

HEALTH CARE QUALITY MANAGEMENT IN INTENSIVE CARE UNITS

Lilyana Stancheva

Intensive Care Unit, University Multiprofile Hospital for Active Treatment and Emergency Medicine „N. I. Pirogov“, Sofia, Bulgaria, lilly.stancheva@gmail.com

Alexander Valkov

University of National and World Economy - Sofia, Bulgaria, alexander.valkov@unwe.bg

Abstract: Healthcare is becoming increasingly important in modern high-tech and patient-focused healthcare. A modern and integrated quality management system is a "mix" of service processes and infrastructure, dominant values and culture, and patient-centered behavior. This means applying a 'patient-oriented' approach in which the patient is at the heart of all links between actors in the health system and at all levels of quality management: consumers, clinicians and regulators. In practical terms, this means providing safe, timely, effective, patient-oriented and fair healthcare. The coronavirus pandemic has exacerbated endemic problems in intensive care units, affecting the quality of health care.

Objective. To assess leading aspects of quality of care in intensive care units in the context of the concept of a patient-centered approach to quality management.

Materials and Methods. The informational basis of the study was data from a survey conducted by the author of 83 health care professionals working in intensive care units of multiprofile hospitals in the municipality of Varna and the city of Varna. The study was carried out in the period 08/11/2021 - 17/11/2021. The questionnaire provides data on the main aspects of the activity of providing quality health care. Sociological, documentary, statistical methods and graphical analysis of the results were used in the study.

Results and Discussion. The results of the survey show that there is an ageing of the medical professionals practicing in intensive care units, which limits the possibilities for creating a motivating environment for improving competencies and qualifications. Only 37% of nurses have the attitude to continue their education. The quality management systems used in the intensive care units of the studied hospitals are mostly based on ISO 9001-2000, which reflects on the "good care" methods applied. Covid-19 changes the focus of ICU activities, which influences the development of nursing algorithms/files and the thematic profile of the colleges. The importance of teamwork is increasing. **Conclusions.** The introduction of a patient-centered approach to the management of health care quality in intensive care units of hospitals improves the outcomes of the nursing process and generates long-term and benefits for all participants in the health system.

Keywords: health care, health care quality, health care quality management, patient-centered health care

МЕНИДЖМЪНТ НА КАЧЕСТВОТО НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ В ОТДЕЛЕНИЯ ЗА ИНТЕНЗИВНО БОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ

Лиляна Станчева

Отделение по интензивно лечение, УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“, София, България,
lilly.stancheva@gmail.com

Александър Вълков

Университет за национално и световно стопанство – София, България, alexander.valkov@unwe.bg

Резюме: Здравните грижи придобиват все по-голяма значимост в модерното високотехнологично и фокусирано върху пациента здравеопазване. Една съвременна и интегрирана система за управление на качеството е „микс“ от обслужващи процеси и осигуряваща инфраструктура, доминиращи ценности и култура, и насочено към пациента поведение. Това означава да се прилага „пациент-центриран“ подход при който пациентът е в центъра на всички връзки между участниците в здравната система и на всички равнища на управление на качеството: потребители, клинични специалисти и регулаторни органи. В практически план това означава предоставяне на безопасни, своевременни, ефективни, насочена към пациента и справедливи здравни грижи. Коронавирусната пандемия обостри ендемични проблеми в отделенията за интензивни грижи, което оказва влияние върху качеството на здравните грижи.

Цел. Да оцени водещи аспекти на качеството на здравните грижи в интензивните отделения в контекста на концепцията за пациент-ориентиран подход при управление на качеството.

Материали и методи. Информационната основа на проучването са данни от проведено от автора анкетно проучване на 83 специалисти по здравни грижи, работещи в интензивни звена на многопрофилни болници на територията на община Варна и гр. София в периода 08/11/2021 г. - 17/11/2021 г. Анкетната карта, предоставя данни за основни страни от дейността по осигуряване на качествени здравни грижи. В изследването са използвани социологичен, документален, статистически метод и графичен анализ на получените резултати.

Резултати и обсъждане. Резултатите от анкетното проучване показват, че е налице застаряване на практикуващите в интензивните отделения медицински специалисти, което ограничава възможностите за създаване на мотивираща среда за повишаване на компетенциите и квалификацията. Едва 37% от медицинските сестри имат нагласа да продължат своето образование. Използваните в интензивните отделения на проучваните болници системи за управление на качеството най-често се базират на ISO 9001-2000, което рефлектира върху прилаганите методи за „добра грижа“. Covid-19 променя акцентите в дейността на интензивните отделения, което влияе върху изготвянето на алгоритми/фишове за сестринска дейност и тематичния профил на колегиумите. Значимостта на екипната работа нараства.

Изводи. Въвеждането на пациент-центриран подход в управлението на качеството на здравните грижи в интензивните звена на болниците подобрява резултатите от сестринския процес и генерира дългосрочни и ползи за всички участници в здравната система.

Ключови думи: здравни грижи, качество на здравните грижи, мениджмънт на качеството на здравните грижи, пациент-ориентирани здравни грижи

1. ВЪВЕДЕНИЕ

Здравето е първостепенна жизнена потребност на човека. Динамичната промяна в здравната система в света, свързана с пандемичната обстановка и Covid-19 оказва влияние върху качеството на здравните грижи. Качествена здравна грижа е тази, която предоставя на всеки пациент достатъчно медицински дейности осигуряващи най-добър резултат по отношение на здравето. Здравните грижи придобиват все по-голяма значимост в модерното високотехнологично и фокусирано върху пациента здравеопазване. В резултат, нараства ролята и значението на качеството на здравните грижи в общата оценка за качеството на здравните услуги [Димова, 2004; Грънчарова, 2005].

