



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛОВДИВ
ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ“
ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ

Лекция № 24

УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО
НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ - част II
ТОТАЛНО УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО

Доц. д-р Гена Грънчарова, д.м.

В тази лекция:

1. Същност на понятието „Тотално управление на качеството“.
2. Концепцията на Деминг за тотално управление на качеството.
3. PDCA (Plan-Do-Check-Act) модел за тотално управление на качеството.
4. Модели за управление на качеството и методи за оценка.
5. Акредитацията като метод за оценка на качеството на здравната помощ.
6. Оценка на качеството на сестринските грижи.



1. Същност на понятието „Тотално управление на качеството“

Управлението на качеството е системен, целенасочен процес на установяване разликите между действително постигнатите и желаните резултати, на базата на определени стандарти и критерии, анализа на причините, които влияят върху тези разлики и предприемането на действия за промяна и подобрения в структурата и процесите, водещи до намаляване на тези разлики до минимум.

В последните десетилетия в областта на управлението на качество масово навлезе нова философия, означавана с термина **„Тотално управление на качеството“**.

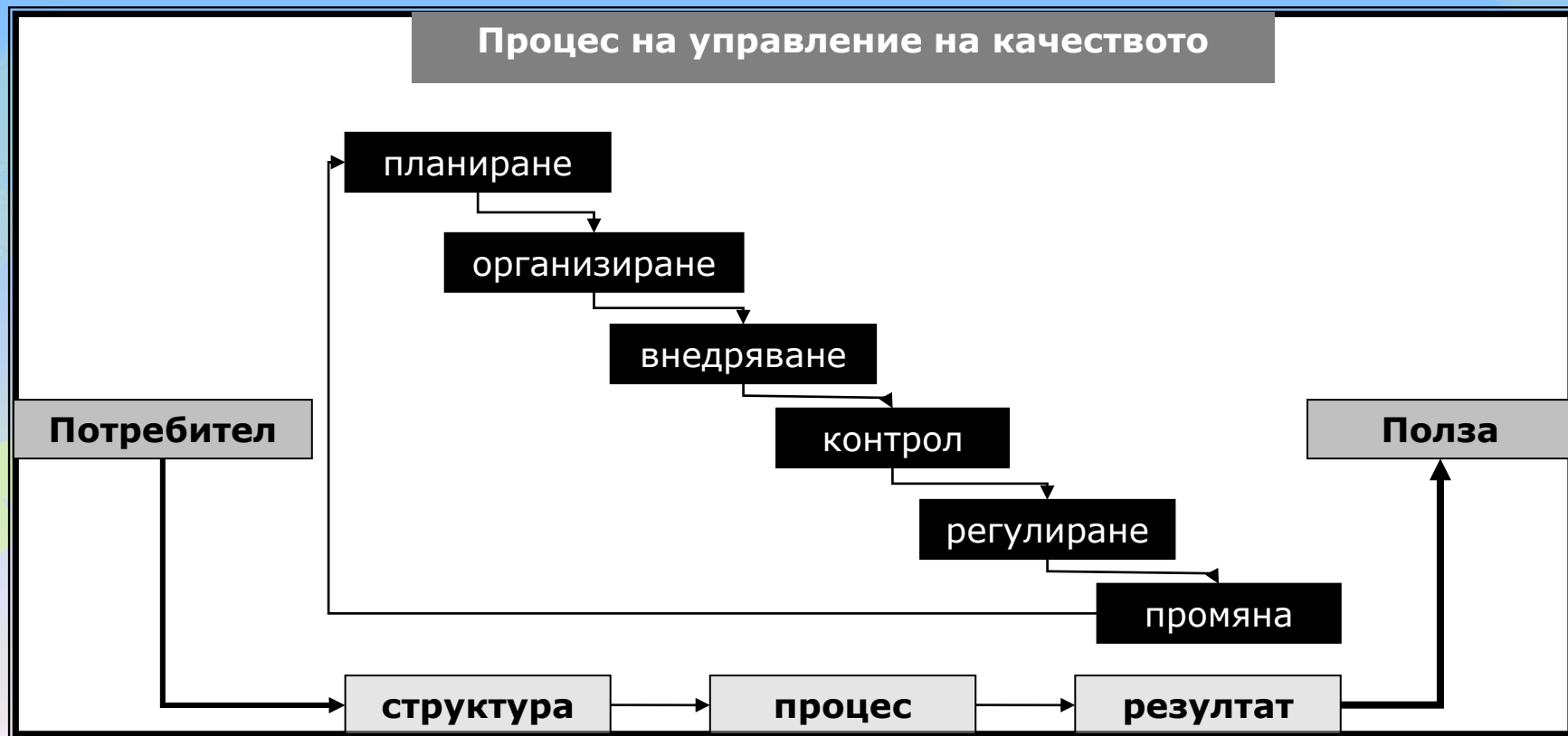
Тоталното управление на качеството (Total Quality Management - TQM) е нова управленска философия, обединяваща в себе си структуриран и организиран процес на непрекъснато подобряване на системата (структурата) с включването на всички участници в него – ръководство и сътрудници.

На ниво на здравните организации това означава извършване на дейностите по здравното обслужване чрез стремеж към непрекъснато подобряване на качеството на здравните услуги и резултатите за пациентите/клиентите. .
Главната идея, стояща в основата на TQM, е да се осигурява качество на услугите чрез прилагане на широк кръг управленски дейности (управление на персонала и управление на целия процес).

