

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

КАМЕЛИЯ КОСТАДИНОВА БОГДАНОВА

**КАЧЕСТВО НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ В ЛЕЧЕБНОТО
ЗАВЕДЕНИЕ**

АВТОРЕФЕРАТ

**НА 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

РЕЦЕНЗЕНТИ

ПРОФ. СИЛВИЯ МЛАДЕНОВА МЛАДЕНОВА, ДМ
ПРОФ. ХРИСТИНА ТАНЧЕВА МИЛЧЕВА, ДП

София, 2018

Дисертационният труд е одобрен и насрочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедра „Здравни грижи“ при Факултета по Обществено здраве при Медицински Университет – София.

Дисертационният труд съдържа 176 страници и е онагледен с 13 таблици, 42 фигури и 3 приложения.

Библиографската справка включва 184 заглавия, от които 141 на кирилица и 43 на латиница.

Научно жури:

Проф. Галина Стамова Чанева, дм

Проф. Силвия Младенова Младенова, дм

Проф. Христина Танчева Милчева, дп

Доц. Диана Кръстева Иванова, дм

Доц. д-р Катя Петрова Попова – Юрукова, дм

Резервни членове:

Проф. Магдалена Банчева Александрова, дм

Доц. д-р Недялка Илиева Кръстева, дм

Публичната защита ще се състои на 22.05.2018 г. от 13:00 часа в зала № 7 на Факултет по обществено здраве, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ ЕАД, ул. „Бяло море“ №8, гр. София.

Материалите по защитата са на разположение в секретариата на Деканата на ФОЗ, МУ София, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ ЕАД, ул. „Бяло море“ №8, гр. София, и на интернет страницата на МУ-София.

Номерацията на таблиците и фигурите не отговаря на тази в дисертационния труд

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ	5
I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА ИЗСЛЕДВАНЕТО.....	7
II. РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ.....	12
2.1. Анализ на резултатите от анкетното проучване на ръководителите по здравни грижи.....	12
2.2. Сравнителен анализ на управлението на здравните грижи в лечебните заведения.....	25
2.3. Анализ на резултатите от анкетното проучване на пациентите относно удовлетвореността им от организацията на здравните грижи в лечебното заведение за болнична помощ.....	29
2.4. Анализ на резултатите от анкетното проучване на пациентите относно удовлетвореността им от организацията на здравните грижи в лечебното заведение за извънболнична помощ.....	36
III. МОДЕЛ НА УПРАВЛЕНСКИТЕ ФУНКЦИИ НА РЪКОВОДИТЕЛИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ В ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.....	41
ИЗВОДИ.....	47
ПРЕПОРЪКИ.....	49
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	50
ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	52
ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	53

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 увеличени брой на заболялите 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 пациентите, 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 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 в лечебните заведения.

Сестринската професия се основава на основните нужди и 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 ръководителите по здравни грижи, 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. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

1. Цел и задачи

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. МЕТОД НА РАБОТА

2.1. 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

представлява основа за подобряване на качеството и оптимално използване на знанията и уменията професионалистите по здравни грижи.

2.2. Обект и предмет на проучване

Обект на проучване 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.

3. 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.

4. Признаци на наблюдение на логическите единици:

4.1. 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 професионалистите по здравни грижи в процеса на лечение.

4.2. 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 и преценка на дейностите, с които биха били най-полезни в лечебния процес.

5. 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 (Закон за регионалното развитие, 2008).

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 градска МБАЛ” ЕАД, гр. София.

6. 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.

7. 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 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.

8. Насоки в анализа на данните от изследването

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

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

- структурна характеристика на здравните грижи в болнични условия;
- професионално обучение;
- компетенции на здравните професионалисти за осъществяване на качествени здравни 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.

8.2. 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 медицинските специалисти в болницата;
- начини за подобряване на качеството на здравните грижи.

8.3. 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.

9. 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.

10. Методи на изследване

Използвани са документален метод, беседа, социологически и статистически метод. Социологическите се основават на използването на пряка индивидуална анкета. За целта са изработени три вида анкетни карти: за ръководителите на здравните грижи, за пациенти, постъпили за лечение в многопрофилните болници за активно лечение и за пациенти, преминали преглед през лечебни заведения за извънболнична помощ.

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.

II. РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ

2.1. 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. 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 с цел повишаване на тяхното качество в зависимост от потребностите на пациентите.

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 анкетиранияте ръководители по здравни грижи имат професионален стаж от 5 до 47 години (Таблица 1). Най-голям е относителният дял на ръководителите по здравни грижи с професионален стаж между 21 и 30 години – 32.50% и от 11 до 20 години – 28.33 %. Професионалният стаж на 26.67 % от анкетиранияте е между 31 и 40 години. Професионален стаж до 10 години и над 40 години имат общо 12.50 % от анкетиранияте.

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 медицинските специалисти 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 1. 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

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 2).

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 2). Този факт е показателен за все по-нарастващото значение на образователния

ценз за работещите в системата на здравеопазването, както и за мотивацията на ръководителя за кариерно развитие в съответствие с повишаване на своята квалификация.

Таблица 2. 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 професионалистите по здравни грижи 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.

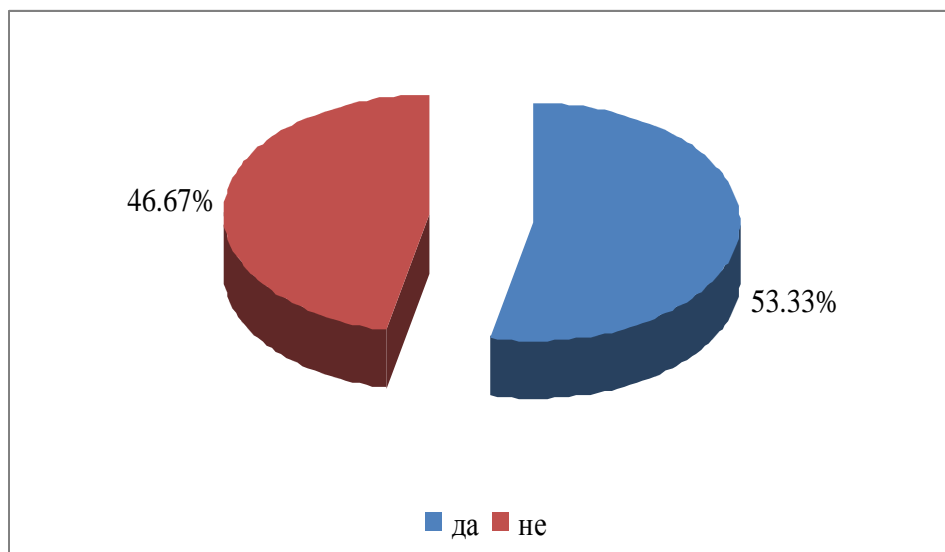
Продължителната квалификация е непрекъснато обучение в процеса на професионалната дейност под формата на курсове, индивидуално обучение, програми за професионална квалификация за придобиване на определена правоспособност, програми за дистанционно обучение. За продължителна квалификация се счита и участието 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.

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 анкетиранияте са потвърдили наличието на следдипломна квалификация, а 46.67 % нямат такава (Фигура 1).

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 специалистите по здравни грижи да развиват своите професионални компетенции, имайки ясна перспектива за кариерно развитие.



Фигура 1. Разпределение на ръководителите по здравни грижи според наличие на придобита следдипломна квалификация

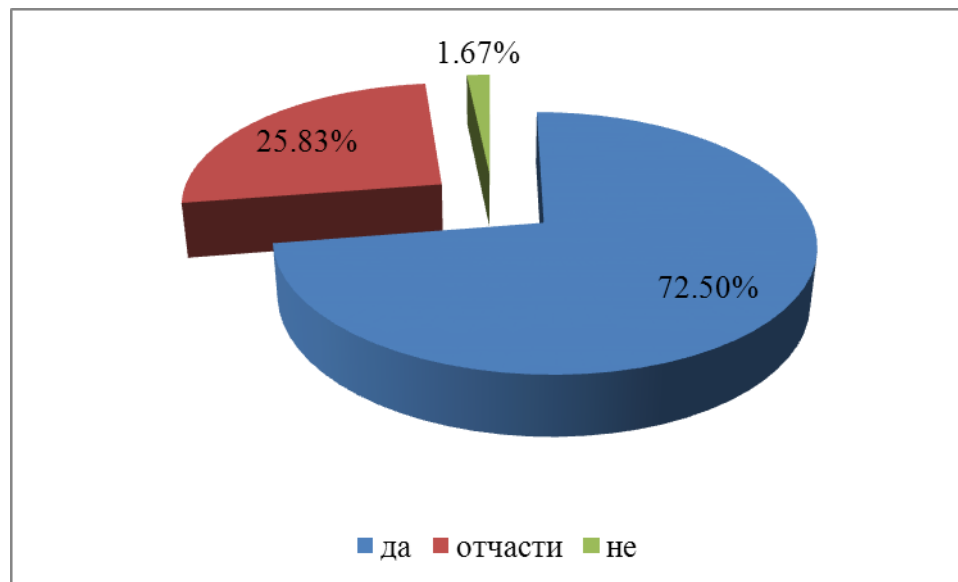
Следдипломното обучение предлага актуални теми, които помагат на работещите да повишават своята професионална квалификация, като придобиват знания и умения въведени в новите учебни програми по различните дисциплини. Придобиването на съвременни професионални компетенции от специалистите по здравни грижи е възможно само при активното им участие в курсовете за следдипломно обучение, защото то се

провежда от университетски преподаватели с необходимата педагогическа подготовка.

