

ЗДРАВЕН МЕНИДЖМЪНТ НА ПРАКТИКА / HEALTH MANAGEMENT IN PRACTICE

УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО И БЕЗОПАСНОСТТА НА ПАЦИЕНТИТЕ В УСЛОВИЯ НА ПАНДЕМИЯ

Мина Попова, УМБАЛ „Св. Иван Рилски“, София¹

Резюме

Пандемията, предизвикана от Covid-19, се оказва сериозен тест за здравната ни система, особено що се отнася до предоставянето на качествено и безопасно медицинско обслужване за населението. В статията се представят някои от основните научно-приложни принципи и инструменти от теорията за управление на качеството и безопасността на пациентите, базирани на концепцията на Донабедиян: структура, процес и резултати. Те биха могли да бъдат полезни и да се вземат под внимание при търсене на решения за управление на кризисни ситуации в здравеопазването. Статията се базира на литературен обзор на българска и англоезична литература, както и на опита на автора като консултант и мениджър по качеството в конкретни болници.

Ключови думи: управление на качеството, безопасност на пациентите, Covid-19, организационна култура

QUALITY MANAGEMENT AND PATIENT SAFETY DURING PANDEMIC

Mina Popova, UMHAT „St. Ivan Rilski“²

Abstract

The Covid-19 pandemic became a serious test for the functioning of our healthcare system, especially in the field of quality and safety of the healthcare services provided to the population. This article sets out some of the main principles and tools of the quality and patient safety theory, based on Donabedian's concept: structure, process, and outcomes. They might be useful in the management of crisis healthcare situations such as the current pandemic. The article includes short

¹ Мина Попова, е икономист и има магистърска степен от УНСС, София. Защитила е дисертация по безопасност на пациентите и има специализации във водещи университети във Великобритания и САЩ. От 2013 г. тя насочва професионалната си кариера си в тази област. Тя е първият в България мениджър по качеството, който внедрява успешно международните стандарти по качество и безопасност на пациентите в болнично ЛЗ. В последните години работи като международен консултант по управление на качеството и безопасността в здравеопазването. Понастоящем е мениджър по качеството във водеща в страната университетска клиника и е хоноруван преподавател в УНСС.

² Mina Popova, PhD is an economist and holds a master's degree from the UNWE, Sofia. She defended her dissertation in patient safety and has specialized in leading universities in the UK and the USA. Since 2013 she has focused her professional career in this field. She is the first Quality Manager in Bulgaria to successfully implement international quality and patient safety standards in a hospital. In recent years, she has been working as an international consultant on quality and safety management in healthcare. He is currently a quality manager at a leading university clinic in the country and a visiting lecturer at the UNWE.

literature review of Bulgarian and English sources and is also based on the author's experience as a consultant and quality manager.

Key words: *quality management, patient safety, Covid-19, organizational culture*

ВЪВЕДЕНИЕ

Качеството на медицинското обслужване е въпрос от първостепенно значение за всяка организация в сферата на здравеопазването поради все по-нарастващите очаквания на потребителите на здравни услуги, използването на модерни технологии, непрекъснатия стремеж към подобрения и все по-високите изисквания на пазара. Това е един от най-често цитираните принципи и приоритети в здравните политики на национално, Европейско и международно ниво (Busse, Klazinga, et al. 2019). През последните години, обаче, се сблъскваме с неопровержими доказателства, че здравната ни система не е толкова качествена и безопасна, колкото би трябвало да бъде. Това се потвърждава в последното издание на Индекса на здравния потребител³ (2018), според което с индекс 591 България е на 31 място от 35 възможни в класацията на здравните системи, сравняваща 35 страни (Вълков, Станчева, 2021).

Също така, данните от последния доклад на Евробарометър (2014), проведен по поръчка на Европейската комисия показват, че:

- 68% от българите считат, че е налице лошо качество на медицинското обслужване при 27% за ЕС.
- според 58% от българите е налице риск от допускане на нежелан инцидент по време на болничния престой при 53% за ЕС.
- според 62% от българите е налице риск от допускане на нежелан инцидент в извънболничната помощ при 50% за ЕС.
- само 6% от българите са склонни да отчетат нежелан инцидент при 46% за ЕС.

Тези изследвания показват ниското ниво на доверие в здравеопазватната ни система, както и повишаване на неудовлетвореността сред обществеността. Също така, те поставят въпроса за необходимостта от предприемане на действия за подобрения и промени на всички нива, защото здравеопазването не трябва да се възприема като сфера, източник на болестност, смъртност и високи разходи в резултат на труден достъп, допуснати медицински грешки, нежелани ефекти при употреба на лекарства, нозокомиални инфекции или предоставяне на ненужни здравни услуги.

Целта на настоящата статия е да се изведат основни принципи и инструменти за осигуряване и подобряване на качеството и безопасността на здравните услуги в условията на пандемия.

³ Индекс на здравния потребител – годишна класация на националните здравни системи в пет категории, които са ключови за потребителя: права на пациента и информация, време за чакане за лечение, резултати от здравната помощ, предоставяни услуги и достъп до лекарства (1).

Тя се базира на литературен обзор на българска и англоезична литература, както и на опита на автора като консултант и мениджър по качеството в конкретни болници.

