование в България. Състояние и тенденции. Стр. 440-444.

5. Александрова, М. 2010. Модели за непрекъснато обучение на медицинските сестри. В: Сборник научни студии и статии на ЮЗУ „Неофит Рилски” – Съвременното образование – мисия и визия. Благоевград, УН „Неофит Рилски”, с. 459-462.

6. Апостолов, М. 1994. История на медицината и социалното дело. С. 192 стр.

7. Апостолов, М., П. Иванова. 1998. История на медицината и сестринството. С. ГорексПрес, 237 стр.

8. Апостолов, М. 2001. Измерения на българската медицинат. Том 33, С., Тангра, 237 стр.

9. Апостолов, М. 2006. Исторически, социални и етични измерения на медицината. С., ГорексПрес, 199 стр.

10. Армстронг, Д. 1992. Управление на човешките ресурси. С., Делфин прес, с. 7.

11. Балканска, П. 2009. Психологични подходи в здравния мениджмънт. С., Булвест. 172 стр.

12. Балканска, П., Я. Проданова. 2010. Обучението на персонала в здравната организация – успешна инвестиция и проява на управленска компетентност. Сестринско дело, 42, № 2-3, с. 28-31.

13. Басаров, А. 2003. Възможности за промяна в мотивационния механизъм на заплащането на труда в лечебните заведения за болнична помощ. Здравен мениджмънт, 3, № 6, 38-43.

14. Бикова, П., Ж. Георгиева. 2012. Портфолиото в помощ на здравното възпитание при деца със здравословни проблеми. Конференция с международно участие „Детето във фокуса на педагогическото взаимодействие и социалната работа, СУ „Св. Климент Охридски", София, 23-24 ноември 2012. Сборник статии. С. 358-363.

15. Бикова, П., Н. Василева, А. Терзиева. 2013. Електронното обучение и практическото му приложение в медицината. Тридесет и първа научно-технологична сесия. Сб. статии, ТЕМТО, с. 82-85.

16. Бикова, П., М. Димитрова, Н. Василева, А. Терзиева. 2014. Мултидисциплинарния екип в здравните грижи. Тридесет и трета научно-технологична сесия. Сб. статии, ТЕМТО, с. 127-130.

17. Благоева, Д., Н. Василева, К. Богданова. 2014. Здравни потребности-същност, фактори, задачи и приоритети.Тридесет и четвърта научно-технологична сесия – София. "Интердисциплинната идея в действие". С. 104.

18. Богданова, К., Д. Благоева, П. Кантарева, С. Георгиева. 2014. Ролята на медицинската сестра в профилактиката на остеопорозата. Трета научна сесия на медицински колеж- Варна. Варненски медицински форум. Том 3, приложение 4, с. 11-15.

19. Богданова, К., Д. Благоева, Т. Попова, Г. Чанева. 2015. Съвременни предизвикателства при управлението на здравните грижи. Сборник статии-Инга. Под печат.

20. Богданова, К., Т. Славкова, Д. Благоева. 2016. Необходимост от провеждане на профилактика на остеопорозата в училище. Пета научна сесия на медицински колеж - Варна. Варненски медицински форум. Сборник статии. Под печат.

21. Борисов, В. 1998. Мениджмънт на организационната промяна в здравеопазването. Ново обществено здравеопазване. С., т. 1, с. 322-333.

22. Борисов, В. 2001. Специалистът по здравни грижи в управленския процес. В: Социална медицина. С., с. 20-23.

23. Борисов, В. 2003. Здравен мениджмънт с основи на здравната политика. С., Филвест, 248 стр.

24. Борисов, В. 2004. Качество на здравното обслужване, В: Социална медицина, учебник за медицинските колежи, Акар ПРИНТ, София, с. 125-127.

25. Борисов, В. 2004. Мениджмънт на качеството в здравеопазването, В: Здравен мениджмънт, т. I, С., Филвест, с. 243-258.

26. Борисов, В. 2008. Здравната реформа на кръстопът - хаос или мениджмънт. София. 140 стр.

27. Борисов, В. 2009. Здравен мениджмънт. Новата азбука на здравния мениджмънт. София, 280 стр.

28. Брундланд, Г. 2002. Устойчивото развитие и здравето на народите. Социална медицина, 4, с. 2-3.

29. Василева, Н., А. Терзиева. 2011. Грижи за емоционалното здраве на пациента, Интердисциплинарна гражданска академия. XXVII Научно-технологична сесия. “Контакт 2011” /Сборник статии/. Изд. “ТЕМТО”, с. 93-97.

30. Василева, Н. 2015. Професията медицинска сестра- мотивация и призвание. МУ – София. ISBN 978-954-9318-63-0. 100 стр.

31. Владимирова, К., К. Спасов, Н. Стефанов. 1998. Управление на човешките ресурси. Част I. Университетско издателство „Стопанство”, София, 230 стр.

32. Владимирова, К., К. Спасов, Н. Стефанов. 1999. Управление на човешките ресурси. Част II. Университетско издателство „Стопанство”, София, 320 стр.