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.

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 2).



Фигура 2. 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 ръководителите по здравни грижи.

Таблица 3. 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 3 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 ръководителя 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 4).

Таблица 4. Приложение на управленски методи и средства за организацията на здравните грижи

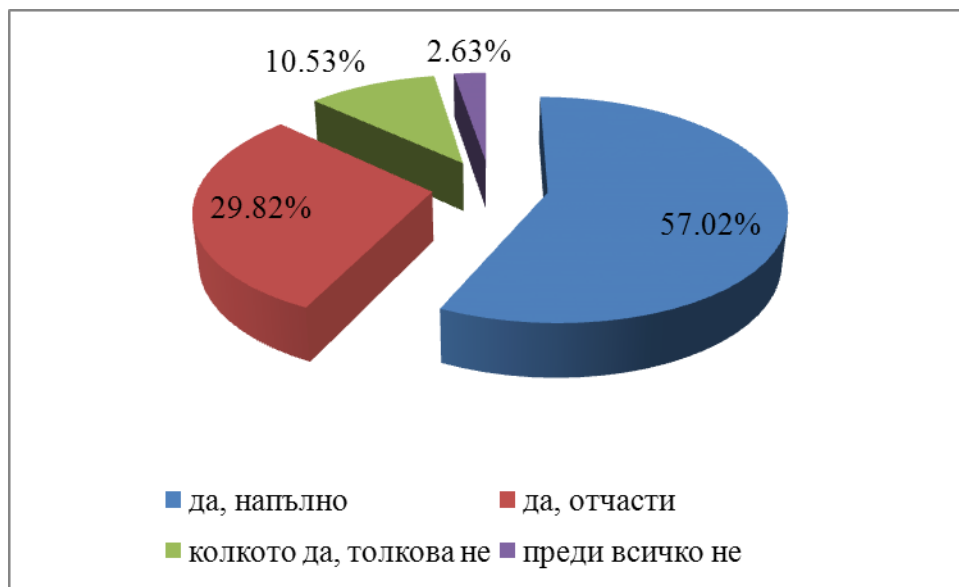
Отговор	Брой	Относителен дял [%]
да, непрекъснато се информирам по темата и прилагам такива	46	38.33
само отчасти прилагам управленски методи и средства	31	25.83
разчитам на практически опит	43	35.83
Общо	120	100.00

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 ръководителите по здравни грижи в болницата, с участието на най-добрите специалисти.



Фигура 3. Практическо приложение на технически фишове и протоколи

На Фигура 3 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 по здравни грижи използват технически фишове и протоколи само отчасти, 10.53% - колкото да, толкова не, а 2.63% от тях посочват, че не използват тези средства.

В Таблица 5 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 (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.

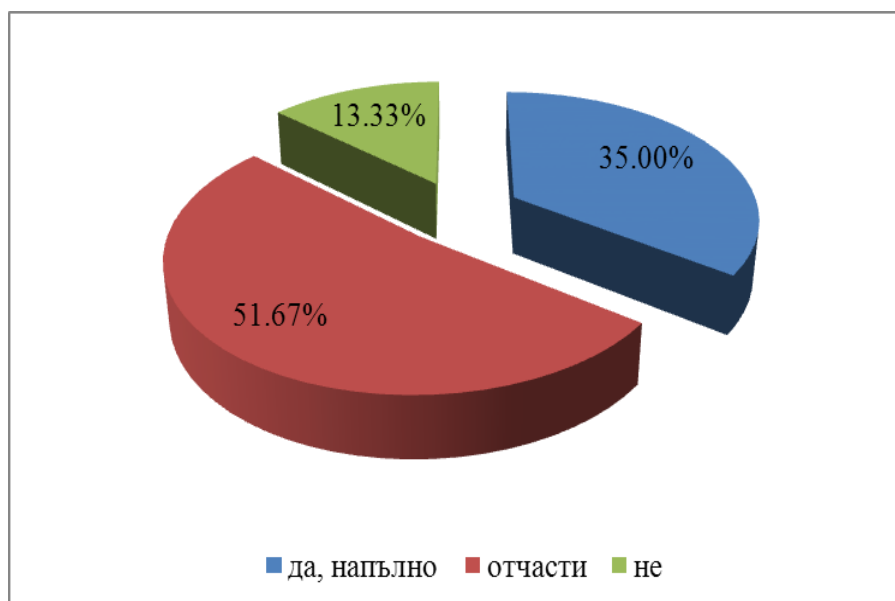
Таблица 5. Степен на значимост при разрешаване на организационни проблеми

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.

Подходът при осъществяването 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 4).

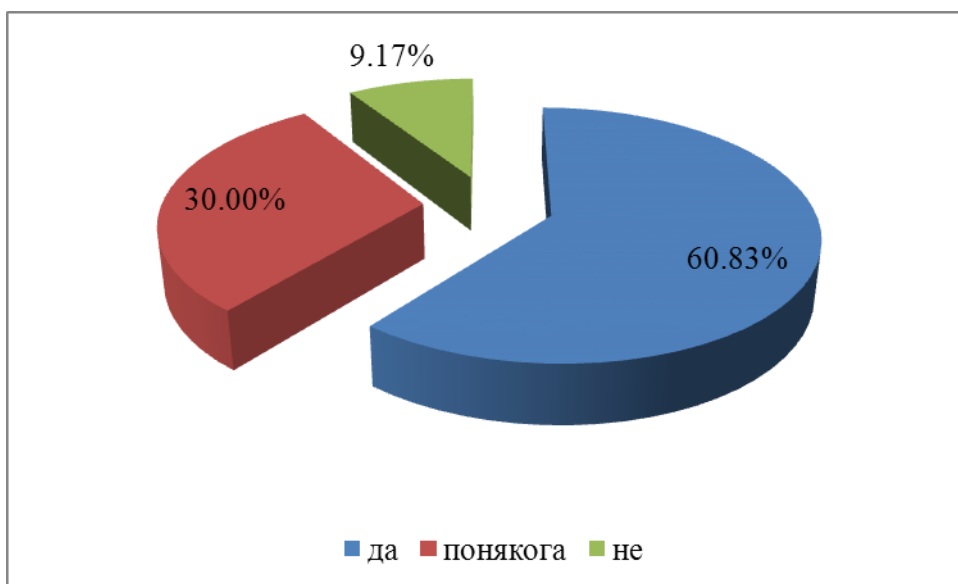


Фигура 4. Наличие на знания и умения на персонала за прилагане на индивидуален план за грижи

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.

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

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 5. 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 5).

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

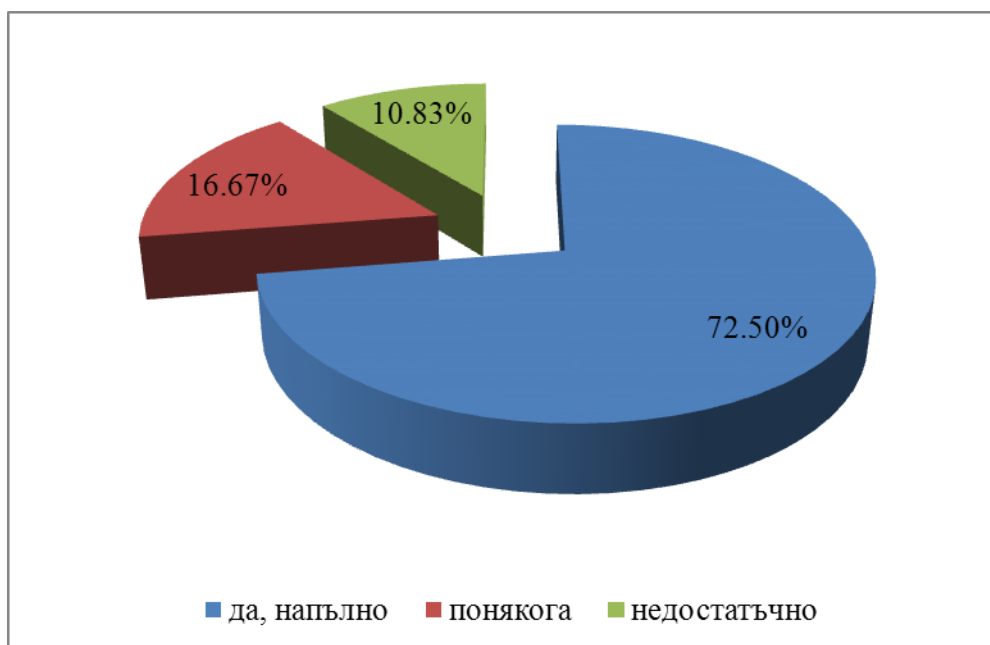
на здравните грижи и 9.17 % - повишаване квалификацията на професионалистите по здравни грижи.