КРАТЪК ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

Дефиниции за качество

В литературата могат да се намерят десетки определения на понятието (категорията) "качество на здравната услуга", част от които са представени в таблица 1 (Busse, Klazinga, et al. 2019):

Таблица 1. Дефиниции за качество, 1980 – 2018 г.

Аведис Донабедиян (1980)	Такава грижа, която се очаква да максимизира всеобхватно благополучието за пациента, след като се вземе под внимание баланса между очакваните ползи и загуби, съпътстващи целия лечебен процес.
Института по медицина (ИОМ) (1990)	Степента, в която здравните услуги за населението увеличават вероятността за получаване на желаните здравни резултати и са съвместими с настоящите професионални добри практики
Съвет на Европа (1997)	Степента, в която оказаното лечение увеличава шансовете на пациента да получи желаните резултати и намалява шансовете от нежелани последици при наличното състояние на познания
Европейска комисия (2010)	Добра качествена грижа е тази, която е ефективна, безопасна и отговаря на нуждите и потребностите на пациентите. Посочва се също, че другите измерения на качеството като ефикасност, достъп и справедливост са обект на един по-широк дебат и други форуми
СЗО (2018)	Качествената здравна услуга трябва да бъде: <ul style="list-style-type: none"> • Ефективна: предоставяне на основани на доказателства здравни грижи на тези, които се нуждаят от тях • Безопасна: избягване на наранявания за пациентите, които получават здравната грижа • Ориентирана към хората: предоставяне на грижа, която отговаря на индивидуалните потребности, нужди и ценности <p>За да се осъзнаят ползите от качествено здравеопазване, здравните услуги трябва да бъдат и своевременни, справедливи, интегрирани и ефикасни.</p>

Източник: Busse, R., N. Klazinga, D. Panteli, W. Quentin. (2019)

Общото между тези дефиниции е, че същността на качеството на медицинската помощ се изразява в нейната полезност, т.е. нейните възможности да допринесе определена полза (желани резултати) на потребителите като същевременно намалява риска за тях да бъдат наранени в процеса на получаване на грижата. С по-широк обхват на качествената здравна услуга са последните две дефиниции (ЕК и СЗО), в които се посочват още няколко измерения към посочените в предходните определения: достъп, справедливост, своевременност, интегритет. Следователно, качествена е тази здравна услуга, която се

предоставя тогава, когато е необходима, на тези, които се нуждаят от нея при оптимално използване на наличните ресурси и намален риск от нараняване.

Обхват и измерения на качеството на медицинското обслужване

За да се предоставя медицинско обслужване с високо качество, от значение са пет основни елемента (WHO, OECD, WB, 2018):

- квалифицирани трудови ресурси;
- безопасен сграден фонд;
- безопасно използване на медикаменти, оборудване и технологии;
- информационна система;
- финансов ресурс, който се използва за подобряване на качеството.

Следователно, когато говорим за качество в здравеопазването, има се предвид не само качеството, което е свързано с директната грижа за пациентите, но и цялостната добра организация и управление на лечебното заведение, което оказва индиректно влияние върху предоставеното медицинско обслужване. Това намира израз и в седемте измерения на качеството, формулирани от Института по медицина (ИОМ, 2001):

- Безопасност – намаляване на риска от увреждане на пациента по време на лечение;
- Ефикасност – увеличаване на полезността на предоставените здравни услуги за населението;
- Ориентиране към пациента – предоставяне на здравни услуги с необходимото уважение и зачитане на достойнството на пациента, които отговарят на неговите нужди, потребности и ценности;
- Своевременност – намаляване на времето за чакане и получаване на необходимите здравни услуги;
- Ефективност – предоставяне на максимални услуги при минимални разходи;
- Справедливост – предоставяне на здравни услуги на лица без значение от пол, политическа принадлежност, вероизповедание, етнос, социална група, местоживеене;
- Интегритет – качеството на грижа обхваща превантивната и лечебната грижа, както и грижата, която се оказва в болниците и в извънболничните структури.

Според авторите, безопасността се явява едно от ключовите измерения на качеството. Но много често се използва израза „качество и безопасност“, т.е. безопасността тук е самостоятелна категория, с която се характеризира медицинското обслужване. Това е така, за да се подчертае значението, което придобива тази категория като важен компонент за качествена грижа особено след публикуване на доклада на Института по медицина „Да се греша е човешко ...“ (2000 г.), според който „за година повече хора умират от медицински грешки отколкото от рак на гърдата, СПИН или при транспортни произшествия“ (Kohn, et al,

2000). За целите на тази статия безопасността също ще се използва като самостоятелна категория.

Управление на качеството

В научната литература се представят редица модели за управление на качеството в здравеопазването като тези на Аведис Донабедиан, трилогията на Джуран, PDSA цикъл на Shewhart / Деминг⁴, Модел за подобрене на Института за подобрения в здравеопазването⁵, други. Основната цел на всички тези модели е насочена към стандартизиране на процесите, за да се „намали вариацията, която е враг на качеството“ (W.A. Shewhart).

За целта на тази статия е представен моделът на Аведис Донабедиан (Donabedian, 1966), според който качеството може да бъде оценено чрез триединство на:

- **Структура** – налични сгради, квалификация на персонала, техника, оборудване, финансиране, др.;
- **Процеси** – достъп до съответното медицинско обслужване и различните дейности, свързани с неговото непосредствено оказване (диагностика, лечение, рехабилитация, др.);
- **Резултати** – или „изход“ от лечението, т.е. ефектът от дейността върху самия пациент, като удължаване на живота, удовлетвореност на пациента от предоставените грижи, др.