България не е извън тази глобална картина. Обслужването на пациентите в интензивните отделения е свързано с по-голяма ангажираност, отговорност и предоставяне на пациент-центрирани здравни грижи. Все повече са лечебните заведения у нас, които следвайки тази тенденция, търсят ясни, конкретни, работещи и мотивиращи измерители на качеството на здравните грижи, като начин да подобрят тяхното управление и резултати [Воденичаров, 2006]. От своя страна гражданите трябва да търсят и намират необходимите средства и информация, за да участват активно както във вземането на решенията свързани с качеството, така и в създаването на нови модели, характерни за тяхната общност. Като практическа за болничния мениджмънт се очертава задачата да бъдат преодолени разминаващите се представи и свързаните с това акценти в дейността и поведението на различни ключови участници в процеса на предоставяне на здравни грижи в контекста на качеството.

В предходна наша публикация [Valkov, A., L. Stancheva, 2021] очертахме концептуално моделно решение, според който управлението на качеството е основен системен и организационен процес, както и резултат, който се проявява в три управленски перспективи: (1) обслужващи процеси и осигуряваща „инфраструктура“, (2) доминиращи ценности и култура и (3) поведение на участниците в този процес. Моделът може да се характеризира като „пациент-центриран“ подход при управлението на качеството тъй като поставя пациента в центъра на всички връзки между участниците в здравната системата и на всички равнища на управление на качеството: потребители на здравни услуги, клинични специалисти и регулаторни органи.

В практически план, всяко равнище на системата за управлението на качеството има различно предназначение, осъществява дейности и прилага инструменти, които осигуряват необходимата за нея функционална свързаност. На равнище „здравна система“ качеството се разглежда като основополагащ принцип във връзка с правото на достъпна медицинска помощ, изразена в триадата – своевременност, достъпност и качество. Налице е широк портфейл от инструменти. Чрез институционални решения, законодателство и регулации се създават необходимите условия за реализация на това право – въвеждане на медицински стандарти и правила за добра медицинска практика; изграждане на специализирани контролни и регулаторни органи; въвеждане на изисквания за качество и безопасност на отделни диагностично-лечебни дейности; въвеждане на критерии за качество в процеса на договаряне с изпълнителите и др. под. [Вълков, 2014; Димова, 2004; Димова, 2022]. На *организационно* равнище (здравни заведения/клиники)

качеството се осигурява от специално създадени органи чрез изпълнение на контролни и консултативни функции, съгласно вътрешни правила и правомощия. Основен инструмент за управление на качеството в клиниката са медицинските стандарти, които определят критериите за качество на изпълняваните по медицински специалности дейности. Заложените в стандартите критерии отразяват цялостната дейност за отделна специалност (като % оздравели и с подобрение; брой операции и използваемост на леглата; среден болничен престой; честота на усложненията). Докато на институционално и организационно равнище системата за управление на качеството е структурирана и функционираща, то липсата на индикатори за оценка на качеството на *оказаната медицинска помощ на конкретно индивидуално равнище (пациент)* е определящата причина за невъзможността еднозначно и обективно да се оцени качеството [Шаркова, 2016; Шаркова, 2018]. Проучванията за състоянието и удовлетвореността на пациента от оказаната медицинска помощ е само една страна от оценката на дейността и резултатите от нея. Без да се отива в другата крайност – нормативен империализъм – липсващото/неясно разбиране за качеството на равнище пациент, води до затрудняване на цялостния процес на управление на качеството.

В практически план, докато клиничните специалисти, мениджърите и доставчиците на здравни услуги се интересуват от оценката на качеството, което ще им даде възможност за мониторинг и подобряване на услугите на своите пациенти, то регулаторните органи отчитат доколко отделенията по интензивно лечение отговарят на минималния стандарт в здравноосигурителен план за предоставяне на качествени здравни грижи. От гл. т. на пациента, качество на здравните грижи намира израз в следните направления [Атанасова, 2018; Маринов, 1998; Николова, 2020]:

Безопасна – да не допуска вреда за пациента в резултат на здравните грижи, които е трябвало да помагат на пациента да възвърне своето здраве и самостоятелност;

Своевременна – да гарантира своевременност и да минимализира вредите за пациента от изчакването;

Ефективна – да предоставя услуги за всички, които биха имали полза от тях и да се въздържа от предоставянето им на тези групи от хора, които не биха имали полза, като избягват недостатъчната или прекомерна употреба;

Насочена към пациента – да предоставя услуги, които зачитат и отговарят на предпочитанията, нуждите и ценностната система на всеки индивид и да гарантира, че при клиничният избор на екипа водеща е ценностната система на пациента;

Справедлива – да гарантира равнопоставеност и качество на грижите без разлика пол, етнос, социално-икономическо положение и др.

Следването на посочените направления гарантира, че системата за управление на качеството обединява условия, процеси и хора в здравни грижи, съобразени с очакванията на пациента в процеса на вземане на решения – т.е. реализира се на практика „пациент-центрирана здравна грижа“. Ето защо за повишаване качеството на здравните грижи и удовлетвореността на пациентите е необходимо да бъде въведен „сестринския процес“ [Тончева, 2015]. Сестринският процес е рамката за предоставяне на професионални и качествени здравни грижи от медицинската сестра. Прилагането на сестрински процес в практиката е необходимост, която ще насочи в правилната посока качеството на здравните грижи [Борисова, 2013].

