

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
Катедра „Здравна политика и мениджмънт“

Даря Маринова Петкова

ОСНОВАНИ НА ДОКАЗАТЕЛСТВА И ЦЕННОСТИ
ИНТЕРВЕНЦИИ ЗА ПОВИШАВАНЕ НА КАЧЕСТВОТО В
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

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”

НАУЧНИ РЪКОВОДИТЕЛИ:

Доц. Александрина Воденичарова, дм

Доц. д-р Кристина Попова, дм

РЕЦЕНЗЕНТИ

Проф. д-р Ралица Златанова-Великова, дм

Проф. д-р Елена Младенова Шипковенска, дмн

София, 2020 г.

Дисертационният труд е одобрен и насрочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедра по Здравна политика и мениджмънт при Факултета по Обществено здраве при Медицински Университет – София.

Дисертационният труд съдържа 108 страници и е онагледен 12 таблици, 32 фигури и 2 приложения.

Библиографската справка включва 71 заглавия, от които 39 са на кирилица и 32 на латиница.

Научно жури:

Проф. Магдалена Банчева Александрова, дм

Проф. д-р Ралица Златанова Златанова-Великова, дм

Проф. д-р Елена Младенова Шипковенска, дмн

Проф. д-р Кънчо Трифонов Чамов, дм

Доц. д-р Юлиана Крумова Маринова, дм

Резервни членове:

Доц. д-р Наталия Михайлова Щерева-Николова, дм

Проф. д-р Веселин Борисов Василев, дмн

Публичната защита ще се състои на 22.06.2020г. от 12:00 часа в зала в заседателната зала 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	4
ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО	6
1. Цел и задачи на изследването	6
2. Методология на изследването	7
РЕЗУЛТАТИ ОТ АНАЛИЗА НА ПУБЛИКАЦИИ ВЪРХУ ПОВИШАВАНЕ КАЧЕСТВОТО НА МЕДИЦИНСКАТА ДЕЙНОСТ	10
РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОВЕДЕНО ЕМПИРИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА КАЧЕСТВОТО	14
1. Роля на здравната култура и включването на пациентите в лечебно- диагностичния процес	14
2. Мнение и удовлетвореност на пациентите от качеството на здравеопазната дейност	23
3. Анализ на организационното състояние и определяне на потребностите от промяна в обучението на персонала в съвременната болница	31
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	45
ИЗВОДИ	47
ПРЕПОРЪКИ	51
САМООЦЕНКА ЗА ПРИНОСИТЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	54
СПИСЪК С ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	55

ВЪВЕДЕНИЕ

Като тема за преподавателска и изследователска дейност **качеството на медицинската помощ** има редица предимства и основания за добрата популярност, с която се ползва. Актуалността и популярността на качеството се дължат на многобройните нерешени проблеми в българското здравеопазване, на продължителната криза в обществото, на трудния преход от тоталитаризъм към демокрация и на едно недостатъчно добре изследвано многофакторно влияние върху качеството на медицинските дейности. Необходимостта от съвременни здравни реформи подхранва и необходимостта от динамичен мониторинг и регулиране на качеството на медицинската помощ.

През последното десетилетие на ХХ век качеството се определя като дължимо поведение на медицинските професионалисти.

Европейската асоциация на медицинските дружества подкрепя активно политиката за развитие на качеството на медицинската помощ, като се оформят и препоръките националните медицински асоциации да поемат ръководната роля в развитието на качеството на медицинската помощ.

А има и един не по-малко важен икономически аспект. Той е и управленски, защото качеството в здравеопазването е един от основните фактори за ефективно изразходване на наличните здравни ресурси.

Предметът на осигуряване качеството на медицинската помощ е подобряване на резултатите от цялостната здравна помощ за осигуряване на здраве, функционална дееспособност, благополучие на пациента и удовлетвореност от страна на потребителите на здравна помощ.

Управлението на качеството включва всички дейности, които се определят като политика по качеството - определяне на целите и

отговорностите и тяхното приложение, планиране, контрол, оценка и развитие.

Управлението на качеството е изключително важно, защото неговият добър мениджмънт най-често повлиява положително върху качеството на предоставяните здравни услуги.

Развитието на качеството е динамичен процес, който осигурява и ползва постигането на здравни резултати за реализиране на добра медицинска практика.

Правилата за **добра медицинска практика** представляват систематично разработени становища, които да подпомогнат решенията на клиницистите и пациентите относно здравните грижи при специфични клинични обстоятелства.

Единствено възможната перспектива за качеството в здраеопазването е неговото непрекъснато подобряване въз основа на:

- фокусиране към потребителите, техните изисквания, нужди и очаквания;
- развитие на процесите/осигуряване на взаимосвързаност и редуциране на излишните процеси/ и
- тотално въвличане на всички участници в процеса.

В съгласие с всичко това, следва да се мисли за изграждане на единна Национална система за управление на качеството в здравеопазните дейности в съответствие със съвременните стандарти.

ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

1. Цел и задачи на изследването

Изследването си поставя за **цел** на базата на критичен анализ на резултатите от реформата в здравеопазването, експертна оценка на медицинските специалисти за качеството в здравеопазването и проучване на удовлетвореността на пациентите, да се изведат препоръки за конкретни практически интервенции за подобряване качеството на медицинската помощ.

Въз основа на получените резултати от проведеното емпирично изследване и сравнения с изследвания в европейските страни се изработват критерии и ориентири за по-нататъшното повишаване качеството на дейностите в съответствие с европейските стандарти.

За постигане на тази цел си поставихме следните основни **задачи**:

1. Литературен анализ и оценка на проблематиката за качеството на здравните услуги.
2. Разработване на специален въпросник за експертите и за пациентите, които са били на болнично лечение.
3. Експертна оценка на лекари и медицински сестри в многопрофилните болници за активно лечение за качеството на медицинската помощ и подходите за неговото управление.
4. Изследване на мнението и удовлетвореността на пациентите, които са били на лечение в многопрофилните болници.
5. Анализ на организационното състояние и определяне на потребностите от промяна в обучението на персонала в съвременната болница.
6. Разработване на предложения, които да подпомогнат политиката в областта на качеството в здравеопазването.

2. Методология на изследването

Обект на изследване

Университетската многопрофилна болница за активно лечение “Царица Йоанна- ИСУЛ”- София и Университетска Първа МБАЛ - София "Св. Йоан Кръстител" са избрани за обект на изследване, като типичен представител на съвременните болници с висококвалифициран медицински персонал и модерно за страната ни технологично оборудване.

Единици на наблюдение

Логически единици в изследването са лекари и медицински сестри /всичко 124/ с придобита квалификация и специализация по мениджмънт на здравеопазването с акцент върху клиничния мениджмънт, както и случайно избрани пациенти /всичко 110/ от Клиника по очни болести и Хирургична клиника на Университетска Първа МБАЛ - София "Св. Йоан Кръстител" и на УМБАЛ “Царица Йоанна- ИСУЛ” в София.

Изследователски методи

1. Социологически методи за набиране на първична информация:

метод на експертната оценка;

1.2. анонимна анкета за проучване мнението и удовлетвореността на пациентите като потребители на здравни услуги.

Изследването е проведено през м. март 2018 г.

Математико-статистически методи за обработка на първичната информация:

Дескриптивен анализ – в табличен вид е представено честотното разпределение на разглежданите признаци;

2.2. Алтернативен анализ – за сравняване на относителни дялове;

2.3. Непараметричен χ^2 тест на Пийрсън за наличие на статистически значими разлики и сила на връзката по Крамер V;

2.4. Графичен анализ – за визуализация на получените резултати.

Методи за оценка на качеството

Оценка чрез стандарти - сравняват се конкретни здравни дейности с предварително определени и възприети стандарти, които представляват **медицинския алгоритъм** за лечение на определено заболяване.

Типология на стандартите за качество:

Поведенчески стандарти:

а/ изява на отношение към проблема на пациента;

б/ ефективно общуване, което е комплекс от вербална и невербална комуникация.

Организационни стандарти:

а/ условия за професионална практика;

б/ стимулиране;

в/ научност и продължаващо обучение;

г/ съучастие на пациента в процеса на лечение и оценка на резултатите;

д/ надеждна документация.

Стандарти на професионалната практика:

а/ диагностичен и терапевтичен разговор с пациента;

б/ психологическа подкрепа;

в/ специфични клинични критерии и индикатори.

2. Оценка чрез анализ на резултатите от медицински одит

3. Ръководства за добра практика, включват правила за оценка, които да анализират здравната култура, текущите нива на вреда на пациента, ключови местни бариери за осъществяване на подобрения в здравните грижи, както и изисквания за сертифициране на медицинските специалисти. Качеството се дефинира чрез изискванията на клиентите; системата за постигане на качеството е превантивна, а не само оценяваща крайните резултати.

РЕЗУЛТАТИ ОТ АНАЛИЗА НА ПУБЛИКАЦИИ ВЪРХУ ПОВИШАВАНЕ КАЧЕСТВОТО НА МЕДИЦИНСКАТА ДЕЙНОСТ

Според определението на СЗО качеството на медицинската дейност е предоставяне на всеки пациент на достатъчно видове диагностични и терапевтични дейности, които да осигуряват най-добър резултат за здравето, адекватен на актуалното състояние на медицинската наука, при най-добра цена за този резултат, при минимален здравен риск и достигане до най-голямо удовлетворение по отношение на процедури, резултати и хуманно отношение.

Националната здравна стратегия 2014-2020 е израз на очертаващия се консенсус относно необходимостта от преориентиране на здравната политика и практика от справяне с последиците за здравето (диагностика и лечение на заболяванията) към повлияване на рисковите за здравето фактори, и ангажиране на индивидите и обществото в този процес. Преоритетна задача на здравната реформа е повишаване качеството на медицинската дейност чрез разработване на система за тотално управление на качеството с оглед осъществяването на целите на здравната политика. Резултатът следва да бъде реструктурирана, реформирана, финансово устойчива и ефективна здравна система, която да осигурява качествени здравни дейности по промоция, профилактика, лечение и рехабилитация.

Тенденцията е утвърждаване на качествените стандарти за медицинските дейности чрез въвеждане на общоевропейските стандарти в практиката с фокус върху изграждане на умения за креативност, новаторство, лидерство и работа с новите технологии. Целта е индикаторите за качеството на медицинската дейност да са достъпни до

медицинските изпълнители, така че да осигуряват възможност и за самооценка.

Разработени са и са въведени:

1. Кодекс за професионална етика на лекарите в България, Издаден от МЗ, Обн. ДВ, бр. 85, 2013 г.

2. Общи правила за добра медицинска практика на лекарите в Република България – Заповед на МЗ №: РД – 28 – 256/ 25.11.2013 г.

3. Наредби на Министерство на здравеопазването за утвърждаване на медицински стандарти по специалности с критерии и показатели за качество на лечебната дейност, права и задължения на пациента, процедури за информирано съгласие на пациента за участие в лечебния процес /Сайт на Български лекарски съюз - Медицински стандарти/.

4. Актуални клинични пътеки за 2019 г. по специалности /след АНЕКС на НРД 2018 г./.

За по-нататъшното повишаване на качеството в здравеопазването в съответствие с европейските стандарти се стимулират следните ***иновативни практики:***

- ✓ споделяне на знания, разработване на най-добри практики и разпространяване на знанията;
- ✓ предприемане на проактивни подходи за намаляване вероятността от възникване на грешки или вреди;
- ✓ събиране на примери за успех, за ефективни доказателства и тяхното прилагане.

През последните години в нашата страна се инвестира в апаратура, в инфраструктура и имаме добра основа за постигане на качество в здравеопазването. Необходимо е лечебните заведения изцяло да ангажират знанията, опита и креативността на медицинските специалисти. По-доброто разбиране на поведенческите и организационните стандарти при мениджмънта на качеството е важен

аспект при оценка на здравната политика, насочена да гарантира обществения интерес и по-високата ефективност при изразходване на финансовия ресурс.

Проблемът за качеството не е само медицински проблем и показател, но той има пряка връзка с ресурсното управление на здравеопазването. Понятието за качество в съвременното разбиране за здравеопазване включва в себе си няколко взаимосвързани индикатори на дейността:

1. Адекватност - има два основни аспекта :

а) наличие на съответствие между здравни потребности и предлагани здравни дейности; с това понятие пряко е свързана достъпността на населението до здравни дейности;

б) наличие на съответствие между използваните ресурси (материални, финансови, човешки, времеви) с постигнатите здравни резултати; от тук произтича и важността на съотношенията – разход - резултат, разход - полза и се формира като адекватност на здравната дейност спрямо усвоените ресурси.

2. Ефикасност - показва ползите от прилагането на определена медицинска технология, лекарство и т.н.

3. Ефективност - показва конкретната полза от прилагането на дадена медицинска технология в реални условия, т.е. това е полученият полезен резултат за обществото; етапът на ефективността винаги следва етапа на ефикасността.

4. Безопасност - представлява степента на допустимия здравен риск; този показател е важен аспект за качеството в медицинската дейност.

Насърчаване на култура на безопасност на пациентите във всички нива на здравеопазване е ключов компонент за предотвратяване и намаляване на грешките и за подобряване качеството на медицинските

дейности. От съществено значение е тясното сътрудничество между медицинските специалисти, пациентите и органите на властта.

Нарастващият интерес към подходите за глобална безопасност на пациентите извежда като приоритет необходимостта да се наблегне на холистичните подходи в здравеопазването, на интеграцията и координацията на първичната и болничната медицинска помощ.

Наличието на култура на иновации в лечебните заведения играе жизненоважна роля в подпомагането на здравеопазването да посрещне сложните социални и икономически предизвикателства на 21-ви век.

Когато лечебните заведения изцяло ангажират знанията, опита и креативността на медицинските специалисти, те постигат по-високо качество на здравните дейности, иновации в лечебния процес и повишена ангажираност на специалистите.

Особено актуални са въпросите, свързани с изграждането на ефективни етични интервенции, базирани едновременно на доказателства и ценности за реализацията на качество на живота и здравна сигурност на всеки гражданин.

РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОВЕДЕНО ЕМПИРИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА КАЧЕСТВОТО

Анализите установяват, че сравнително редовно се прилага оценка на качеството чрез медицински одит (вътрешен и външен) в двете изследвани УМБАЛ. Вътрешният одит се осъществява от вътрешни контролни органи, а външният - от Изпълнителна агенция „Медицински надзор” към Министерството на здравеопазването.

1. Роля на здравната култура и включването на пациентите в лечебно-диагностичния процес

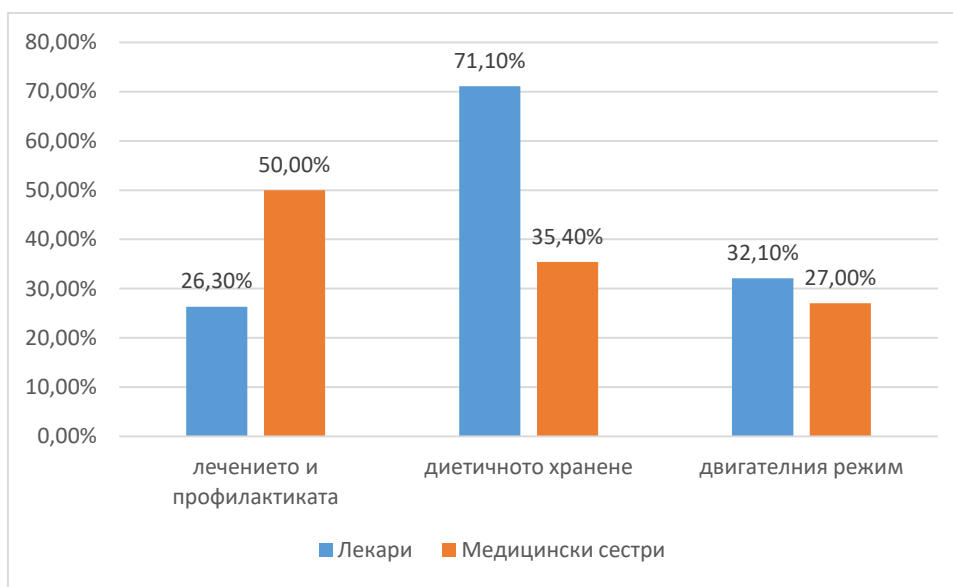
Основна задача на проведеното изследване бе да се изясни ролята на здравната култура и включването на пациентите в лечебно-диагностичния процес с акцент върху процедурата за получаване на информирано съгласие на пациента и се определят ефективни подходи за промяна на организационното състояние на съвременната болница.

Оценката на анкетирания медицински специалисти разкрива, че качеството на медицинската помощ и обгрижването на пациентите се повлиява в най-висока степен от медицинската култура на пациентите. Според 74.5 % от медицинските специалисти в Университеска Първа МБАЛ - София "Св. Йоан Кръстител" и 78.10% в УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ”- София, здравната култура на пациентите има водеща роля и решаващо влияние върху качеството на медицинската помощ.

Участието на медицинския персонал в повишаването на здравната култура и здравната информираност на пациентите е активно, съзнателно и целенасочено, като относителният дял на участващите „здравни информатори и просветители” е доста висок:

87.5% от лекарите в Университетска Първа МБАЛ - София "Св. Йоан Кръстител" и 75% в УМБАЛ "Царица Йоанна- ИСУЛ" в София.; при медицинските сестри този процент е съответно 78.9% и 84.2% .

Тематично лекарите и медицинските сестри най-често са давали отговори и са беседвали с пациентите за:



Фиг. 1.1. Участие на медицинския персонал в повишаването на здравната култура и здравната информираност

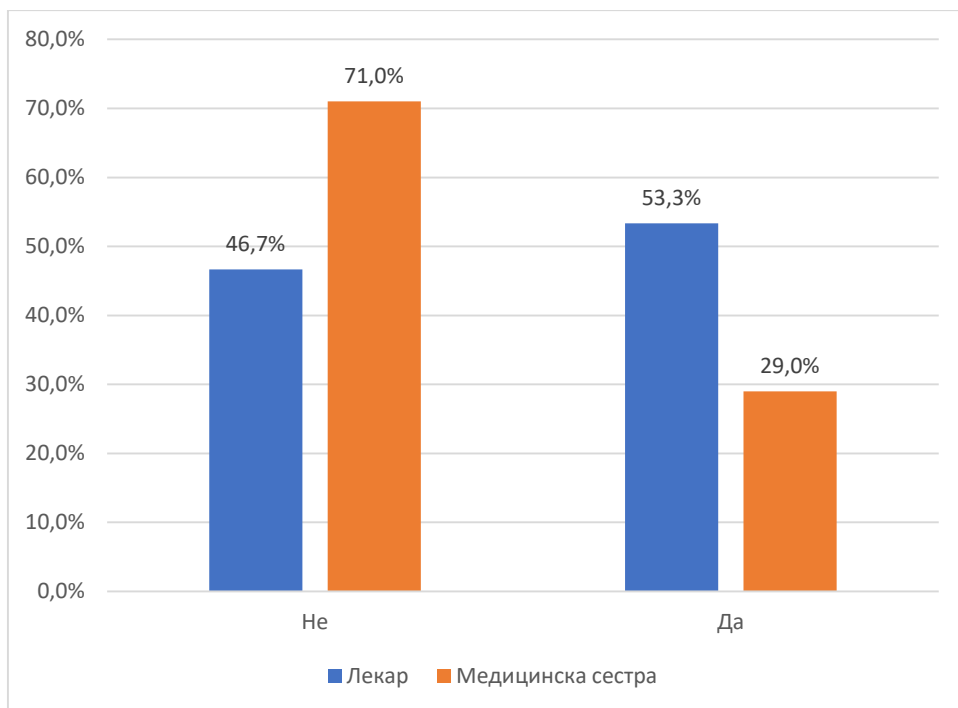
Таблица 1.1. Резултати от непараметричен анализ между лекари и медицински сестри по изследвани показатели

Показатели	χ^2	p	Cramer's V
Лечение и профилактика	6.813	0,009	0,244
Диетично хранене	19,001	0.000013	0,408
Режим(двигателен)	0,661	0,416	0,076
Не участват	0,049	0,824	0,021

Статистически значима разлика между лекари и медицински сестри се наблюдава по отношение информираността на пациентите по въпросите на:

а/ лечението и профилактиката / $\chi^2 = 6.813$, Крамер V = 0,244 / и

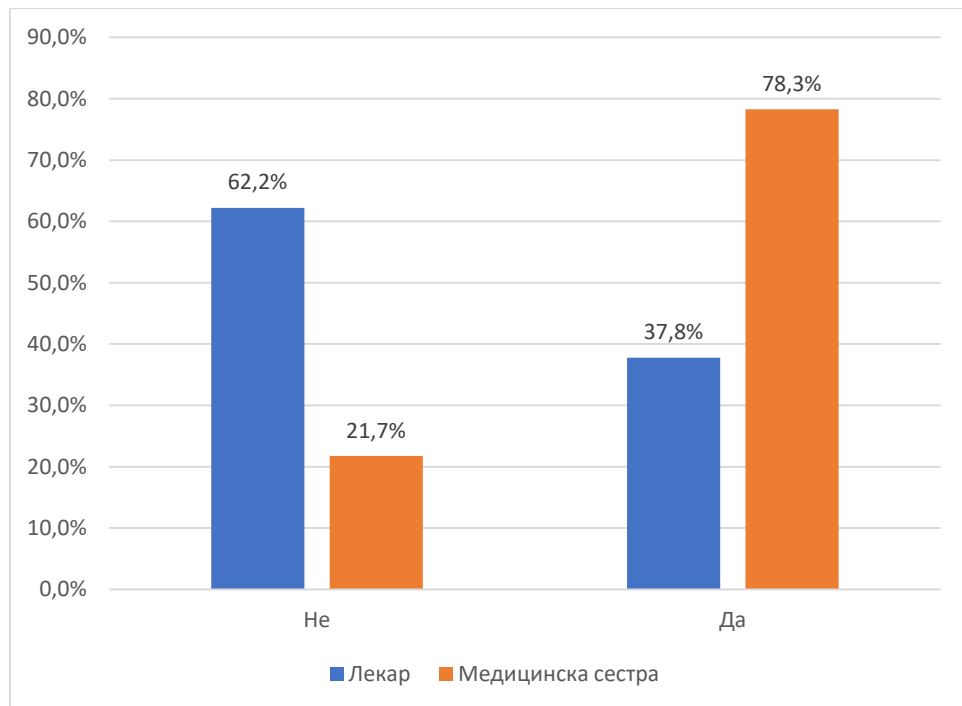
б/ диетичното хранене / $\chi^2 = 19,001$, Крамер V = 0,408 /.



Фиг.1.2. Участието на медицинския персонал в повишаването на здравната култура и здравната информираност - лечение и профилактика

За разлика от лечението и профилактиката при повишаване на информираността на пациентите по отношение на диетичното хранене разпределението е обратно.

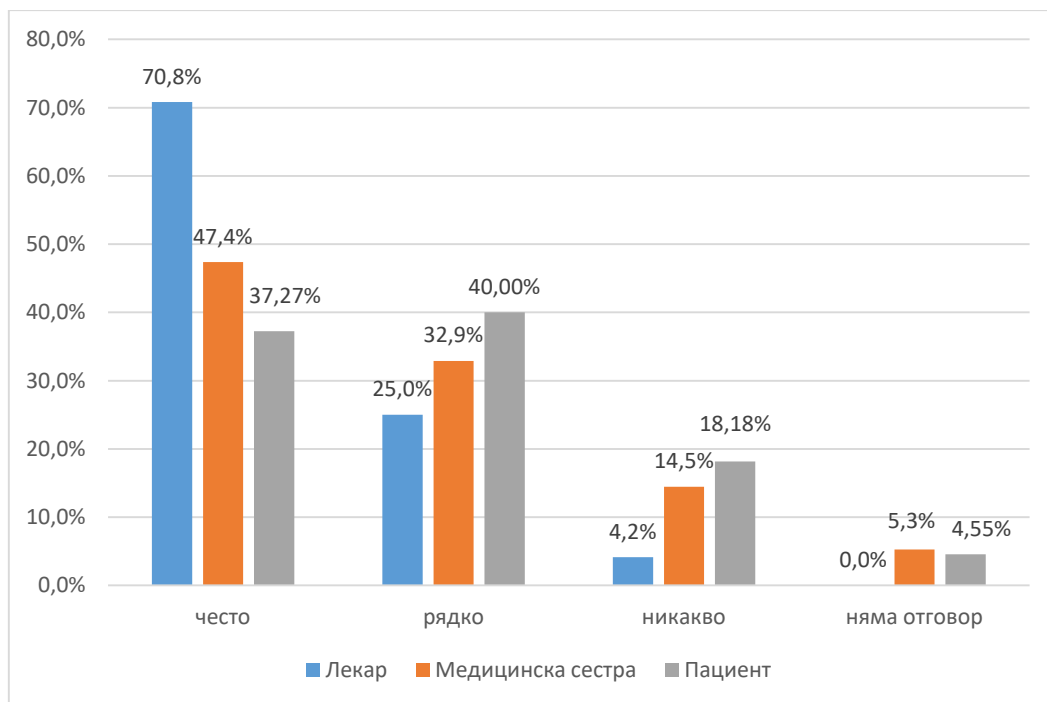
Делът на медицинските сестри, които участват в информиране на пациентите по отношение на диетичното хранене 78,3%, превишава повече от три пъти процента на тези, които не участват. Едновременно с това процентът на лекари, които отговарят утвърдително по отношение на повишаване на здравната култура на пациентите, по отношение на диетичното хранене /37,8/ е близо 2 пъти по-малък процента на тези, които отговарят негативно.



Фиг.1.3. Участието на медицинския персонал в повишаването на здравната култура и здравната информираност - диетично хранене

Изследването на *включването на пациентите в лечебно-диагностичния процес и превръщането им от обект в субект на здравни грижи* установи големи разлики в отговорите на обхванатите контингенти:

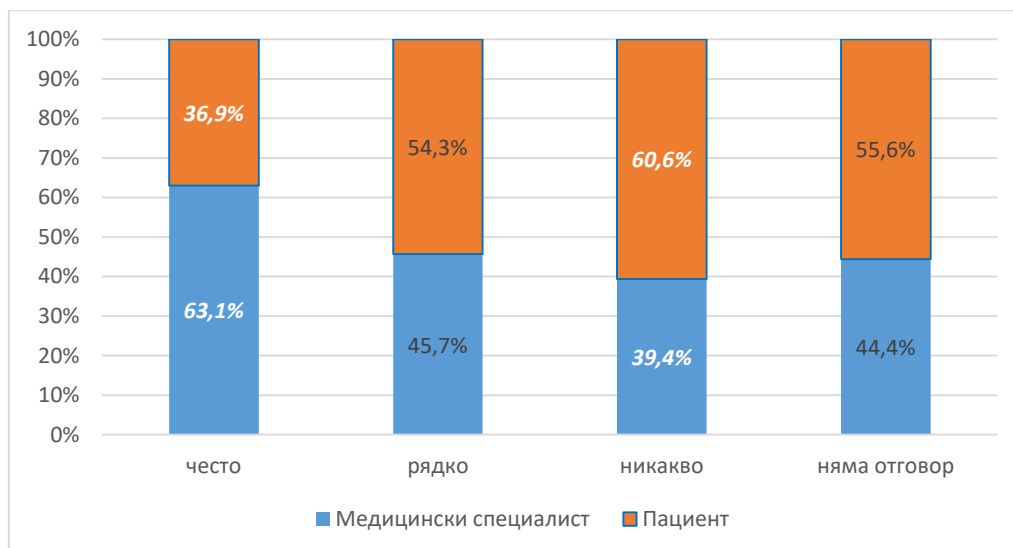
- според лекарите включването на пациентите в този процес става при 70.8% от случаите; според медицинските сестри - само при 47.4% се постига такова включване;
- а според пациентите едва 37.3% от тях считат, че участват в лечебния процес.