Тотално управление на качеството (ТУК)

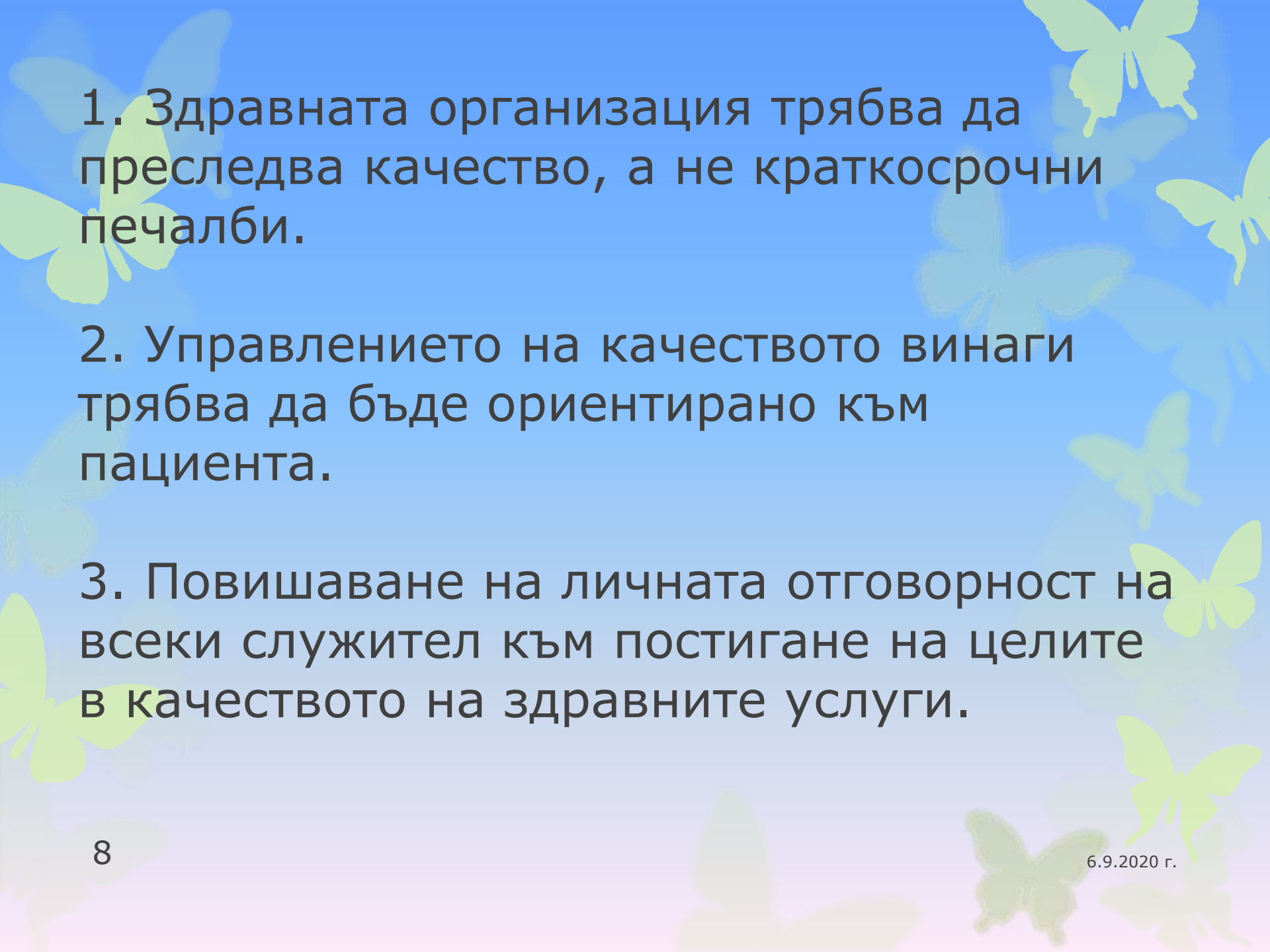
Total Quality Management (TQM)

е нова философия, обединяваща в себе си структуриран и организиран процес на непрекъснато подобряване на системата (структурата) с включването на всички участници в него – ръководство и сътрудници.



Концепцията за тоталното управление на качеството (TQM) за пръв път е въведена от **A. Feigenbaum** (1959).

Съгласно неговите възгледи TQM се основава на **6 базисни принципа**, които могат да бъдат адаптирани към сферата на здравеопазването по следния начин:



1. Здравната организация трябва да преследва качество, а не краткосрочни печалби.

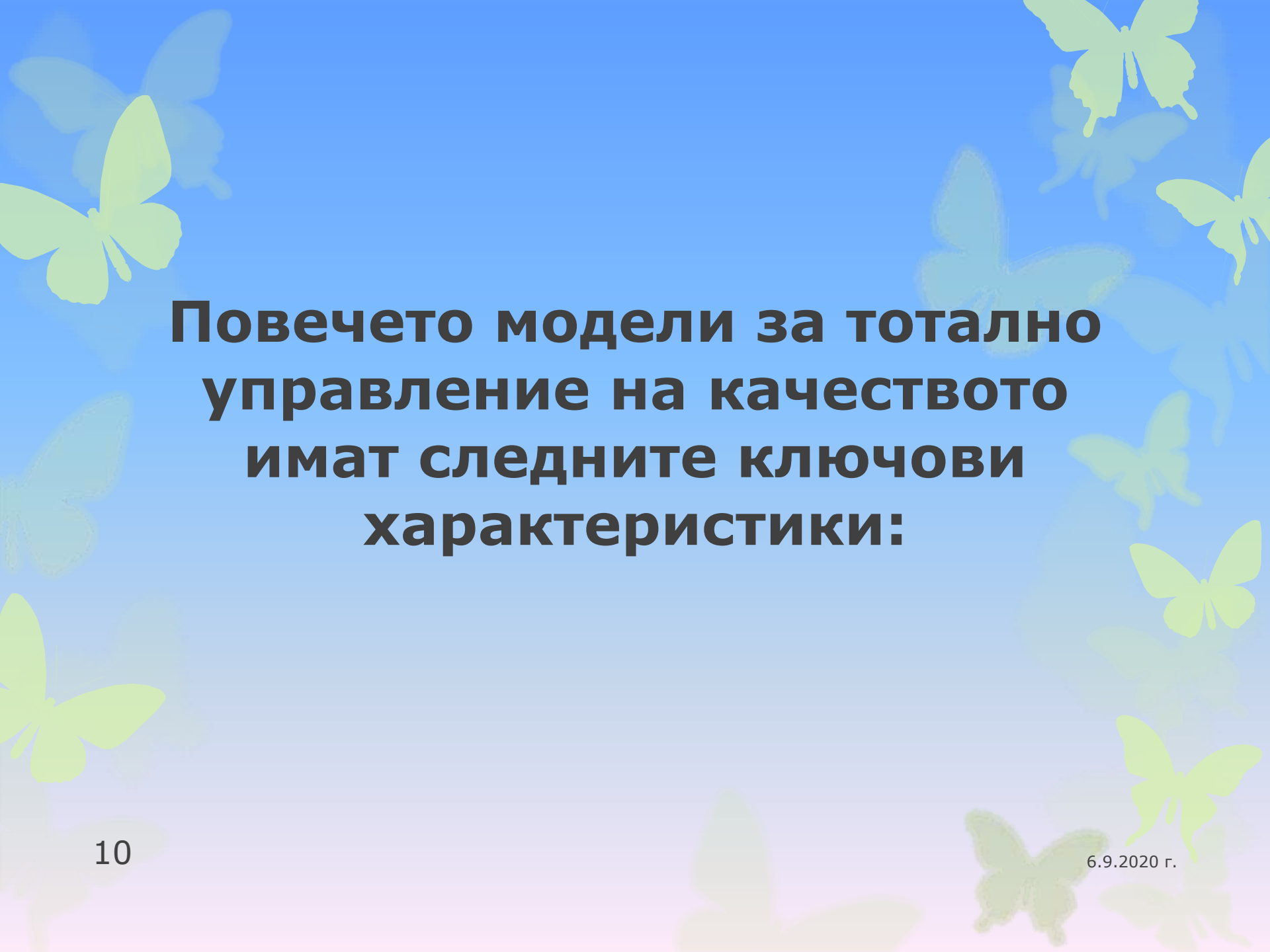
2. Управлението на качеството винаги трябва да бъде ориентирано към пациента.