33. Воденичаров, Ц., В. Борисов. 1999. Доброволното здравно осигуряване – стратегия на избора, АРСО, София, 148 стр.

34. Воденичаров, Ц., С. Попова. 2003. Медицинска етика, ДАК, С., 230 стр.

35. Воденичаров, Ц. 2004. Болнично обслужване. В: Социална медицина, Учебник за медицинските колежи, В. Борисов, Ц. Воденичаров, К. Юрукова, С. Попова, Акар ПРИНТ, София, с. 108-112.

36. Воденичаров, Ц. 2003. Седемте разлики между медика и мениджъра. С., ДАК, 75 стр.

37. Воденичаров, Ц., В. Борисов, Ст. Гладилов, К. Чамов, Д. Кръшков. 2005. Модели за ефективно развитие на българското здравеопазване. Здравен мениджмънт. № 2, 5-14.

38. Воденичаров, Ц., С. Попова. 2009. Социална медицина, ЕкоПринт, 218 стр.

39. Воденичаров, Ц. 2010. Десетте принципа на медика и мениджъра, Симелплекс, 140 стр.

40. Воденичаров, Ц., Н. Попов, В. Борисов. 2010. Модели за финансиране на здравните дейности. Наука и общество, Кърджали, 13-14.10.2010 г.

41. Воденичаров, Ц. 2011. Медицински и мениджърски професионализъм – потребност от академична и експертна подкрепа в контекста на организационната промяна в здравеопазването. Здравна политика и мениджмънт, № 4, с. 3-5.

42. Воденичаров, Ц., С. Попова, М. Мутафова, Е. Шипковенска. 2013. Социална медицина, С., ГорексПрес, с. 493-504.

43. Гавраилова, Д., Ж. Сурчева. 2003. Сила и авторитет на сестринската професия. Здравен мениджмънт, 3, № 6, 17-19.

44. Георгиева, Ем., Л. Георгиева. 2014. Качеството на лабораторните медицински услуги като елемент на цялостното качество на здравните дейности. Варненски медицински форум, т. 3, приложение 4. Изд. Медицински университет – Варна. С. 62-65.

45. Гладилов, Ст., Ев. Делчева. 2000. Начини за финансиране на здравеопазването. Икономика на здравеопазването. С. 393 стр.

46. Гладилов, Ст., Ж. Павлова, А. Чешмеджиева, Цв. Петрова. 2004. Икономика на здравеопазването, Ръководство за практически занятия по икономика на здравеопазването, С., Princeps, 298 стр.

47. Гладилов, Ст., Ев. Делчева. 2009. Икономика на здравеопазването, Принцепс, 486 стр.

48. Гладилов, Ст., А. Янакиева, А. Воденичарова. 2015. Маркетинг в здравеопазването. С., Принцепс Маринови ООД. ISBN 978-954-8067-82-9. 220 стр.

49. Горненски, П., В. Борисов. 2010. Устойчиво развитие – необходимата нова концепция за здравната реформа. Медицински меридиани, 1, 49-52.

50. Грозданова, Р. 2012. Мениджмънт на финансовите и материалните ресурси в лечебните заведения за болнична помощ в условия на преструктуриране. Дисертационен труд, С., 165 стр.

51. Грънчарова, Г. 2005. Управление на здравните грижи, ИЦ на МУ – Плевен, с. 239-258.

52. Давидов, Б. 2004. Болнична икономика. Св. Кл. Охридски, С., 230 стр.

53. Делчева, Е. 2008. Концептуален модел на конкурентноспособността на здравната система. Здравна икономика и мениджмънт, 1, 9-15.

54. Десев, Л. 2000. Педагогическа психология. С., 516 стр.

55. Димитров, Д. 2008. Управленска компетентност на началник отделенията и старшите сестри. Здравна политика и мениджмънт, № 5, 76-79.

56. Димитров, Д. 2009. Стил на лидерство и мениджмънт в болницата. Здравна политика и мениджмънт, № 2, 25-30.

57. Димитров, Д., А. Жеков. 2009. Проблеми на професионалната мотивация на здравните мениджъри. Здравна политика и мениджмънт, № 1, 21-24.

58. Добрилова, П. 2014. Здравните грижи – основен фактор за повишаване на качеството на услугите в рехабилитационните болници. Дисертационен труд. Медицински университет – София. 219 стр.

59. Добрилова, П. 2014. Подходи за осигуряване на качествени сестрински грижи в здравния мениджмънт. Medicine Sci. Techn., 4, № 1, 322-326.

60. Драганова, М. 2006. Качество на здравните грижи, сестрински процес и сестринска документация. Здравни грижи, № 1, 27-29.

61. Драганова, М. 2008. Сестринският план за грижи – научнообоснована методология за приложение на сестринския процес. Здравни грижи, № 1, 23-26.

62. Драганова, М., Т. Веков. 2012. Бюджетът на времето като елемент на болничния мениджмънт. Сестринско дело, № 3, 3-7.