Таблица 6. Фактори за подобряване организацията на работа и качеството на здравните грижи

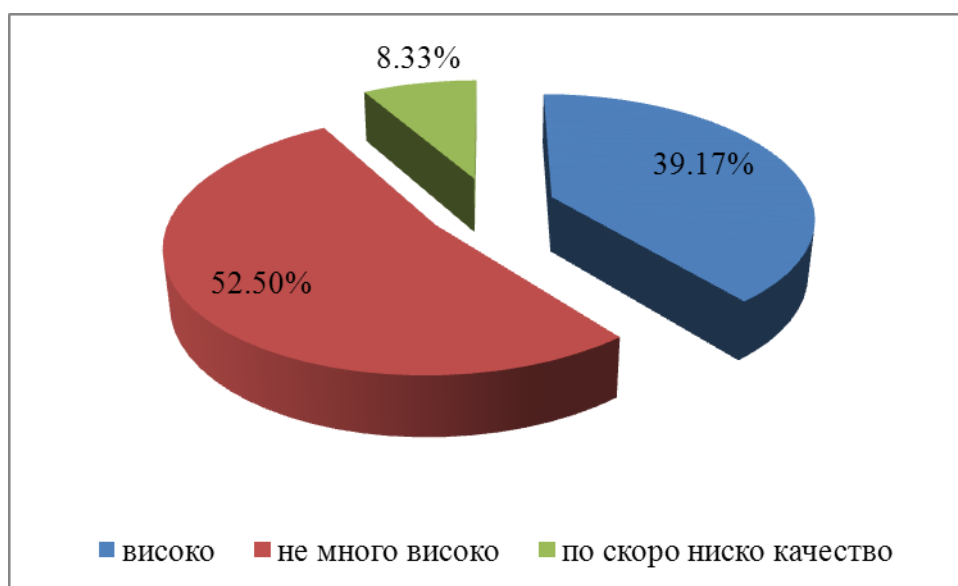
Фактори способстващи за подобряване на организацията на работа и качеството на здравните грижи	Посочен като фактор с първостепенно значение	
	Брой	%
Изработване и въвеждане на стандарти за здравни грижи	27	22.50
Повишаване контрола от страна на ръководителите по здравни грижи	13	10.33
Подобряване на 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 ръководителите по здравни грижи (72.50 %) приемат за достатъчно осигуреното им количество медицински консуматив и материали за извършването на качествени здравни грижи (Фигура 6). 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 6).



Фигура 6. Осигуряване на необходимото количество медицински консуматив и материали



Фигура 7. 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 7).

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 по здравни грижи възприемат положително изработването и въвеждането на единен модел на управление, 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 8). 27.50 % от анкетиранияте изразяват резерви по този въпрос, а 9.17 % не считат това за необходимо.

Резервите или нежеланието на тази част от анкетиранияте 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.



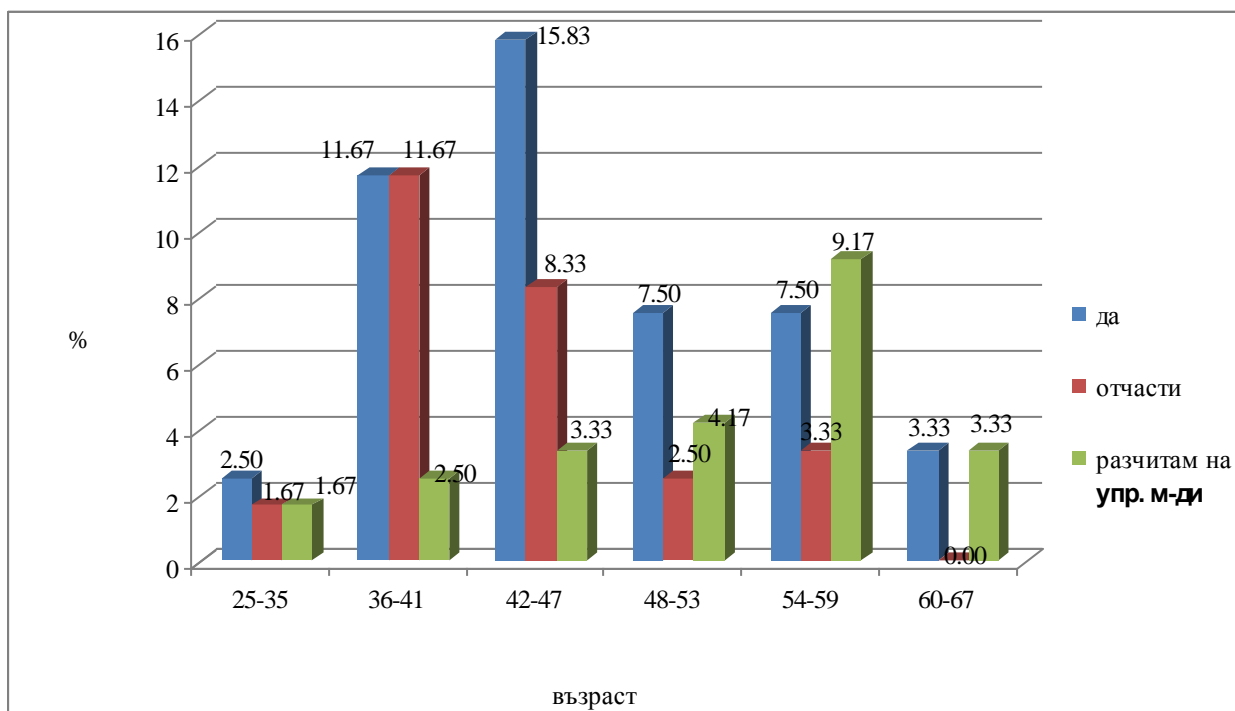
Фигура 8. Мнение на ръководителите по здравни грижи относно въвеждането на модел на управление на здравните грижи

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

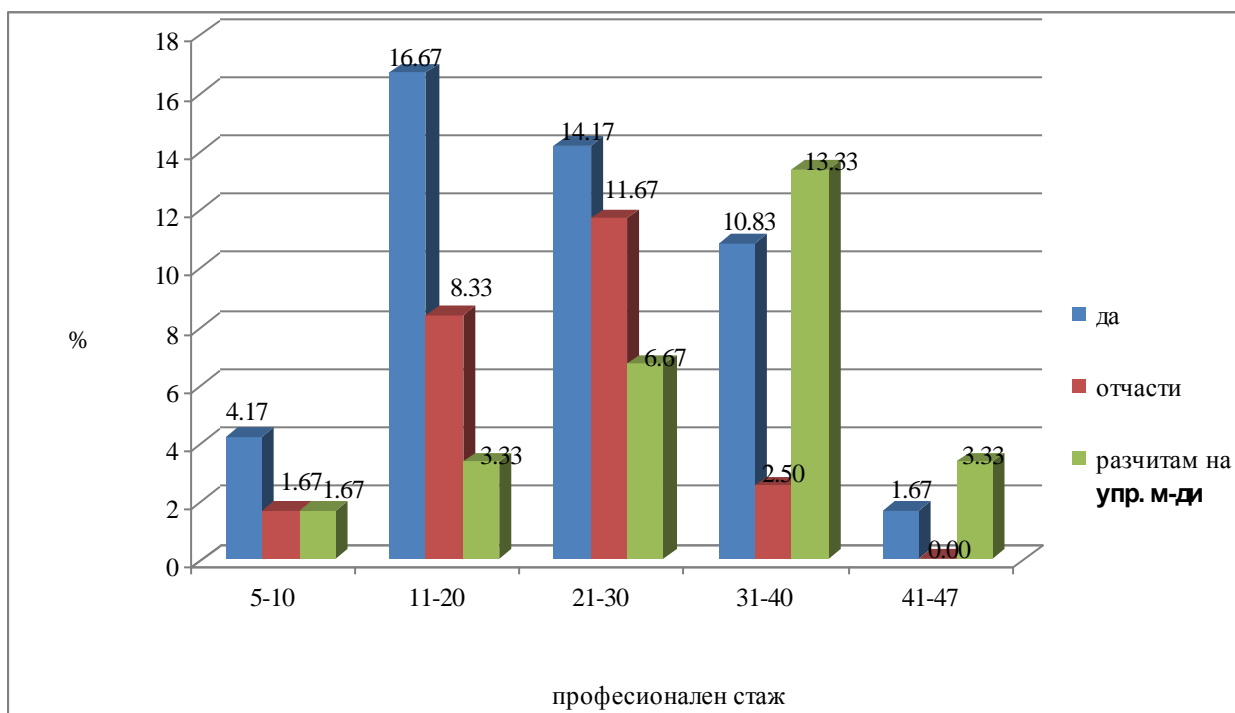
Направените изследвания разкриват статистически значими зависимости между прилагането на управленски методи и средства за организация на здравните грижи в лечебното заведение и възрастта на ръководителите по здравни грижи ($p < 0.05$), техния професионален стаж ($p < 0.05$) и образователната им степен ($p < 0.05$).

