

ВЪТРЕШЕН РЕД В ТЕРАПЕВТИЧНИТЕ ОТДЕЛЕНИЯ НА МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ

Д. Шопов, И. Баташки, Д. Танева, Р. Стефанов

INTERNAL ORDER IN THE THERAPEUTIC DEPARTMENTS OF A MULTI-PROFILE HOSPITAL FOR ACTIVE TREATMENT

D. Shopov, I. Batashki, D. Taneva, R. Stefanov

Резюме: Качествените медицински услуги имат важно значение за изграждането на оптимална маркетингова политика на болницата. Вътрешният ред в болничното отделение е важен фактор в оценката на качеството на болничната помощ. Той включва редица компоненти, свързани с една основна цел – създаване на оптимални условия от физическа и психическа гледна точка за потребителите на болничната услуга. Цел на тази статия е да се направи оценка на някои от базовите елементи на вътрешния ред в терапевтични отделения на многопрофилна болница за активно лечение според гледната точка на медицинския персонал (лекари и специалисти) и пациентите. Обект на наблюдение са шест отделения с терапевтичен профил в МБАЛ-Хасково. Проучено е мнението на пациенти, лекари и медицински сестри. Резултатите показват, че не се спазват стриктно редица изисквания на лечебно-охранителния режим.

Ключови думи: вътрешен ред, качество на болничното обслужване, лечебно-охранителен режим

Summary: Quality medical services have crucial importance for the development of an optimal marketing policy of a hospital. The internal order in hospital departments is an important factor for the assessment of the quality of hospital care. It includes a number of components, leading to a single aim – creating optimal conditions from a physical and psychic point of view for the users of hospital services. The aim of this article is to assess some of the fundamental elements of the internal order in the therapeutic departments of a multi-profile hospital for active treatment (MHAT) according to the medical personnel (doctors and nurses) and patients. Six therapeutic departments from MHAT-Haskovo are investigated. The opinion of patients, doctors and nurses is studied. Results show, that a number of requirements of the curative regimen are not observed.

Key words: internal order, quality of hospital care, curative regimen

ВЪВЕДЕНИЕ

Делът на болничната помощ в сравнение с първичната медицинска помощ е близо четири пъти по-малък, но независимо от това във всички модерни системи на здравеопазване се създават стандарти с цел подобряване на качеството на медицинската помощ като цяло и в частност на болничната медицинска помощ

(1, 2, 3). Последната има важно значение за цялостното възприемане от пациентите на болничното заведение, в което те се лекуват. От друга страна качествените медицински услуги имат важно значение за изграждането на оптимална маркетингова политика на болницата (4, 5, 6, 8).

Вътрешният ред в болничното отделение

е важен елемент в оценката на качеството на болничната помощ. Той включва редица компоненти, свързани с една основна цел – създаване на оптимални условия от физическа и психическа гледна точка за потребителите на болничната услуга (1, 2, 3, 7). Основните елементи на вътрешния ред в болничните заведения са включени в Правилник за вътрешния ред.

Цел на тази статия е да се направи оценка на някои от базовите елементи на вътрешния ред в терапевтични отделения на многопрофилна болница за активно лечение според гледната точка на медицинския персонал (лекари и специалисти) и пациентите.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Обект на наблюдение са шест отделения с терапевтичен профил в МБАЛ-Хасково, а именно трите вътрешни отделения, детско отделение, неврологично отделение и инфекциозно отделение. За **технически единици на наблюдение** са приети шест отделения с терапевтичен профил. **Логически единици** са анкетираните пациенти, лекари и медицински специалисти. Анкетното проучване на трите наблюдавани групи - лекари, специалисти и пациенти, е проведено в периода 01. 10. 2005 г. до 31. 03. 2006 г. Проучването е осъществено в МБАЛ-Хасково.

За проучване на вътрешния ред в терапевтичните отделения на МБАЛ-Хасково са разработени три анкетни карти - за проучване мнението на пациенти, лекарите и медицинските специалисти. При разработването на анкетните карти са спазени основните изисквания на метода, а именно ясно формулирана цел на проучването и безспорна обусловеност на неговата обществена и социална значимост; максимална икономия на време на анкетираните лица; пълна анонимност и дискретност.