Системата за управление на качеството не работи сама и автоматично. Решаваща роля за нейното функциониране имат хората. От тази гл.т. кадровото обезпечаване в отделенията за интензивни грижи в страната продължава да е в тежко състояние поради дефицита от лекари реаниматори, специалисти по здравни грижи и помощен персонал. Недостигът на медицински сестри в сферата на общественото здравеопазване излага на риск ефективното провеждане на всички дейности, свързани с качеството на предоставяне на здравни грижи, превенцията на човешкото здраве и благополучие, както и на здравната сигурност на страната. Коронавирусната пандемия обостри този проблем. Недостигът на медицински специалисти и особено на медицински сестри е водещ проблем на функционирането на здравната система като цяло и отделни здравни заведения по региони на страната в условията на пандемия [OECD, 2021]. В областта на качеството на медицинските услуги здравното законодателство препраща към медицинските стандарти по отделни специалности, но подобряването на качеството и контрола в лечебните заведения на територията на страната, означава лечебните заведения да предоставят не само подходящи и навременни здравни услуги за всеки пациент, които има нужда от интензивно лечение и проследяване на състоянието му в болнична среда, но и да гарантират намаляване на риска в хода на лечебно-диагностичния процес, своевременност, ефикасност и ефективност, равнопоставеност и уважение и не на последно място отговорност на специалистите по здравни грижи и индивидуален подход към всеки, потърсил медицинска помощ пациент.

2. ЦЕЛ

Да оцени водещи аспекти на качеството на здравните грижи в интензивните отделения в контекста на концепцията за пациент-ориентиран подход при управление на качеството.

3. МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Предмет на настоящото изследване е проучване на „човешкия фактор“ при осигуряване на качествени здравни грижи в интензивните отделения на МБАЛ (на територията на община Варна и София-град) в специфичните условия на пандемия (Covid-19). Това изисква да се анализират и оценят основни аспекти от дейностите на медицинската сестра.

- Логическа единица на изследването: Информационната основа на проучването се изгражда от данни, получени от проведено от автора анкетно проучване сред специалистите по здравни грижи, работещи в интензивни звена на многопрофилни болници;
- Място и време на емпиричното проучване: 08/11/2021 г. - 17/11/2021 г.
- Инструментариум: За набиране на релевантни данни по темата авторът разработи анкетна карта, която позволява да се обобщят данни за основни страни от дейността по осигуряване на качествени здравни грижи, които са допълнени от експертни мнения и оценки, в резултат от направени консултации по изследвания проблем.

Комбиниран се три основни метода на проучване и представяне на резултатите:

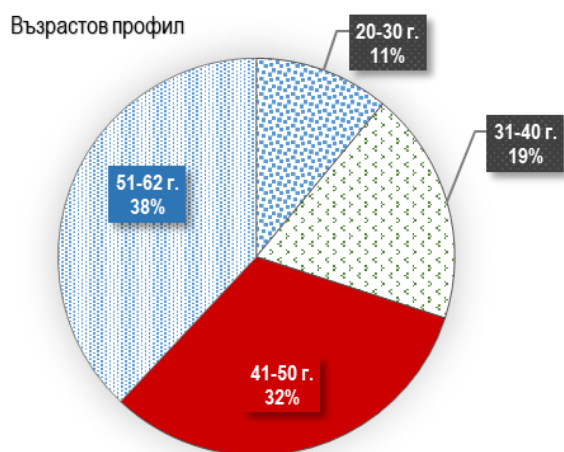
- Документален метод (деск-рисуърч) – проучени са нормативни документи и интернет източници свързани с проблем;
- Социологически метод – набрани са емпирични данни чрез проведена пряка анонимна анкета, която включва въпросник с открити и закрити въпроси;
- Статистически методи – структурирането и обработката и представянето на данните е извършено чрез използването на инструментите на Microsoft Excel 2016.

4. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

(1) Проведеното анкетно проучване очерта два определящи качеството на здравните грижи профила на участващите респонденти.

Възрастов профил: Над 2/3 от респондентите в интензивните отделения са на възраст над 40 г. (вж. фигура 1). Най-голям е дялът на анкетираните във възрастовата група 51-62 г. (38% или 46 души) и във възрастовата група 41-50 г. (32% или 39 души). Възрастовия профил на медицинските специалисти е показателен и за друга страна от кризата с осигуреността с медицински сестри в страната. На фона на ЕС България регистрира най-нисък дял на медицинските сестри и акушерки (1,1 през 2019 г.) и това е устойчива тенденция. Към това трябва да се добави и бързото застаряване на практикуващите медицински специалисти, проблем който поради спецификата на работа става все по-настойтелен в звената за интензивно лечение.

Фигура 1. Възрастова характеристика на извадката



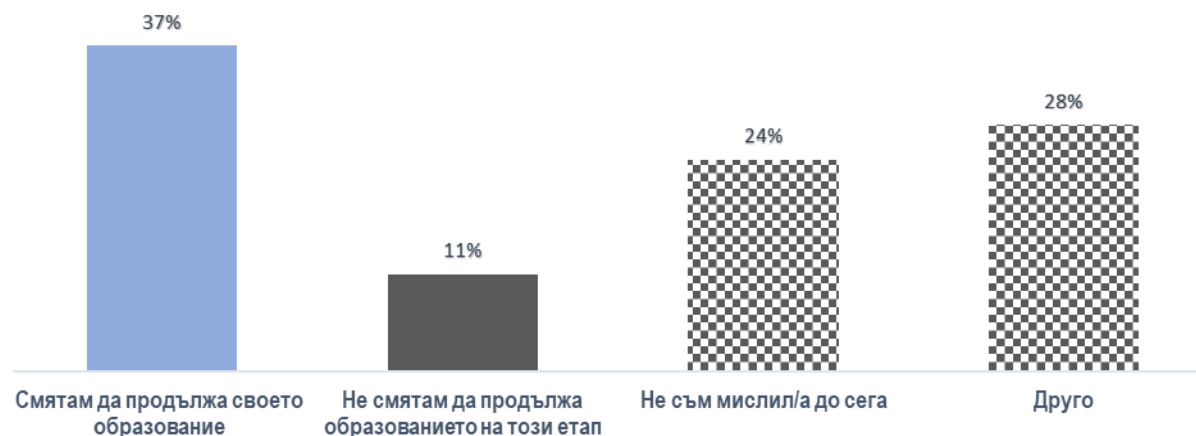
Фигура 2. Образователна характеристика на извадката