Фиг. 1.4. Участие на пациента в лечебно - диагностичния процес

Непараметричен χ^2 тест на Пийрсън показва наличие на статистически значима зависимост по отношение мнението на различните групи анкетиранни за участието на пациентите в лечебно – диагностичния процес, с $p = 0,008$, $\chi^2 = 17,251$ и сила на връзката по Крамер $V = 0,192$.

Фигура 1.5. показва разпределението по отношение на двете групи: медицински специалисти и пациенти. Точен тест на Фишер показва наличие на статистически значими разлики в мнението на двете групи по отношение на участието на пациентите в лечебно – диагностичния процес с ниво на значимост $p = 0,027 < 0,05$ и $\chi^2 = 9,000$.



Фиг. 1.5. Участие на пациента в лечебно - диагностичния процес

В групата на анкетираните, които са на мнение, че пациента е активен участник в лечебно-диагностичната дейност, делът на медицинските специалисти е близо два пъти по-голям /63,1%/. Докато в групата на отговорили „рядко“ или „никакво“ пропорциите в процентите е в полза на пациентите /между 50% и 60%/.

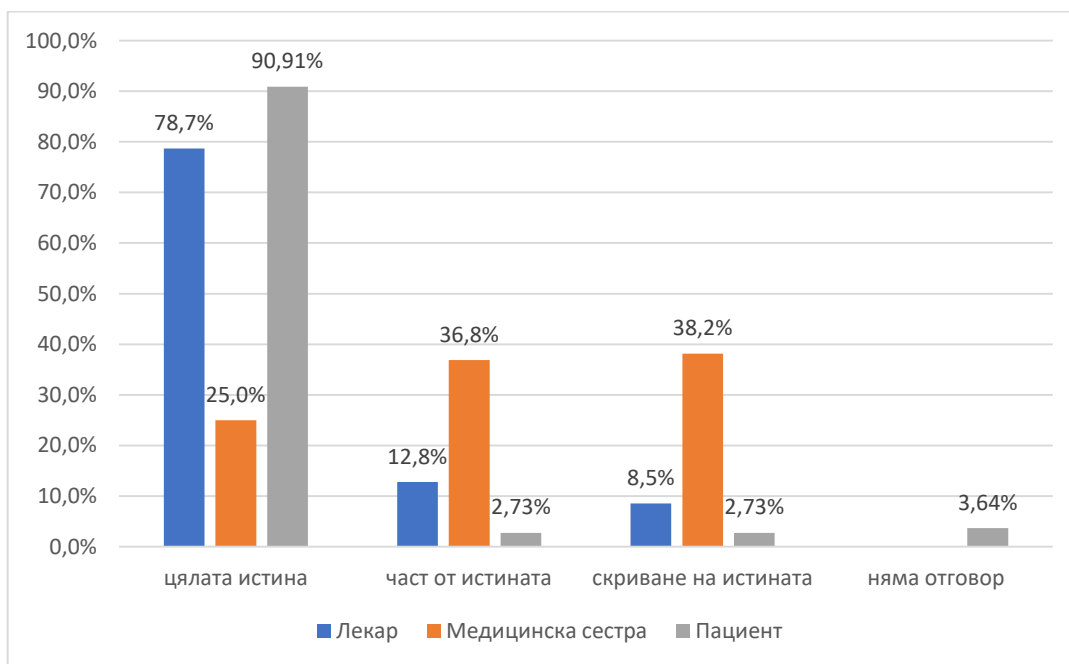
Интересно е, че тази тенденция се проявява и в двете лечебни заведения, които са обект на изследване. Таблица 1.2. представя резултатите от направения непараметричен анализ. И в двете заведения има разлика в мнението на медицински специалисти и пациенти по отношение на участието на пациента в лечебно-диагностичния процес, но резултатите от точен тест на Фишер показват, че тази разлика не е статистически значима.

Таблица 1.2. Резултати от непараметричен анализ в двете изследвани заведения

Тест на Фишер	χ^2	p
Университетска Първа МБАЛ	6,421	0.068 > 0.05
УМБАЛ “Царица Йоанна-ИСУЛ” - София	4,017	0.254 > 0,05

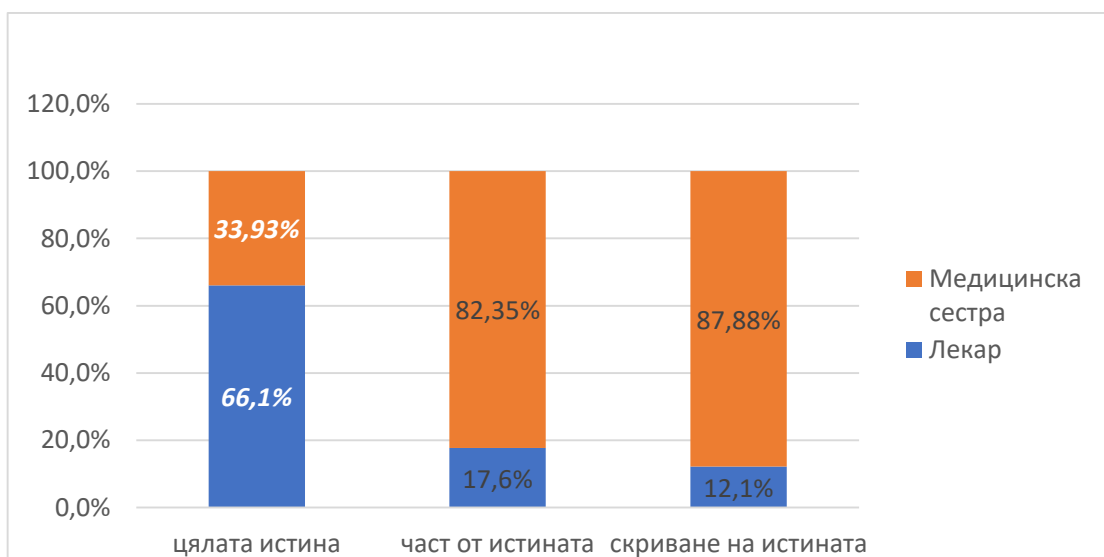
Разкриването на истината за заболяването при изследваните контингенти е сравнително широко застъпено. Почти 80% от лекарите

в двете УМБАЛ са за разкриването на цялата истина, като този процент при медицинските сестри е 25%, а при пациентите е обяснимо най-висок - 90.9% от тях са за предоставяне на цялата истина.



Фиг. 1.6. Разкриване на истината за заболяването

Направеният непараметричен анализ показва наличие на статистически значима разлика в мнението на лекари и медицински сестри по отношение на разкриването на истината на пациента с ниво на значимост $p < 0.0001$, $\chi^2 = 30.014$ и сила на връзката по Крамер $V = 0.526$.



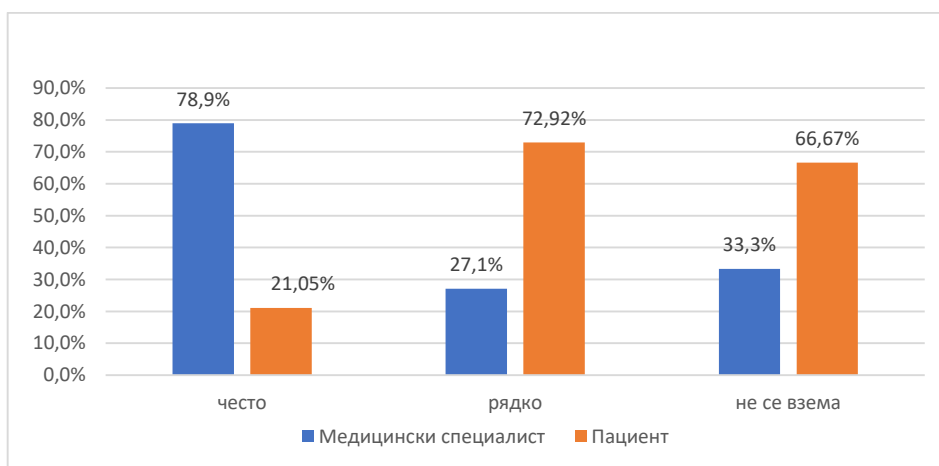
Фиг. 1.7. Разкриване на истината за заболяването според лекарите и медицинските сестри

Директното сравняване на лекари и медицински сестри по отношение на предоставяне на цялата истина на пациента показва, че процентът на лекарите, които са за разкриване на истината, превишава два пъти процента на медицинските сестри.

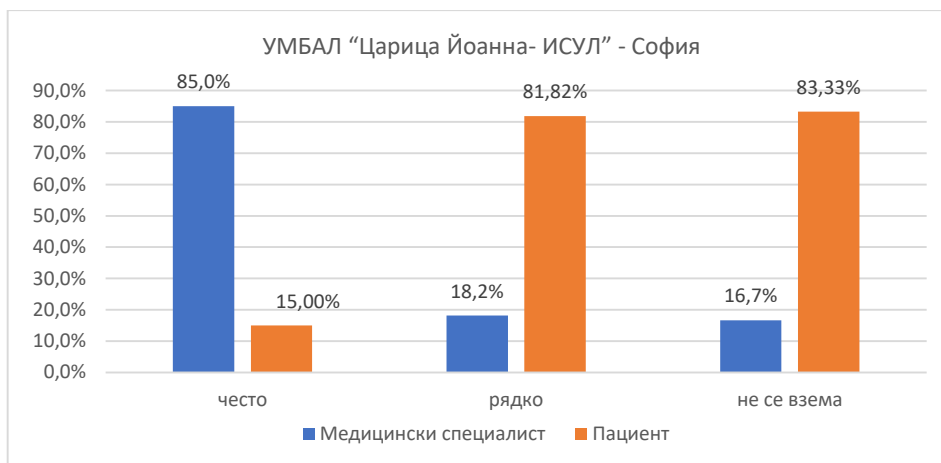
Процедурата за получаване на информирано съгласие на пациента за участие в лечебния процес не е застъпена и осигурявана при всички пациенти. Преобладаващата част от лекарите – почти 70%, твърдят, че прилагат често процедурата за получаване на съгласие на пациента след подробни разяснения относно естеството на заболяването, необходимите лечебни подходи и очакван изход от лечението, 25.5% определят процедурата като рядко прилагана и 6.4% въобще не прибегват до нея. При медицинските сестри тези проценти са съответно 84.21%, 11.84% и 3.95%.

И в двете заведения има много силно изразена разлика в мнението на медицинските специалисти и пациентите по отношение на прилагане на принципа за информирано съгласие.

Прилагане на процедурата за информирано съгласие на пациента в Университетска Първа МБАЛ – София и УМБАЛ “Царица Йоанна- ИСУЛ” – София /Фиг. 1.8. и Фиг. 1.9./:



Фиг. 1.8. Прилагане на процедурата за информирано съгласие в Университетска Първа МБАЛ- София



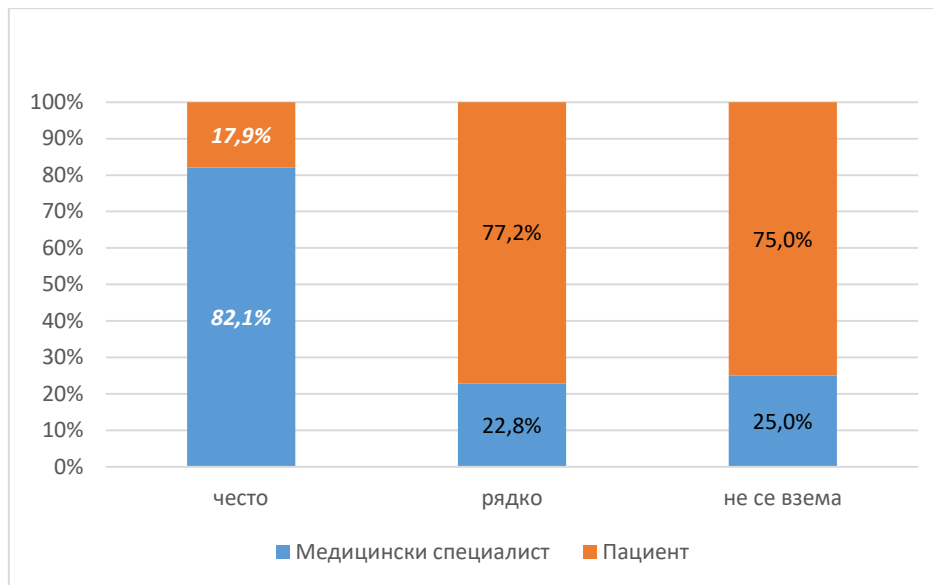
Фиг. 1.9. Прилагане на процедурата за информирано съгласие в УМБАЛ „ Царица Йоанна- ИСУЛ“ - София

В таблица 1.3. е представен резултат от непараметричен анализ с χ^2 тест на Пийърсън по отношение прилагането на процедурата по информирано съгласие на пациентите в двете изследвани болнични лечебни заведения. Установява се наличие на статистически значима разлика по отношение на мнението на медицинските специалисти и пациентите.

Таблица 1.3. Непараметричен анализ по отношение прилагането на процедурата по информирано съгласие при медицинските специалисти и пациентите

Лечебни заведения	χ^2	p	Cramer's V
Университетска Първа МБАЛ	30.211	<0.0001	0.508
УМБАЛ "Царица Йоанна- ИСУЛ" - София	52.381	<0.0001	0.672

При пациентите и в двете УМБАЛ резултатите са тревожно ниски. Само 17.9% от пациентите посочват, че се търси тяхното информирано съгласие, при 77.2% от случаите то се взема рядко, а в 75.0% въобще не се търси.



Фиг. 1.10. Прилагане на принципа за информирано съгласие на пациента

Непараметричен тест Пийърсън показва наличие на статистически значима разлика в отговорите на медицинските специалисти и пациентите по отношение на прилагането на принципа за информирано съгласие с $p < 0.0001$, $\chi^2 = 80.777$ и сила на връзката по Крамер $V = 0.588$, което показва много силна зависимост.