3. Повишаване на личната отговорност на всеки служител към постигане на целите в качеството на здравните услуги.

4. Включване на статистически методи за оценяване резултатите в качеството – медицина, основана на доказателства.

5. Управление на човешките ресурси чрез методи, зачитащи човешкото достойнство.

6. Създаване на вътрешни комитети по качеството – Медицински одит, Комисия по етика и др.



**Повечето модели за тотално
управление на качеството
имат следните ключови
характеристики:**

1. Фокус към клиента.

Организациите зависят от своите клиенти и затова те трябва да разбират настоящите и бъдещите им потребности, да изпълняват техните изисквания и да се стремят да надминат техните очаквания.

Удовлетвореността на пациентите е резултат от множество позитивни и негативни фактори. Чрез измерване на удовлетвореността на пациентите и на нуждите им, целите на организацията се насочват адекватно и дейностите се оптимизират. Организацията, ориентирана към пациентите е и пазарно ориентирана.

2. Установяване на лидерство.

Основна задача на лидерите в една организация е да установяват единство на целите и да направляват дейностите в съответна посока. Те трябва да създават и поддържат вътрешна среда, в която всеки член на колектива да се чувства напълно съпричастен и мотивиран за постигане на целите на организацията. Важно е да се даде възможност на служителите да разберат истинските нужди от промяна, да се провокира открита дискусия и изказване на мнения по отношение на бъдещето на организацията.

3. Екипен подход.

Тоталното подобряване на качеството е немислимо без подкрепата от целия персонал. Приоритет се отдава на екипния подход. Целта на управлението е привличане и пълно приобщаване на всички служители и ангажирането им с отговорността за подобряване на качеството – активно участие в решенията за формиране и подобряване на качеството и създаване на възможности за реализация на техните способности в полза на организацията.

4. Процесно-ориентиран подход.

Желаният резултат се постига по-ефективно, когато дейностите и свързаните с тях ресурси се управляват като единен процес. В хода на този процес могат да се идентифицират редица подетапи, при което се включват различни фактори.

Процесно-ориентираният подход води до по-добро използване на ресурсите, до по-кратък цикъл на работа и до намаляване на разходите. Процесът трябва да съответства на изискванията на вътрешните и външни потребители на здравното заведение.

5. Системен управленски подход.

Ефективността и ефикасността от работата на организацията се увеличава, ако се идентифицират и управляват взаимосвързаните процеси като една система за достигане на поставените цели. Всеки процес в рамките на системата трябва да бъде измерен и оценен. Непрекъснатото изследване на организационния процес има важно значение за подобряването на здравните услуги и за свеждане до минимум на вариациите в протичането на отделните взаимосвързани процеси.

6. Вземане на решения, основани на обективни факти. Теорията за медицина, основана на доказателства е в основата на съвременните успехи на здравните системи. Ефективните решения и дейности за подобряване на качеството на здравните услуги трябва да се опират на анализ на солидни данни. Това позволява решенията да се вземат при редуцирани възможности за допускане на риск. Процесът „от факти към дейности“ позволява на управляващите да вземат най-добрите решения като се използват и подходящи методи за непрекъснат мониторинг и подобряване на процесите.

7. Взаимна изгода на участващите страни.


Организацията и пациентите са независими страни, но постигането на взаимна изгода от дейностите за двете страни е предпоставка за успех. За тази цел е необходимо осъществяване на непрекъснатата обратна връзка към нуждите на пациента и всички участници в процеса на предоставяне на здравни грижи.

В условията на пазарна икономика важно значение има също подобряването на взаимоотношенията на организацията и нейните доставчици.


8. Непрекъснато усъвършенстване.

Този принцип е ключов за философията на тоталното управление на качеството. Постоянна цел на организацията трябва да бъде ангажираността ѝ в непрекъснатото подобряване на качеството на всички продукти и услуги. При достигане на определени етапи е необходима нова оценка, поставяне на нови цели и достигане до нови резултати.

Тази непрекъснатост на процеса на подобряване на качеството на здравните услуги се демонстрира ясно чрез **цикъла на Деминг PDCA (Plan-Do-Check-Act).**



2. Концепцията на Деминг за тотално управление на качеството



Една от най-важните
предпоставки за възникването
на системите за качество е
концепцията **“Тотално
управление на качеството”**,
на Уилям Едуард **Деминг**.

