

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН**  
**ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ”**

---

**КАТЕДРА „МЕДИЦИНСКА ЕТИКА, УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНИТЕ  
ГРИЖИ И ИНФОРМАЦИОННИ ТЕХНОЛОГИИ”**

**Макрета Тодорова Драганова**

**УПРАВЛЕНИЕ НА РЕСУРСА ВРЕМЕ НА  
РЪКОВОДНИТЕ КАДРИ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ В  
ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**

на дисертационен труд за присъждане  
на образователна и научна степен „Доктор”

Област на висше образование: 7. Здравеопазване и спорт  
Професионално направление: 7.4. Обществено здраве  
Научна специалност „Социална медицина и организация на здравеопаз-  
ването и фармацията”

**Научни ръководители:**

Проф. Тони Йонков Веков, дмн  
Доц. д-р Силвия Александрова-Янкуловска, дм

**Официални рецензенти:**

Проф. Соня Колева Тончева, дм  
Доц. д-р Маргарита Димитрова Митова, дм

Плевен  
2013

Дисертационният труд съдържа 150 страници и текстът е онагледен с 32 фигури, 23 таблици и 8 приложения.

Библиографският списък включва 205 заглавия, от които 141 на кирилица и 64 на латиница.

Във връзка с дисертационния труд са направени 4 публикации и 2 научни съобщения на национални и международни научни форуми.

Докторантката Макрета Тодорова Драганова работи като главен асистент в катедра «Медицинска етика, управление на здравните грижи и информационни технологии», Факултет «Обществено здраве», МУ – Плевен.

Дисертационният труд е одобрен и насочен за публична защита от подсилен катедрен съвет на Катедра „Медицинска етика, управление на здравните грижи и информационни технологии“ към Факултет „Обществено здраве“, МУ-Плевен на 06.07.2013г.

Публичната защита ще се състои на **02.12.2013 г. от 12,00** часа в зала „Гален“ на МУ - Плевен.

Материалите по защитата са на разположение на сайта на МУ-Плевен: [www.mu-pleven.bg](http://www.mu-pleven.bg)

## **СЪДЪРЖАНИЕ**

<b>ВЪВЕДЕНИЕ</b>	<b>5</b>
<b>I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО</b>	<b>7</b>
<b>II. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ</b>	<b>12</b>
2.1. Резултати от анкетното проучване сред персонала	12
2.2. Самоодитиране на ръководителите по здравни грижи	21
2.3. Експертна оценка на проектите за класификации на дейностите на ръководителите по здравни грижи	29
2.4. Резултати от анкетното проучване сред пациенти	
<b>III. ПОДХОДИ ЗА ЕФЕКТИВНО УПРАВЛЕНИЕ НА ВРЕМЕТО С ПРАКТИКО-ПРИЛОЖЕН ХАРАКТЕР ЗА ПРОФЕСИОНАЛИСТИ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ</b>	<b>34</b>
3.1. Коефициент на интензивност	34
3.2. Мрежово планиране	35
3.3. Алгоритмизацията като метод за оптимизиране на управлението на времето	40
3.4. Учебна програма по управление на времето	42
<b>ИЗВОДИ</b>	<b>44</b>
<b>ПРЕПОРЪКИ</b>	<b>47</b>
<b>ПРИНОСИ</b>	<b>48</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b>	<b>49</b>
Списък на научните публикации и съобщения, свързани с дисертационния труд	50

## **ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ**

*БАПЗГ – Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи*

*ГРЗГ – Главен ръководител по здравни грижи*

*ЗЛЗ – Закон за лечебни заведения*

*ИАМО – Изпълнителна агенция „Медицински одит“*

*КСИ – Класификация на сестринските интервенции*

*ЛЗБП – лечебни заведения за болнична помощ*

*МБАЛ – Многопрофилна болница за активно лечение*

*МКСП – Международна класификация на сестринската практика*

*МСС – Международен съвет на сестрите*

*МТСП – Министерство на труда и социалната политика*

*НЗОК – Национална здравноосигурителна каса*

*ОКС – Образователно-квалификационна степен*

*ПЗГ – Професионалист по здравни грижи*

*РЗГ – Ръководител по здравни грижи*

*СРЗГ – Старши ръководител по здравни грижи*

*УЗГ – Управление на здравните грижи*

*NANDA- North American Nursing Diagnoses Association*

*NIC - Nursing Intervention Classification*

*NOC - Nursing Outcomes Classification*

## ВЪВЕДЕНИЕ

Ефективното управление на ресурсите във всяка организация е в основата на нейното развитие и просперитет. По-голямата част от ресурсите на здравната организация (човешки, материални, финансови, информационни и др.), съществуват в различно количествено и качествено отношение в лечебните заведения. Отговорността за ресурсите в здравните заведения е на всички, които ги получават, ползват и съхраняват. Формалните отговорници, обаче, са здравните мениджъри на различните нива – стратегическо, оперативно, операционно, в т.ч. и ръководителите на здравни грижи.