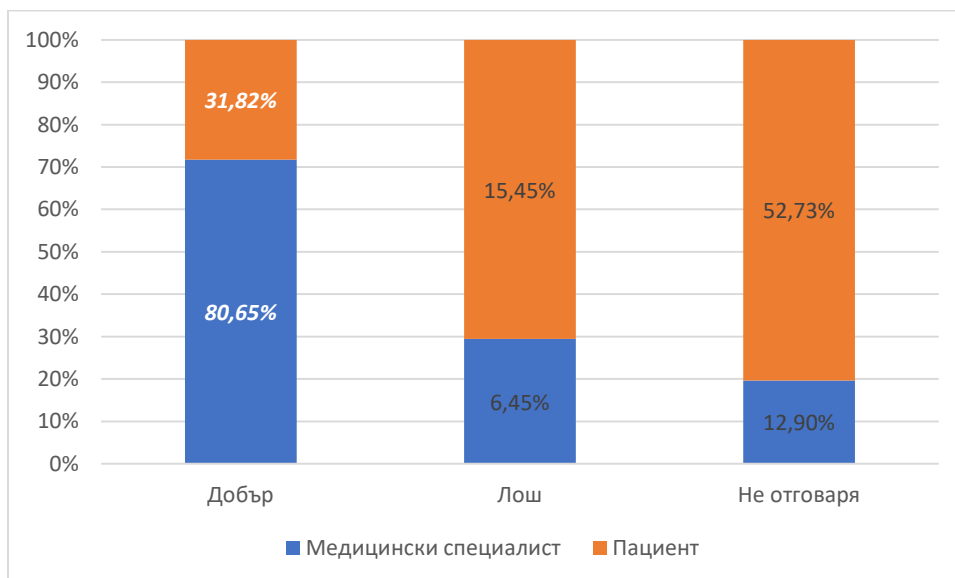
Получените резултати говорят за подценяване на процедурата за получаване на информирано съгласие на пациента за участие в лечебния процес от страна на медицинските специалисти.

2. Мнение и удовлетвореност на пациентите от качеството на здравеопазната дейност

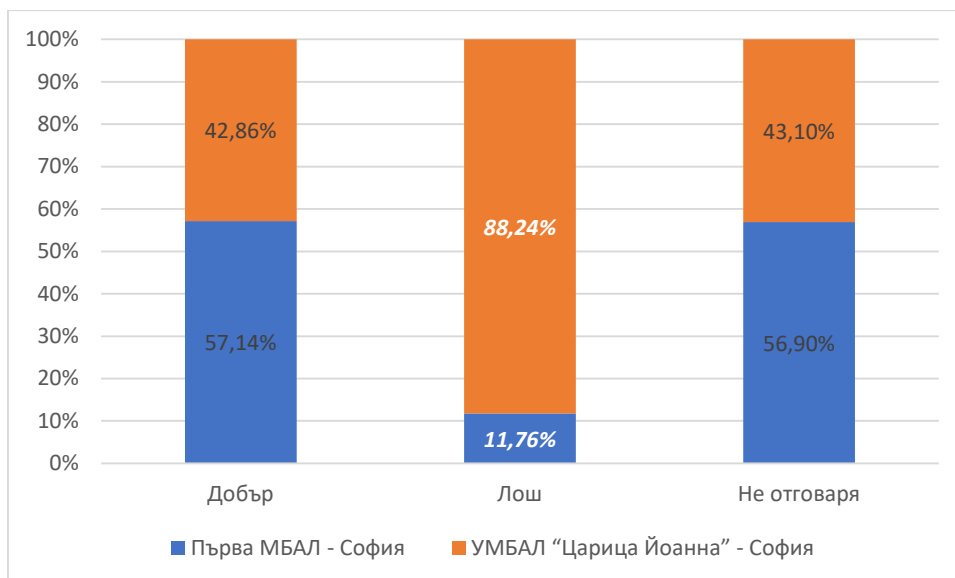
Съвременните концепции за управление на качеството се основават върху необходимостта от мобилизиране на усилията на всички – медицински специалисти и пациенти, за подобряване на качеството. Абсолютно правило е качеството да се дефинира чрез изискванията на пациентите. В условията на здравноосигурителна система и пазарни

отношения в здравеопазването, мнението на пациента има все по-важна роля при общата оценка на качеството на здравеопазната дейност. Изследванията установяват, че пациентите възприемат качеството в светлината на достъпността на здравеопазването, бързината на ранната диагностика и лечение.

Психоклиматът винаги отразява качеството на взаимоотношенията. Нашето конкретно проучване си постави задача да анализира *взаимоотношенията между медицинските специалисти и пациентите*. Анализът в изследваните клиники на Университеска Първа МБАЛ - София "Св. Йоан Кръстител" и УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ”- София, показва, че психоклиматът е оценен от лекуващите лекари като добър в 83.4% от случаите, а от медицинските сестри - в 47.4%. Колкото до пациентите – те не споделят това мнение. Едва 31.8% от пациентите го определят като добър или поносим. Направеният точен тест на Фишер открива статистически значима разлика в мнението на пациентите и медицинските специалисти по отношение психоклимата в изследваните клиники с ниво на значимост $p < 0,001$.



Фиг. 2.1. Оценяване на психоклимата в болницата от респондентите



Фиг. 2.2. Сравнително представяне на оценките на психоклимата в двете болницата от пациентите

От фигура 2.2. се вижда, че в групата на отговорилите, които определят психоклиматът като „лош“, процентът на пациентите в УМБАЛ „Царица Йоана - ИСУЛ“ – София /88,24%/ е повече от седем пъти, от процента на пациентите в Университетска Първа МБАЛ – София /11,76%/. Независимо от субективния характер на отговорите, такава голяма разлика е индикация за разлика в качеството на медицинското обслужване на пациентите в посочените по-горе лечебни заведения. От друга страна, такава голяма разлика може да е породена и от факта, че обект на изследване в двете лечебни заведения, са различни отделения, където разликата в извършваните медицински дейности, може да повлиява и оценката на пациентите.

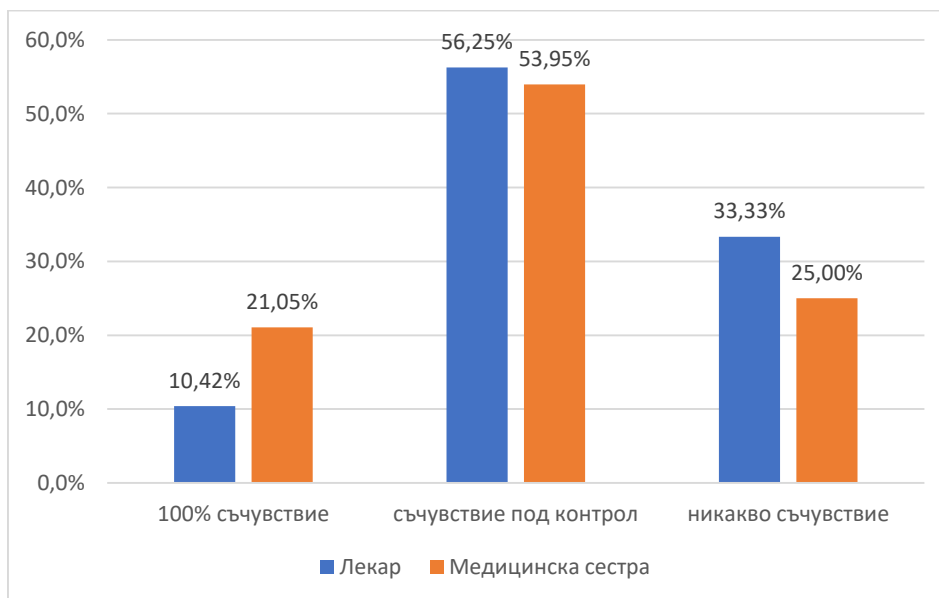
При изследване на *отношението на медицинските специалисти към психосоциалните и социалните проблеми на пациентите* установихме, че 56.3% от лекарите отчитат културните, социалните и поведенческите фактори на заболяването на пациентите; при медицинските сестри, този процент е 53.9%. Що се отнася до пациентите,

резултатите са показателни - 84.5% от тях изразяват желание за емоционална подкрепа от страна на лекуващите ги специалисти.

Получените резултати говорят за подценяване на психосоциалните и социалните детерминанти на здравето от страна на медицинските специалисти.

При изследването на професионалната адаптация и управлението на емоциите на медицинските специалисти установихме, че съчувствието под контрол е най-популярно и най-професионално сред лекарите (56.3% от тях го поставят на първо място) и медицинските сестри, при които този процент е 53.9% /Фигура 2.3./. Що се отнася до пациентите, тяхната потребност от сто процентово съчувствие е разбираема и затова 84.5% от тях са за сто процентова емоционална подкрепа от страна на лекуващите ги специалисти.

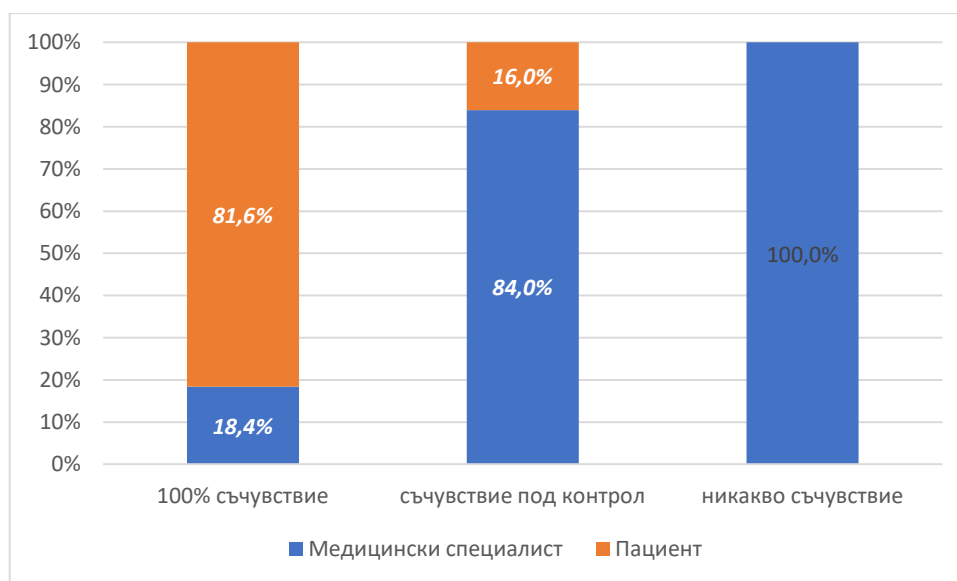
Направеният статистически анализ с χ^2 тест на Пийърсън не открива статистически значима разлика в мнението на лекари и медицински сестри по отношение на професионалната адаптация и управлението на емоциите в изследваните лечебни заведения с ниво на значимост $p = 0,257 > 0.05$ и $\chi^2 = 2,717$.



Фиг. 2.3. Управление на емоциите според медицинските специалисти

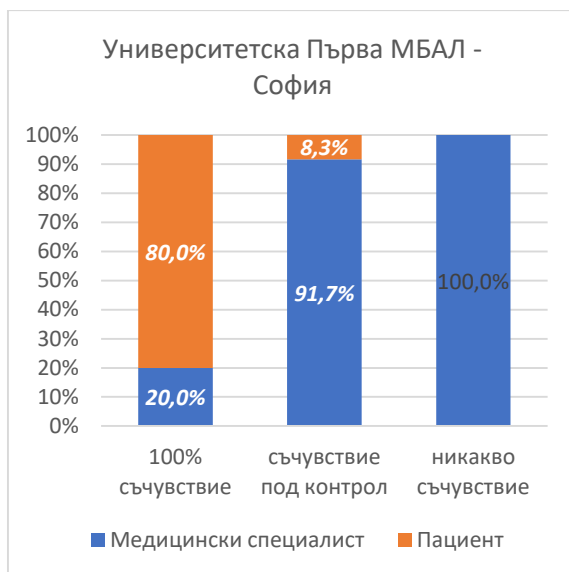
Направеният статистически анализ показва наличие на статистически значима разлика в мнението на пациенти и медицински специалисти по отношение на професионалната адаптация и управлението на емоциите в изследваните лечебни заведения с ниво на значимост $p < 0,0001$.

От отговорилите, че съчувствието под контрол е най-професионално, делът на медицинските специалисти 84% превишава повече от пет пъти дела на пациентите 16%. Едновременно с това от нуждаещите се от сто процента съчувствие делът на пациентите 81,6% превишава близо пет пъти дела на медицинските специалисти 18,4%.

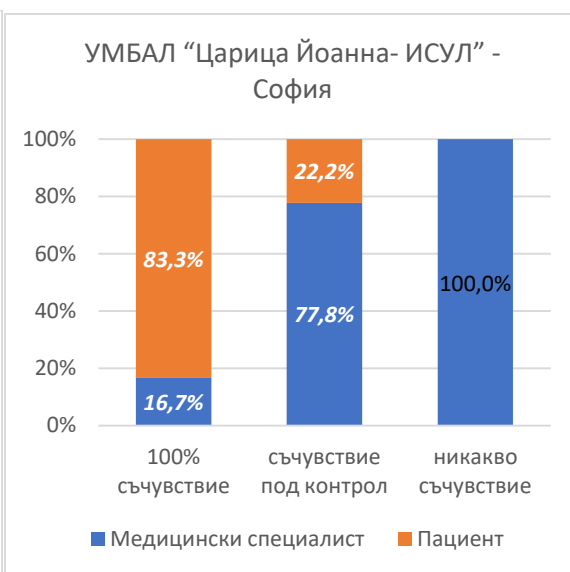


Фиг.2. 4. Управление на емоциите според медицинските специалисти и пациентите

Фигури 2.5 и Фиг. 2.6. представят направения анализ поотделно за двете болнични заведения. Отново се забелязва статистически значима разлика в мнението на пациентите и медицинските специалисти.