Уилям Едуард Деминг (1900-1993) - роден в Айова, САЩ, инженер, статистик, университетски преподавател, консултант по мениджмънт, световно признат водещ изследовател в областта на тоталното управление на качеството. Има особени заслуги за т.нар. „Японско чудо“, тъй като възприемането и въвеждането на неговата концепция за подобряване на качеството допринася за възстановяването и бързия напредък на икономиката на Япония след 1950 г. Полага началото на първата философия и метод за непрекъснато подобряване на качеството, която позволява на индивидите и организациите да планират и подобряват своите дейности, взаимоотношения, процеси, продукти и услуги.



Деминг е бил убеден, че лошите икономически показатели на компаниите са резултат от **неспособността на ръководителите** да не допускат ненужни разходи и да установяват необходимия контрол над производствените процеси. Още в първите години на своята научна дейност той разработва идеи за приложение на статистически методи за подобряване на показателите от дейността на организацията.

Деминг стига до извода, че качеството на продукта и удовлетвореността на клиента трябва да бъдат **заложени още в процеса на произвеждане на продукта.**

Необходимо е преди всичко **да се обучават работниците и да им се предоставят необходимите инструменти** за правилно извършване на възложените задачи.

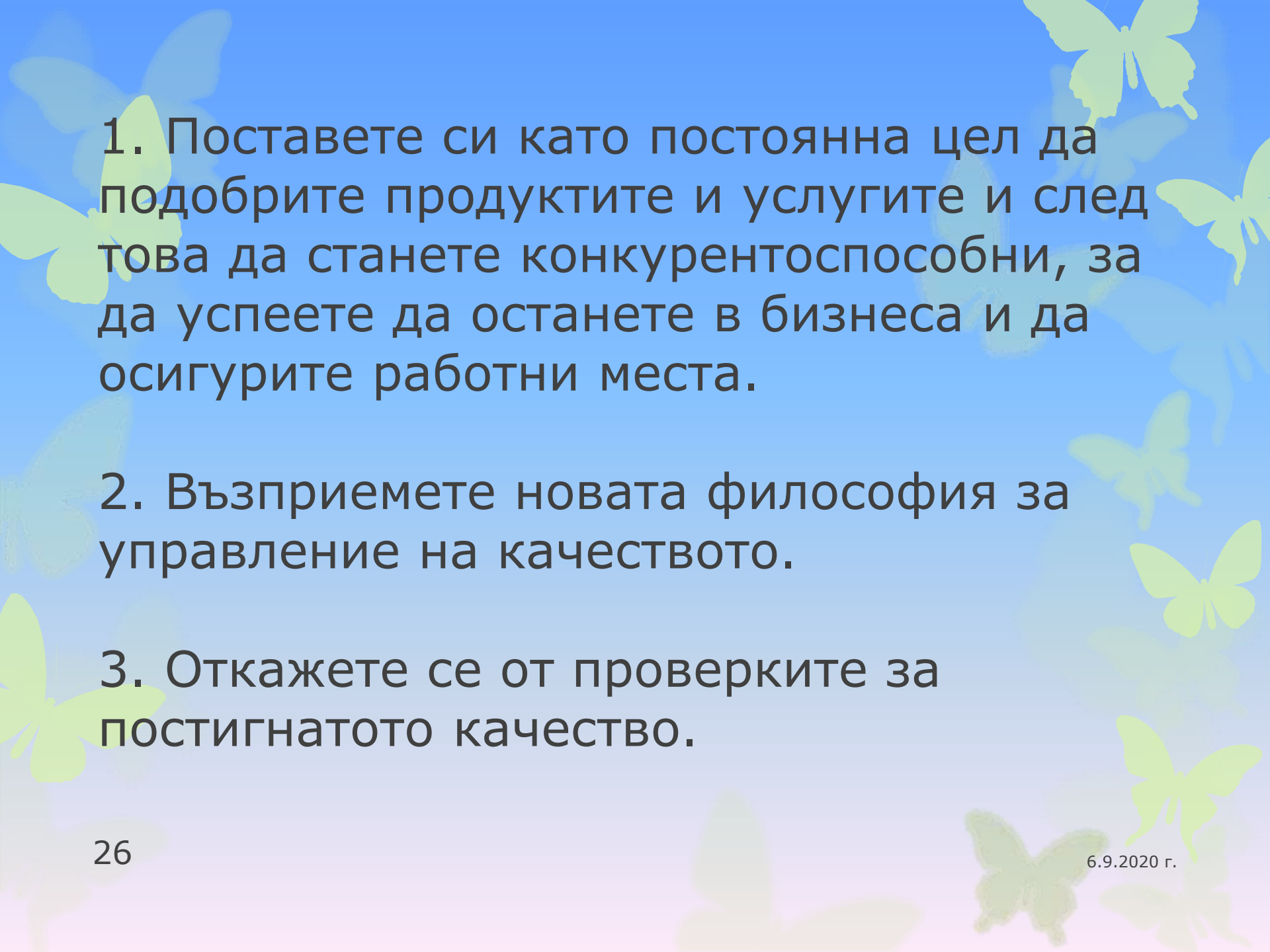
Отстраняването на дефектите и **непрекъснатото усъвършенстване** на технологичните процеси не само намалява неправилното изразходване на материалите, обема на бракуваната продукция и потребността от квалифицирани специалисти, но води до нови подходи в управлението.

Деминг призовава за създаване на
такова управление на организацията,
което да е основано на
**сътрудничество при решаване на
проблемите.**

Особено набляга на това **да не се
работи със страх** на работното място.

Утвърждава тезата, че конкуренцията
между работниците е вредна и
**екипната работа и
сътрудничеството са в основата на
качественото изпълнение на
работата.**

На основа на опита от приложение на идеите за тоталното качество в Япония, през 70-те години на ХХ век Деминг формулира **концепция за тотално управление на качеството, опираща се на 14 принципа**, които са напълно приложими и в здравеопазването:



1. Поставете си като постоянна цел да подобрите продуктите и услугите и след това да станете конкурентоспособни, за да успеете да останете в бизнеса и да осигурите работни места.