Анкетата с медицинския персонал е проведена като пряка индивидуална анкета. Респондентите (специалисти и лекари) попълват Анкетните карти в удобно за тях време. Запечатаните в плик анкетни карти се предават на техническия секретар на болницата. При пациентите, в деня на тяхното изписване от стационара им се предоставя комплект Анкетна карта и плик за запечатване на същата. След попълване и запечатване на анкетата, пликите се предават на секретаря на отделението. Участието е доброволно.

Данните са сравнени с тези на Ил. Баташки, който извършва първото задълбочено проучване в България на качеството на хирургичното болнично медицинско обслужване в една болница в Пловдив (1).

При статистическата обработка на събраната първична информация са използвани вариационен, алтернативен и непараметричен анализ. При компютърната обработка на събраната база данни са използвани статистическия пакет SPSS версия 13 и Microsoft Excel.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

В проучването са участвали $68.18 \pm 7.03\%$ от лекарите и $94.38 \pm 2.38\%$ от специалистите в МБАЛ-Хасково. В проведената пряка индивидуална анонимна анкета на пациенти участват 234 мъже и 341 жени. Проверката, извършена с двуетапния метод на Щейн, показва, че броя и за трите наблюдавани групи е достатъчен и гарантира достоверност на получените резултати при уровень на значимост 95.00%.

От важно значение за правилното протичане на лечебния процес е **познаването на Правилника за вътрешния ред** на отделението. Необходимо е още с постъпването в стационара пациентите да бъдат запознати с дневния режим и вътрешния ред в отделението. При вътрешния ред се

Табл. 1. Разясняване на Правилника за вътрешния ред при постъпване по данни на лекари, специалисти и пациенти

Разясняване правилника	Лекари			Сестри			Пациенти		
	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp
Да	25	83.33	6.8	80	95.24	2.32	514	89.24	1.29
Не	1	3.33	3.28	1	1.19	1.18	62	10.76	1.29
Не винаги	4	13.33	6.21	3	3.57	2.02	-	-	-
Всичко	30	100.00	-	84	100.00	-	576	100.00	-

Табл. 2. Мнение на лекари, медицински сестри и пациенти по въпроса кой разяснява Правилника за вътрешния ред

Разясняващ	Лекари			Сестри			Пациенти		
	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp
Лекар	12	41.38	9.15	8	9.52	3.2	178	34.56	2.10
Сестра	17	58.62	9.15	76	90.48	3.2	330	64.08	2.11
Санитар	-	-	-	-	-	-	7	1.36	0.51
Всичко	29	100.00	-	84	100.00	-	515	100.00	-

констатиран съществени различия при уroveň на значимост 99.99% ($\chi^2=25.63$). Различията се определят от мнението на лекари и медицински сестри, както и от сравнително високата относителна дял на лекарите, дали отговор "не винаги" (Таблица 1).

Съществени различия са регистрирани по отношение на отговорите, свързани с въпроса **кой разяснява Правилника за вътрешния ред** (Таблица 2). Различията се определят преди всичко от отговорите на лекарите от една страна, на медицинските сестри - от друга. Глобалната преценка напълно логично показва, че най-висок е относителният дял на медицинските сестри - $P<0.001$ ($\chi^2=21.81$). Участието на санитарите, посочено единствено от пациентите, макар и минимално, е в разрез с двустепенния модел на обслужването в стационара.

Вътрешният ред в отделението е фактор, който играе съществена роля в лечебно-охранителния режим. В настоящето проучване са включени редица елементи, които в една или друга степен оказват влияние върху качеството на лечебния процес и изхода на заболяването. Включени са осигуряването на болнично бельо, спазването на тишина, мястото на извършване на манипулациите, обсъждане на случаите пред леглото на болния, място на съхраняване на История на заболяването и др.

Осигуряването на болнично бельо за пациентите е в пряка зависимост от лошото икономическо състояние, в което се намира здравеопазването в нашата страна. Паралелната оценка на осигуреността, дадена от медицинските сестри и от пациентите, показва съществуването на изразено статистическо различие - $P<0.05$ ($\chi^2=4.83$). Последното се определя от значително

по-големия относителен дял на пациенти ($9.61\pm 1.26\%$), посочили, че не им е било осигурено бельо. Интересна е съпоставката на тези данни с проучване, проведено през 2003 г. в Пловдив (1). Разликата е много голяма, като само 30% от специалистите и 29% от пациентите при това проучване са посочили, че им е било осигурено болнично бельо. Тази съпоставка, макар и косвено, позволява да се даде добра оценка на ръководството на болницата при решаване на един сериозен проблем за пациентите.