Факторите, влияещи върху ефективното използване на ресурсите са разнообразни, но от първостепенно значение е личностното отношение към проблема. Показател за персонално отношение са индивидуалните способности за управление на собствените ресурси. Един от най-важните ресурси в работата на отделния индивид е ресурсът „ВРЕМЕ”. Качествената характеристика на времето го определя като най-ценния ресурс. Единствено този ресурс е справедливо разпределен в количествено отношение за всички, т.е. всеки индивид разполага с едно и също количество време, но хората се различават значително по начина, по който управляват този важен ресурс. Тези, които добре управляват своето време, обикновено са по-продуктивни, по-удовлетворени от своята дейност, по-малко са изложени на стрес и са в по-добро здравно състояние. Това ги прави по-подходящи за ръководни позиции, което е от съществено значение за ефективното управление на всички останали ресурси в дадената организация.

Значимостта на проблема за ефективното управление на ресурсите, в частност на ресурса време, нарастващата потребност от промяна на съществуващата практика в болничния сектор и липсата на комплексно изследване на проблемите в областта на управление на времето на ръководителите по здравни грижи са основания за реализиране на настоящото изследване.

През последното десетилетие се появяват отделни публикации, разглеждащи времето като ресурс на здравната организация и с това се полага начало на ново направление в здравния мениджмънт – мениджмънт на времето. Според С. Кирилов (2005) мениджмънтът на времето има две генерални цели:

- Да се разкрият и критично анализират реалните времеви параметри на дейността на персонала с оглед намирането на неизползвани резерви от време;
- Да се обоснове адекватна структура на времето (бюджет на времето), предназначено за различни видове дейности с оглед най-рационално и ефективно използване на ресурса време.

Провеждането на настоящото научно изследване е в съответствие с тези цели и отговаря на необходимостта от проучване на проблемите от органи-

зационно естество, характерни за практиката на ръководителите по здравни грижи (РЗГ) и от предлагане на практически насоки за по-ефективно използване на резерва от време.

За постигане на целта и задачите на дисертационния труд са обхванати общо 14 многопрофилни болници за активно лечение (7 областни и 7 общински болнични лечебни заведения) на територията на Северна България. Чрез комплекс от социологически методи в проучването са включени медицински управители, ръководители по здравни грижи (РЗГ), професионалисти по здравни грижи (ПЗГ), пациенти и преподаватели по управление на здравните грижи.

На основата на проведеното комплексно проучване се правят изводи и се формулират препоръки за законодателни промени по отношение на класифицирането на дейностите на РЗГ, създаване на възможности за синхронизиране на реално извършените дейности и нормативно регламентирани такива, диференцирано заплащане на труда на ПЗГ и подобряване на подготовката им чрез въвеждане на модули на обучение по управление на времето в последния курс на всички медицински специалности.

## **I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО**

### **1.1. ЦЕЛ НА ПРОУЧВАНЕТО**

Целта на настоящето изследване е да се проучи и анализира бюджета на работното време на ръководителите по здравни грижи (РЗГ), да се установят неизползваните резерви от време и да се предложат подходи за подобряване управлението на времето.

### **1.2. ЗАДАЧИ НА ПРОУЧВАНЕТО**

За постигане на целта на проучването са формулирани следните **задачи**:

1. Оценяване на вижданията и отношението към ефективното управление на времето сред ръководителите и професионалистите по здравни грижи (ПЗГ).

2. Измерване на реалното състояние на бюджета на времето на РЗГ чрез самохронометраж и очертаване на главните препятствия за ефективно управление на времето на анкетиранияте.

3. Анализ на мнението на пациентите по отношение на предоставяното им време от ПЗГ в съответните лечебни заведения.

4. Изработване на проекти на класификации на дейностите на РЗГ, с цел актуализиране на длъжностните им характеристики.

5. Разработване на подходи и средства за оптимизиране на управлението на времето на РЗГ и ПЗГ.

6. Разработване на учебна програма по управление на времето и апробирането ѝ сред студентите от специалност „Управление на здравните грижи“, ОКС „Магистър“, обучавани във Факултет „Обществено здраве“ на МУ – Плевен.