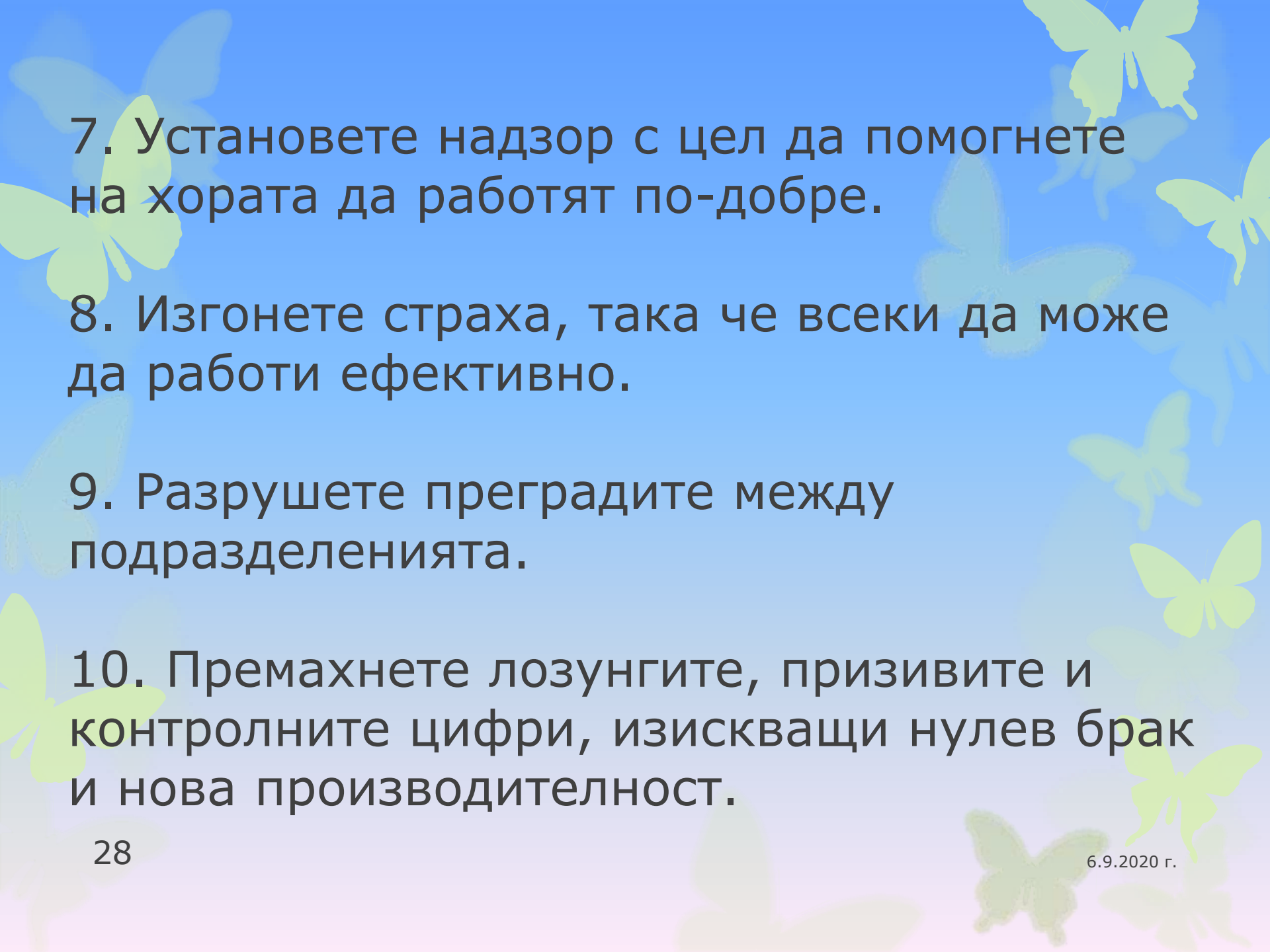
2. Възприемете новата философия за управление на качеството.

3. Откажете се от проверките за постигнатото качество.

4. Прекратете практиката на търсене на доставчик с най-ниски цени за сметка на партньорство с постоянни доставчици.

5. Усъвършенствайте постоянно всяка дейност във фирмата, за да подобрите качеството и производителността и по този начин да намалите трайно разходите.

6. Организирайте професионално обучение на работниците, служителите и мениджърите.



7. Установете надзор с цел да помогнете на хората да работят по-добре.

8. Изгонете страха, така че всеки да може да работи ефективно.

9. Разрушете преградите между подразделенията.

10. Премахнете лозунгите, призивите и контролните цифри, изискващи нулев брак и нова производителност.

11. Откажете се от стандартите за работа, които предписват високи дневни норми. Заменете ги с помощ и ефективен контрол.

12. Премахнете бариерите, които отнемат правото на работника да се гордее с добре свършената работа.

13. Разработете програми за обучение и преквалификация.

14. Въвлечете всеки от фирмата да работи в екип за осъществяване на новия начин на работа.

Основните стъпки при въвеждане на тоталното управление на качеството на здравните услуги преминават през следния алгоритъм:

1. Идентифициране на нуждите на пациентите.
2. Измерване на елементите на процеса.
3. Извършване на подобренията.

1. Идентифициране на нуждите на пациентите.

Прилага се системен подход за изследване на нуждите на потребителя. Най-напред се определят потребителите (пациентите) и техните нужди и очаквания. След това се идентифицира процеса, чрез който се посрещат техните нужди и очаквания. Установяват се отговорностите на всеки участник в процеса, обхвата на дейностите и приоритетите. Установяват с критериите, стандартите и методите за анализ. Обсъждат се факторите за успех на подхода.