Данните показват, че управленски методи и средства, при организацията на работата, се прилагат непрекъснато, най-често от ръководителите по здравни грижи на възраст между 42 и 47 години – 15.83 % (Фигура 9). В този възрастов диапазон, относителният дял на ръководителите, 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.



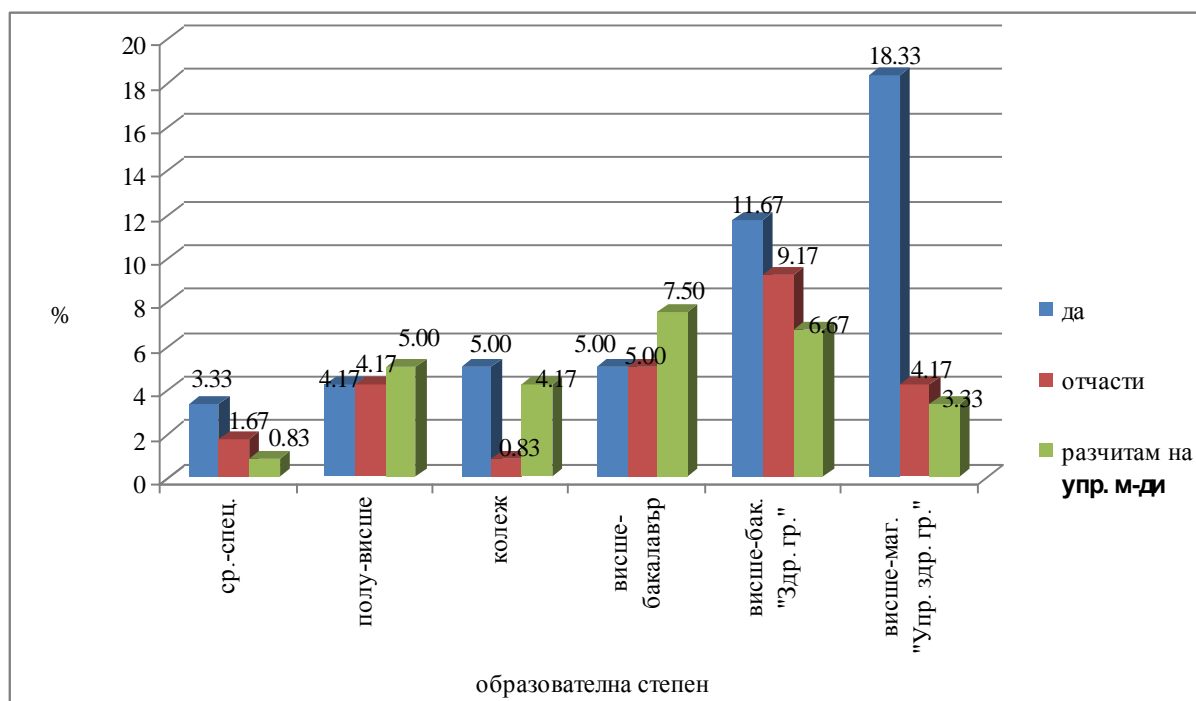
Фигура 9. Зависимост между прилагането на управленски методи и средства и възрастта на ръководителите по здравни грижи



Фигура 10. Зависимост между прилагането на управленски методи и средства и професионалния стаж 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 10). 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 %.

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.



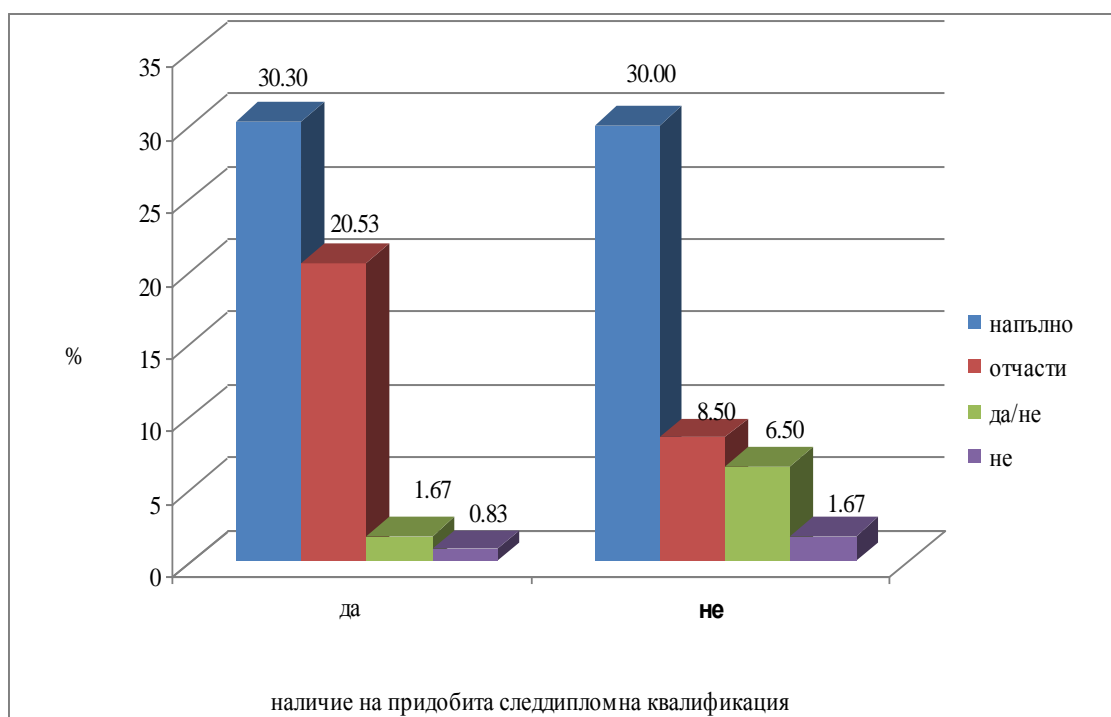
Фигура 11. Зависимост между прилагането на управленски методи и средства и образователната степен на ръководителите по здравни грижи

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 ръководителите по здравни грижи, 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 11). 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 %.

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 12).



Фигура 12. 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 ръководителите, притежаващи следдипломна квалификация делът им е съответно 1.67 % и 0.83 %. Значително по-високи са тези стойности при тези от тях, 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.

2.3. Анализ на резултатите от анкетното проучване на пациентите относно удовлетвореността им от организацията на здравните грижи в лечебното заведение за болнична помощ.

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.

Здравните професионалисти 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 здравните грижи е особено важен елемент от цялостния процес на медицинското обслужване.

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.

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.

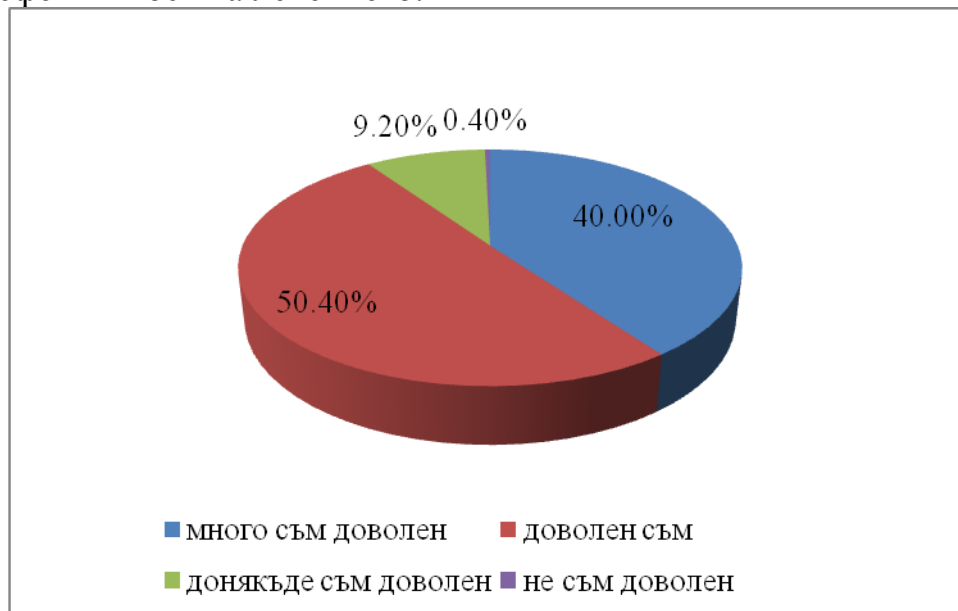
Удовлетвореността на пациентите от организацията и качеството на здравните грижи е особено важен елемент от цялостния процес на медицинско обслужване, както и основен фактор за конкурентната способност на здравното заведение в условията на пазарна икономика и свободен избор на пациентите.

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.

Преодоляването на негативните емоции на пациентите при приемането им в отделението зависи от професионалните умения на здравните професионалисти 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 анкетиранияте пациенти са декларирали, че не са доволни от приема в отделението (Фигура 13).