Фиг. 2.5 Управление на емоциите
Университетска Първа МБАЛ- София



Фиг. 2.6. Управление на емоциите УМБАЛ
„ Царица Йоанна- ИСУЛ“ - София

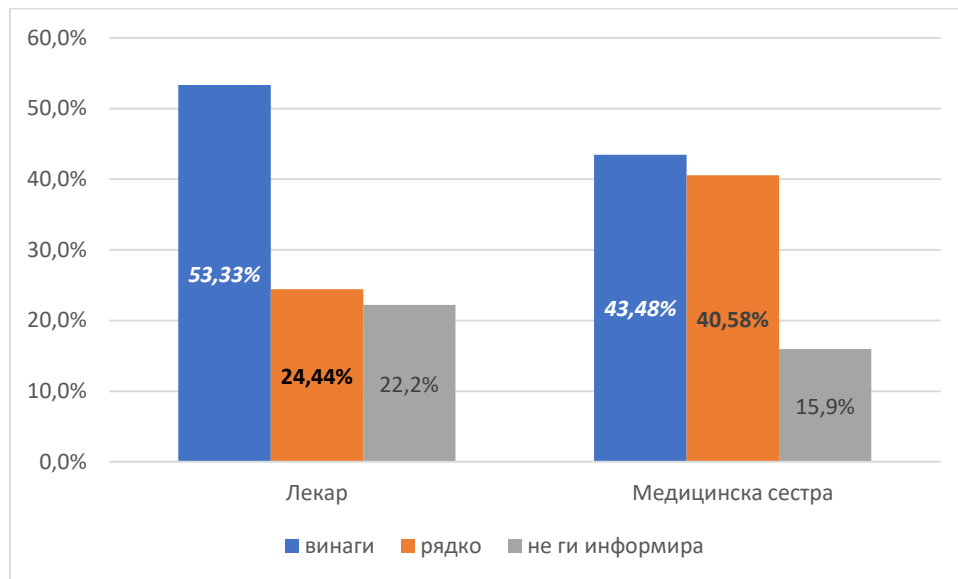
При изследване на взаимоотношенията на медицинските специалисти с близките на пациентите χ^2 тест на Пийърсън не открива статистически значима разлика в мнението на анкетирания по отношение на връзките с близки на пациента в изследваните лечебни заведения с ниво на значимост $p = 0,3 > 0.05$ и $\chi^2 = 2,407$.

Табл. 2.1. Резултати от непараметричния анализ между медицинските специалисти и пациентите по отношение на връзките с близките на пациентите

Респонденти	Fisher's test	p
Медицински специалисти	0,112	0,945
Пациенти	3,475	0,173

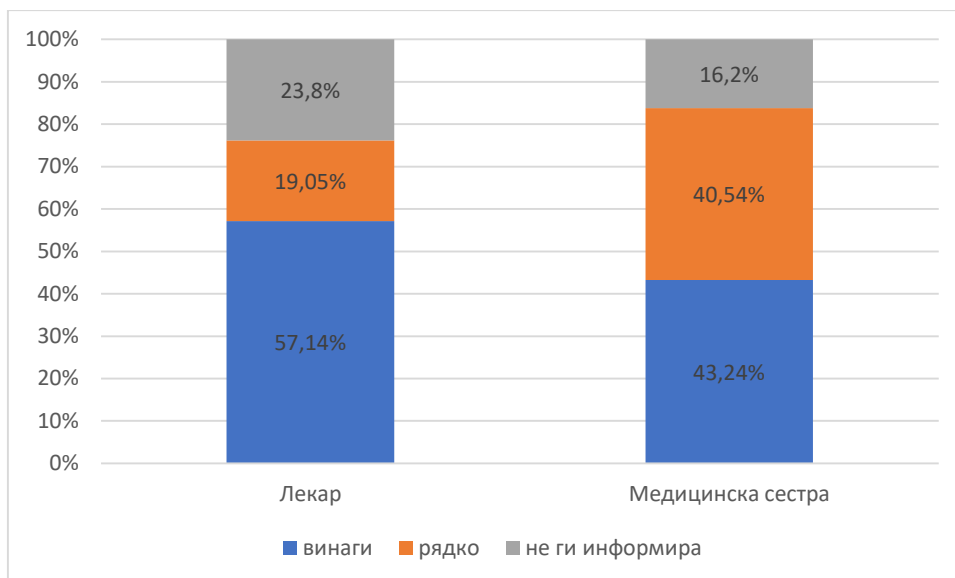
Таблица 2.1. представя резултата от теста по изследвани групи. Разгледани са две групи медицински специалисти и пациенти, като първата включва лекари и медицински сестри. Отново не се откри статистически значими разлики в мнението на анкетиранияте групи по отношение на връзките с близките на пациентите и в двете болнични заведения.

Интересен е въпросът дали има статистически значима разлика в групата на медицинските специалисти. χ^2 тест на Пийърсън не открива статистически значима разлика в мнението на лекарите и медицинските сестри по отношение връзките с близките на пациента с ниво на значимост $p = 0,2 > 0,05$ и $\chi^2 = 3,214$.

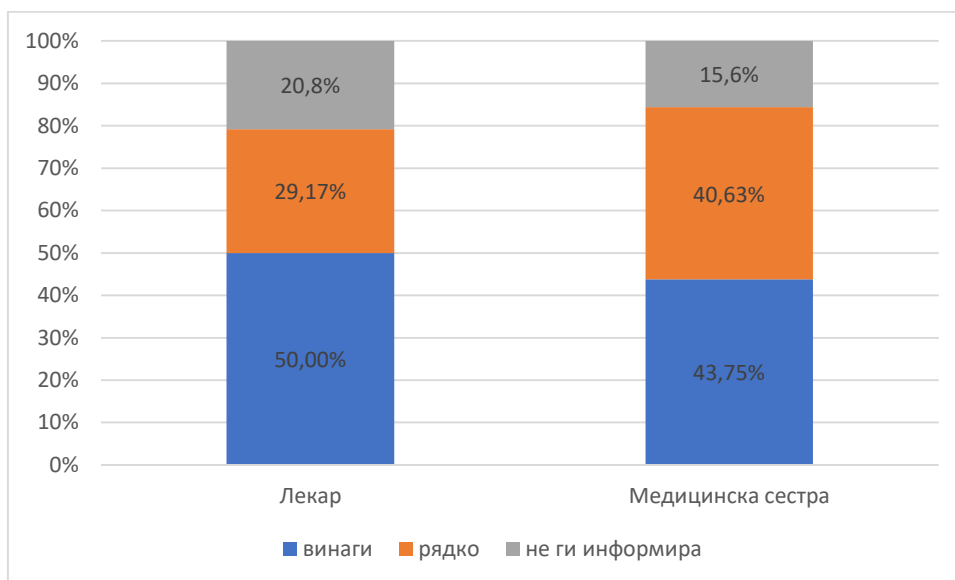


Фиг. 2.7. Връзките на персонала с близки на болния

Фигурите по-долу представят разпределението по лечебни заведения. При анализа на всяко лечебно заведение поотделно отново не се открива статистически значима разлика в мнението на лекари и медицински сестри.



Фиг. 2.8. Връзките на персонала с близки на болния в Университетска Първа МБАЛ - София



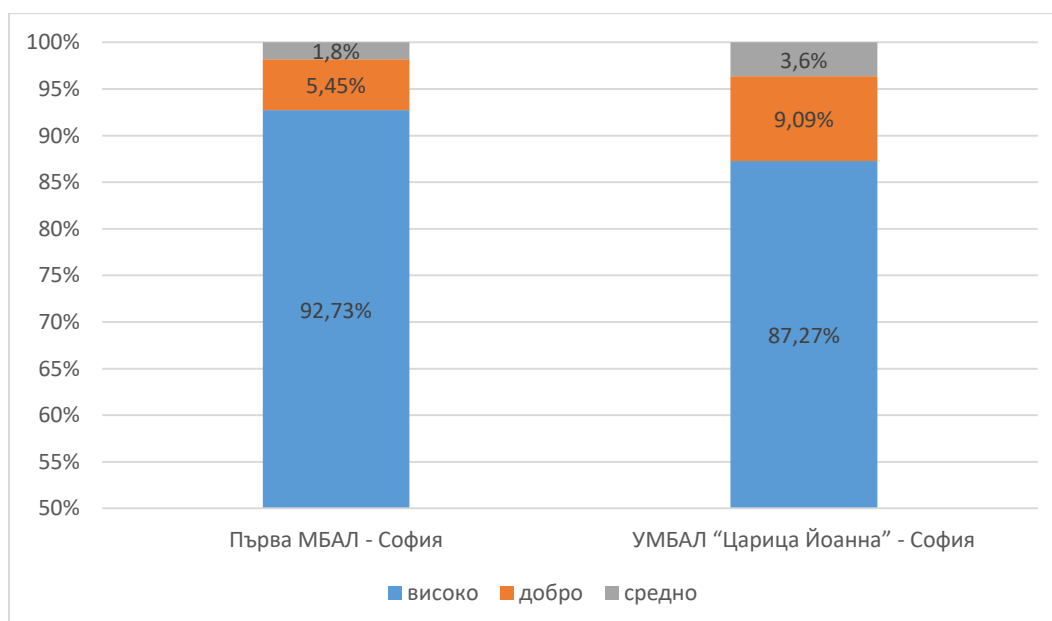
Фиг. 2.9. Връзките на персонала с близки на болния в УМБАЛ “Царица Йоанна- ИСУЛ” – София

Високият процент отговорили /над 90%/ положително на въпроса за културни занимания в лечебните заведения - осигуряване на пациентите на вестници и телевизия, не ни позволява обективно да търсим връзка.

Най-вероятно и в двете заведения, заради организация и общо приети стандарти и изисквания за пациентите, се предоставят

необходимите условия, свързани с културни занимания и ефективна комуникация между медицински специалисти и пациенти.

Изследването на *удовлетвореността на пациентите от качеството на медицинското обслужване* разкрива, че пациентите оценяват като „висока“ професионалната подготовка на лекуващите ги специалисти - 70.9%, а като „добра“ или „незадоволителна“ - съответно 23.6% и 5.5%. Явно е, че болните оценяват много добре професионализма и лечебно-диагностичната дейност на лекуващите ги медицински екипи. Направеният статистически анализ с точен тест на Фишер не открива статистически значима разлика в мнението на пациентите в двете болнични заведения по отношение на удовлетвореността от качеството на медицинското обслужване с ниво на значимост $p = 0,613 > 0.05$.



Фиг. 2.10. Удовлетвореност от качеството на медицинското обслужване

3. Анализ на организационното състояние и определяне на потребностите от промяна в обучението на персонала в съвременната болница

Изследването си постави като основна задача **анализ на организационното състояние.**

Редица изследвания доказват, че медицинските специалисти възприемат качеството на основата на параметрите за предоставяне на медицинската дейност по установени практики, наличност на ресурси, удовлетвореност от резултатите и възможност за придобиване на знания, умения и компетентност. Изтъква се, че ако медицинските специалисти се чувстват сигурни за бъдещото си в лечебното заведение, то много вероятно е те да бъдат мотивирани да дадат най-доброто от себе си. Очевидното решение е мотивиране и създаване на сигурност в специалистите, а лечебното заведение да бъде прозрачно относно целите и бъдещите възможности за тяхното развитие.

Емпиричното проучване осъществи анализ на професионалната подготовка, своевременното обгрижване и лечение на пациентите като фактори, влияещи върху качеството на клиничните дейности.

Данните за *своевременността на първия преглед в клиниката* показват, че най-висок е относителният дял на пациентите, при които първият преглед е извършен до 1 час след хоспитализирането им или веднага след настаняването им в болничната стая. Обобщените данни за двете болници показват безспорно една професионално отработена и винаги високо оценявана своевременност на първия преглед в клиниката. За много добра своевременност и навреме извършени предварителни изследвания и преглед, свидетелстват обединените отговори („веднага" и „до 1 час след хоспитализацията") в двете УМБАЛ. При лекарите този процент е 77.1%, при медицинските сестри - 78.9 %, а при пациентите - 85.4%. Направеният статистически анализ с χ^2 тест на Пийърсън не открива статистически значима разлика в мнението на медицински специалисти и пациенти по отношение на своевременността на първия

преглед в изследваните лечебни заведения с ниво на значимост $p = 0,114 > 0,05$ и $\chi^2 = 5,957$.

Таблица 3.1. Непараметричен анализ в мнението на медицински специалисти и пациенти по отношение на своевременността на първия преглед в двете болници по отделно

Изследвани болници	Fisher's test	p
Университетска Първа МБАЛ – София	5,053	0,166
УМБАЛ “Царица Йоанна- ИСУЛ” - София	2,319	0,521

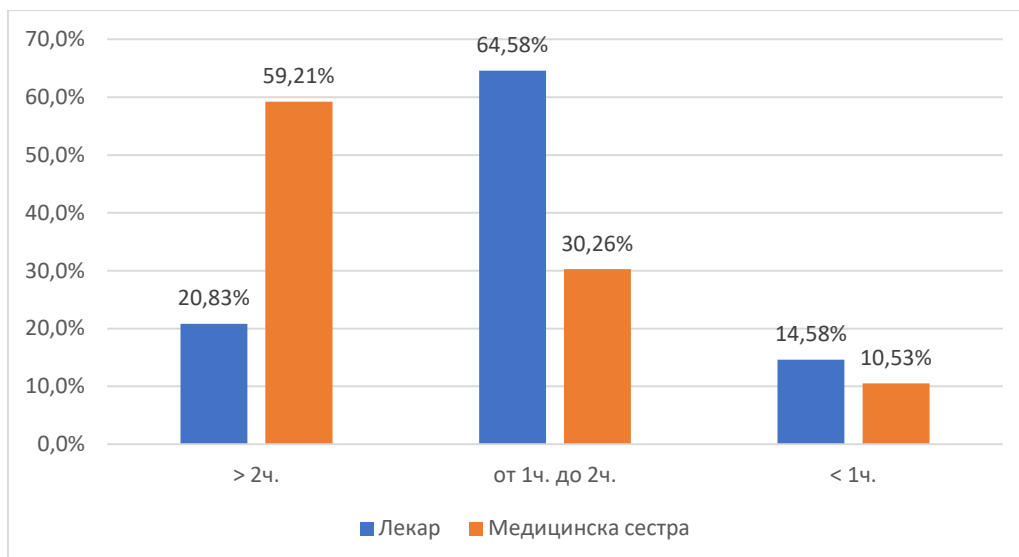
Статистическият анализ с χ^2 тест на Пийърсън не открива статистически значима разлика в мнението на медицинските специалисти и пациентите по отношение на *времето прекарано при болния* в изследваните лечебни заведения с ниво на значимост $p = 0,856 > 0,05$ и $\chi^2 = 0,311$. Само 12,1 % от медицинските специалисти и 14,5% от пациентите, твърдят че времето прекарано при болния е под 1 час.