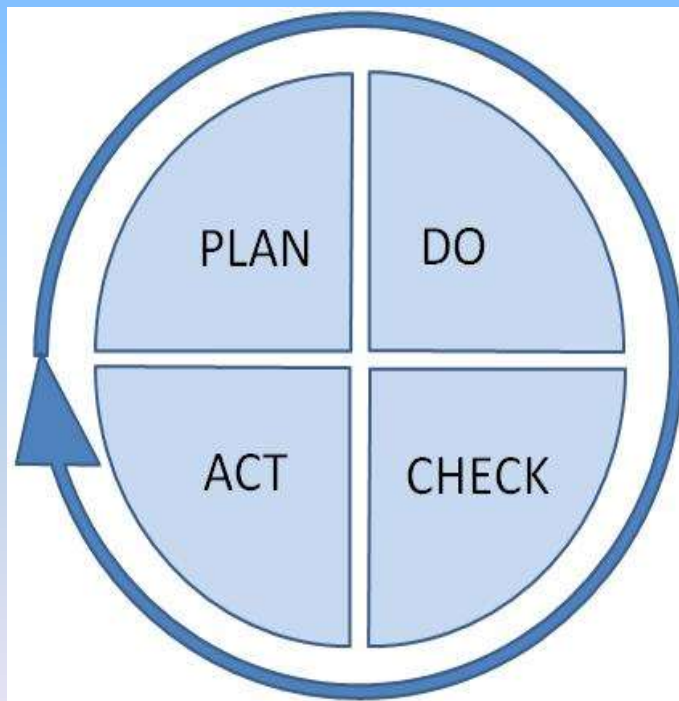
2. Измерване на елементите на процеса.


Според Деминг „Не може да се контролира това, което не е измерено“. Основната цел е да се идентифицират вариациите и те се категоризират като общи и специфични причини. В резултат на измерването се постига следното:

- Управлението се основава на факти;
- Определя се изходното състояние на процеса;
- Идентифицират се ефектите от подобряването;
- Предоставя се обратна информация;
- Определя се цената на подобряването;
- Гарантира се дълготрайност на промените;
- Определя се удовлетвореността на нуждите;
- Измерват се индикаторите за качество.

3. Извършване на подобренията.

Тази фаза включва развитие и извършване на подобрението, като се отчитат приоритетите. Следва се стъпка по стъпка **модела PDCA** (Plan-Do-Check_Act, т.е. Планирай-Извърши-Провери-Оцени).





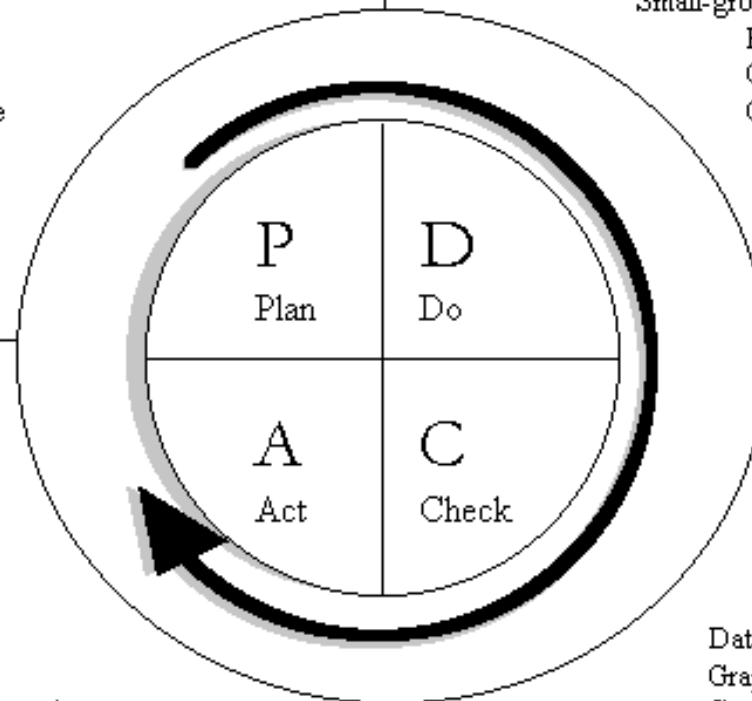
3. PDCA (Plan-Do-Check-Act) модел за тотално управление на качеството

PLAN for changes to bring about improvement

Customer/supplier mapping
Flowcharting
Pareto analysis
Brainstorming
Nominal group technique
Solution/fault tree
Evaluation matrix
Cause & Effect diagrams

DO changes on a small scale first to trial them

Small-group leadership skills
Experiment design
Conflict resolution
On-Job training



ACT to get the greatest benefit from changes

Process mapping
Process standardisation
Controlled reference information
Formal training for standard processes

CHECK to see if changes are working and to investigate selected processes

Data checksheets
Graphical analysis
Control charts
Key performance indicators

Plan (Планиране на необходимите дейности за подобрене). Като се използват наличните ресурси, се планират специфични подобрения, които в най-голяма степен биха се отразили благоприятно върху процеса. В тази фаза е съставя списък на потенциални подобрения. След като се одобрят подобренията, те се селектират по приоритетност.

Използват се: диаграма на Парето (откриване на 20% от проблемите, които оказват 80 влияние върху резултата от здравната дейност), брейсторминг, диаграма на Ишикава, дърво на решенията и др.

До (извършване на подобренията). В тази фаза на практика се извършват подобренията, като се имат предвид приоритетните дейности. Необходимо е да се спазват основни принципи като: ясно ограничени отговорности, точни срокове, използване на показатели за качество. Промените трябва да се извършат постепенно и на малки части, за да се направи първо опит.

Използват се техники за управление на малки групи, разрешаване на конфликти, обучение без откъсване от работа и др.

Check (Проверка на изпълненото) – изследване на действителните резултати (измерени и събрани на етапа "DO") и сравняването им с очакваните резултати (целите от етапа "PLAN") за установяване на различия. Трябва да се следи за отклонения в прилагането на плана и да се проследи уместността и пълнотата на плана относно неговото осъществяване. Използването на графични изображения може да помогне да се видят тенденциите в няколко PDCA цикли, за да се превърнат събраните данни в информация за следващата стъпка "ACT".