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 13. Разпределение на пациентите според удовлетвореността им от приемането в отделението

Професионалната комуникация на специалистите 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 14). Значителен е относителния дял на пациентите, които декларират, че са само частично информирани – 21.00 % или неинформирани – 26.40 %.

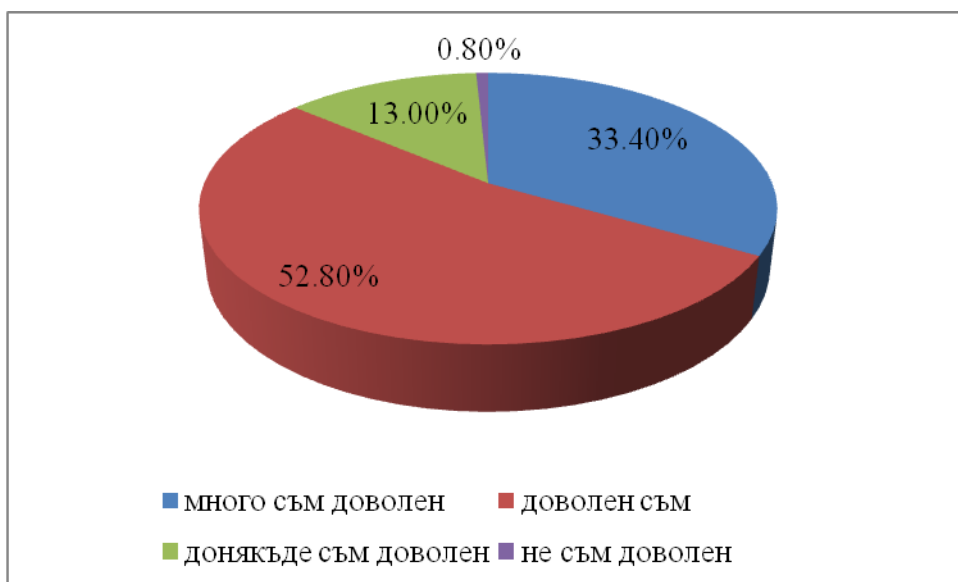
Тези данни показват необходимостта от промяна на отношението на персонала към пациентите, което може да се осъществи преди всичко чрез провеждане на целенасочено обучение и подобряване на контрола от страна на ръководителя по здравни грижи.



Фигура 14. Разпределение на пациентите според информираността им относно вътрешния ред в отделението, процедурите и манипулациите

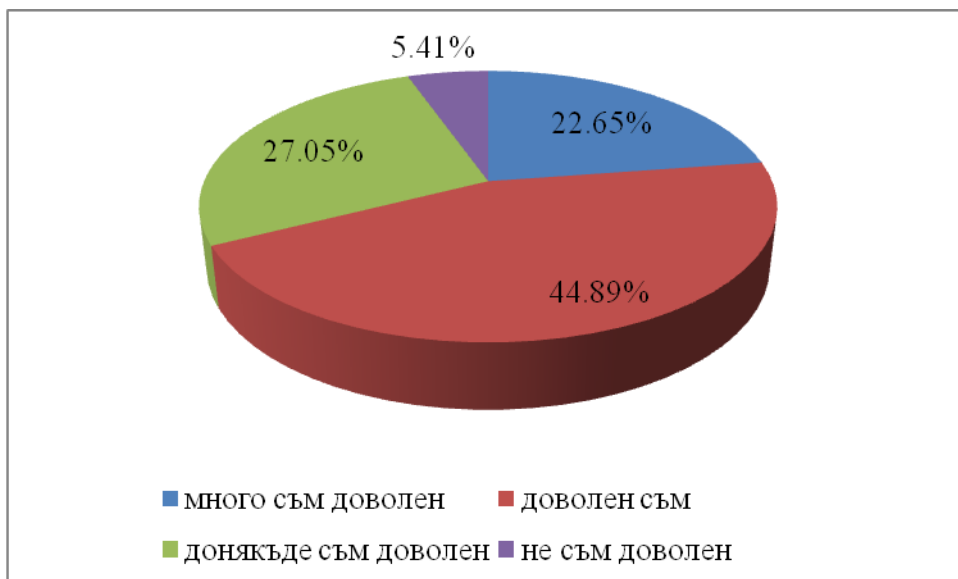
Добрите хигиенни условия са предпоставка за удовлетвореност на пациентите от здравните грижи и задължителен елемент, изразяващ качеството на болничната дейност.

Резултатите от изследването показват, че по-голямата част от пациентите са доволни – 52.80 % и много доволни – 33.40 % от хигиената в отделението (Фигура 15). Сравнително малък е относителният дял на пациентите, заявили известни резерви по този показател – 13.00 %, или декларирали неудовлетвореност – 0.80 %.



Фигура 15. Разпределение на пациентите според удовлетвореността им от хигиената в отделениято

Намаляването на дялът 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.



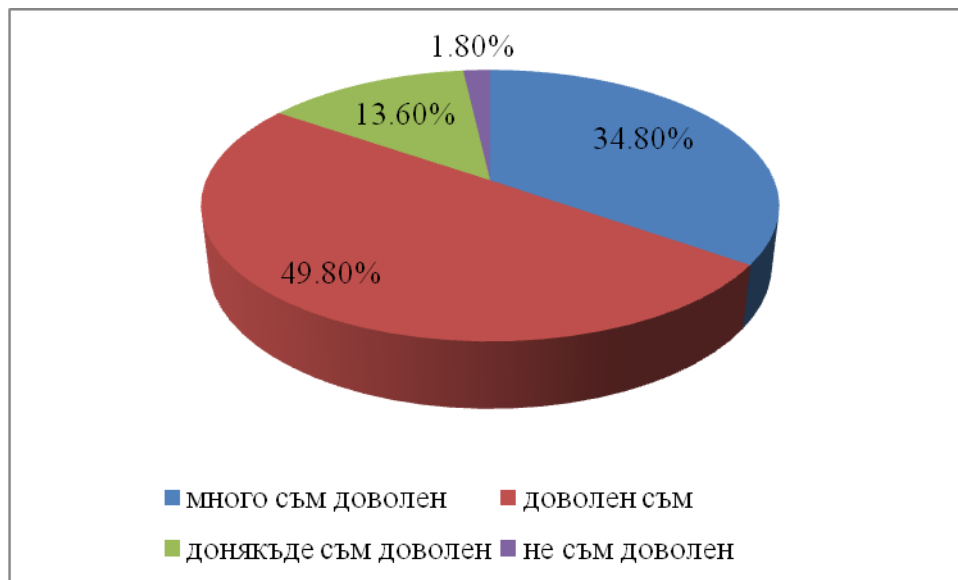
Фигура 16. Разпределение на пациентите според удовлетвореността им от качеството на храната и нейното съответствие с предписана диета съобразно основното заболяване

Противоречиви са резултатите и по отношение на удовлетвореността на пациентите 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 16). 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.

От получените резултати се вижда, че 49.80 % от анкетиранияте пациенти са доволни от извършваните манипулации и процедури, а 34.80 % са много доволни (Фигура 17). 13.60 % са отговорили уклончиво, а 1.80 % от пациентите са декларирали неудовлетвореност от извършваните манипулации и процедури.



Фигура 17. Разпределение на пациентите според удовлетвореността им от извършваните манипулации и процедури

Тези данни показват значението на квалификацията и професионалните умения на здравните професионалисти, 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.

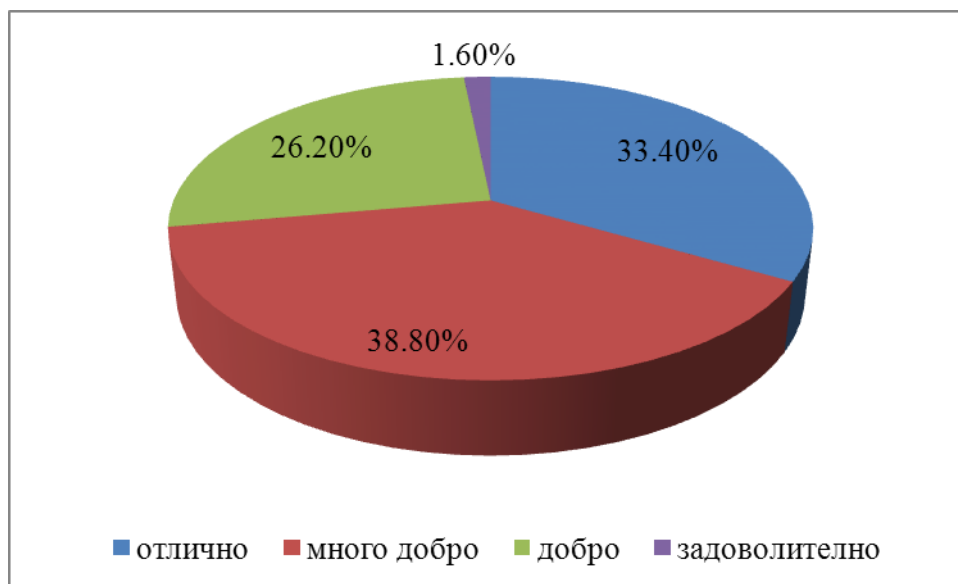
На Фигура 18 са представени резултатите по отношение на удовлетвореността на пациентите от времето, което отделят за разговори с тях медицинските специалисти. Само 35.80 % от анкетираните посочват, че медицинските специалисти отделят достатъчно време за разговори с пациентите. 44.20 % отговарят, че това се случва само понякога, а 20.00 %, че медицинските специалисти нямат време за разговори. Тези резултати показват недостатъчното ниво на комуникация между пациентите и специалистите по здравни грижи, което неминуемо оказва негативно влияние на качеството и ефективността на здравните грижи.