Образователен профил: Увеличаването на предлагането (нарастване на завършилите и дипломирани медицински сестри) не е близко и ефективно работещо здравно-политическо решение на очертаната недостиг на медицински специалисти в страната и влошената им възрастова структура. Това изисква от здравните мениджъри да търсят решения с промяна на организацията на работа, което рефлектира върху високата интензивност на труда, както и в подобряването на образователните компетентности на съществуващия персонал. С бакалавърска степен (по здравни грижи) са 58% от анкетираните (вж. фигура 2). Сравнително малък е дялът на сестрите с магистърска степен - 15% от респондентите, при това с 6 п.п. по-нисък от дялът на работещите в отделенията медицински специалисти със степен „специалист“ (21%). Видно от данните, предоставяне на „добра грижа“ в интензивните звена изисква решения от страна на здравните мениджъри в създаване на среда, която стимулира повишаването на компетенциите и квалификацията на медицинските специалисти.

(2) Необходимостта от повишаване на компетенциите на медицинските сестри в интензивните звена чрез обучение, специализираща подготовка и обучение през целия живот е основание да потърсим отговор на въпроса, дали и как те планират този процес. Данните показват още една тревожна тенденция – едва 37% от медицинските сестри в тези отделения имат нагласата да продължат образованието си (вж. фигура 3).

Фигура 3. Нагласи за продължаване на обучението



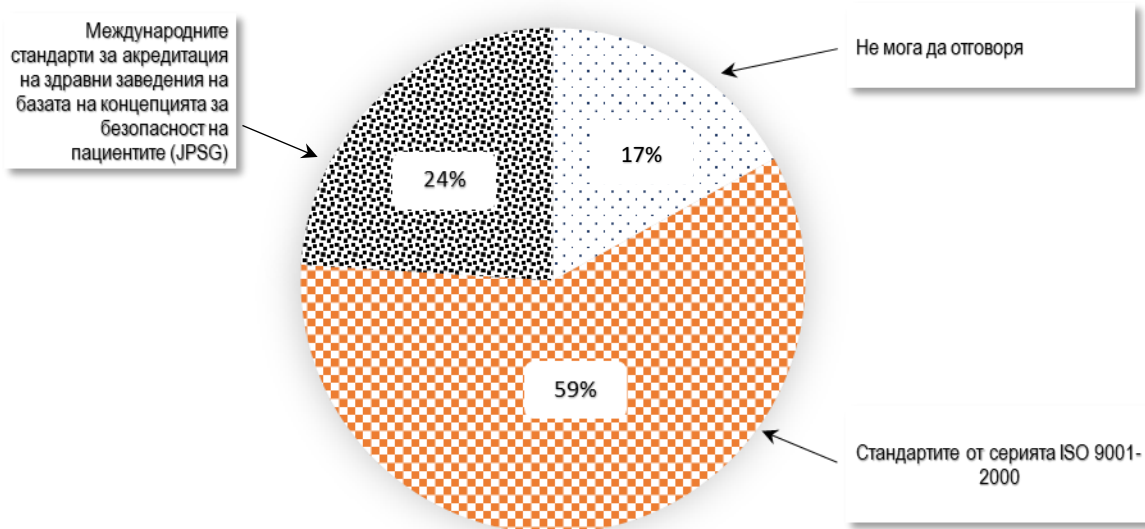
По-подробен преглед на данните показва, че преобладаващата част от тях са сестрите с образователна степен бакалавър и специалист. Категорично отхвърлящи тази възможност към момента са 11%. Потенциален резерв за увеличаване на „образователния поток“ са ¼ от респондентите (това не е обмисляно като алтернатива за развитие). Почти всеки трети не разглежда подобна перспектива, вероятно поради липсващи възможности, не стимулиращи условия или търсене на перспектива на друго място. Изясняването на причините за това „отхвърлящо“ поведение (общо за 39% от анкетираните) отваря нова изследователска перспектива за фокусирано проучване.

(3) „Пациент-центрираната“ здравна система поставя пациента в центъра на клиничната грижа, като по този начин ориентира средата – здравната екосистема, в пациентска перспектива. Това означава, че прилаганите в практиката институционални решения/модели за управление на качеството на здравните услуги/грижи са подложени на изпитание. Възгледът за пациент-центричност е идейна платформа за преосмисляне и реасемблиране на системите за управление на качеството, която насочва и интегрира ресурси, дейности, комуникация, информация и структури с фокус пациента.

Това ни мотивира да потърсим информация за прилаганите в интензивните отделения организационни решения (системи) за управление на качеството (СУК). Близко 60% от анкетираните заявяват, че управлението на качеството в техните отделения се базира на ISO 9001-2000 (вж. фигура 4). Това не е изненада, тъй като стандартите от тази серия са сред най-популярните в света, което го прави международен еталон за управление на качеството. Те са традиционно институционално решение и за нашата здравна система. С оглед спецификата на работата на интензивните отделения от значителна полза за осигуряване на качество на здравните грижи е ударението което тези стандарти поставят върху документалните/формални изисквания и доказателства за съгласуваност и обективност на процесите по управление на качеството. Около ¼ сочат като приложимо решение качество на здравните грижи стандартите за „безопасност на пациентите“. Доколкото проучваните интензивни отделения не са акредитирани официално по стандартите

на JPSG това означава опит за практическо въвеждане на култура на безопасност и прозрачност. Като висок може да се определи делът на тези, които „не могат да отговорят“.