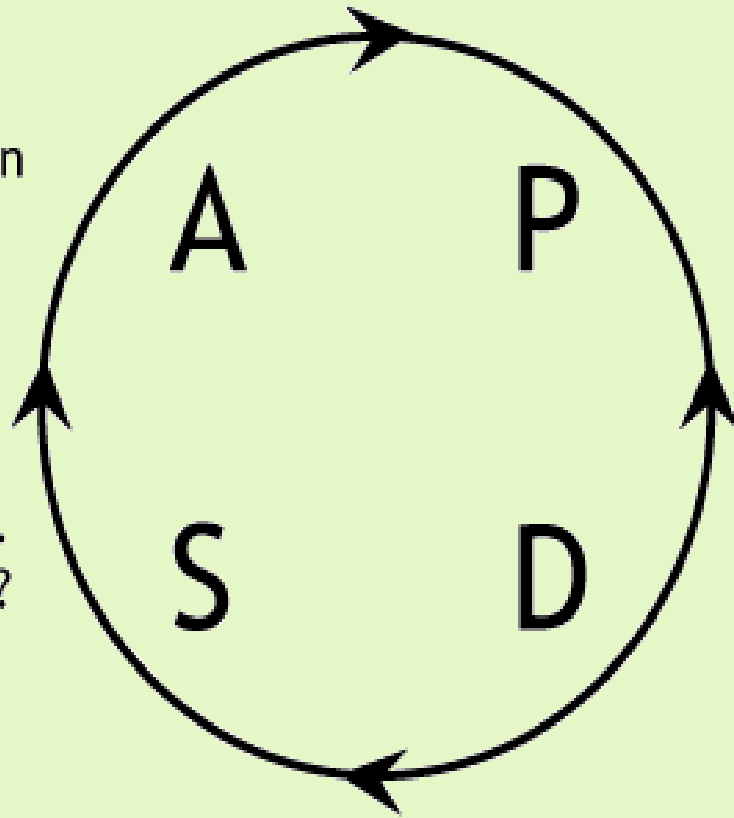
АСТ (Действай). Ако CHECK показва, че планът приложен в стъпка DO е довел до подобрене прямо изходното ниво, тогава това подобрене става нов стандарт относно това как да действа организацията в следващата стъпка АСТ. Ако CHECK показва, че приложенят план не е довел до подобрене, то съществуващият стандарт се запазва. При всички случаи, ако CHECK покаже различия от очакваното (по-добро или по-лошо), тогава има нужда от обучение, което да предложи потенциални бъдещи PDCA цикли.

Моделът PDCA е разработен за първи път от Walter A. Stewhart (1939), а по-късно е въведен от Деминг в Япония. Деминг въвежда малка корекция в модела, като вместо „Check“ (Проверявай) поставя „Study“ (Изучавай), което по-точно отговаря на задачите в третата стъпка.

По принцип, в литературата по мениджмънт PDCA моделът е познат като **модел на Деминг.**

Act - Adopt the change, or abandon it, or run through the cycle again.

Study the results.
What did we learn?
What went wrong?



Plan a change or a test, aimed at improvement.

Do - Carry out the change or the test (preferably on a small scale).

Plan (Планирай) – планирай промяна или тест, насочен към подобряване.

Do (Направи) - осъществи промяната или теста (за предпочитане е това да се направи първоначално в неголям мащаб).

Study (Изучавай) – изучавай резултатите, какви изводи може да се направят, кое не е извършено правилно.

Act (Действай) – адаптирай промяната или я изостави, или премини отново през цикъла.

Тоталното управление на качеството е начин за продължително подобряване на дейността на всяко оперативно ниво във всяка функционална област на дадена организация, използвайки всички налични човешки и капитални ресурси. Целта е да се намалят загубите и разходите от лошото качество.

Основните елементи на TQM са три:

- **потребителите**, чиито нужди имат първостепенно значение за качеството;
- **екипната дейност** като средство за постигане на качество;
- **научният подход** при вземане на решения, опиращ се на събиране и анализ на данни.

Много са областите, където може да се въведе подхода за тотално управление на качеството в областта на здравното обслужване:

- борба с вътреболничните инфекции;
- скъсяване на следоперативния престой;
- скъсяване на продължителността на хоспитализация и др.

4. Модели за управление на качеството и методи за оценка

Модели за управление на качеството

на групово ниво - отделна група персонал (лекари, сестри и други) - „визитация“, одит, ревизия или сравнение между групи;

на ниво процеси - методът на сертификацията;

на ниво организация - модел е акредитацията;

на ниво система – организацията и окръжаващата я среда.