От позициите на времето (над 50 години след публикуване на статията на Донабедиан през 1966 г.) тази концепция продължава да служи като основа за управление на качеството в здравеопазването, защото чрез нея се представя един по-широк обхват за неговата оценка, който включва в себе си измерване на структурните и организационни условия в една организация освен оценка на процесите, свързани с оказване на директна грижа на пациента. В допълнение, авторът повдига въпроса за прилагане на системния подход при предоставяне на медицинско обслужване, без който не може да се постигне желаното високо качество. До голяма степен индикаторите, които се използват за оценка на качеството, отговарят на предложената от Донабедиан концепция и се отнасят до структура, процеси и резултати. Целта на представените дотук концепции е да се види по какъв начин те могат да бъдат приложими и полезни за управление на кризисни ситуации на ниво лечебно заведение, каквато е настоящата пандемия, предизвикана от Covid-19 инфекцията.

ДИСКУСИОННИ ВЪПРОСИ

Възможности за извършване на подобрения, породени от COVID-19 пандемията

Осигуряването на качествено и безопасно медицинско обслужване в условия на пандемия е истинско предизвикателство за всяка една здравна система (Braithwaite, 2021). Независимо,

⁴ PDSA – Plan (Планиране), Do (Тестване), Study (Анализиране) и Act (Внедряване)

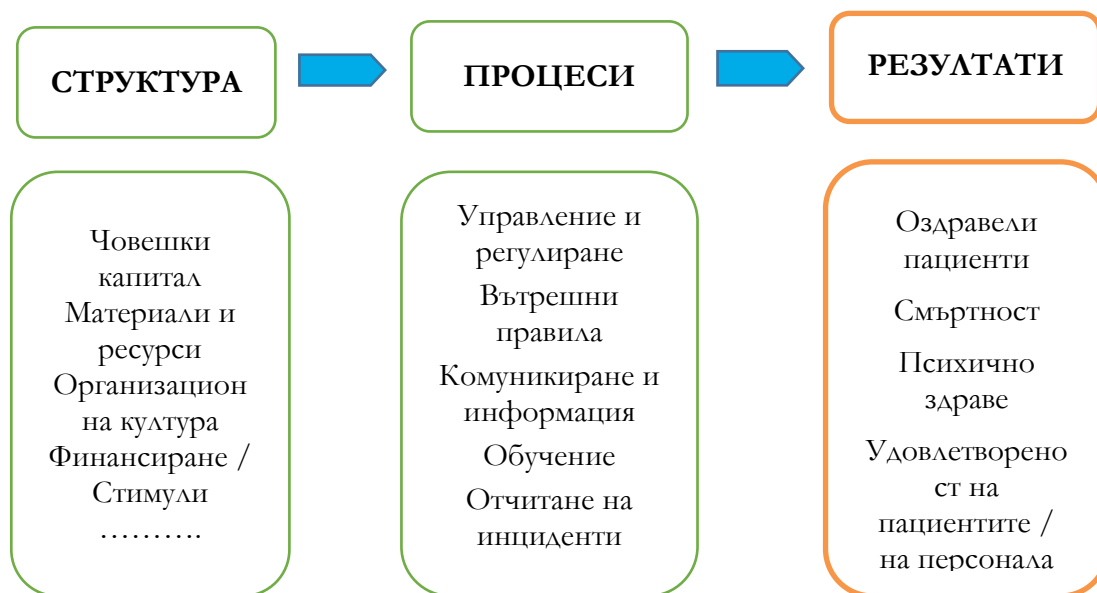
⁵ Institute for Healthcare Improvement

че в лечебните заведения са налице съответните структури и отговорни лица, а съгласно българското законодателство са разработени програми и правила за действия в пандемична обстановка, неочакваната поява на Covid-19 наруши не само цялостната организация на медицинското обслужване у нас. Непознаването на инфекцията, нейното бързо разпространение и влошаването на ситуацията не позволи прилагането на проактивни действия, а по-скоро отговорът от страна на ръководните органи беше противодействащ, реагиращ. Все пак пандемичната обстановка разкри редица области, в които да се извършат подобрения, насочени към повишаване на качеството и безопасността на пациентите.

На първо място, разкри се необходимостта от *прилагане на системния подход* при управление както на здравеопазването като цяло, така и на всяко едно лечебно заведение. Това означава, че различните нива на предоставяне на здравни услуги за населението са взаимосвързани и промяната в което и да е едно от тях изисква и води до промяна във всички останали. Следователно, при създаването или промяна в дейностите на съответните извънболнични и болнични структури, за да се предприемат адекватни действия за овладяване на пандемията, би трябвало да се има предвид тази взаимовръзка.

На второ място, използването на *модела на Донабедиан* „Структура – Процес – Резултат“, представен по-горе, би могло да бъде добра основа за ефективно управление на кризисни ситуации на ниво лечебно заведение. Моделът, адаптиран за ситуация на пандемия, е представен на фигура 1. Разгледани са и конкретни предложения за неговото прилагане.