63. Жеков, Ал. 2009. Екипният подход в болничния мениджмънт. ТониТ ООД, С., 104 стр.

64. Закон за здравето. Доп. ДВ. бр.102 от 29.12.2015 г., доп. ДВ. бр.17 от 01.03.2016 г.

65. Закон за лечебните заведения. Доп. - ДВ, бр. 62 от 2002 г., изм., бр. 59 от 2007 г., в сила от 20.07.2007 г.

66. Закон за регионалното развитие. Обн. ДВ, бр. 50 от 30.05.2008 г. Изм. ДВ, бр. 93 от 24.11.2009 г.

67. Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти. Изм. ДВ, бр. 101 от 28 Декември 2010 г.

68. Захов, В. 2008. Управление на човешките ресурси в лечебните заведения. Здравна политика и мениджмънт, № 6, 83-84.

69. Златанова, Т., Р. Златанова. 2008. Първичната извънболнична медицинска помощ – проблеми и перспективи, Дидакта консулт, 211 стр.

70. Златанова, Т., Ц. Петрова-Готова. 2013. Ръководство за финансов мениджмънт в здравеопазването. С., ГорексПрес, 202 стр.

71. Златанова, Т., Ц. Петрова-Готова. 2014. Решени и нерешени стратегически проблеми на финансирането на здравеопазването. Медицински меридиани, № 1, с. 3-7.

72. Иванова, П. 2009. Развитие на мотивационни мерки в здравната организация. International Science conference 4-5 June 2009, Stara Zagora, Bulgaria: "Economics and Society development on the Base of Knowledge", Vol. VI. Social studies. Psychology. 106-110.

73. Илиев, Й. 1993. Мотивация на персонала. С., Лира, 104 стр.

74. Кехайов, А. 2007. Някои аспекти на изграждане на капацитета на здравеопазването в България в условията на членство в Европейската общност. В: Здравен мениджмънт, 2, 7-11.

75. Комитов, Г., Стр. Генев. 2008. Здравната политика и нейните стратегически приоритети в условията на продължаваща реформа. Здравна политика и мениджмънт, 5, 98-103.

76. Маркова, Ст. 1996. Мотивационни фактори за успешни и резултатни здравни грижи. Дисертационен труд, МУ, С.

77. Маркова, Ст., И. Стамболова, Г. Чанева. 1996. Стратегия за усъвършенстване на отношението към успешни и рентабилни сестрински грижи. Бълг. Мед., № 5-6, 73-76.

78. Маркова, Ст. 2013. Повишаване самочувствието и имиджа на сестринството и отстояване на правата на съсловието. Здравни грижи, № 1, 4-7.

79. Маслоу, А. 2010. Мотивация и личност. С., Кибеа, ISBN 954-474-24-84, 664 стр.

80. Младенов, Р., Е. Сыбева, А. Янакиева. 2015. Больница през призму рынка. Сб. статии: Международна научна школа „Парадигма”, т. 4, ISBN 978-619-7142-07-5, с. 229-232.

81. Мухина, С., И. Тарновская. 2006. Теоретични основи на сестринските грижи. Издателски център на МУ – Плевен. ISBN 10: 954-756-064-6/13: 978-954-750-064-2. 253 стр.

82. Наредба № 31 от 28.07.2001 г. за следдипломно обучение в системата на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 64 от 20.07.2001 г., изм. и доп., бр. 93 от 21.10.2003 г.

83. Наредба №18 от 2005 г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения, обн., ДВ, бр. 54 от 2005 г.; изм. и доп., бр. 67 от 2006 г., бр. 77 от 2008 г., бр. 11 от 2009 г., бр. 5 и 12 от 2010 г.

84. Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите „Медицинска сестра” и „Акушерка” за образователно-квалификационна степен „бакалавар” приета с ПМС № 248 от 22.11.2005 г., изм. ДВ, бр. 88 от 09.11.2010 г.

85. Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно. Изд. от МЗ, Обн. ДВ, бр. 15 от 18 Февруари 2011 г., изм. ДВ, бр. 50 от 1 Юли 2011 г.

86. Национална здравна стратегия (2014-2020). 2013. МЗ. С., 81 стр.

87. Николов, П. 2000. Проблеми на нравствената мотивация. С. 179 стр.

88. Обуховски, К. 2001. Психология на човешките стремежи. С., Наука и изкуство, 259 стр.

89. Основи на общата медицинска практика. 1998. Ръководство за студенти по медицина и лекари, специализиращи обща медицина. Под ред. на Е. Шипковенска и Дж. Джолис. С., Отечество, 139 стр.

90. Паунов, М. 1998. Организационно поведение. Сиела, 287 с.

91. Паунов, М. 2004. Стратегическо управление на човешките ресурси. Стопанство, 87 стр.

92. Паунов, М. 2006. За трудовата мотивация и мотивирането. Сп. Труд и право, бр. 9, с. 27-37.

93. Паунов, С. 2014. Ефективност и справедливост в сферата на здравеопазването. Сборник статии. Европейските етични стандарти и българската медицина. С., с. 35-42.