Относно **извършване тоалета на болните**, данните от проведената анкети с пациентите и медицинските сестри, както и проведената статистическа обработка с критерия на съгласие на Пирсън, показват съществуването на силно изразено различие - $P<0.001$ ($\chi^2=149.20$). Медицинските сестри са посочили, че $59.52\pm 5.31\%$ от обслужването, включващо извършването на тоалета, оправянето на леглото, храненето и др., се извършва от тях, докато този процент при пациентите е с 33.24% по-малък. Коренно противоположна е информацията по отношение на това, че пациентът се е обслужвал сам - 46.16% от пациентите са посочили, че те са осъществявали всички грижи, свързани с тоалета им. Посоченият от сестрите процент е само 2.38. Над два пъти по-голям е относителният дял на пациентите, които са посочили, че са обгрижвани от санитарите. Последната информация показва съществуването на грубо нарушение на лечебно-охранителния режим и по-конкретно на двустепенната система на обслужване.

Обслужване на тежкоболните пациенти представлява сериозен проблем. Открива се съществено различие в информацията, предоставена от медицинските сестри и тази от пациентите $P<0.001$ ($\chi^2=14.01$). Различието се дължи на значимо по-големия

процент пациенти ($54.36 \pm 2.31\%$), посочили, че тежко болните се обслужват от медицински сестри. Интерпретацията на тази информация е трудна, но по наше мнение за по-достоверна следва да се приеме тази на медицинските сестри. Отново в разрез с изискванията за качествено обслужване на болните една трета от тежко болните ($36.12 \pm 5.21\%$) са обслужвани от неквалифициран персонал – санитарите.

Определен интерес представлява въпросът **вземани ли са пари от медицинския персонал за полагане на грижи за тежко болните пациенти**. Медицинските сестри са посочили само три случая, при които са взети пари при това от санитарите. Процентът на вземане на пари е $3.57 \pm 2.12\%$. Относителният дял на пациентите, посочили, че са платили за грижите за тежко болните е $4.74 \pm 0.93\%$. Не съществува различие в информацията, представена от двете сравнявани съвкупности – $P > 0.05$.

Върху психическото състояние на болните определено влияние оказват мястото на извършване на манипулациите, съхраняването на медицинската документация, обсъждането на състоянието на болния в болничната стая и др.

Място на извършване на различните манипулации е от съществено значение за психическия статус на пациентите. Проучена е информация, която е дадена от медицинските сестри и от пациентите. Като по-достоверна следва да бъде приета информацията, дадена от извършителите на манипулациите – медицинските сестри. Като особено тревожен следва да бъде приет фактът, че едва $5.95 \pm 2.58\%$ от манипулациите са извършвани в манипулационната, а над две трети са правени в болничната стая пред очите на другите болни без параван.

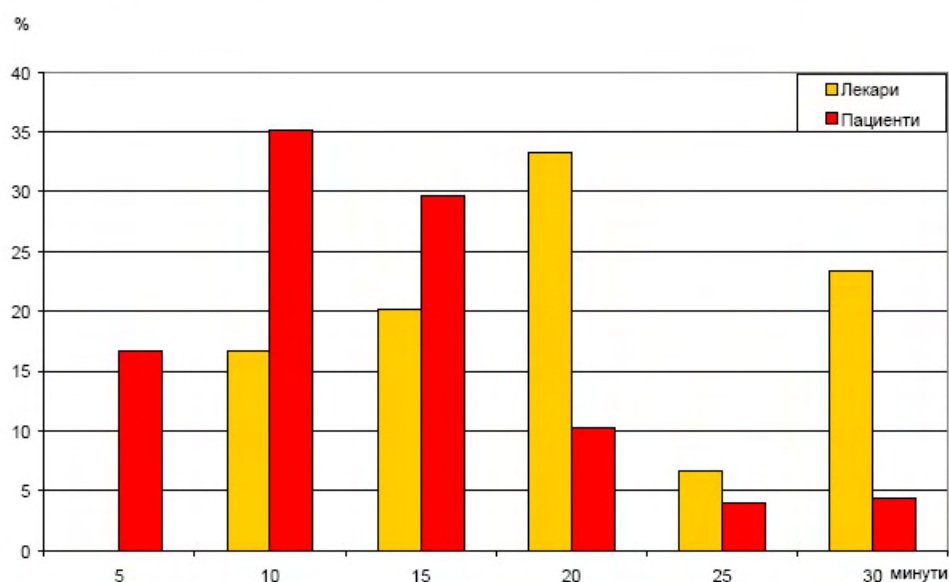
Всеки четвърти пациент е посочил, че **история на заболяването** и резултатите от изследванията и консултациите се съхраняват в болничната стая, т. е. те са достъпни за тях. Следва да се помисли за отрицателното въздействие върху психиката на болния човек, запознавайки се с диагнозата, мнението на консултантите, резултатите от функционални и параклинични изследвания, диференциалната диагноза. Учудващо малък е процентът на сестрите, по-точно само една, посочила, че документите стоят в болничните стаи. Логично е да се приеме, че тази оценка е опит да бъде представена работата на медицинските специалисти в по-добро светлина.