Таблица 3.2. представя резултата от χ^2 тест на Пийърсън за изследваните групи в двете лечебни заведения. Отново не се откри статистически значими разлики в мнението на анкетиранияте групи по отношение на времето прекарано при болния и в двете болнични заведения.

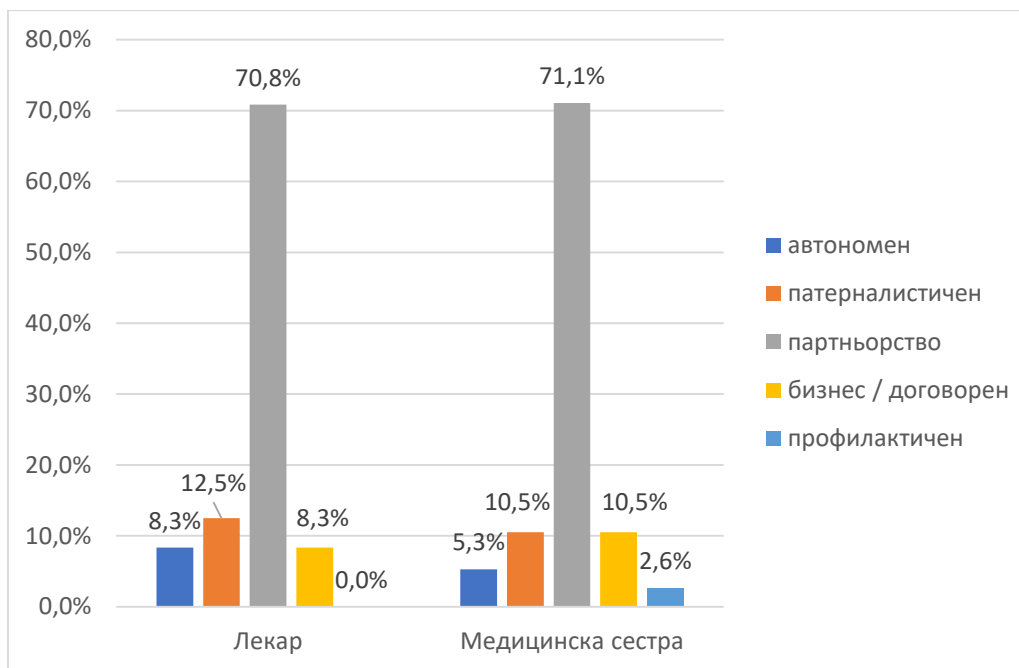
Таблица 3.2. Непараметричен анализ в мнението на медицински специалисти и пациенти по отношение на времето прекарано при болния в двете болници по отделно

Изследвани болници	χ^2	p
Университетска Първа МБАЛ - София	2,282	0,320
УМБАЛ “Царица Йоанна- ИСУЛ” - София	1,369	0,504

Фигура 3.1. представя резултатите само в групата на медицинските специалисти. Налице е статистически значима разлика в мнението на лекари и медицински сестри по отношение на времето прекарано при пациента с ниво на значимост $p = 0,000116$ и $\chi^2 = 18,126$.



Фиг.3.1. Време, прекарано при болния



Фиг.3.2. Най- често прилаган подход (модел) спрямо пациентите

Направеният статистически анализ с точен тест на Фишер не открива статистически значима разлика в *мнението на лекари и медицински сестри по отношение на най-често прилагания подход (модел) спрямо пациентите* с ниво на значимост $p = 0,846 > 0.05$.

И в двете групи лекари и медицински сестри основният подход спрямо пациентите е *партньорство* /Фиг. 3.2./.

Това е логично предвид факта, че в последните години все по- често се говори за т.нар. самоуправление от англ. език “SELF MANAGEMENT” на заболяването и активно участие на пациентите в лечението и профилактиката.

Таблица 3.3. представя резултата от точен тест на Фишер за изследваните групи в двете лечебни заведения. Отново не се откри статистически значима разлика в отговорите на анкетирани групи по отношение на прилаган подход към пациента в двете болнични заведения.

Таблица 3.3. Непараметричен анализ в мнението на лекари и медицински сестри по отношение на най-често прилагания подход (модел) спрямо пациентите в двете болници по отделно

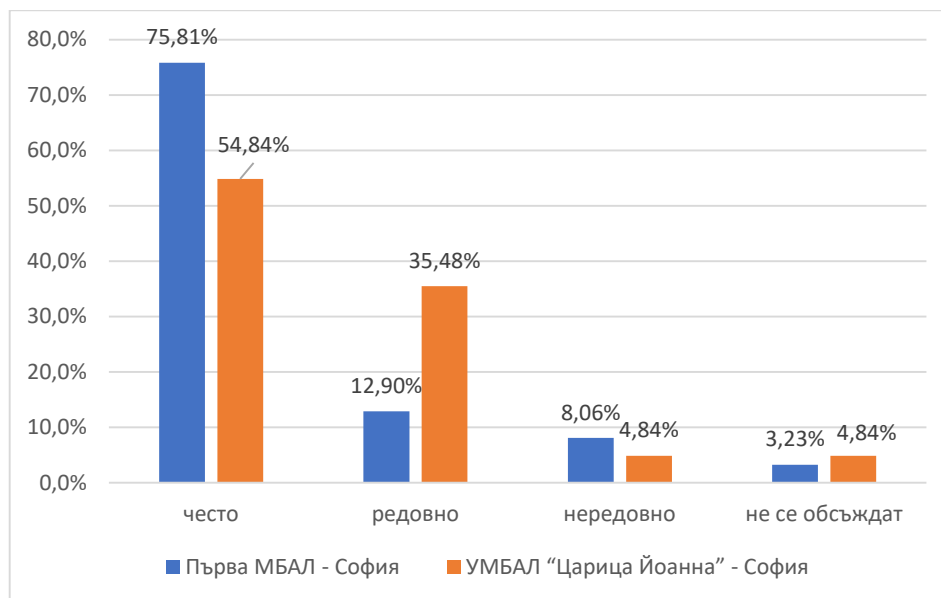
Изследвани болници	Fisher's test	P
Университетска Първа МБАЛ - София	3,909	0,411
УМБАЛ “Царица Йоанна- ИСУЛ” - София	0,726	0,941

Съвпадението на поликлиничните и клиничните диагнози, както и на клиничните с патологоанатомичните диагнози има висок относителен дял: 87.5% от анкетирани лекари констатират съвпадение на тези диагнози и високо го оценяват. При медицинските сестри този процент е 70%.

Болничният леталитет се третира като най-важният показател за качество и в двете УМБАЛ. Според 90% от лекарите и почти 90% от медицинските сестри този показател се анализира и съпоставя поне един път на тримесечие.

Диагностичните грешки се обсъждат според честотата на допускането им: по-често в Университетска Първа МБАЛ - София "Св. Йоан Кръстител" с участието на 75% от лекарите и 76.3% от

медицинските сестри; по-рядко те се обсъждат в УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” с участието на 58.3% от лекарите и 52.6% от медицинските сестри.



Фиг. 3.4. Обсъждане на диагностични грешки

Връзката между възможностите за специализация на медицинските специалисти и качеството на медицинската помощ се потвърждава и при нашето изследване. За доброто качество на специализираната медицинска помощ свидетелства високият относителен дял на лекарите с една и две специалности - общо 79.2% от асистентите и клиничните ординатори в УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” и 62.6% в Университетска Първа МБАЛ. Направеният статистически анализ с χ^2 тест на Пийърсън не открива статистически значима разлика по отношение на специализацията на медицинския персонал в двете лечебни заведения, с ниво на значимост $p = 0,241 > 0.05$ и $\chi^2 = 4,196$.

Таблица 3.4. представя резултата от точен тест на Фишер за изследваните групи в двете лечебни заведения. Отново не се откри статистически значими разлики в отговорите на анкетираните групи по

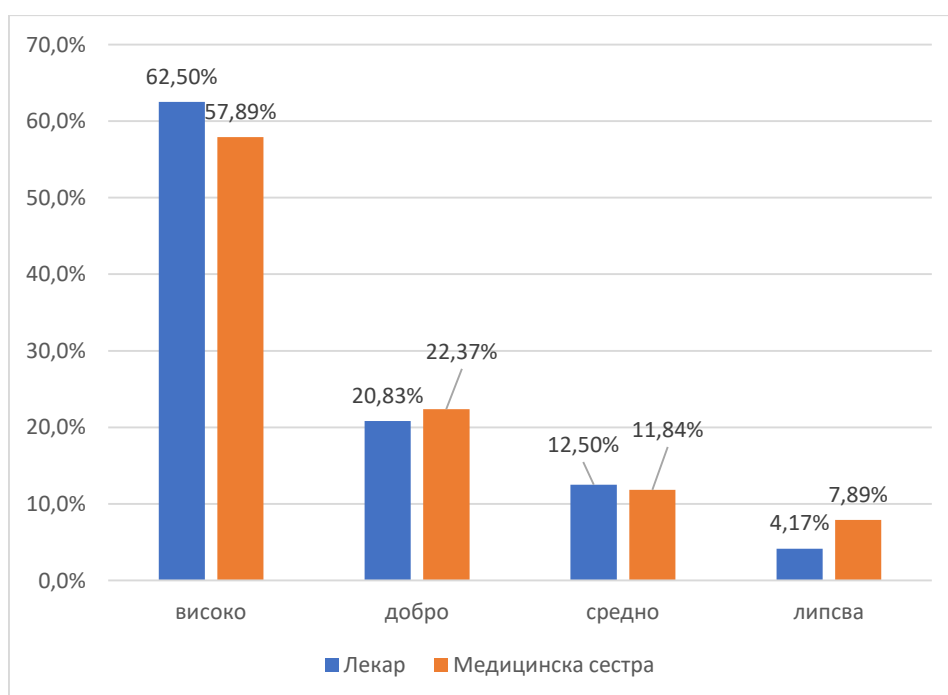
отношение на специализациите на медицинските специалисти и в двете болнични заведения.

Таблица 3.4 Непараметричен анализ за мнението на анкетираните групи по отношение на специализациите на медицинските специалисти

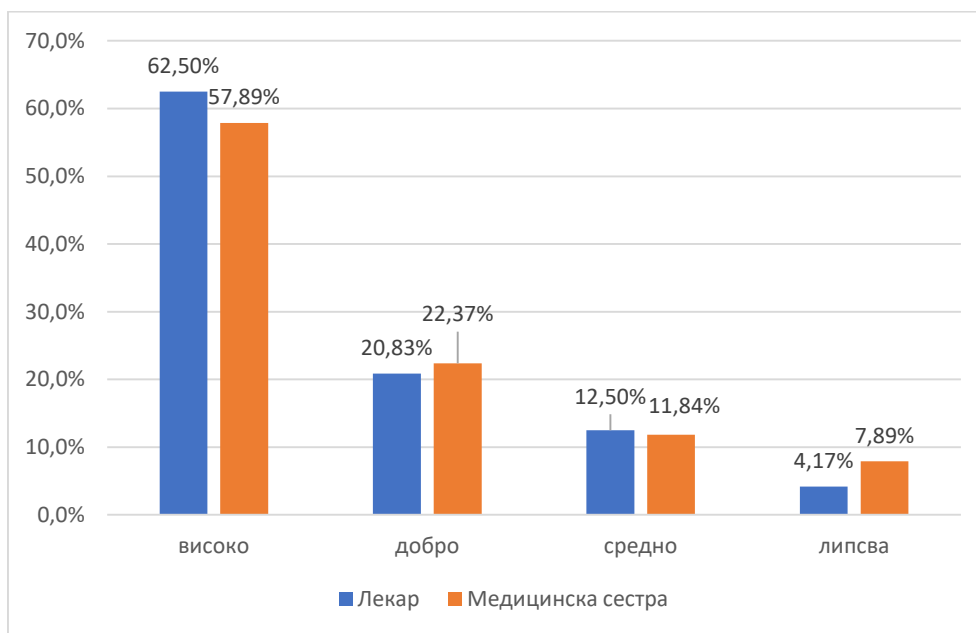
Медицински специалисти	Fisher's test	P
Лекари	2,019	0,682
Медицински сестри	2,779	0,440

Удовлетворението на медицинските специалисти от качеството и резултатите от тяхната работа представлява самооценка на тяхната отговорна всекидневна дейност в интерес на пациентите. Тя, разбира се, корелира с удовлетвореността от професията / Фиг. 3.5, 3.6. и 3.7./.

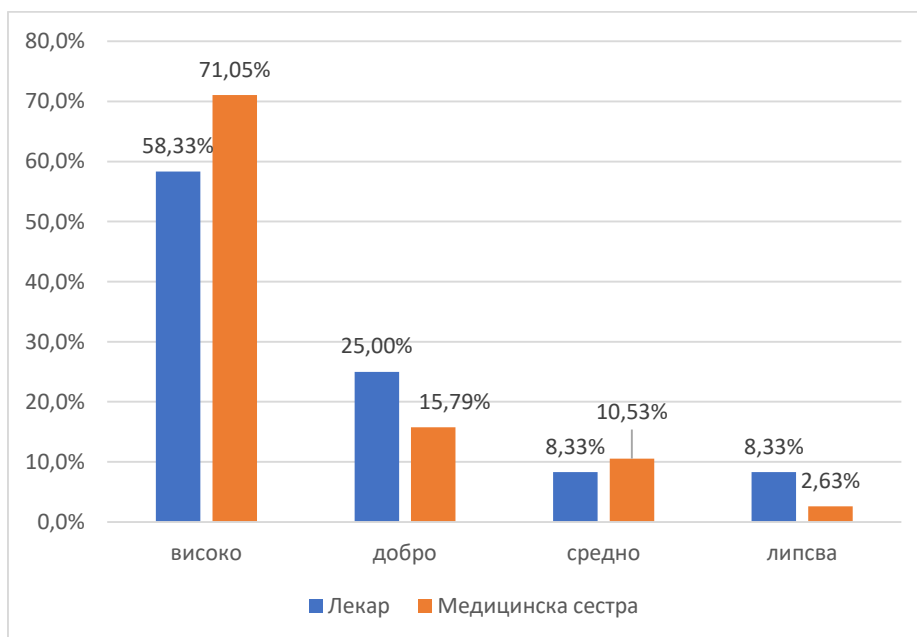
Направеният статистически анализ с точен тест на Фишер не открива статистически значима разлика в мнението на лекари и медицински сестри по отношение на удовлетвореността от качеството на медицинското обслужване с ниво на значимост $p = 0,902 > 0.05$.