94. Пачев, Т. 1999. Управление на персонала. Социологически аспекти. Унив. изд. Стопанство. 220 стр.

95. Петков, А. 2004. Немска аналитична методика за определяне на необходимостта от сестрински персонал, Социална медицина, бр.2, с. 32-33.

96. Петков, В., Н. Попов. 2004. Икономически реалности в здравеопазването. ИКТ решения – отговор на много въпроси. Здравен мениджмънт, 4, № 5, 30-31.

97. Петков, В., Н. Попов, Т. Златанова. 2005. Световното население: Актуални проблеми и тенденции за следващите десетилетия. Соц. медицина, 13, № 3, 4-7.

98. Петрова, Г. 2009. Обучение на бакалаври по Управление на здравните грижи. Изд. ЕКСПРЕС. 94 стр.

99. Петрова, Зл. 2002. Ролята на националната здравноосигурителна каса в политиката за качеството на здравеопазването: концепция за качеството на здравеопазването, Здравен мениджмънт, т. 2,3, с. 5-6.

100. Петрова, Зл., С. Генев. 2014. Управление на здравната система. Национално сдружение за здравна политика и здравен мениджмънт (НСЗПМ), Nealth media. 352 стр.

101. Петрова-Готова, Ц. 2005. Някои аспекти на качеството в здравеопазването. Здравен мениджмънт, том 5, бр. 2, 25-28.

102. Петрова-Готова, Ц. 2013. Доброто информационно осигуряване – предпоставка за по-ефективно здравеопазване. 32-ра научно-технологична сесия, КОНТАКТ 2013: Интердисциплинарната идея в действие. (Сб. статии). С., ТЕМТО, 164-168.

103. Петрова-Готова, Ц. 2013. Конкурентно способност на българската икономика и мястото на здравеопазването в нея. X международна научна конференция: Съвременният модел на Европейския съюз и мястото на България в него. 14-15 юни, С., ISBN 978-954-9432-61-9(CD), с. 797-804.

104. Пирьов, Г., Л. Десев. 1977. Педагогическа психология. Наука и изкуство, С., 468 стр.

105. Проданов, Г. 2011. Хигиена и здравно образование. Астарта. Пловдив. 173 стр.

106. Развитие и реализация на човешките ресурси в отрасъл здравеопазване. 2012. Анализ, КНСБ, 135 стр.

107. Рамчев, К. 2002. Психология на управлението. Печелившият мениджмънт. Унив. изд. ВСУ „Черноризец Храбър". 521 стр.

108. Савов, В. 1999. Основи на управлението. Университетско издателство „Стопанство", С., с. 45–52.

109. Стамболова, И. 2006. Модели за предоставяне на грижи в първичната медицинска помощ. Сестринско дело, № 3, 3-7.

110. Стамболова, И. 2006. Проучване на дейността на медицинската сестра в първичната медицинска помощ. Сестринско дело, № 2, 8-11.

111. Стамболова, И. 2008. Мениджмънт и етика на съвременната медицинска практика. С., РИК „Симел”, 90 стр.

112. Стамболова, В., А. Терзиева, Н. Василева. 2011. Сътрудничество и участие на пациента в терапевтичния екип. Сп. „Здравни грижи”, 2 бр., ISSN 1312-2592, с. 24-28.

113. Стамболова, Ив. 2015. Сестринството в България: възникване, развитие, състояние и перспективи. Медицински университет – София. Централна медицинска библиотека. ISBN 978-954-9318-57-9. 160 стр.

114. Сурчева, Ж. 1998. Мотиви за избор на медицинската професия и тяхното измерение през периода на обучение във висшето учебно заведение. Автореферат на дисертационен труд. С.

115. Сурчева, Ж. 2002. Признанието на сестринския труд и достиженията на работното място: отношение на персонала и мениджърите. Здравен мениджмънт, 2, № 2, 45-47.

116. Сурчева, Ж. 2003. Избягвайте 10-те основни причини, които демотивират персонала. Здравен мениджмънт, 3, № 1, 51-53.

117. Сурчева, Ж. 2003. Трудовата мотивация – обзор върху някои теоретични постановки (I част). Здравен мениджмънт, 3, № 5, 18-28.

118. Сурчева, Ж. 2004. Трудовата мотивация – обзор върху някои теоретични постановки (II част). Здравен мениджмънт, 4, № 2, 22-24.

119. Терзиева, А., Н. Василева, П. Бикова. 2010. Специфика на обучение на медицинските сестри във вътрешно отделение. XXV Научно-технологична сесия. „Контакт 2010“ /Сборник статии/. Изд.“ТЕМТО“, с. 128-135.

120. Терзиева, А., Н. Василева, Г.Чанева. 2014. Проблеми в обучението по сестрински грижи за пациенти с увреждания. Сп. Сестринско дело, бр. 3, ISSN 1310-7496, С. с. 42-44.

121. Тодорова, Т. 2014. Основни насоки за повишаване качеството на здравните грижи. Научни трудове на Русенския университет – 2014, том 53, серия 8.3, с. 54-57.