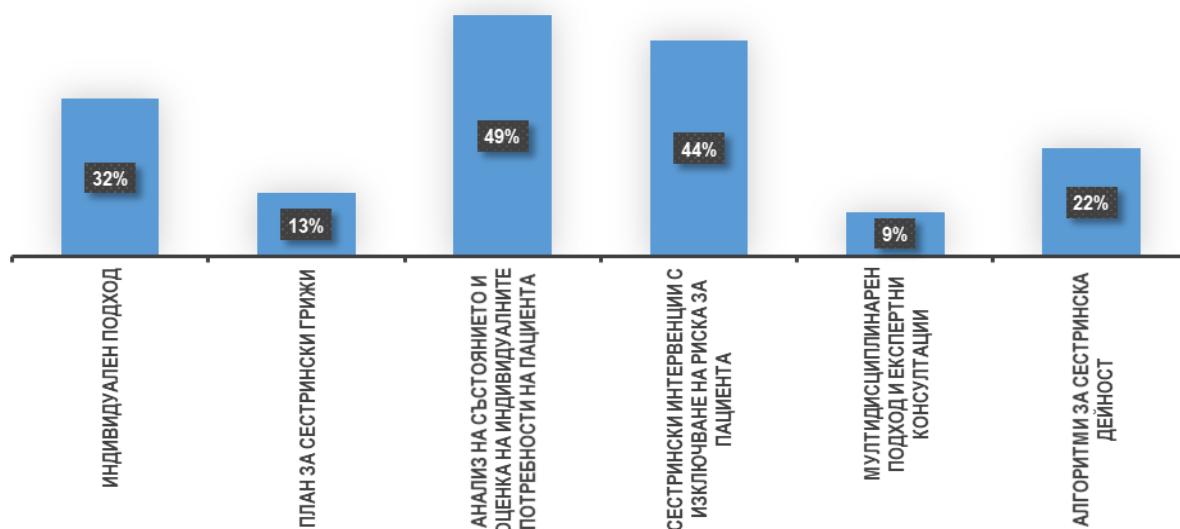
Фигура 4. Използване на системи за управление на качеството в отделенията



На практика обаче, не винаги удовлетвореността на пациента означава непременно високо качествени здравни грижи. Обичайно в болничните лечебни заведения удовлетвореността на пациента се свежда до индикатор за качество (само) на медицинските грижи. Пациентите обаче може да бъдат доволни и от здравни грижи с (по-) лошо качество. Умелото набиране и използване за целите на управлението информация става належаща и регулярна задача. Прилагането на електронно анкетиране дава възможност за бързо и ефективно провеждане на проучвания с по-широк спектър от цели, една от които е за оценката на качеството на здравните грижи. Предимството на директните анонимни анкети е, че те дават възможност за обратна връзка на резултатите от проведеното лечение, което е от първостепенно значение за пациента и с това силно се спомага реализацията на идеята за „пациент-центрирани здравни грижи“. На болницата все повече се гледа, като на действаща политика, която определя „ниво на грижите, процеса на грижите, за резултата от грижите“. Практическата реализация на това става чрез протоколите и алгоритмите в ежедневието на сестринската дейност, които помагат на специалистите по здравни грижи да са наясно с ролята и задълженията си, с препоръчителните процедури и чрез обратната връзка с пациента и неговите близки могат да оценят, доколко пациентът е получил информация за заболяването, емоционалната подкрепа и неговото включване във вземането на решения.

(4) Пациент-центрираните здравни грижи са не само вдъхновяващ теоретичен модел [Вълков, 2014; Грънчарова, 2005; Димова, 2004; Robbins, et al. 2013; Попова, 2022]. Редица елементи на добрата медицинска практика (вж. фигура 5) на фокусираните към пациента здравни грижи се прилагат в работата на проучваните отделения. Близко $\frac{1}{2}$ от респондентите акцентират, че предоставянето на здравни грижи се основава на анализ на състоянието и оценка на индивидуалните потребности на пациента. Широко разпространени в интензивните отделения са практиките на изключващите риска дейности (44%) като: смяна на ръкавици след интервенции, дезинфекция на ръцете, използването на индивидуални сетове, честа смяна на шлангове на дихателна апаратура и др. Прилагането на индивидуален подход в дейността (според всеки трети анкетиран) е друг значим организационен „драйвер“ за подобряване на качеството. Видимо прилагането на пациент-центрирани здравни грижи се основава много по-малко на писмени/формални инструменти, каквито са плановите за сестрински грижи и алгоритмите за сестринска дейност – общо те формират малко над $\frac{1}{3}$ от посочените отговори. Интензивният характер на дейността и Covid-19 вероятно са причини не само за по-слабото използване на предварително приети планове и алгоритми, съобразно които (да) се предоставят здравни грижи, но и за образно казано, „затваряне“ на дейността – едва 1 от 10 анкетирани посочва мултидисциплинарния подход и експертните консултации като метод за „добра грижа“ (вж. фигура 5).