Фигура 1. Модел на Аведис Донабедиан



Източник: Адаптирано по Донабедиан (1966)

Ако фигурата се анализира отлясно наляво, то резултатите (положителни или отрицателни) са следствие от извършените процеси (както медицински, така и административни). Взети заедно (процеси и резултати), те се определят до голяма степен от структурата на организацията, в която се извършват или получават. Като цяло, качеството на медицинското

обслужване в условия на кризисни ситуация зависи от правилното определяне и взаимодействие между тези три елемента, които са съставни части на модела (структура – процеси – резултати).

СТРУКТУРА

По отношение на структурата, създадена за овладяване на пандемията, по разпореждане на МЗ в лечебните заведения бяха разкрити съответните зони, за да се отговори на нуждите за предоставяне на медицинско обслужване. Доколко тяхното управление е ефективно, това може да се определи на по-късен етап чрез оценка на удовлетвореността предимно на медицинския персонал, „командирован“ да предоставя грижи в тези зони, както и на излекуваните пациенти. Осигуряването на необходимия човешки капитал, материали, ресурси и стимули е важна предпоставка за осъществяване на дейностите в тези структури що се отнася до материалната страна на процеса. Считаю, обаче, че това не е достатъчно, когато това касае качеството и безопасността на медицинското обслужване. От значение е формираната организационна култура в лечебните заведения.

Редица автори определят организационната култура като един от основните фактори за резултатите, които се получават в следствие на функционирането на здравната система (NPSF, 2015; Smits, 2009). Културата в организацията се състои от споделени норми, ценности, модели на поведение, ритуали и традиции на работещите в нея служители (Smits, 2009) – или това са нейните неписани правила. От това дали преобладава „култура на обвинение“ или „култура на доверие“ до голяма степен се определя нивото на качество и безопасност в едно лечебно заведение. Културата на доверие означава наличие на екипна работа, добра комуникация, уважение, честност, откритост да се говори за даден проблем, което предполага и поемане на съответна отговорност без страх от наказание, уволнение. Тя е от изключително значение за ефективно управление и намаляване на стреса в кризисни ситуации, защото води до открит диалог и търсене на начини за подобрения вместо отправяне на обвинения и налагане на наказания. Също така, наличието на култура на доверие означава и:

- поставяне на пациента в центъра на системата – въпрос, който изключително много се дискутира през последните години и е в основата на оценката на доверието в здравните системи;
- непрекъснато обучение на персонала – важно условие за намаляване на стреса и подобряване на комуникацията на всички нива в лечебното заведение;
- отчитане на медицински грешки / инциденти – предпоставка да се поучим от слабостите и да търсим възможности за подобрения.

Изграждането на култура на доверие изисква лидерство и ангажираност. Мениджърите са тези, които трябва да осъзнаят това и да мотивират и въвлечат персонала (Попова, 2012).

ПРОЦЕСИ

В статията се дискутират някои от основните процеси, които имат отношение към управление на кризисни ситуации и за които пандемията от Covid-19 разкри възможности за извършване на подобрения.

Роля на вътрешните правила и контролът върху тяхното спазване за подобряване на организацията и управлението на процесите в лечебните заведения.

При възникване на нови процеси или дейности първата стъпка за тяхното управление е разработването на необходимите вътрешни правила. Това са всички документи, създадени и утвърдени в рамките на една организация, за осъществяване на дейността. Те трябва да дадат отговори на следните въпроси:

- Какво и защо се прави?
- Кой и как извършва дейността?
- Кога се извършва дейността?

Основният принцип, който се може да се следва при тяхното разработване, е: „Напиши това, което правиш. Следвай това, което си написал“.

Следователно, една от първите дейности, които трябваше да се извърши в новооткритите структури (каквито са тези за лечение на пациенти с Covid-19 инфекция) беше да се разработят правилата, с които да се определи реда за прием, лечение и изписване на пациенти. Следваща стъпка беше обучение на персонала за спазване на тези правила. Това е в основата за създаване на добра организация на целия процес с ясно определяне на отговорностите на персонала, въввлечен в него.

Безопасност на пациентите и на персонала

Световният Алианс за безопасност на пациентите към СЗО (WHO, 2009) определя безопасността като „намаляване на риска за пациента от ненужна или от потенциална вреда, свързана с процеса на оказване на здравната услуга“.

Следователно терминът „безопасност на пациентите“ разкрива тенденцията към осигуряване на условия и извършване на интервенции, които биха довели до постигане на желания резултат за пациентите от процеса на лечение, като вниманието се насочва към целия процес на лечение, по време на който поради слабости в управлението могат да се допуснат сериозни инциденти или медицински грешки.

В условията на пандемия като тази, породена от Covid-19, ясно се открие необходимостта от създаване, внедряване и спазване на следните правила, чрез които да се намали риска от допускане на нежелани инциденти в хода на лечебния процес:

- Правилно определяне на самоличността на пациента – в международната практика (JCI, 2017) се препоръчват два основни идентификатора за тази цел: три имена и дата на раждане на пациента, защото тези признаци остават

непроменливи през целия болничен престой. Категорично не се препоръчва, даже се забранява, като идентификатори на самоличността на пациента да се използват номер на стаята и/или на леглото. Прилагането на тази практика в структури за лечение на Covid-19 инфекция би намалило грешките, например свързани с предаване на трупове на починали пациенти на техните близки.