122. Торньова, Б. 2006. Нравствената култура на специалиста по здравни грижи. Изд. ЕКСПРЕС, Габрово. С. 216.

123. Трендафилова, П. 2008. Потребността на болничните мениджъри от обучение по маркетинг в здравеопазването. Между традицията и новите реалности. 120 години университетска педагогика. СУ „Св. Климент Охридски", С., с. 634-638.

124. Узунова, Ю. 2012. Маркетингов мениджмънт. Унив. изд. на ИУ-Варна.

125. Чакърова, Л. 2011. Професионална етика за специалисти по здравни грижи. Габрово, ЕксПрес. 180 стр.

126. Чакърова, Л. 2013. Макроетика и устойчиво развитие на здравеопазването. Габрово, ЕксПрес, с. 16-17.

127. Чамов, К. 2001. Съвременната здравна политика и медицинската сестра. Здравен мениджмънт, № 1, с. 17-21.

128. Чамов, К. 2002. Роля и място на медицинската сестра в условията на съвременния мениджмънт. Соц. мед., 10, № 1, 18-22.

129. Чанева, Г. 2001, 2008. Качеството на сестринските грижи като приоритет. С., Артик, 47 стр.

130. Чанева, Г. 2003. Критерии за качество на здравните грижи. В: Управление на здравните грижи под ред. на С. Попова, Филвест, София, с. 89-93.

131. Чанева, Г., И. Стамболова. 2003. Качество на здравните грижи. Протокол за здравни грижи. В: Управление на здравните грижи под ред. на С. Попова, Филвест, София, с. 15-21.

132. Чанева, Г., И. Стамболова. 2003. Концепции за управление на сестринските грижи. В: Управление на здравните грижи. С., Филвест, с. 7-15.

133. Чанева, Г. 2005. Наръчник за качество на сестринските грижи в болницата. София. 52 стр.

134. Чанева, Г. 2006. Качество на сестринските грижи в болницата. Дисертационен труд. Медицински университет – София. 173 стр.

135. Чанева, Г. 2015. Управленски подходи за ефективни здравни грижи, МУ София. ISBN 978-954-9318-59-3. 96 стр.

136. Чанева, Г., К. Богданова. 2015. Гръбначните изкривявания в детска възраст – оценка на риска и превантивни грижи. Сборни статии – Инга. Под печат.

137. Черкезов, Т. 2006. Приложение на етичните принципи в областната болница – регион Кърджали. Сборник „Конфликтология и съвременност", С., бр. 1, с. 167-169.

138. Ямукова, П. 2010. За необходимостта от кариерно развитие в публичната администрация. Известия на Съюза на учените – Варна, 1/2010, с. 40-44.

139. Янакиева, А. 2012. Маркетинг на дейността медицински патронаж в домашни условия. Дисертационен труд. Медицински университет – София. 168 стр.

140. Янева, Р. 2011. Микроикономикс на болничното лечебно заведение, Ръководство за упражнения и семинари. С., СимелПрес, с. 9-11.

141. Янева, Р., Т. Златанова, Ц. Петрова-Готова, Н. Попов. 2014. Основни икономически показатели на многопрофилните болници за активно лечение – сравнителен анализ, в сб. материали от XXXIV научно-технологична сесия „Контакт 2014" на ИНГА, С., ТЕМТО, 83-89.

142. American nurses association. 2015. Code of Ethies Nurses, www.nursingworld.org

143. Blaney, D. R., Ch. J. Hobson. 1988. Cost-effective Nursing Practice: Guidelines for Nurse Managers. J. B. Lippincott Company, 349.

144. Borda, G. L., & Norman, I. J. 1997. Factors influencing turnover and absence of nurses: A research review. International Journal of Nursing Studies, 34(6), 385-394.

145. Boyatzis, R. E., S. S. Cowen, D. A. Kolb. 1998. Innovation in Professional Education. Mcber&Company. 280 p.

146. Brook, R., E. A. McGlynn, P. D. Cleary. 1996. Measuring Quality of Care. Part 2. The New England Journal of Medicine. Vol. 335, №13, 966-970.

147. Brown, B. 2008. Meta-competence: recipe for reframing the competence debate? Brue Greg Six Sigma for Small Business, http://www.amazon.com/. Personnel Review, 22, № 6, 26-37.

148. Burhin, F., D. Elkaï. 1998. Système qualité et services de soins: position charnière du personnel, In: Actes des journée d'étude, Luxembourg, 5-40.

149. Calhoun, M. 2002. Healthcare industry review: Maintaining quality of nursing care. Health Annals, 11, 41-43.

150. Creasia, J., B. Parker. 1991. Instructor's manual for Conceptual Foundations of Professional Nursing Practice, Mosby-Year Book, 16-18.

151. Darras, E. 1999. La recherché infirmiére Clinique, complexité, dimension éthique et légitimité du chercheeur, Perspective soignante. P., Seli ARSLAN S.A., 73.