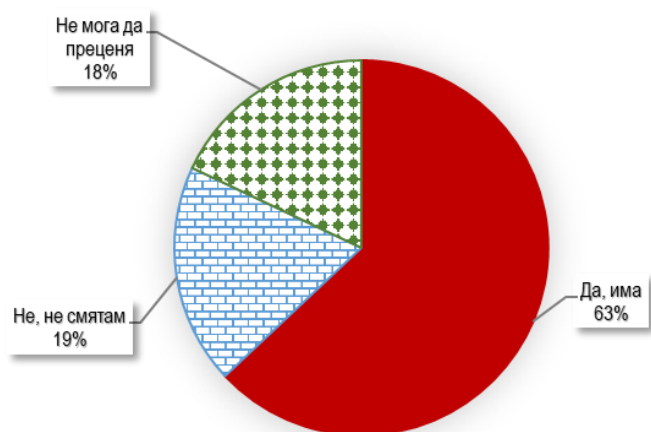
Фигура 5. Прилагани методи за „добра грижа“ за пациентите



Забележка: Процентния сбор надвишава 100, тъй като са посочени повече от един отговори

Програмите за осигуряване на качество в проучваните отделения са насочени към медицинските стандарти и техниките за оценка на условията, в които се предоставят здравни грижи, начина по които се предоставят здравни грижи и не на последно място резултатите тях. Документирането на извършените сестрински дейности и манипулации в интензивните отделения е част от политиките на проучваните интензивни отделения. Очевидно, нуждите на интензивните пациенти са различни, различна е и тяхната степен на зависимост, взаимозависимост и независимост. Ето защо прилагането на индивидуалния сестрински метод свързани с натрупване на систематични сведения за пациента и проблемите свързани с неговото здравословно състояние, анализът и интерпретирането на данните помага на медицинските сестри в интензивните сектори за предоставяне на 24 часова непрекъснатост, гарантира по-голяма сигурност и по-малък риск от пропуски, осигурява непрекъснатост и продължителност на грижите и не на последно място оценка на резултатите.

Фигура 6. Влияние на Covid-19 върху предоставянето на качествени здравни грижи



Във връзка обсъждането на „добрата грижа“ трябва да се отбележи високият дял на респондентите (63% или 75 души), които смятат, че пандемията повлия върху предоставянето на качествени грижи (вж. фигура 6). Несъмнено Covid-19 повлия и промени факторите с които се свързват качествените здравни грижи: условията на работа, тежестта на случаите и др. Видна е необходимостта от допълнително фокусно проучване на темата.

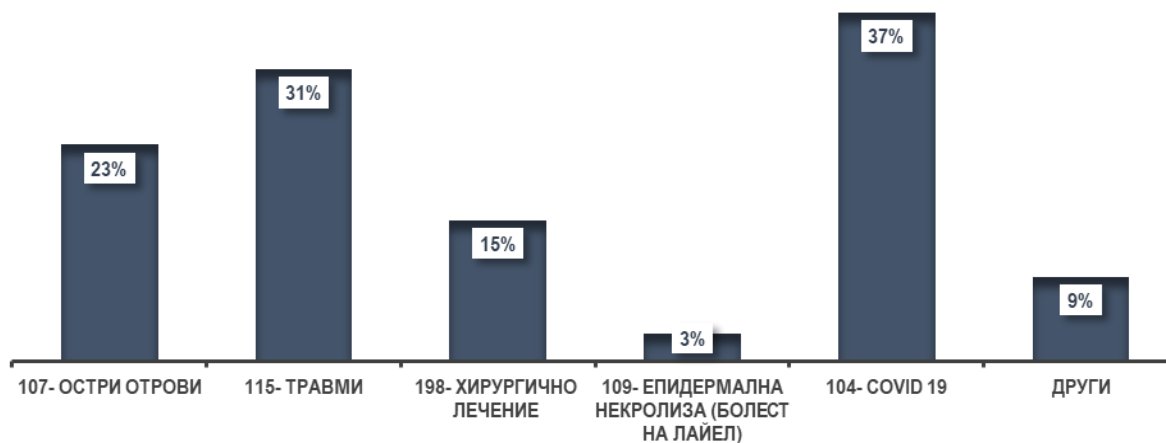
Фигура 7. Изготвяне на алгоритми/фишове за сестринска дейност



Изготвянето на алгоритми за здравни грижи е израз на комплексен подход в сестринската работа. Като очертава функционална рамка на сестринския процес той задава индивидуален подход към здравето и холистична грижа. Данните показват, че поради натовареност и „липса на време“ използването на този важен инструмент на осигуряване на качеството е пренебрегнат (вж. фигура 7). Преобладаващата част от анкетираните (86% или 72 души) индикират наличието на „организационен“ проблем при осигуряване на качеството.

(5) Горните изводи относно влиянието на пандемията върху предоставянето на качествени медицински грижи намират потвърждение в основния фокус на дейност в работата на интензивните отделения. В редица интензивни звена пандемията изведе като водеща дейност работата по КП № 104 (Диагностика и лечение на контагиозни вирусни и бактериални заболявания - остро протичащи, с усложнения). Именно лечението на тежките случаи на Covid-19 подчертават 37% от анкетираните (вж. фигура 8). Това отговаря на факта, че като обща тенденция в много болници в страната в момента се „отварят“ легла за лечение на Covid-19. От гл.т. на разпространението и тежестта на заболяването именно интензивните отделения, работещи с Covid-19 са на най-натоварени, а изискванията към сестринския процес и здравните грижи – най-високи. Това изисква усвояването на нови добри практики на лечение и здравни грижи (вж. по-горе т. 4). Въпреки че КП 104 видимо променя „общия профил“ на дейност на интензивните отделения всеки трети посочва в основния портфейл на дейностите на отделението работа по КП 115 (Интензивно лечение при комбинирани или съчетани травми), близо ¼ от респондентите - КП 107 (Диагностика и лечение на отравяния и токсични ефекти от лекарства и битови отрови), а всеки шести – КП 115 (Хирургично лечение при животозастрашаващи инфекции на меките и костни тъкани). Интензивните отделения заемат все по-важно място в лечението на болни с хемодинамична нестабилност, бъбречна и чернодробна недостатъчност, инфекции, сепсис, прогресиращи нарушения в газообмена и др.