Тишината в болничното отделение е предпоставка, която гарантира спокойствието на пациентите. Между преценката на медицинските сестри и тези на пациентите съществува много голямо различие, различие потвърдено и статистически – $P < 0.001$ ($\chi^2 = 13.13$). Отново за достоверна считаме, че следва да бъде приета преценката на медицинските сестри. Така с 31.16% е по-голям процентът на пациентите, посочили, че се спазва тишината в отделението в сравнение с посочения процент от медицинските сестри. Според нас това различие, както по този показател, така и по редица други показатели, се дължи на факта, че пациентите не са наясно с основните изисквания на лечебно-охранителния режим и приемат за добро това, което в действителност не отговаря на нормативните изисквания.

Пълноценното и диетично хранене е базов компонент на лечебно-охранителния режим. На пациентите бяха зададени два въпроса, свързани с преценката на храненето в терапевтичните отделения на болницата. Оценката, дадена по отношение на количеството на храната, е положителна, като само $12.01 \pm 1.36\%$ са посочили, че е недостатъчна. Над две трети от анкетиранията са посочили, че храната е с добро качество, а ако се прибави и делът на тези, дали оценка "задоволителна", остават само 10 пациенти, дали лоша оценка.

Едно от задълженията, включени в професионалната характеристика на медицинските сестри, е да **сервират храната**. Информацията от проучването показва съществуването на статистически изразимо различие в данните, дадени от пациентите и от медицинските сестри – $P < 0.001$ ($\chi^2 = 15.56$). Различието се определя от процента на сервиращите храната санитарии – $33.84 \pm 2.06\%$, посочени от пациентите срещу $11.25 \pm 3.48\%$ посочени от медицинските сестри.

Обсъждането на състоянието, на параклиничните и функционални изследвания, на консултациите и на диференциалната **диагноза пред леглото на болния** в една или друга степен влияе негативно върху психиката на пациента. Информацията от анкетното проучване на пациентите позволява да се направи извода, че е почти рутинна практика състоянието да се обсъжда в болничната стая, а не както е по изискванията на медицинската етика на седящи визитации. При $58.40 \pm 2.12\%$, обсъждането в болничната стая е редовна практика в терапевтичните отделения на МБАЛ-Хасково.

Фиг. 1. Ежедневно отделяно време за болните по данни на лекарите и пациентите


В $21.63 \pm 1.78\%$ от случаите се обсъждат понякога, а само при $20.00 \pm 1.83\%$ пациентите са посочили, че не са правени обсъждания в болничната стая.

От много важно значение за преобладаващата част от болните е **наличието на сигнална уредба**, позволяваща директна звуково-светлинна комуникация – болен <-> медицински персонал. Красноречива е информацията, предоставена от пациентите – 15.50% са посочили, че има сигнална уредба и тя работи. Информацията, дадена от медицинските сестри, позволява да се разкрият в детайли причините за недоброто състояние на комуникацията болен <-> медицински персонал. Само $15.47 \pm 3.98\%$ от сестрите са посочили че има работеща уредба; всяка четвърта сестра е посочила, че няма такава – $23.81 \pm 4.63\%$, а като обединим отговорите. “не” и “повредена е”, ще се открие, че по тази причина са лишени от връзка $60.72 \pm 5.31\%$ от пациентите.