152. Davidson, D., E. Peck. 2006. Organizational development and organizational design. In: Healthcare management. Eds. K. Walsh et J. Smith, Open University Press, 342.

153. Dixon, J. 2006. The politics of healthcare and the health policy process: implication for healthcare management. In: Healthcare management. Eds. K. Walsh et J. Smith, Open University Press, 27.

154. Donabedian, A. 1982. Explorations in quality assessment and monitoring. The criteria and standards of quality. Vol. 2. Ann Arbor: Health Administration Press. 2: 135.

155. Dracup, K. 1987. Critical Care Nursing, In: Annual review of nursing research, vol. 5, 107-133.

156. Field, A. 2006. Discovering statistics using SPSS. (2nd ed.). London, UK: Sage. 908 p.

157. Formarier, M., G. Poirier-Coutansais, T. Psiuk. 1995. Les concepts organisateurs de la science leur application aux soins infirmiers, Recherché en soins infirmiers, N 43. 68-80.

158. George, D., & P. Mallery. 2003. SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.). Boston, MA: Allyn&Bacon. 63 p.

159. Groothooff, J. W. 2009. Determinants of quality management systems implementation in hospitals, Health Policy, 89, pp. 239-251.

160. Hawkins, P., R. Shohed. 2007. Supervision in the helping professions. McGrawHill, Open University Press, 45-125.

161. Hees, M. 1999. Le management: science, art, magie? Perspective soignante. P. Seli ARSLAN S. A., 62.

162. Herzberg, F. 1968. One more time: How do you motivate employees? Harvard Business Review, 46(1), 53-62.

163. Irvine, D. M., & M. G. Evans. 1995. Job satisfaction and turnover among nurses: Integrating research findings across studies. Nursing Research, 44(4), 246-253.

164. Jooste, K., & O. Klipert. 2002. The role of management in promoting a motivational work setting for nurses. Health SA, 7(2), 14-17.

165. Kenney, J. 1991. The evolution of nursing science and practice, In : Issues and trends in nursing, Grace Deloughery, Mosby Year Book, St. Louis, 31-65.

166. Kérouac, S., J. Pepin, F., Ducharme, A. Duquette, F. Major. 1994. La pensée infirmière : conceptions et stratégies, Editions Maloine, 97-134.

167. Lawer, J. 1999. Connaître le corps et le "vécu du corps" methodologies, discours et soins infirmiers, Perspective soignante. P., Seli ARSLAN S.A., 85.

168. Leddy, S., J.Mae Pepper. 1989. Conceptual Bases of Professional Nursing, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 3-61.

169. Lu, H., A. While, & K. Barriball. 2005. Job satisfaction among nurses: A literature review. International Journal of Nursing Studies, 42(2), 211-227.

170. Lum, L., J. Kervin, K. Clark, F. Reid, & W. Sirola. 1998. Explaining nursing turnover intent: Job satisfaction, pay satisfaction, or organizational commitment? Journal of Organizational behavior, 19(3), 305-320.

171. Mack, J. 2009. The 6 Timeless Attributes of Success: Winning Principles for Your Business&Personal Development, www.amazon.com/reader.

172. Nedry, C. 1995. Human Resources Management – a Strategic Approach to Employment. Oxford, Butterworth Keinemaann Ltd., 17-19.

173. Neufeld, V., H. Harrows. 1974. The master philosophy: An approach to medical education. J. Med. Educ., 49, 1040-1050.

174. Newman, K., U. Maylor, & B. Chansarkar. 2002. The nurse satisfaction, service quality and nurse retention chain: Implications for management of recruitment and retention. Journal of Management in Medicine, 16(4), 271-291.

175. Nunes, S., G. Rego, R. Nunes. 2014. The experience of an information system for nursing practice: the importance of nursing records in the management of a care plan. Comput Inform Nurs., № 7, 322-333.

176. Ooshuizen, M., & V. J. Ehlers. 2007. Factors that may influence South African nurses' decisions to emigrate. Health SA, 12(2), 14-26.

177. Polit, D., Ch. T. Beck. 2006. Essentials of nursing research. LWW, NY, p. 3-30.

178. Robinson, S. 2006. Finansing healthcare: funding systems and healthcare costs. In: Healthcare management. Eds. K. Walsh et J. Smith, Open University Press, p. 33.

179. Rolan, M., J. Holden, S. Campbell. 1998. Quality assessment for general practice: Suporting clinical governance in primary care groups University of Manchester, 3-16.

180. Sarrouille, R. 1989. Une expérience de gestion informatisée de la qualité des soins, Informatique et santé : Spriger-Verlag France, Paris, 1989(1) : 173-183.

181. Shacklady-Smith, A. 2006. Appreciating the challenge of change. In: Healthcare management. Eds. K. Walsh et J. Smith, Open University Press, 381-398.

182. Stinglhamber-Vander Borght, B. 1991. Infirmiere – genese et reqlite d'une profession. Bruxelles, De Boeck-Wesmael, p. 171-172.

183. Tofts, A. 2006. Managing resources. In: Healthcare management. Eds. K. Walsh et J. Smith, Open University Press, 399.