Фигура 8. Най-често използвани клинични пътеки в отделението



Забележка: Процентния сбор надвишава 100, тъй като са посочени повече от един отговори

(6) Колaborацията и взаимната подкрепа са задължителни изисквания в работата на медицинските специалисти по време на сестрински процес (вж. фигура 9).

Фигура 9. Обсъждани теми на колегиумите



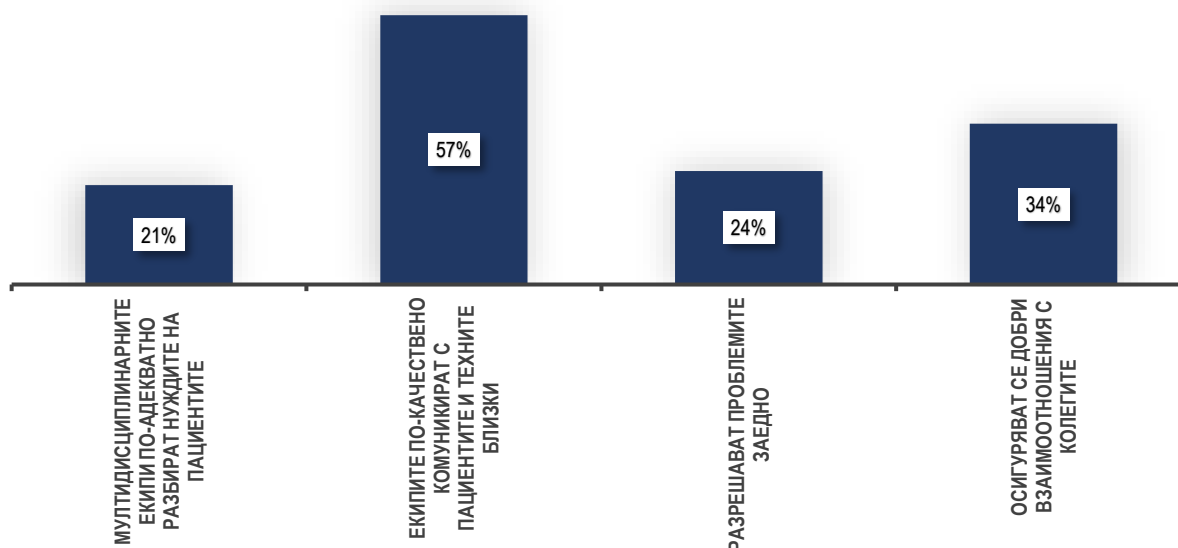
ЕКМО е форма на поддръжка на живота при потенциално обратими животозастрашаващи състояния с дихателна и/или сърдечно-съдова недостатъчност. ЕКМО би следвало да се използва от добре обучен персонал в започване, поддържане, провеждане и отвикване от ECLS. Резултатът от терапията зависи и конфигурация на системата от екипите в интензивните звена.

Успешна форма за споделяне на опит, трансфер на практически знания и развитие на практиките за „добра грижа“ са колегиумите. Данните за темите, които споделят и в които са участвали медицинските специалисти в интензивните звена са показателни за *иновационния характер и потенциал* на тази форма. Очаквано темите за ВБИ са сред най-често обсъжданите (38%), както и тези за основните принципи на интензивно лечение и видове хранене (25%). Обсъждания на екипната работа при прилагане на техниките на екстракорпорална мембранна оксигенация (ЕКМО) отчитат 13% от анкетираните.

(7) Екипната работа е ключов фактор в предоставянето на „добра грижа“ [Тончева, 2015]. Здравните мениджъри все по-отчетливо разбират, че технологиите „не работят сами“, а интердисциплинарната екипна работа е важен модел за предоставяне на качествени грижи на пациентите. Това означава, че са необходими фокусирани усилия (и инвестиции) в изграждането и ефективното управление на болнични екипи. Резултатът е предвидим и с дългосрочен ефект – управлението на екипи в условията на криза е път за управление на промяната. Данните от анкетата потвърждават значението на този (мулти)фактор на примера на проучваните интензивни звена, което позволява да бъде очертан профил на ползите и очакваните ефекти от екипната работа в тези звена. Може да обобщим, че екипната работа генерира ползи в три посоки:

(а) *Работа с пациентите.* Най-често (57%), анкетираните виждат ползите от екипите (в които работят) в по-качествената комуникация с пациентите и техните близки (вж. фигура 10). Екипите прилагат и разчитат на солидна комуникация, а пациентите и техните семейства са по-спокойни при диагностиката и лечението, и се чувстват по-удовлетворени от здравните грижи. Всеки пети респондент (21%) посочва възможностите на екипите по-адекватно да разбират нуждите на пациентите. В интензивните звена това е пряко свързано и с факта, че медицинските екипи трябва да се справят с пациенти, страдащи от множество здравословни проблеми. От тук може да изведем и следващия акцент.

Фигура 10. Важност на работата в екип



Забележка: Процентния сбор надвишава 100, тъй като са посочени повече от един отговори

(б) *Организация на работа.* Всеки четвърти респондент вижда ползите от мултидисциплинарния подход към здравните грижи във възможността „проблемите да се решават заедно“. Застаряването на населението, увеличаването на хроничните заболявания като диабет, рак и сърдечни болести, изискват медицинският персонал да прилага интердисциплинарна екипна работа. Зад отговора „проблемите се решават заедно“ се вижда факта, че клиничните грижи стават все по-сложни и специализирани. Екипната работа намалява проблемите, които могат да доведат до прегаряне. Като разрушават бариерите на традиционната йерархия и централизирана власт, екипите спомагат за това здравните специалисти да имат повече възможности за влияние.