Фигура 18. Разпределение на пациентите според удовлетвореността им от времето, което отделят за разговори с тях медицинските специалисти

Данните от проучването показват, че 33.40 % от пациентите определят качеството и организацията на работата в отделението като отлично, а 38.80 % от тях като много добро (Фигура 19). 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 удовлетвореността на пациентите от извършваните манипулации и процедури (Фигура 17). 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 здравния професионалист за качеството на здравните грижи, а

в контекста на свободния избор на пациентите, и по отношение на конкурентната способност на здравните заведения в условията на пазарна икономика.



Фигура 19. Разпределение на пациентите според удовлетвореността им от организацията и качеството на работата в отделението

Таблица 7. 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 професионалистите по здравни грижи	47	9.40
Да се повиши броя на медицинските специалисти	151	30.20
Подобряване на материално-техническата база	86	17.20
Повишаване контрола на работа на медицинските специалисти	24	4.80
Общо	500	100.00

Потвърждение за всичко това са данните представени в Таблица 7. 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 медицинските специалисти, 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 здравните професионалисти, което отново показва тяхното значение за системата на здравеопазването, като цяло.

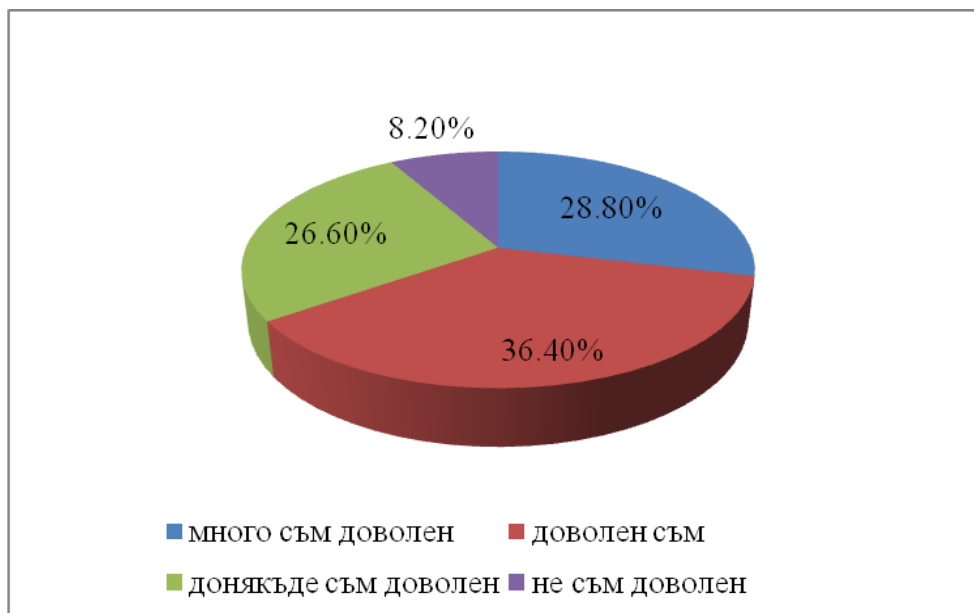
Може да се предположи, че в бъдеще, все повече ще нараства ролята и значението на професионалистите по здравни грижи. От техните професионални умения и наличието на достатъчен брой квалифициран персонал, ще зависи до голяма степен не само качеството и ефективността на здравните грижи, израз на които 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 медицинските специалисти в лечебните заведения. 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. Анализ на резултатите от анкетното проучване на пациентите относно удовлетвореността им от организацията на здравните грижи в лечебните заведения за извънболнична помощ.

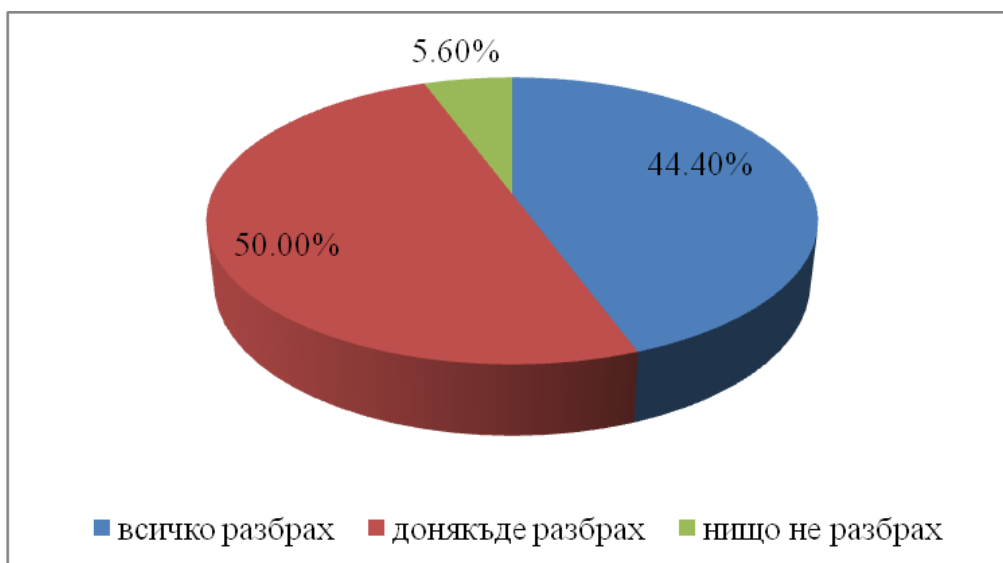
Качеството и ефективността на здравните услуги в диагностично-консултативните и медицинските центрове зависи в голяма степен от организацията и качеството на здравните грижи, обективна оценка за което е удовлетвореността на пациентите. Техните наблюдения върху организацията на работата и виждания им 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 20. 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 20. Удовлетвореност на пациентите от организацията и планирането на прегледите

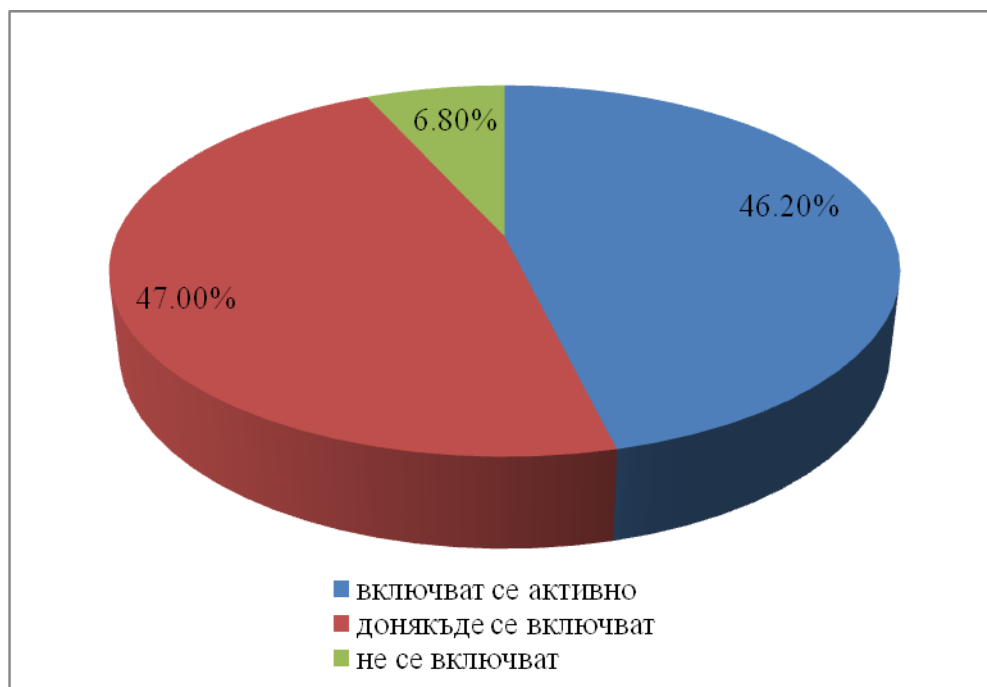
44.40 % от пациенти възприемат като напълно разбираеми указанията за подготовка на прегледа, за половината от анкетираните (50.00 %) те са разбираеми донякъде, а 5.60 % посочват, че не разбират указанията на медицинските специалисти (Фигура 21). Независимо, че тези резултати носят известна субективност, обусловена от възрастовия профил на пациентите, това не намалява значението на този показател като насока за подобряване на качеството на здравните грижи.



Фигура 21. 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.