184. Waxman, H. 1995. Using Outcomes Assessment for Quality Improvement, In: Outcomes assessment in clinical practice, ed. Sederer, Lloyd, B. Dickey, Williams and Wilkins, Baltimore, 25-33.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Анкетна карта за ръководители по здравни грижи

АНКЕТНА КАРТА

Уважаеми колеги, молим за Вашето съдействие в анкетно проучване, което има за цел да проучи методичните подходи в управлението на здравните грижи в болничната структура. Заградете с кръгче избрания от Вас отговор на зададения въпрос или мнение. Вашата анонимност е гарантирана. Предварително благодарим за указаното от Вас съдействие.

1. Посочете вашата възраст……..
2. Посочете професионалния Ви стаж в години ……..
3. Посочете професионалния Ви стаж, като ръководител на здравните грижи в години……
4. Посочете Вашето образование

- Средно-специално
- Полувисше
- Колеж

- Висше – бакалавър „Здравни грижи”
- Висше – „Управление на здравните грижи”

5. Посочете броя на персонала който ръководите

- Медицински сестри
- Акушерки
- Лаборанти
- Рехабилитатори

6. Имате ли придобити квалификации в следдипломното обучение свързани с управлението на здравните грижи

- да (моля посочете курса) ……
- не

7. Квалификацията и опита придобити от Вас достатъчни ли са за ефективната организация и управлението на здравните грижи.

- да
- отчасти
- не

8. Осъществявате ли комуникативни техники за разрешаването на конфликтни ситуации в сестринските и санитарските екипи.

- да
- отчасти
- не

9. Как организирате дейностите си за деня ? /изберете само един отговор/

- Съставям списък на дейностите по приоритети
- Планирам задачите, и определям отговорниците
- Следя стриктно за изпълнението на задачите
- Определям ежедневно задачите, сроковете отговорниците

10. Използвате ли управленски методи и средства за организацията на здравните грижи в отделението?

- да, непрекъснато се информирам по темата и прилагам такива
- само отчасти прилагам управленски методи и средства
- разчитам на практически опит

11. Използвате ли технически фишове и протоколи за здравни грижи, като средства за осигуряване на качествени здравни грижи?

- да, напълно
- да, отчасти
- колкото да, толкова и не
- преди всичко не

12. Определете честотата на приложимост на посочените подходи при оценка на качеството на здравните грижи!

отговори	Много често	Понякога	По-рядко
Планирам визитации и наблюдения веднъж седмично			
Осъществявам комуникация с пациентите относно тяхната удовлетвореност от здравните грижи.			

13. Подредете по важност начините за разрешаване на организационните проблеми, възникващи в процеса на работа? /номерирайте отговорите от 1 до 5/

- Организирам и провеждам съвещание за решаване на проблем
- Провеждам разговор и обсъждане с персонала
- Проучвам информацията по проблема
- Търся съдействие от началника на отделението

● Изчаквам проблемите да отзвучат

14. Колко често извършвате контрол на хигиената, храненето и документацията?

● ежедневен контрол

● на три дни

● веднъж седмично

● веднъж месечно

15. С какви средства доказвате извършването на контрола на хигиената, храненето и документацията?

● чек-лист, включващ дейностите, датата и часа на проверката

● текстово описание в тетрадка или дневник

● отчитане в информационната система на болничното отделение

16. Контролирате ли пропуските и грешките в документацията?

● да, редовно

● понякога

● не

17. Как се извършва приема на пациенти в отделението?

● по предварително изработен и въведен стандартен алгоритъм

● според преценката на дежурния персонал

18. Оценете знанията и уменията на персонала за индивидуален подход при планиране на дейностите и грижите за пациента/включително изработване на индивидуален план за грижи/:

● напълно подготвени

● отчасти подготвени

● недостатъчно подготвени

19. Съществуват ли възможности и условия за индивидуален подход при планиране на дейностите и грижите за пациента?

- да, напълно
- отчасти
- не

20. Извършвате ли оценка на качеството на грижите според въведения в отделението Протокол за здравни грижи?

- да
- понякога
- не
- нямаме въведени протоколи за здравни грижи

21. Подредете по важност /от 1 до 6/ посочените фактори за подобряване на организацията на работа и качеството на здравните грижи:

- Изработване и въвеждане на стандарти за здравни грижи
- повишаване контрола от страна на ръководителите
- подобряване на материално-техническата база в отделението
- увеличаване броя на професионалистите по здравни грижи
- повишаване на квалификацията на професионалистите по здравни грижи
- изработване на модел за методика на управление на здравните грижи

22. Осигурено ли Ви е необходимото количество медицински консуматив и материали за извършването на качествени здравни грижи?

- да, напълно
- понякога
- недостатъчно

23. Оценете качеството на консумативите и материалите, с които се работи в отделението:

- високо
- не много високо
- по скоро ниско качество

24. Считате ли за уместно изработване и въвеждане на методичен подход, основаващ се на основните управленски функции със съответен информационен продукт към болничната информационна система?