Фиг. 3.5. Удовлетвореност от качеството на медицинското обслужване (КМО)



Фиг. 3.5. Удовлетвореност от качеството на медицинското обслужване (КМО) в
Университетска Първа МБАЛ- София



Фиг. 3.5. Удовлетвореност от качеството на медицинското обслужване (КМО) в
УМБАЛ „Йоанна- ИСУЛ“ София

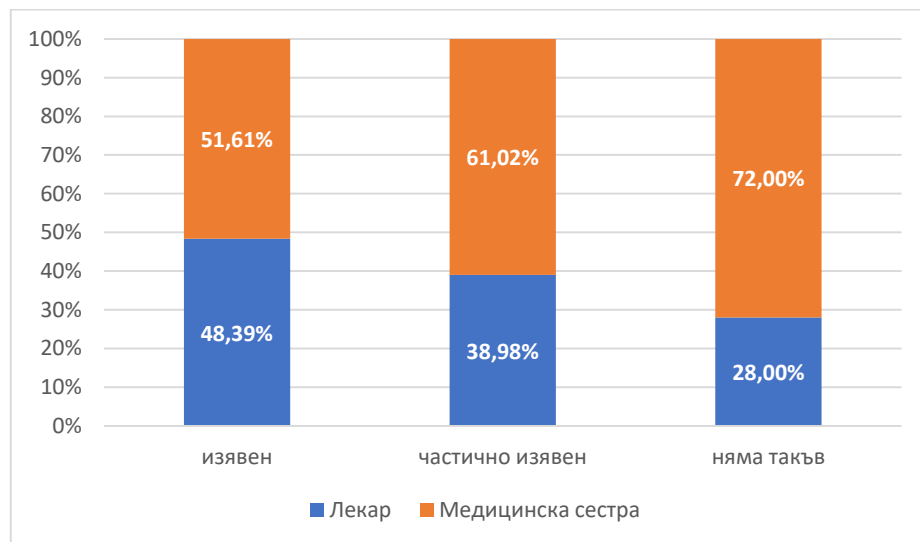
Таблица 3.5. представя резултата от точен тест на Фишер за изследваните групи в двете лечебни заведения поотделно.

Таблица 3.5. Непараметричен анализ за мнението на лекари и медицински сестри по отношение на удовлетвореността от качеството на медицинското обслужване в двете болници поотделно

Изследвани болници	Fisher's test	P
Университетска Първа МБАЛ - София	5,279	0,138
УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ”- София	2,226	0,537

Синдромът на изпепеляването (Бърнаут синдрома), който се среща най-често при медицинските сестри и се характеризира с физическо изчерпване и постоянна умора, повишена конфликтност и загуба на професионално удовлетворение, е изявен, както следва:

- според лекарите той се среща в техните лечебни екипи в 48.39% като изявен и в 38.98% като частично изявен;
- според медицинските сестри този синдром се наблюдава по-често: съответно в 51.61 % и 61.02%



Фиг.3.8. Изява на Бърнаут синдром според респондентите

Направеният статистически анализ с χ^2 тест на Пийърсън не открива статистически значима разлика по отношение на синдрома на

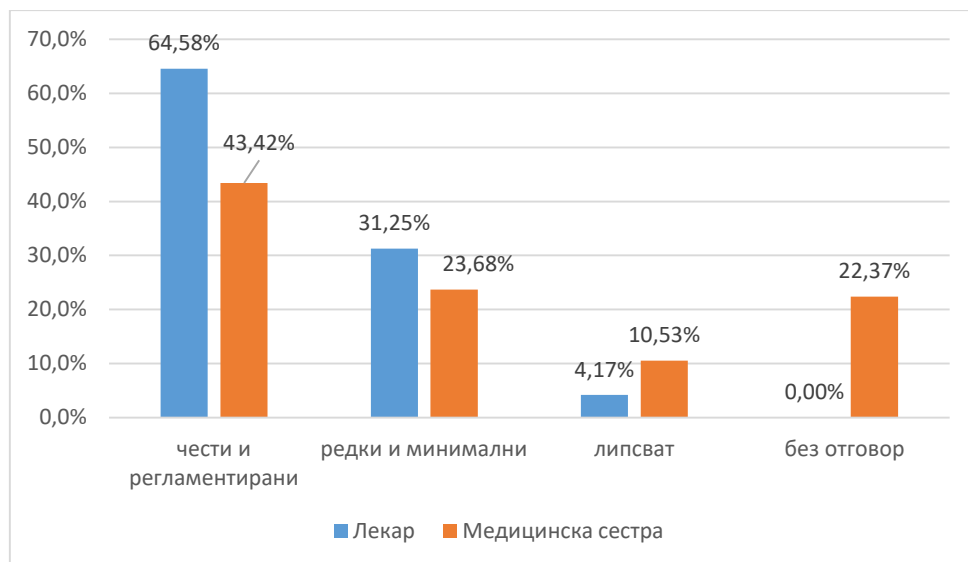
изпепеляването при лекари и медицински сестри с ниво на значимост $p = 0,299 > 0.05$ и χ^2 се получават и при анализа на двете здравни заведения поотделно Таблица 3.6.

Таблица 3.6. Непараметричен анализ по отношение на синдрома на изпепеляването при лекари и медицински сестри на двете изследвани лечебни заведения поотделно

Изследвани болници	χ^2	p
Университетска Първа МБАЛ - София	2,142	0,343
УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” - София	3,704	0,157

Материалните и моралните стимули за постигане на високо качество на медицинското обслужване на пациентите не постигат желаните цели; само 64.6% от лекарите и 43.4% от медицинските сестри определят премиите като „чести и регламентирани", а 31.3% и 23.7% ги характеризират като „редки и минимални".

Направеният статистически анализ с χ^2 тест на Пийрсън открива статистически значима разлика в мнението на лекари и медицински сестри по отношение на премиите в изследваните лечебни заведения с ниво на значимост $p = 0,002$ $\chi^2 = 15,398$ и сила на връзката по Крамер $V=0,352$.



Фиг. 3.9. Мнение на респондентите относно премиите получавани в изследваните лечебни заведения

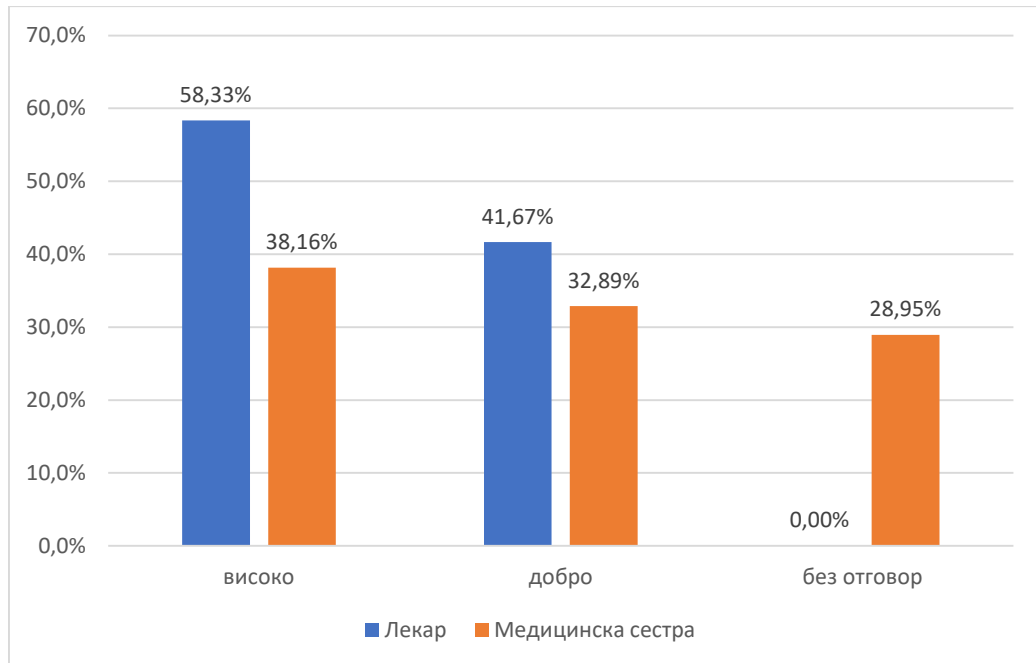
Таблица 3.7. представя резултата от χ^2 тест на Пийърсън за изследваните групи в двете лечебни заведения.

Таблица 3.7. Непараметричен анализ по отношение мнението на лекари и медицински сестри за премиите в изследваните лечебни заведения поотделно

Изследвани болници	χ^2	p	Cramer's V
Университетска Първа УМБАЛ - София "Св. Йоан Кръстител"	6,230	0,101	
УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” - София	9,431	0,009	0,390

Трудовите възнаграждения са сравнително високи, предвид повисоката квалификация на медицинските специалисти в изследваните столични УМБАЛ. От анкетираните лекари 58.3% обявяват своите заплати за „високи", 47.7% ги определят като „добри" и нито един не определя своята заплата като „ниска". Тези проценти при медицинските сестри са, както следва: 38.2% от анкетираните ги определят като сравнително високи, 32.9% ги възприемат като добри и нито една медицинска сестра не е декларирала „ниска работна заплата".

Направеният статистически анализ с χ^2 тест на Пийърсън потвърждава наличие на статистически значима разлика в мнението на лекари и медицински сестри по отношение на трудовото възнаграждение в изследваните лечебни заведения с ниво на значимост $p = 0.000191$ и $\chi^2 = 17,124$.



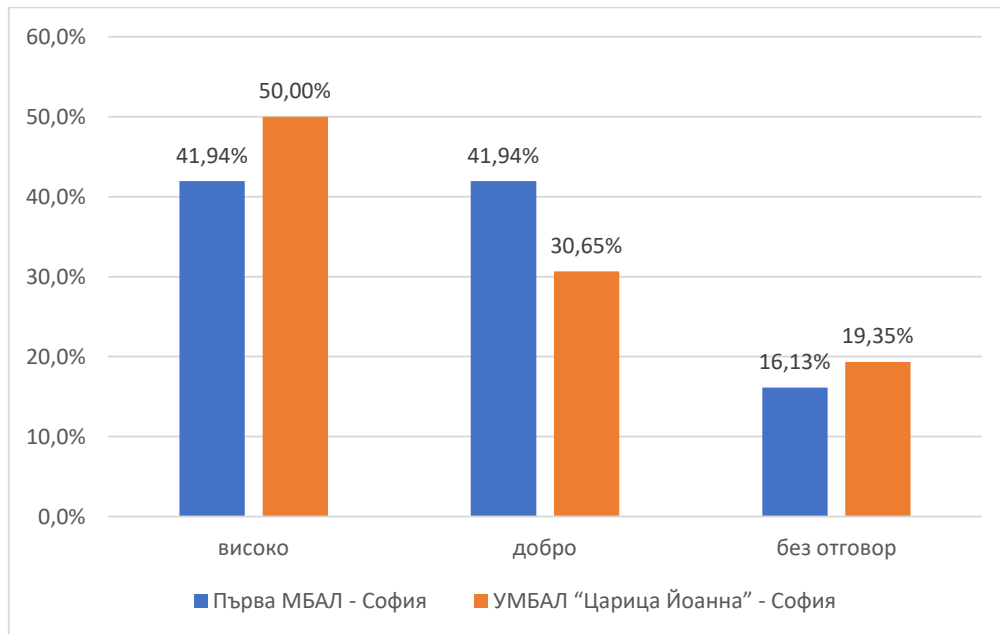
Фиг. 3.10. Трудови възнаграждения

По отношение на заплащането в двете болнични заведения, не се открива статистически значима разлика ($p=0.425 > 0,05$). Предмет на разглеждане са две университетски болници в столицата, което може да е предпоставка за удовлетвореността на медицинските специалисти от заплащането, както и евентуално по-високите заплати в сравнения с други заведения в страната.

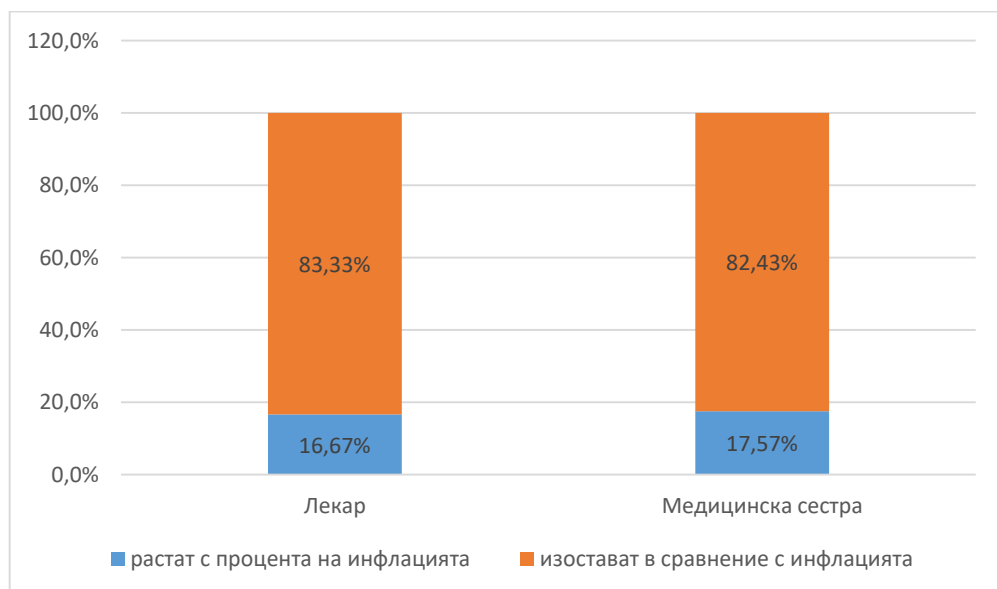
Таблица 3.8. представя резултата от χ^2 тест на Пийърсън за сравнение на медицинските специалисти.