Методи за оценка на качеството на здравното обслужване

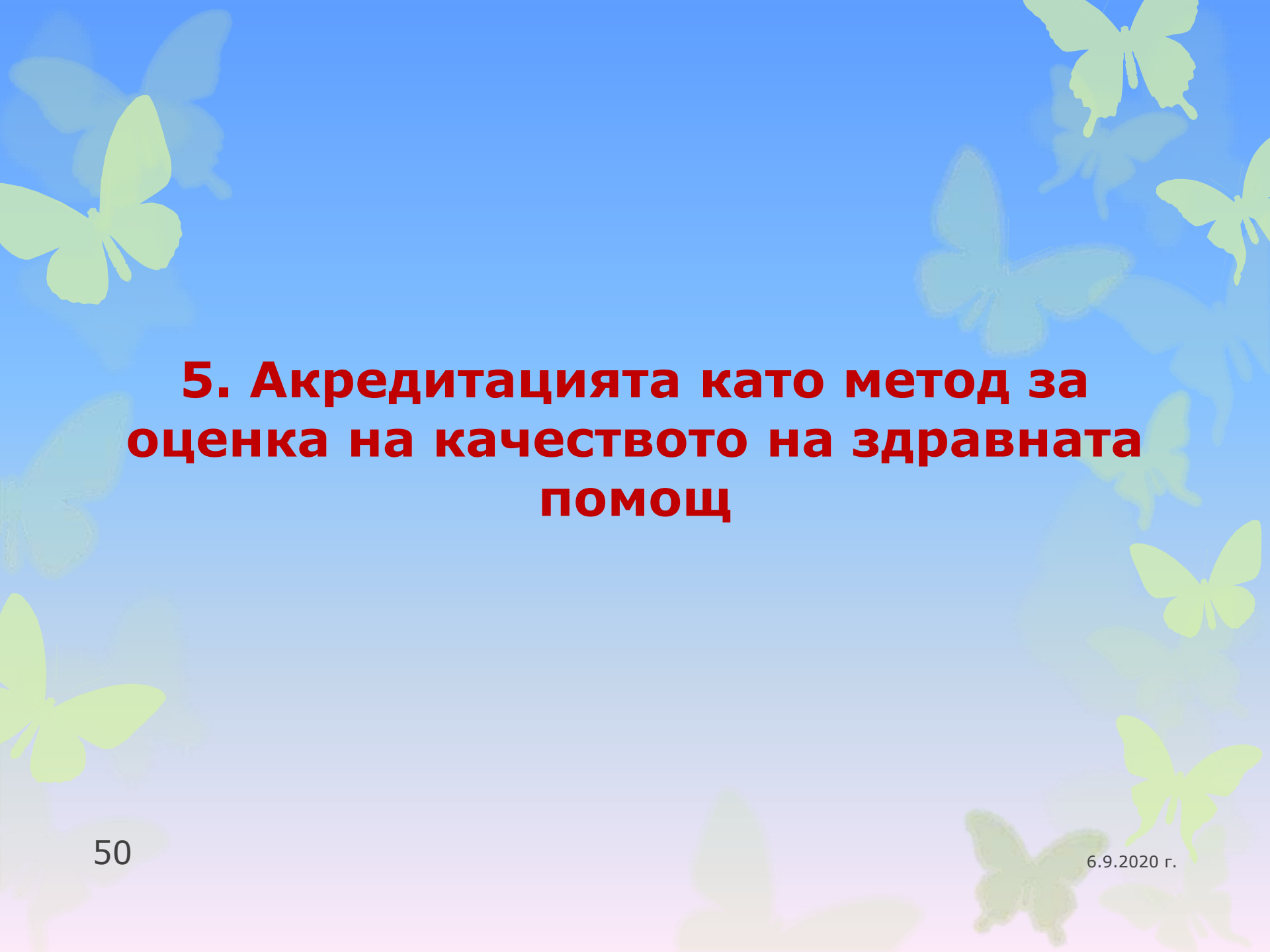
Оценка чрез стандарти - сравнение на конкретната дейност, чието качество е обект на оценка с протоколи - образци за дадена диагностична и/или лечебна дейност, съставени въз основа опита на водещи здравни заведения и специалисти.

Медицински одит - представлява критичен анализ на дейността на лекарите и резултатите от нея, сравнени с приети стандарти.

Методи за оценка на качеството на здравното обслужване

Удовлетвореност на пациентите - чрез анкети и допитвания се проучва удовлетвореността на пациентите, за да се направят изводи и да се оптимизира вземането на решения.

Метод на акредитация - процес, включващ инспекция на това дали дадена здравна структура и предлаганите от нея здравни услуги, съответстват на предварително установени стандарти.



5. Акредитацията като метод за оценка на качеството на здравната помощ

Акредитацията е една от най-разпространените процедури за оценка на качеството в здравеопазването. Създадена в САЩ, теорията и методиката на акредитацията в здравния сектор се прилага и в страните от Европейския съюз, в т.ч. до 2019 г. и у нас.

Най-общо целите на акредитацията могат да бъдат формулирани по следния начин:

- да се оцени качеството и безопасността на здравните услуги;
- да се оцени способността на здравната организация да осигурява непрекъснато подобряване на качеството на цялостната грижа за пациентите;

- да се стимулират здравните професионалисти и гражданите в процесите за подобряване на качеството;
- да се повиши общественото доверие и да се осигури външно признаване на качеството на здравните услуги на лечебното заведение;
- позитивно отражение на акредитацията в здравната организация върху промяната на организационната култура, вътрешния самоконтрол и самооценка в цялостната система за осигуряване и подобряване на качеството на здравните услуги.

По необясними причини в настоящия момент Наредбата за акредитация на лечебните заведения е отменена, както и съответната глава от Закона за лечебните заведения. Извършва се само акредитация на лечебните заведения относно възможностите им за провеждане на обучение и присъждане на званието „университетска болница“.

6. Оценка на качеството на сестринските грижи

Оценката на качеството

представява научнообоснована и систематична процедура, предназначена да определи в каква степен дадено действие или съвкупност от дейности постигат успешно предварително определените цели.

Оценката на качеството може да бъде:

= частична или глобална;

= на първо или на второ ниво;

= проспективна или ретроспективна.

Частичната оценка изучава качеството на определен аспект на грижите, определен метод или специалните грижи при дадено заболяване.

Глобалната оценка изучава качеството на грижите в тяхната съвкупност, позволява да се получи общ поглед върху това, което се прави (например, контрол на реализираните грижи чрез протоколите и техническите фишове за грижи, проверка за спазване последователността от действия и др.).

Оценката на първо ниво включва установяване на това дали задачите са изпълнени; отговорът се свежда само до „да“ или „не“.

Оценката на второ ниво прецизира нивото на качеството на изпълнение на задачите; отговорът тук може да бъде: „отлично“, „добро“, „средно“, „незадоволително“ или изразено с цифри (1, 2, 3, 4).

Проспективната оценка обединява методи за оценка на предоставяните грижи на даден пациент по време на неговата хоспитализация, които се опират на проучване на „отворена“ документация по здравни грижи, на наблюдение, интервю с пациентите или с персонала.

Ретроспективната оценка обединява съвкупност от механизми за оценяване след като пациентът е напуснал болницата. Тя се опира на изучаване на „затворената“ документация по здравни грижи, интервю с пациентите при изписване от болницата или в дома на пациентите.