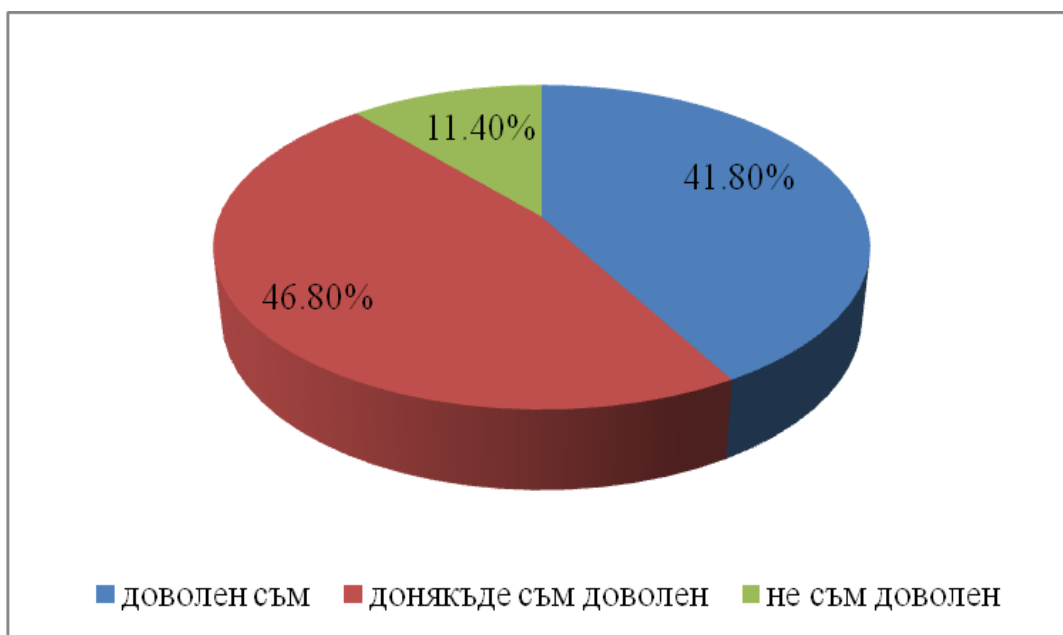
Според 46.20 % от анкетираните, здравните специалисти участват активно в профилактичните дейности, 47.00 % считат, че това става донякъде, а 6.80 % от пациентите не виждат участие на здравните специалисти в профилактиката (Фигура 22).



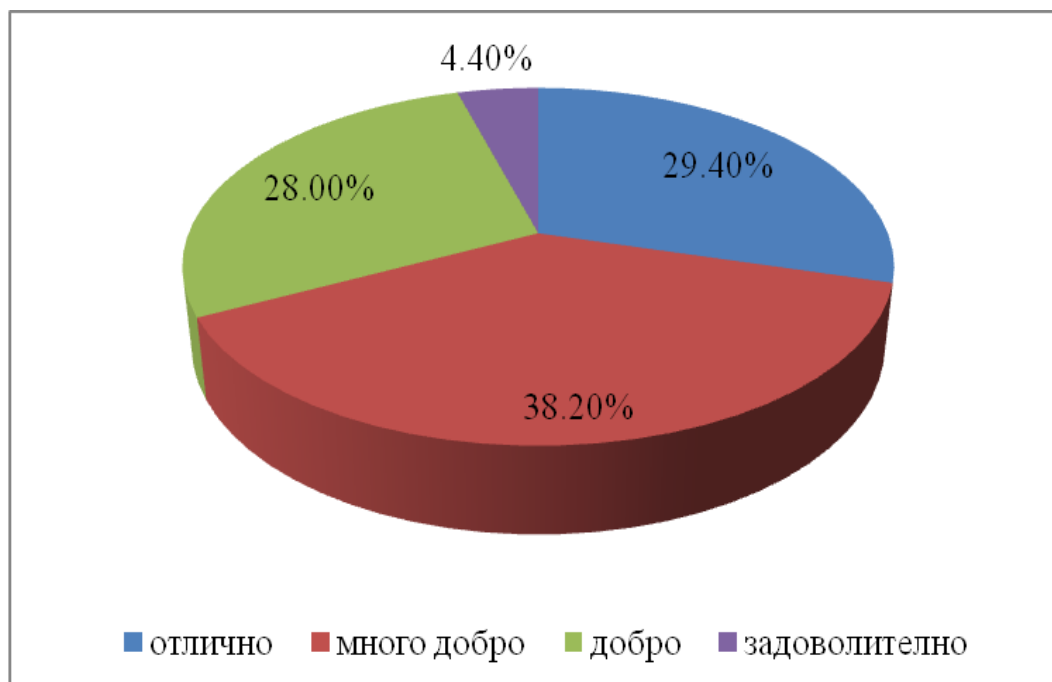
Фигура 22. Участие на здравните специалисти в профилактичните дейности

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 23).

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 23. Удовлетвореност на пациентите от организацията за контрол и проследяване на заболяванията



Фигура 24. Удовлетвореност на пациентите от качеството на здравните грижи

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 24). 28.00 % от анкетираните оценяват качеството като добро и 4.40 % като задоволително. Резултатите по този показател са аналогични на данните за удовлетвореността на пациентите от организацията и планирането на

прегледите (Фигура 20), а също така са сходни с оценката за качеството на здравните грижи на пациентите от болничната помощ (Фигура 19). 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.

Тези изводи косвено се потвърждават от резултатите, представени в Таблица 8. 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 медицинските 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 8. 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 специалистите по здравни грижи	50	10.00
Да се повиши броя на медицинските 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 медицинските специалисти са поредно потвърждение за ролята на професията на здравния професионалист 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.

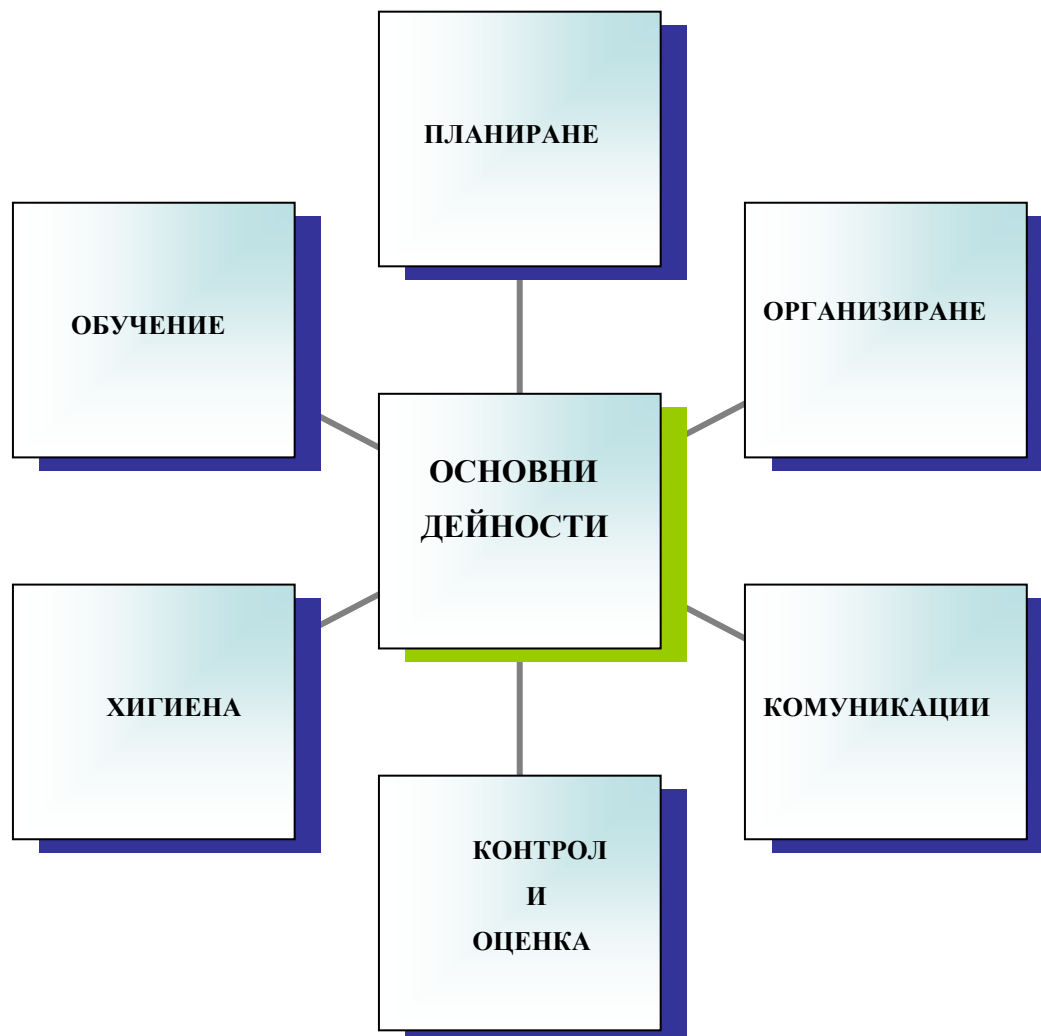
Всичко това, пряко или косвено, влияе на удовлетвореността на пациентите от здравните услуги, предоставяни от лечебното заведение и определя неговата икономическа стабилност в условията на свободен избор на пациентите и пазарна икономика.