- Ефективност на вербалната комуникация – препоръчително е тази комуникация да бъде минимално прилагана и даже забранена при назначаване и администриране на лекарства на пациенти с Covid-19 инфекция поради опасност от грешно получаване / интерпретиране на информацията в резултат на стриктното използване на лични предпазни средства. В случай обаче, че се използва, необходимо е да се спазват следните правила (JCI, 2017):
 - предварително да се определят обстоятелствата, в които се налага използване на вербална комуникация (напр., в случай на спешност);
 - при вербално / телефонно назначаване или промяна на медикаментозна терапия медицинска сестра задължително повтаря получената информация, документираща я в определена форма и се подписва. Лекарят, извършил назначението, я верифицира в най-кратък срок и с подписа си удостоверява, че е правилна.

Спазването на тези правила би довело до намаляване на риска от грешно предадена или интерпретирана информация, касаеща лечението на пациента, както и на грешките, свързани с администриране на медикаментите.

- Безопасност на хирургичната процедура (интервенция) – в случай, че се налага извършване на хирургична интервенция на пациент с Covid-19 инфекция, необходимо е да се спазват следните правила (ISQua, 2020):
 - препоръчително е пациентът да бъде идентифициран по начин, който да показва, че е с коронавирус, за да може персоналът да използва определените за целта лични предпазни средства – например, на ръката му може да се постави силиконова гривна в определен цвят;
 - необходимо е пациентското досие също да бъде маркирано – напр. да се постави червена точка в единия ъгъл;
 - до и от операционната пациентът се транспортира по специфичен път, който е изолиран от останалите части в болницата, или в точно определени часове, след което се извършва пълна дезинфекция на тези части с продължителност 1 час съгласно утвърдените правила;
 - пациентът да е с маска до момента на неговото / нейното интубиране;
 - хирурзите и останалият операционен персонал, който не е необходим за интубирането на пациента, остава извън операционната до приключване на процедурата от анестезиолога;

- хирургичният екип да носи маски с FFP2/FFP3 филтър;
- след края на процедурата операционната зала да се дезинфекцира, като този процес е с продължителност минимум 1 час.

Спазването на тези правила би довело до намаляване на риска за персонала от заразяване.

- Една от най-стриктните мерки, които се налага в условия на пандемия от вътреболнична инфекция (ВБИ), е свързана с правилно извършване на хигиена на ръцете, използване на лични предпазни средства (ЛПС) и периодична дезинфекция. За ефективно изпълнение на тази мярка е необходимо:
 - провеждане на първоначално обучение на целия персонал (вкл. и на административния) за същността и правилата за хигиена на ръцете, като за медицинския персонал и санитарите това обучение трябва да е периодично – с вътрешни правила се определя на какъв период да се извършва този процес;
 - задължително обучение и на пациентите / техните близки в процеса на хоспитализиране в съответната болнична структура;
 - поставяне на дезинфектанти на видно място (на входа на лечебното заведение, пред всяка болнична стая или до всяко легло; инсталиране на светлини над дезинфектантите или поставяне на закачливи напомнания – необходимо е да се грабне вниманието);
 - добра практика е и разработване на информационни брошури, които да се поставят по местата, където пациентите / техните близки чакат за консултация или прием в лечебното заведение;
 - по отношение на спазването на правилата от персонала – добра практика е поне веднъж в месеца да се извършва проверка от служителя, който отговаря за превенция и контрол на ВБИ, която да се документира в чеклист – целта е не да се отправят обвинения при неспазване на тези правила, а по-скоро да се разкрият възможности за подобрения чрез анализ на основната причина, довела до тяхното нарушаване;
 - стаите за изолация, в които се настаняват пациенти с открита Covid-19 инфекция в хода на хоспитализация до тяхното изпращане в съответните структури трябва да бъдат обозначени с табели и кратки инструкции за необходимите лични предпазни средства, които се използват при тяхното използване.

Провеждането на обучения както на персонала, така и на пациентите / техните близки е добра основа за подобряване на комуникацията на всички нива в лечебното заведение.

- Антимикробна резистентност – това е проблем за нашата здравна система поради „прекомерната употреба на антибиотици, чрез която се създават резистентни към тях бактерии, причиняващи след време тежки, а понякога и фатални инфекции“

(Николова, 2022). Като резултат, у нас 3% от лекуваните в болница пациенти се заразяват с ВБИ (Николова, 2022). В условия на пандемия, предизвикана от Covid-19, се отчита неконтролируемо увеличаване на употребата на антибиотици – в България 75% от заразените са приемали поне един антибиотик при едва 7% от болните от тази инфекция са имали нужда от антибиотично лечение според световната статистика (Николова, 2022). Авторката посочва също, че по данни на ECDC страната ни е в топ 5 на страните с най-голяма употреба на антибиотици на глава от населението в ЕС и единствената, която бележи ръст от средно 2.4% годишно в нарастване на приема на тези лекарства. Всички тези данни изискват предприемане на сериозни действия за промяна на тенденциите както на национално ниво, така и на ниво лечебно заведение. Някои от мерките, върху които може да се помисли, са:

- Всяко лечебно заведение да разработи или да ревизира действащата антибиотична политика с цел да се прецизира употребата на антибиотици.
- Понастоящем у нас е налице процес на отчитане на ВБИ в лечебните заведения, но на него се гледа предимно като изготвяне на поредната статистическа справка, която се изисква и подава към съответната държавна институция. Необходимо е и тук да се приеме принципа, който беше разгледан при отчитане на медицинските грешки – а именно, да се анализира и търси основната причина за появата на ВБИ и след това да се предприемат действия за извършване на подобрения. Това може да доведе до важни изводи относно антимикробната резистентност и до размисъл за нивото на предписваните антибиотици.
- Клиничен фармацевт – този специалист е задължителен за определени лечебни заведения за болнична помощ съгласно българското законодателство⁶. Неговата основна функция е откриване, анализ и предотвратяване на потенциални нежелани реакции и взаимодействия между текущата (ако има такава) и предписаната лекарствена терапия, диета и други екзогенни и ендогенни фактори. Международната практика е доказала ролята на клиничния фармацевт за намаляване на продължителността на болничния престой, рехоспитализация, нежеланите реакции и грешки, разходите за лечение и оптимизиране на терапията. Следователно, той може да участва и да допринесе за определяне на правилната антибиотична терапия.
- Отчитане на медицинските грешки – както вече беше посочено, внедряването на този процес е една от индикациите за наличие на култура на доверие в лечебното заведение. Това също означава, че се прилага системния подход, при който вниманието е насочено не толкова към търсене на „кой е виновен“, а „какво и

⁶ Наредба № 28 от 9 декември 2008 г. за устройството, реда и организацията на работата на аптеките и номенклатурата на лекарствените продукти

защо се е случило“, т.е. фокусът е върху отстраняване на основната причина, довела до допускане на медицинската грешка / инцидент и до търсене на възможности за подобрения в системата.

В условия на кризисни ситуации, каквато е тази, породена от Covid-19, много често се получава информация за нежелани инциденти и фатални изходи за пациентите. Непознаването на вируса, създаденият стрес и липсата на добри правила за организация на процесите на ниво лечебно заведение води до прилагане на персоналният подход при решаване на тези проблеми, т.е. акцентира се върху грешка, допусната от определен човек поради невнимание, разсеяност, незнание, небрежни действия. Обаче, с обвиняването на някого проблемът не се отстранява и е възможно същата грешка да бъде отново допусната. Тези, които са в системата на здравеопазването, са сред най-интелигентните, образовани и отдадени на работата си професионалисти (Reason, 2000). Никой не е застрашен от допускането на грешки, които „могат да се причинят и от най-добрия специалист или в най-добрата организация“ (Reason, 2000). Следователно, проблемът не е в човека; проблемът е в това, че системата трябва да бъде направена по-сигурна и безопасна. „Една организация никога няма да подобри процесите си, ако смята, че хората са проблем.“ (Larry Hansen). Целта на процеса на отчитане на медицински грешки / нежелани инциденти не е да се отправят обвинения и да се налагат наказания, а да се извлекат поуците и да се предотврати повторното допускане на същите грешки в бъдеще (Попова, 2012).

Решаването на въпросите, свързани с безопасността на пациентите, изисква ангажираност на първо място на ниво министерство на здравеопазването. Необходимо е да се вземат под внимание препоръките в тази област на международните институции като Съветът на Европа (2009), СЗО (2021), които се изразяват в следните действия:

- разработване на национален план / стратегия за безопасност на пациентите;
- въвеждане на система за отчитане на медицинските грешки / нежелани инциденти;
- обучение на персонала.

В редица страни се наблюдават инициативи, свързани с изпълнение на тези препоръки. Като член на европейската общност е необходимо да се предприемат съответни действия и в нашата страна.

Психично здраве на персонала, който лекува пациенти с COVID-19

Това може би е областта, върху която най-малко се акцентира в условия на пандемия, в резултат на което често се наблюдават ситуации на професионално прегряване (burnout).

Според експерти (ISQua, 2020), с Covid-19 са свързани няколко фактори, които оказали негативно влияние върху психиката на медицинския персонал:

- страх от заразяване;
- страх за семейството;

- свидетел на смърт на колега;
- продължителна изолация от близките хора;
- продължителност на епидемията.

Също така, счита се, че стресът сред медицинските сестри е по-голям поради тяхната продължителна и непрекъсната грижа за пациентите, някои от които се влошават независимо от положените усилия (ISQua, 2020).

Затова за преодоляване на стреса е необходимо непрекъснато обучение (първоначално и периодично) на персонала, което позволява неговото по-лесно разпознаване и осъзнаване, за да се предприемат навременни мерки за намаляването му. От значение са също лидерството, екипната работа и добрата колаборация между всички, което води до създаване на ефективна организация на лечебния процес. Осигуряването на онлайн комуникация с близките хора също допринася за овладяване на стреса. Грижата за пациента започва от грижата за персонала.

Психологическа помощ и комуникация с пациентите с Covid-19 инфекция

Поставянето на пациентите в центъра на здравната система през последните години изисква и поддържане на добра комуникация с тях / техните близки с цел правилно да се оценят нуждите и потребностите, да се предостави необходимата информация за лечението, да се прояви уважение и разбиране за начина, по който пациентите се чувстват в лечебното заведение. Това е от изключително значение в условия на пандемия, когато е налице по-голяма продължителност на болничния престой, силен психологически стрес и дори поява на реакции на страх, гняв, отчаяние, безпомощност. Комуникацията в такива моменти е трудна и за самите медицински специалисти, но неизбежна и крайно необходима, защото сама по себе си може да се приеме и като оказване на психологическа помощ на пациентите. Също така, тя спомага навреме да се предвиди появата на стрес и да се предприемат съответните мерки за неговото задълбочаване. Затова, когато състоянието на пациентите го позволява, необходимо е те да бъдат информирани на разбираем за тях език за хода на лечението им, за извършване на правилна хигиена на ръцете, за необходимостта да ограничават достъпа си до медийни източници, както и да бъдат мотивирани с действията си да бъдат активни участници в лечебния процес, което би довело до по-бърз и благоприятен изход за самите тях.