Таблица 3.8. Непараметричен анализ на заплащането на медицинските специалисти в двете изследвани лечебни заведения

Медицински специалисти	χ^2	P
Лекари	0,343	0,558
Медицински сестри	1,492	0,474
Общо	1,709	0,425



Фиг. 3.11. Трудови възнаграждения



Фиг.3.12. Динамика на трудовите възнаграждения

Фигурите 3.11. и 3.12. представят трудовите възнаграждения в двете здравни заведения и тяхната динамика.

Динамиката на заплатите показва изоставането им по отношение на инфлацията; такова изоставане посочват 83.3% от лекарите и 82.4% от медицинските сестри, което потвърждава нашата работна хипотеза в това отношение.

Емиграцията и качеството на медицинските грижи изследвахме с предубеждението, че емиграцията се отразява неблагоприятно върху качеството на всички видове медицински дейности. Сред мотивите за емиграция на медицинските специалисти на първо място се поставя финансовата стабилизация, на второ място ниската заплата у нас, на трета - при лекарите, повишаване на професионалната квалификация и специализация. При медицинските сестри специализацията остава на по-заден план: първите три места се заемат от по-високото заплащане на сестринските грижи.

Тези резултати налагат извода, че е крайно време да се приеме *иновацията като промяна на културата на организацията*. Щом иновациите получат пространство и подкрепа, те ще се отразят на общото мислене – ще създадат култура на откритост, готовност за учене от грешки и експериментиране, както и нови подходи за създаване на партньорство с пациентите.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Резултатите от настоящият дисертационен труд потвърждават голямото значение на качеството на медицинските дейности и подходите за неговото управление както в извънболничната, така и в болничната медицинска помощ. Много изследвания, в т.ч. и нашето емпирично проучване доказват многофакторното влияние върху качеството на медицинските дейности.

След разглеждането на широк кръг от доказателства, анализи и перспективи относно ролята на иновациите за повишаване качеството в здравеопазването, данните са показателни за необходимостта да се наблегне на холистичните подходи в медицинската практика, да се изследват при всички пациенти социалните и психосоциалните детерминанти на здравето, както и да се отчита ефективността на прилаганите подходи, основани едновременно на доказателства и ценности.

Комплексното измерване на качествените индикатори ще осигури цялостна оценка на управлението на качеството в здравеопазването и въвеждане на иновации в здравните политики за подобряване на междупрофесионалното сътрудничество, за активно участие на пациентите в лечебния процес и намаляване на клиничната и финансова тежест на заболяванията.

Резултатите и анализите в дисертационния труд ни дават основание да посочим като *перспективен подход за създаване култура на иновации* системното обучение в медицинските университети по теми за:

- човешкия фактор;
- културата на учене от грешки и успехи;
- избор и използване на безопасни медицински технологии;

- мониторинг на безопасността и качеството на медицинската помощ;
- ангажираност на пациентите в лечебния процес;
- ангажираност на медицинските специалисти в обучението на пациентите;
- мениджмънт на човешките ресурси в съвременното здравеопазване;
- роля на партньорството с външни и местни организации за безопасност и качество в здравеопазването.

Резолуциите и инициативите на СЗО през последните години показват, че стремежът към по-качествено и безопасно здравеопазване е световно усилие, което носи значителни ползи за пациентите в страните с нисък, среден и висок доход във всички краища на света. Етичните интервенции предоставят иновативни образователни и социални методи и механизми, и съдействат за формиране на нови умения и социална подкрепа за реализацията на качество на живота и здравна сигурност на всеки пациент.

Анализите в изследването разкриват, че лечебни заведения, които създават култура на иновации на работното място, са ефективни и показват устойчив растеж. Когато се ангажират знанията, опита и креативността на медицинските специалисти, се постига висока ефективност на медицинската дейност, както и удовлетвореност на специалистите.

Обосновава се необходимостта да се разработват *индивидуализирани решения*, които да отчитат социално-културните фактори по места, да се проучват, планират и насърчават иновациите като стратегически стълбове на медицинските дейности.

ИЗВОДИ

Изводите правим въз основа на наши и литературни данни и постановки. Констатациите и обобщенията възприемаме като синтезиран израз на натрупания изследователски и лечебно-диагностичен опит. Резултатите от проведеното изследване доказват многофакторното влияние върху качеството на медицинските дейности в лечебните заведения.

1. Качеството на медицинската помощ и обгрижването на пациентите се повлиява в най-висока степен от здравната култура на пациентите. Участието на медицинските специалисти в повишаването на здравната култура и здравната информираност на пациентите е активно, съзнателно и целенасочено, като тематично лекарите най-често са давали отговори и са беседвали с пациентите по въпросите на диетичното хранене, докато медицинските сестри – за лечението и профилактиката.
2. Основен фактор за повишаване качеството на клиничната практика е включването на пациентите в лечебно-диагностичния процес и превръщането им от обект в субект на здравни грижи. Делът на медицинските специалисти, които са на мнение, че пациентите са активни участници в лечебно-диагностичната дейност е близо два пъти по-голям от този на пациентите, повечето от които отговарят „рядко“ или „никакво“ участие.
3. Само 17.9% от пациентите посочват, че се търси тяхното информирано съгласие, докато 70% от лекарите прилагат често

процедурата за получаване на съгласие на пациента след подробни разяснения относно естеството на заболяването.

4. Психоклиматът в изследваните клиники на Първа УМБАЛ и УМБАЛ “Царица Йоанна” е оценен от лекуващите лекари като добър в 83.4% от случаите, а от медицинските сестри - в 47.4%, като само 31.8% от пациентите го определят като добър или поносим.
5. Установява се подценяване на психосоциалните и социалните проблеми на пациентите от медицинските специалисти, като 56.3% от лекарите и 53.9% от медицинските сестри отчитат културните, социалните и поведенческите фактори на заболяването на пациентите, докато 84.5% от пациентите изразяват желание за емоционална подкрепа от страна на лекуващите ги специалисти.
6. Делът на пациентите нуждаещи се от сто процента съчувствие /81,6%/, превишава близо пет пъти дела на медицинските специалисти - 18,4%. Съчувствието под контрол е най-популярно и се счита за най-професионално от медицинските специалисти.
7. Пациентите оценяват като „висока“ професионалната подготовка на лекуващите ги медицински екипи - 70.9%, и са удовлетворени от качеството на медицинското обслужване.
8. Най-често прилагания в практика на медицинските специалисти подход към пациентите е партньорството (според 70.8% от лекарите и 71, 1% от медицинските сестри).
9. Пациентите са удовлетворени от качеството на грижите в двете университетски болници и високо оценяват своевременността на първия преглед в клиниката и времето прекарано при болния.

10. Съвпадението на предклиничните и клиничните диагнози, както и на клиничните с патологоанатомичните диагнози има висок относителен дял и в двете УМБАЛ (според 87.5% от лекалите и 70% от медицинските сестри). Диагностичните грешки се обсъждат според честотата на допускането им: по-често в Първа УМБАЛ с участието на 75% от лекарите и 76.3% от медицинските сестри; по-рядко те се обсъждат в УМБАЛ “Царица Йоанна” с участието на 58.3% от лекарите и 52.6% от медицинските сестри.
11. Синдромът на изпепеляването (Бърнаут синдрома), който се среща най-често при медицинските сестри се характеризира с физическо изчерпване и постоянна умора, повишена конфликтност и загуба на професионално удовлетворение.
12. Връзката между възможностите за специализация на медицинските специалисти и качеството на медицинската помощ се потвърждава и при нашето изследване.
13. Емиграцията се отразява неблагоприятно върху качеството на всички видове медицински дейности, като сред мотивите за емиграция на медицинските специалисти на първо място се поставя финансовата стабилизация, на второ място ниската заплата у нас, на трета - при лекарите, повишаване на професионалната квалификация и специализация. При медицинските сестри специализацията остава на по-заден план: първите три места се заемат от по-високото заплащане на сестринските грижи.
14. Ефективността и стабилността на здравеопазването до голяма степен зависят от успешното функциониране на организационната структура на лечебните заведения, от взаимовръзките и взаимодействието между различните нива на

медицинска помощ, предоставена на пациентите за решаване на всеки здравословен проблем и осигуряване на свободен от рискове начин на живот. Необходимо е да се приеме иновацията като промяна на културата на организацията.

ПРЕПОРЪКИ

В резултат от проучването могат да бъдат направени препоръки към Министерство на здравеопазването, Български лекарски съюз и Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи.

След разглеждането на широк кръг от доказателства, анализи и перспективи относно ролята на иновациите за повишаване качеството в здравеопазването, както и изясняване на становището по проблема на обхванатия контингент в проведеното емпирично изследване, *считаме за перспективни следните подходи:*

1. Необходимо е подобряване на междупрофесионалното сътрудничество и работата в екип, основани на *етичния принцип за публичност и диалогичност*, които да се превърнат в единен подход за качество на здравните дейности за пациентите.

2. Особено място следва да бъде отделено на анализа на грешки и успехи като изключително важен подход за създаване култура на иновации в лечебните заведения и повишаване качеството на дейностите.

За да бъде ефективен в медицинската практика, *анализът на грешки и успехи* трябва да постигне следните цели:

- Да легитимира съвместно взетите решения. По този начин обсъждането отговаря на първия източник на морално несъгласие – недостиг на ресурси. Така се създава възможност тези, които не получават каквото искат или от каквото имат нужда да възприемат легитимността на колективното решение.
- Да стимулира обществените перспективи на обсъждания здравен проблем. Тази цел отговаря на друг източник на морално несъгласие – ограничения алтруизъм. Анализите стимулират участниците да възприемат по-широка перспектива от тясно личните си интереси.

- Да развива взаимното уважение в процеса на вземане на решенията. Това съответства на често пренебрегвания източник на морално несъгласие – несъвместимите морални ценности. Така дискусиите поставят моралния принцип и моралния компромис на техните естествени места.
- Да подпомага коригирането на грешките, които професионалистите, политиците и гражданите неминуемо допускат при предприемане на съвместни, колективни решения и действия. В случая източник на морално несъгласие е недоброто познаване на нещата. Чрез търсене на съгласие и договаряне всеки участник в обсъжданите въпроси научава как по-добре да постигне това, което иска, и в същото време да осмисли какво най-добре удовлетворява другите участници.

3. Ценностите, които стоят в основата на всяко конструиране на медицинската реалност, не могат да бъдат налагани отвън. Това създава потребност от информация, която да подпомогне медицинските специалисти да се справят с протичащите промени в системата на здравеопазването. Оттук и голямото значение на принципа за публичност и диалогичност, на прозрачността на реформите в здравеопазването. По своята същност това е процес на обучение, на сътрудничество и вземане на решения с отговорност към бъдещето.

4. **Иновации**, намерили приложение в съвременното здравеопазване, които са доказали успешно своята ефективност и потенциал в множество страни, са следните интервенции в медицинската практика:

- а/ етични комисии;
- б/ ръководства с правила за добра практика;
- в/ процедури за получаване на информирано съгласие на пациента за участие в лечебния процес и в научните изследвания.

Ефективното включване в медицинската практика на тези интервенции, основани едновременно на доказателства и ценности, изисква нови нагласи и капацитет за поемане на отговорност и справяне с предизвикателствата, както и нови умения и компетенции на практикуващите специалисти.

САМООЦЕНКА ЗА ПРИНОСИТЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Настоящият дисертационен труд има приноси в следните няколко направления:

✓ **Научно-приложни приноси:**

- Предложен е перспективен подход за създаване култура на иновации на системното обучение в медицинските университети по актуални теми, целящ постигането на по-качествено и безопасно здравеопазване, което носи значителни ползи за пациентите.

✓ **Научно-теоретични приноси:**

- Представени и анализирани са някои подходи и концепции за повишаване на качеството в здравеопазването, както и необходимостта от разработване на цялостна Национална система за управление на качеството в здравеопазването.
- Комплексно е проучено, анализирано и оценено мнението на анкетираните пациенти относно ролята на здравната култура, прилагането на принципа за информирано съгласие и удовлетвореността им от качеството на медицинското обслужване.
- Представена е експертната оценка на медицинските специалисти относно организационните аспекти и психоклимата в болницата, включването на пациентите в лечебно-диагностичния процес, връзката между възможностите за специализация на медицинските специалисти и качеството на медицинската помощ, както и материалните и моралните стимули за постигане на високо качество на медицинското обслужване.

СПИСЪК С ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Димитров Цв., Д. **Петкова**, Ал. Апостолов, М. Александрова, В. Василева. Качество на медицинската помощ в болничните заведения, Сп. Асклепий, бр. 1, 2013, стр. 73-77.
2. Димитров Цв., Д. **Петкова**, В. Василева, Д. Шопов, М. Александрова. Многофакторно влияние върху качеството на медицинската помощ в едно болнично заведение, Сп. Асклепий, бр. 1, 2013, стр. 77-81.
3. Воденичарова, А., Д. **Петкова**, К. Маркова, К. Попова. Ключова роля на културата на иновации за повишаване качеството в здравеопазването. Сп. Здравна политика и мениджмънт, бр. 3, 2019 г.
4. **Петкова**, Д., А. Воденичарова, К. Маркова, К. Попова. Анализът на грешки и успехи: Перспективен подход за създаване култура на иновации в здравеопазването. Сп. Обща медицина /под печат/