- да напълно приемам да работя по такава методика
- приемам с резерви такава методика
- не считам, че е необходима такава методика

Приложение 2

Анкетна карта за пациенти

постъпили за лечение в лечебни заведения за болнична помощ

АНКЕТНА КАРТА

Уважаеми пациенти, молим за Ви участие в анкетно проучване за Вашата удовлетвореност от организацията на здравните грижи в отделението.

Заградете с кръгче избраната от Вас цифра, която най-точно отразява Вашата удовлетвореност от сестринските грижи в отделението на болницата. Вашата анонимност е гарантирана. Благодарим Ви за оказаното съдействие.

1. Посочете Вашата възраст……
2. Посочете Вашия пол:

- Жена
- Мъж

3. За кой път постъпвате в болницата:
   - Първи
   - Втори
   - Многократно
4. Доволен ли сте от приемането Ви в отделението?
   - Много съм доволен
   - Доволен съм
   - Донякъде съм доволен
   - Не съм доволен

5. При постъпването Ви получихте ли информация относно вътрешния ред в отделението, процедурите и манипулациите, които ще Ви бъдат направени?
   - Да получих информация
   - Не ми беше дадена информация
   - Донякъде получих информация

6. Доволни ли сте от хигиената в отделението?
   - Много съм доволен
   - Доволен съм
   - Донякъде съм доволен
   - Не съм доволен

7. Доволни ли сте от качеството на храната и отговаря ли тя на диетата на Вашето основно заболяване?
   - Много съм доволен
   - Доволен съм

● Донякъде съм доволен

● Не съм доволен

8. Доволен ли сте от начина, по който Ви информират и подготвят за предстоящите изследвания, процедури и манипулации?

● Много съм доволен

● Доволен съм

● Донякъде съм доволен

● Не съм доволен

9. Доволен ли сте от начина по който се провеждат манипулациите и процедурите?

● Много съм доволен

● Доволен съм

● Донякъде съм доволен

● Не съм доволен

10. Доволен ли сте от информацията която Ви се дава относно Вашето здравословно състояние?

● Много съм доволен

● Доволен съм

● Донякъде съм доволен

● Не съм доволен

11. Посочете Вашата оценка за качеството на здравните грижи!

● Отлично

● Много добро

● Добро

● Задоволително

12. Считате ли че, медицинските специалисти отделят достатъчно време за разговори с вас?

- Да отделят достатъчно време
- Само понякога отделят достатъчно време
- Нямат време за разговори

13. Посочете Вашата оценка за организацията и качеството на работа в отделението.

- Отлично
- Много добро
- Добро
- Задоволително

14. Кои от изброените дейности биха подобрили според Вас организацията на работата в отделението?

- Подобряване управлението на здравните грижи
- По-добра квалификация на персонала
- Да се повиши броя на медицинските специалисти
- Подобряване на материално-техническата база
- Повишаване на контрола върху работата на медицинските специалисти

Приложение 3

Анкетна карта за пациенти

преминали преглед през лечебни заведения за извънболнична помощ

АНКЕТНА КАРТА

Уважаеми пациенти, молим за Ви участие в анкетно проучване за Вашата удовлетвореност от организацията на здравните грижи в медицинския център.

Заградете с кръгче избраната от Вас цифра, която най-точно отразява Вашата удовлетвореност от здравните грижи в медицинският център.

Вашата анонимност е гарантирана!

Благодарим Ви за оказаното съдействие!

1. Посочете Вашата възраст……
2. Посочете Вашия пол:

- Жена
- Мъж

3. Удовлетворени ли сте от организацията и планирането на прегледите и изследванията?

- Много съм доволен
- Доволен съм
- Донякъде съм доволен
- Не съм доволен

4. Удовлетворени ли сте от организацията и планирането на лечебната терапия?

- Много съм доволен
- Доволен съм
- Донякъде съм доволен
- Не съм доволен

5. Удовлетворени ли сте от подготовката която здравния специалист извършва за прегледа?

- Много съм доволен
- Доволен съм
- Донякъде съм доволен
- Не съм доволен

6. Разбрахте ли указанията за подготовката на предстоящото изследване дадени от здравния специалист?

- Всичко разбрах
- Донякъде разбрах
- Нищо не разбрах

7. Считате ли, че здравните специалисти участват активно в профилактичните дейности, извършвани в кабинета?

- Да включват се активно
- Донякъде се включват
- Не се включват

8. Доволни ли сте от организацията за контрола и проследяването на вашето заболяване?

- Да доволен съм
- Донякъде съм доволен
- Не съм доволен

9. Посочете Вашата оценка за качеството на здравните грижи!

- Отлично
- Много добро
- Добро
- Задоволително

10. Кои от изброените дейности биха подобрили според Вас организацията и качеството на работата ?

- Подобряване управлението на здравните грижи
- Повишаване ангажираността на здравния специалист в профилактиката на заболяванията
- Повишаване на квалификация на медицинските специалисти
- Да се повиши броя на професионалистите по здравни грижи
- Подобряване на материално-техническата база