Важно място в лечебно-охранителния режим заема **времето, което лекарите и специалистите отделят за болните**. Методиката на проучването даде възможности за съпоставка на разглеждания въпрос, както от гледна точка на медицинския персонал, така и от тази на пациентите. На въпроса “По време на ежедневните визитации лекарят изслушваше ли Вашите оплак-

вания?” $74.01 \pm 0.99\%$ от пациентите са дали отговор “Да”, $2.82 \pm 0.69\%$ не са изслушвани, а относителният дял на “Нередовно” е $23.17 \pm 0.72\%$. Направено е паралелно проучване на лекари-пациенти и специалисти-пациенти, имащо за цел определяне на **времето, което се отделя от медицинските служители за болните**, за определяне на тяхната медицинска и социална анамнеза, проследяване на статуса и промените, настъпващи в тяхното състояние, в курса на лечение.

Проведената съпоставка на посоченото от лекарите време и това, получено от информацията на пациентите, показва, че съществува съществено различие $P < 0.001$ ($\chi^2 = 39.78$). Различието се дължи на високия процент на лекарите, които са посочили, че заделят за своите пациенти над 20 минути ($63.33 \pm 2.04\%$) срещу по-малкия с 22 пункта процент на пациентите, посочили същото време (Фигура 1). Само $16.67 \pm 6.80\%$ от лекарите са посочили, че отделят 10 и по-малко минути, при отбелязано от пациентите $51.89 \pm 2.21\%$.

Анализът на данните за отделяното време от медицинските сестри в общи линии е аналогичен на резултатите при лекарите. Така $20.48 \pm 4.63\%$ от сестрите са посочили че отделят 10 и по-малко минути за всеки

пациент, докато процентът при пациентите за същия временен период е $39.31 \pm 2.07\%$. Потвърдена е алтернативната хипотеза при уровень на значимост 99.99% ($\chi^2=24.17$).

ИЗВОДИ

Регистрирано е значително подобрене по отношение снабдяването на пациентите с постелъчен инвентар и болнично бельо. Не се спазват стриктно редица изисквания на лечебно-охранителния режим:

- Обсъждането на диагноза, диференциална диагноза, консултации, резултати от параклинични и функционални изследвания при две трети от пациентите става пред леглото на болния.

- Една четвърт от пациентите са посочили, че болничната документация, история на заболяването и изследвания, се съхраняват в болничната стая.

- Нарушена е комуникацията болен-пациент. Светлинно-звукова връзка е налице само в 15,5%.

Оценката на количеството и качеството на храната, дадена от пациентите, е добра. Регистрира се значително разминаване в информацията за ежедневно отделяното време за болните, определящо се от значително по-високите стойности, посочени от медицинския персонал в сравнение, с посоченото от пациентите. При оценката на редица показатели се констатира субективизъм

в преценките на медицинските служители, продиктувани най-вероятно от стремежа да представят своята дейност в по-добра светлина.

Използвана литература:

1. Баташки Ил. Качество на медицинското обслужване в хирургичните звена на МБАЛ „Пловдив“ АД. Докт. дисерт., Пловдив, 2004.
2. Баташки Ил., Стефанов Р. Динамика на икономическите показатели в отделенията с хирургичен профил в МБАЛ – Пловдив. Здравен Мениджмънт 2004; 4: 20-22.
3. Баташки Ил., Димитров И, Стефанов Р. Оценка на системата на клинични пътеки. Здравна икономика и мениджмънт 2004; 4(14):10-14
4. Иванов Л. Подходи и методи за оценка на качеството на медицинското обслужване. Дисерт., София, 1986.
5. Попов М, Давидов Б. Управление на болницата. Управление на качество в болницата. Издателство „Св. Климент Охридски“, 2004
6. Allmer G. Organization versus chaos in the hospital. Osterr Krankenpflegez. 2000 Aug-Sep;53(8-9):30-1.
7. Batashki I, Stefanov R. Cost of the medical services in the multiprofile hospital for active treatment “Plovdiv” (Bulgaria). In: 7th Balcan Congress of Medicine and Dentistry for Students and Young Doctors, November 5-7 2004, Ohrid, Republic of Macedonia.
8. Bauer M, Hanss R, Schleppers A, Steinfath M, Tonner PH, Martin J. Procedure optimization in hospital management. Anaesthetist. 2004 May; 53(5):414-26.

Адрес за кореспонденция:

Д-р Димитър Шопов
МБАЛ – Хасково
бул. “Съединение” 49
6300 Хасково