III. 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 така наречената „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 между организационните 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, обучение и хигиена (Фигура 25).



Фигура 25. 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 9).

Правилното организиране на дейността на специалистите 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 специалистите по здравни грижи, които заемат ръководни длъжности в болничните структури като ръководители по здравни грижи (медицински сестри, акушерки, лаборанти, рехабилитатори) да разполагат с база данни и разработени софтуерни продукти, осигуряващи непрекъснат достъп до информацията, необходима за вземане на своевременно и адекватни управленски решения.

Таблица 9. Модел на управлението на здравните грижи в лечебното заведение

I.	ПЛАНИРАНЕ
	<p>1. Планиране на потребностите от персонал</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Запознаване подробно с целите за развитие на отделението/клиниката</i> ● <i>Избор на методи за определяне на потребностите от персонал</i> ● <i>Изготвяне на предварителен вариант на прогноза за потребностите от персонал</i> <p>2. Подбор на персонал</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Оценка на състоянието на пазара на труда</i> ● <i>Избор на методите за подбор на кандидатите</i> ● <i>Публикуване на обявата за работа</i> ● <i>Обработване на необходимите документи на кандидата</i> ● <i>Провеждане на интервюта и тестове</i> ● <i>Определяне крайният срок за назначаването</i> ● <i>Назначаване на одобрения кандидат и оформяне на документите за постъпване на работа: - Автобиография, Диплом за завършена степен(бакалавър, магистър),</i> <p>.....</p> <p>3. Обучение и развитие на новопостъпили – тестове, анализ на резултати.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Запознаване с длъжностната характеристика на</i>

	<p><i>професионалиста по здравни грижи.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Основни задължения произтичащи от заеманата длъжност.</i> ● <i>Прием на болни</i> ● <i>Функции и дейности</i> ● <i>Работа със специфична медицинска апаратура и почистването и.</i> ● <i>Дезинфекция и стерилизация</i> ● <i>Водене на налична документация</i> ● <i>Специфични отговорности на професионалиста по здравни грижи</i> ● <i>Участие в обучението на студенти</i> ● <i>Подчиненост и заменяемост – на функционален и административен принцип</i> ● <i>Права, задължения и развитие на професионалиста по здравни грижи</i> <p>4. Планиране на дейностите и грижите</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Анализ на състоянието и основните проблеми на пациента</i> ● <i>Събиране на данни за здравословното състояние на пациента и неговия начин на живот</i> ● <i>Анализ на събраната информация и очертаване на основните проблеми</i> ● <i>Формулиране на сестринската диагноза</i> ● <i>Изготвяне на индивидуален план за грижи</i> ● <i>Осъществяване на изработения план</i> ● <i>Оценка на получените резултати и ефективността от плана за грижи.</i> <p>5. Планиране на материалните ресурси</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Снабдяване с хигиенни материали, дезинфектанти, консумативи</i> ● <i>Организация по получаване, съхраняването, разпределенето на медицинските консумативи</i> <p>6. Планиране на персонала</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Изработване на месечен график на мед.сестри, болногледачи и санитарни</i>
II.	ОРГАНИЗИРАНЕ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ
	<p>1. Организиране и планиране на непрекъснатостта на здравни грижи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>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</i> ● <i>Запознаване на персонала с въведените в отделението технически средства, фишове и протоколи</i> <p>2. Участие в сутрешен рапорт, приемане и предаване на дежурство</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Рапорт /приемане и предаване на дежурство/</i>

	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Лекарски рапорт</i> <p>3. Разпределение на персонала по работните сектори</p> <p>4. Разпределение на задачите на персонала за работната смяна</p> <p>5. Изготвяне на сведение за движение на болните</p> <p>6. Контрол на болничната хранене</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Изготвяне на требвателен лист</i> ● <i>Организиране на болничното хранене</i> ● <i>Получаване и разпределение на храната</i> ● <i>Организация на храненето на тежко болните</i> <p>7. Контрол на болничната хигиена</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Изработване на хигиенен план на отделението</i> ● <i>Контрол на текущата дезинфекция</i> ● <i>Подготовка и провеждане на хигиенна визитация</i> <p>8. Организиране на приема и престоя на пациентите</p>
III.	ОБУЧЕНИЕ НА ПЕРСОНАЛА, ПАЦИЕНТИТЕ И ТЕХНИТЕ БЛИЗКИ
	<p>1. Изготвяне на учебна програма за колегиуми</p> <p>2. Участие в проекти за обучение на персонала и пациенти</p> <p>3. Обучение на пациентите и техните близки</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Хранителния режим</i> ● <i>Двигателния режим</i> ● <i>Прием на лекарства след изписването</i> ● <i>Контролния преглед</i> ● <i>Лабораторни изследвания</i> ● <i>Други полезни съвети</i> <p>4. Участие при решаване на проблеми и конфликтни ситуации в работните екипи</p> <p>5. Оценяване на потребностите от обучение на персонала</p>
IV.	КОМУНИКАЦИИ В ЕЖЕДНЕВНАТА РАБОТА
	<p>1. Координиране и организиране на приема на пациенти</p> <p>2. Координация и комуникация с болнични структури</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Други отделения</i> ● <i>Лаборатория</i> ● <i>Аптека</i> ● <i>Кухня</i> ● <i>Складове</i> ● <i>Технически служби</i> <p>3. Участие в съвещание на съвета по Здравни грижи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Подготовка за съвещанието</i> ● <i>Проблеми, решения, перспективи</i> ● <i>Книга за водене на записки</i> <p>4. Участие в делови разговори</p> <p>5. Участие и комуникации с извънболнични структури</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>ХЕИ</i> ● <i>РИОКЗ</i>

	<ul style="list-style-type: none"> ● БАПЗГ
V.	КОНТРОЛ И ОЦЕНКА НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ
	<ol style="list-style-type: none"> 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 документацията <ul style="list-style-type: none"> ● 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. <p><i>Документация</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Контрол на материално-техническото състояние на отделението 9. Контрол по спазване на вътрешния ред в отделението/клиниката 10. Оценяване на дейността на професионалистите по здравни грижи 11. Изработване на средства за контрол и оценка
VI.	ХИГИЕНА
	<ol style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> ● Методи на дезинфекция 6. Стерилизация <ul style="list-style-type: none"> ● Методи на стерилизация 7. Хигиена на болничното бельо 8. Дезинфекция на индивидуални предмети за грижите за болния 9. Обеззаразяване на секрети и екскерти 10. Дезинфекция на специална медицинска апаратура 11. Контрол на болничните отпадъци <ul style="list-style-type: none"> ● 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 по здравни грижи (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 по здравни грижи на възраст между 42 и 47 години и от ръководителите, притежаващи 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 по здравни грижи, непрекъснато прилагачи управленски методи и средства в организацията на работата е регистриран при ръководителите, притежаващи 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 niskия 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 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 софтуерни 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.

СПРАВКА ЗА ПРИНОСИТЕ 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 основата на които могат да се анализират и оптимизират учебните програми за подготовка на специалистите 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.

СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИТЕ СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИЯТА

Богданова, К., Д. Благоева, Т. Попова, Г. Чанева. 2015. Съвременни предизвикателства при управлението на здравните грижи. Тридесет и шеста научно-технологична сесия Контакт, София (30.10.2015). Гражданска идея в действие. Сборник статии. Темто, стр. 209-213.

Богданова, К., Г. Чанева, М. Стойчева, П. Кантарева. 2016. Удовлетвореност на пациентите от качеството на здравните грижи в лечебните заведения. Тридесет и седма научно-технологична сесия Контакт, София (24.06.2016). Гражданска идея в действие. Сборник статии. Темто, стр. 179-187.

Богданова, К. 2017. Сравнителен анализ на управлението на здравните грижи в болничното отделение, Списание „Сестринско дело” год. XLIX, бр.2, стр. 42.

Bogdanova, K., E. Ivanov, Z. Gerenova, 2017. Manager qualification as condition for quality of the health care, KNOWLEDGE – International Journal, , Bansko, December, 2017, Vol.20.4, pp. 1843-1848.

Благодарности

Изказвам най-сърдечна благодарност на научният ми ръководител проф. Галина Чанева за ценните съвети и препоръки, свързани с подготовката на настоящата дисертация. От все сърце благодаря на членовете на катедра “Здравни грижи” и ръководството на Факултета по обществено здраве.

Благодаря на изпълнителните директори и главните медицински сестри в многопрофилните болници за активно лечение и съответните диагностично-консултативни центрове: 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 градска МБАЛ” ЕАД (гр. София), в медицинските центрове: МЦ „Деница” ООД (гр. Монтана), МЦ „Динамед 2001” ЕООД (гр. Ямбол) и „Медицински център - Ловеч” ЕООД за оказаната помощ и информационно осигуряване.