(в) *Човешки ресурси.* Екипната среда допринася за по-добрите взаимоотношения с колегите – това подчертават 34% от респондентите. Това от своя страна води до по-голяма удовлетвореност и по-висока мотивираност от/в работата.

5. ИЗВОДИ

В заключение може да обобщим следните изводи:

- Прилагането на пациент-ориентиран подход на управление на качеството в интензивните отделения зависи от преодоляването на структурни дефицити, които дават отражение върху качеството на здравните грижи: застаряване на медицинските специалисти, а от тук ограничаване на нагласите и привлекателността за образование и квалификация („отхвърлящото“ образователната перспектива нагласа е характерна за 39% от анкетираните).
- Интензивните отделения прилагат стандартни организационни решения за управление на качеството (ISO 9001-2000), които поставят акцент върху формални/документални критерии за осигуряване на качеството. Не е висок делът на прилагащите международните стандарти за безопасност. Обезпокоително висок е делът на респондентите, които не познават прилаганата СУК в тяхното отделение.
- В практически план се прилагат редица практики на „добра грижа“. Най-често използвани са тези, свързани с анализ на състоянието и оценка на индивидуалните потребности на пациента (49%). Широко разпространени са и дейности, които целят да изключат риска за пациента (44%). Ефект от промените в дейността на отделенията в условията на пандемия е вероятната причина за по-слабото използване на предварително приети планове и алгоритми, както и на мултидисциплинарни експертни консултации.
- Пандемията промени основния фокус на дейност в интензивните отделения (според 63% от анкетираните). Лечението на Covid-19 е преобладаваща дейност в интензивните звена на анкетираните болници (според 37% от респондентите).

- Колегиумите са работеща платформа за колаборация и трансфер на практически знания в които освен типичните теми за сестринските грижи – превенция на ВБИ (38%), основни принципи на ИЛ (26%) и др., предоставят място и за иновативни теми („екипна работа и ЕКМО“);
- Екипната работа е ключов фактор за предоставяне на „добра грижа“ с множество дългосрочни за управлението на качеството последици. По отношение на пациентите екипната работа резултира в по-добра комуникация и по-адекватно разбиране на техните нужди. По отношение на организацията на работата екипите подпомагат по-доброто и съвместно решаване на проблемите. По отношение на хората екипната работа създава мотивираща среда на по-добри взаимоотношения.

Изследването показва, че прилагането на „пациент-центриран“ подход при управление на качеството в интензивните отделения на болниците е необходимата на клинично равнище платформа, която реализира на практика принципите за безопасни, своевременни, ефективни, насочени към пациента и справедливи здравни грижи.

ЛИТЕРАТУРА

- Атанасова, В. (2018). Качество на сестринските здравни грижи в неврологичната болнична помощ. *Дисертационен труд за присъждане на ОНС „доктор“ по докторска програма „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията“*, МУ – София, ФОЗ (достъпно на: http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/bitstream/handle/10861/1450/Velichka_Atanasova-dis.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Борисова, С. (2013). Прилагане на сестринския процес в практиката на медицинската сестра. „Стено“, Варна
- Воденичаров, Ц. (2006). Седемте разлики между медика и мениджъра. София
- Вълков, А. (2014). Управление на качеството на здравните услуги: интегриране на производствената и потребителската ориентация. В Делчева, Е. и кол. (2014). Инструменти за повишаване на качеството на публичните услуги. *ИК – УНСС*, С., 2014, с. 149-191
- Грънчарова, Г. (2005). Управление на здравните грижи. *МУ – Плевен*, Плевен
- Димова, А. (2004). Управление на качеството в болницата. „Стено“, Варна
- Димова, А. (2022). Здравна политика в криза. *ПУБЛИЧНИ ПОЛИТИКИ.bg*, vol. 13, (2), 2022, (достъпно на: <http://ejpp.eu/index.php/ejpp/article/view/427>)
- Маринов, М. (1998). Качество на здравната помощ. *Абагар*. Велико Търново
- Николова, В. (2020). Елементи и индикатори за качество на здравните услуги, използвани при оценка на функционирането на здравните системи. *Здравна икономика и мениджмънт*. Брой 75, с. 27-35
- Попова, М. (2022). Управление на качеството и безопасността на пациентите в условията на пандемия. *ПУБЛИЧНИ ПОЛИТИКИ.bg*, vol. 13, (2), 2022, (достъпно на: <http://ejpp.eu/index.php/ejpp/article/view/440>)
- Тончева, С. (2015). От традиционно сестринство към иновации и отговор на очакванията на пациента. *Научни трудове на Русенски университет* - 2015, том 54, сер. 8.3, с. 9-16 (достъпно на: <http://conf.uniruse.bg/bg/docs/cp15/8.3/8.3-1.pdf>)
- Шаркова, М. (2016). Критерии за качествена медицинска помощ. *Адвокатски преглед*, бр. 12/2016, Висш адвокатски съвет, С., с. 37-45
- Шаркова, М. (2018). Медицинският деликт. *Център за обучение на адвокати „Кръстю Цончев“*, Свищов
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), България: Здравен профил на страната 2019 г., State of Health in the EU, *OECD Publishing*, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- Valkov, A., & Stancheva, L. (2021). Интегриран подход към измерителите на качеството на здравните грижи. *Knowledge, International Journal, Scientific Papers*, Vol. 46 (5), Institute of Knowledge Management, Skopje, 2021, pp. 823-834, ISSN: 1857-923X
- Robbins, D. A., Curro, F. A., & Fox, C. H. (2013). Defining patient-centricity: opportunities, challenges, and implications for clinical care and research. *Therapeutic Innovation & Regulatory Science*, 47(3), 349-355