РЕЗУЛТАТИ

„Не може да се управлява и подобри това, което не може да се измери“ (Деминг).

Тази мисъл на Едуард Деминг ясно разкрива значението на данните и техния анализ в процеса на вземане на управленски решения и извършване на подобрения.

Пандемията от Covid-19 наложи използването на нови индикатори за структура, процес и резултат както на национално ниво, така и на ниво лечебно заведение (например, брой легла за лечение на пациенти с Covid-19, % на хоспитализация на пациенти с Covid-19, болнична

смъртност от COVID-19, % на заразен персонал с COVID-19, % на пациентите с придружаващи заболявания, др.). Въпросът е доколко техният анализ на ниво лечебно заведение се използва като основа за вземане на решения или отново е налице процес на изготвяне на поредната статистическа справка, която се изисква и подава към съответната държавна институция.

В статията се разглеждат два начина за нагледно представяне на данните, което би улеснило тяхното интерпретиране и би мотивирало използването им в управленския процес на ниво лечебно заведение.

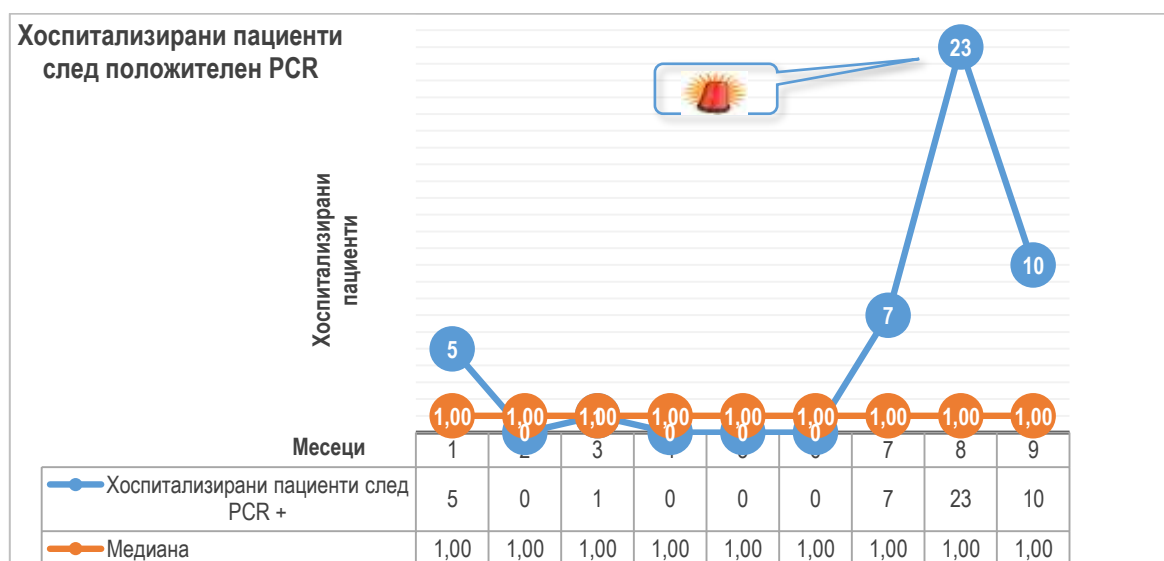
- Информационно табло⁷ – представлява таблица, в която са представени избраните индикатори; данните по тях за всяко тримесечие и таргета, който да се постигне. Допълнително могат да се добавят колони с информация за кратък коментар / анализ и предприетите действия. Идеята е нагледно да се представят в различни цветове (зелено, жълто, червено) постигането или отклоненията от желания таргет, което позволява по-лесното интерпретиране и използване на данните. В таблица 2 е представен пример:

Таблица 2. Пример за използване на индикаторите за вземане на управленски решения и за извършване на подобрения

№	Индикатор	Таргет / Цел	Изпълнение по тримесечия				Анализ 20.. г.	Действия
	Инфекции, придобити в резултат на хирургична интервенция	≤0.50 >0.50	0.94%	0.88%	2.31%	1.52%		
	Катетър асоциирани уроинфекции (CAUTI)	≤1.40 >1.40	0.00	2.98	2.82	2.36		
	Спазване на правилата за хигиена на ръцете	≥100% <100%	25%	45%	68%	81%		
	Правилна употреба на ЛПС при влизане в / излизане от изолационна стая	≥100% <100%	87%	95%	89%	96%		

- Run chart – този статистически инструмент е въведен от Walter A. Shewhart за анализиране на обичайната / най-често срещана (common cause) или на извънредната (special cause) вариация (INI, 2017) в процесите. Обичайната вариация е тази, която може да се очаква в хода на извършване на дейностите. Извънредната вариация е резултат от обстоятелства, които не са специфични за процеса. Тя е знак, че е необходимо да се предприемат незабавни действия. На фиг. 2 е представен пример за използване на този инструмент:

⁷ Hospital dashboard

Фигура 2. Пример за използване на Run chart

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Следователно, дори и в пандемични условия от значение е не само фокусът върху управлението на самата пандемия, но и върху качеството и безопасността на медицинското обслужване – област, която определено беше пренебрегната. И резултатът от това беше недобрата организация на лечебния процес в болниците, която от своя страна доведе до силен психологически стрес както сред пациенти, така и сред персонала; невъзможност пациенти с други заболявания (извън Covid-19 инфекцията) да получат достъп до спешните центрове и кабинети или адекватно лечение поради наложените ограничения или недостиг на персонал, който беше насочен към новосъздадените структури. Само, че дори и в ситуация, когато фокусът е насочен към овладяване на пандемията и всичко останало не е приоритет, предоставянето на здравни грижи с необходимото качество за всички пациенти не трябва да се negliжира (Braithwaite, 2021). Защото основните черти на успешните здравни системи са да бъдат адаптивни, гъвкави, издръжливи и да отговорят на потребностите на населението (Braithwaite, 2021).

Концепциите и инструментите, които се използват за управление на качеството и безопасността на пациентите, могат да бъдат прилагани в условия на кризисни и пандемични ситуации, каквато в момента е Covid-19 инфекцията. Това ще позволи стандартизиране на процесите, което от своя страна води до намаляване на различията при извършване на дейностите, както и на нивото на допускане на грешки. Също така, вземането на решения ще се основава на доказателства.

Този процес изисква ясна визия за развитие на системата у нас, лидерство, нова организационна култура, въвличане на всички партньори (медицински специалисти, мениджъри, пациенти, финансови институции и тези, които разработват здравната политика) и отговорност. Необходимо е и непрекъснато обучение на персонала и на пациентите, което

ще доведе до подобряване на комуникацията на всички нива в лечебното заведение. Като резултат може да се очаква по-добра и бърза адаптация към новите условия, което ще намали стреса и ще увеличи ефективността и ефикасността при извършване на дейностите.

Промяната отнема време и търпение, но българските граждани като членове на Европейската общност, я заслужават.

БИБЛИОГРАФИЯ

Вълков, А. (2014). Управление на качеството на здравните услуги: интегриране на производствената и потребителската ориентация, в Делчева, Е. и кол. Инструменти за повишаване на качеството на публичните услуги. *ИК УНСС*, с. 149-191 [Valkov, A. (2014). *Upravlenie na kachestvoto na zdravните uslugi: integrirane na proizvodstvenata i potrebitelskata orientatsia*. // v Delcheva, E. i kol. *Instrumenti za povishavane na kachestvoto na publichnite uslugi*. IK UNSS, s. 149-191]

Вълков, А., Л. Станчева. (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 [Valkov, A., L. Stancheva. (2021). *Integriran podhod kam izmeritelite na kachestvoto na zdravните grizhi*, Knowledge, International Journal, Scientific Papers, Vol. 46 (5), Institute of Knowledge Management, Skopje, 2021, pp. 823-834]

Николова, Д. (2022). Опасната атака на антибиотиците в България. www.capital.bg. [Nikolova, D. (2022). *Opasnata ataka na antibiotitsite v Bulgaria*. www.capital.bg]

Попова, М. (2012). Медицинските грешки – персонална вина или проблеми на мениджмънта. *Здравна икономика и мениджмънт*, бр. 3 (45). ИК „Стено“ [Popova, M. (2012). *Meditinskite greshki – personalna vina ili problemi na menidzhmanta*. *Zdravna i ekonomika i menidzhmant*, br. 3 (45). ИК „Steno“]

Braithwaite, J. (2021). Quality of care in the COVID-19 era: a global perspective. *International Journal of Quality in Healthcare*. 1(1), 1-3

Busse, R., N. Klazinga, D. Panteli, W. Quentin. (2019). Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. *OECD. EU Observatory*

Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. (2005). *The Milbank Mem Fund Q*. Vol.83, N4, (pp. 691-729). Reprinted from *The Milbank Memorial Fund Q*, Vol. 44, N3, 1966. (pp. 166-203)

ЕС. (2014). Special Eurobarometer 411. Patient Safety and Quality of Care. *TNS Opinion and Social*

Institute of Medicine. (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC. *National Academy Press*

IHI. (2017). *QI Essentials Toolkit. Run Chart & Control Chart*. www.ihl.org. (последен достъп на 30.11.2018 г.)

ISQua. (2020). *Patient Safety Recommendations*

Kohn, L. T., J. M. Corrigan, et al., Eds. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC. *National Academy Press*

- NPSF. (2015). Free from harm: Accelerating patient safety improvement 15 years after „To Err is Human.“ www.npsf.org [12.12.2015]
- Reason, J. (2000). Human errors: models and management. *BMJ*. p. 768-770
- Smits, M. (2009). Unintended events in hospitals. Causes and the role of patient safety culture. *NIVEL*. p. 16
- The Joint Commission. (2015). Sentinel Alert Event. *Issue 55*
- The Joint Commission International. (2017). Accreditation Standards for Hospitals, 6th Edition
- WHO, OECD, WB. (2018). Delivering Quality Health Services: a global imperative for universal health coverage
- WHO. A World Alliance for Safer Health Care. (2009). Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report
- WHO. (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021 – 2030. <https://www.who.int/publications/> [08.03.2022]