### **1.3. ПРЕДМЕТ И ОБЕКТ НА ПРОУЧВАНЕТО**

Предмет на настоящото изследване са проблемите в ефективното управление на времето на ръководителите по здравни грижи в болничните лечебни заведения.

Обект на изследване са две категории многопрофилни болници за активно лечение, от които седем областни болници (в т.ч. една университетска болница) и седем общински болници в Северна България.

### **1.4. ПОСТАНОВКА НА ПРОУЧВАНЕТО**

Проучването обхваща периода м.ноември 2011 г. – м.февруари 2013 г. По своя характер то е комплексно социологическо проучване с използване на анкетен метод, одит на времето (самохронометраж), документален метод и експертна оценка.

Проучването се проведе на няколко етапа:

I-ви етап – пилотно проучване сред 100 медицински професионалисти от

различни лечебни заведения с цел апробиране на инструментариума;

II-ри етап – провеждане на самохронометраж сред ГРЗГ и СРЗГ в предвидените лечебни заведения;

III-ти етап – анкетиране сред пациенти от съответните болнични заведения;

IV-ти етап – изработване на проекти за класификации на дейностите на старши ръководители по здравни грижи (СРЗГ) и главни ръководители по здравни грижи (ГРЗГ) в болничните лечебни заведения;

V-ти етап – експертна оценка на проектите за класификации на дейностите на СРЗГ и ГРЗГ в болничните лечебни заведения.

По-голямата част от обхванатите болнични лечебни заведения (БЛЗ) са посетени на място от докторанта, разяснена е целта на проучването на представители на ръководството и е получено съгласие за провеждане на изследването.

Анкетните карти и дневниците за самохронометраж са предадени на участниците в изследването чрез главните медицински сестри. Набирането на данните от РЗГ и ПЗГ обхваща едногодишен период (м.февруари 2012 г. – м. февруари 2013 г.), което създава възможност за регистриране на дейностите на изследваните лица в различно време от годината и получаване на попълна представа за реално извършваните от главните и старшите ръководители на здравните грижи дейности.

Логическите единици на наблюдение включват 2 вида лечебни заведения: областни и общински болнични лечебни заведения в Северна България.

Техническите единици на наблюдение са:

- 7 областни болници (от тях една университетска):

= УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – гр. Плевен

= МБАЛ Русе“ – гр. Русе

= МБАЛ „Д-р Стамен Илиев“ – гр. Монтана

= МБАЛ „Христо Ботев“ – гр. Враца

= МБАЛ „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – гр. Ловеч

= МБАЛ „Св. Иван Рилски“ – гр. Разград

= МБАЛ „Д-р Тота Венкова“ – гр. Габрово

- 7 общински болници:

= „МБАЛ – Балчик“ – гр. Балчик

= МБАЛ „Д-р Теодоси Витанов“ – гр. Трявна

= МБАЛ „Д-р Ангел Пешев“ – гр. Тетевен

= МБАЛ „Д-р Димитър Павлович“ – гр. Свищов

= МБАЛ „Д-р Стойчо Христов“ – гр. Севлиево



- = „МБАЛ Никопол“ – гр. Никопол
- = „МБАЛ Червен бряг“ – гр. Червен бряг

### 1.5. ИЗСЛЕДВАНИ ГРУПИ ЛИЦА

В проучването са включени следните групи лица:

- медицински управители на лечебни заведения (висше ниво мениджмънт);
- ръководители на здравните грижи на средно ниво (координиращ мениджмънт) – 14 главни медицински сестри на съответните лечебни заведения;
- ръководители на здравните грижи на оперативно ниво - старши медицински сестри, лаборанти, акушерки и др.;
- редови професионалисти по здравни грижи в клиниките/отделенията;
- пациенти.

От общо 780 лица, предвидени за участие, в проучването са се отзовали 658 лица (84,4%), като коефициентът на отзоваване варира от 71,7% при РЗГ до 91,4% - за пациентите и 100% - за експертите) – **табл. 1.**

**Табл. 1. Разпределение на изследваните лица по групи (брой и %)**

№	Групи	Предвидени лица	Отзовали се лица	% отзоваване
1.	Редови персонал	244	215	88,1%
2.	РЗГ (ГРЗГ и СРЗГ)	244	175	71,7%
	Общо ПЗГ	488	390	79,9%
3.	Пациенти	280	256	91,4%
4.	Експерти	12	12	100%
	Общо	780	658	84,4%

**Самоодитиране на времето** осъществиха 175 ръководители по здравни грижи, работещи във включените в проучването лечебни заведения.

**Групата на експертите**, участвали в експертната оценка, се състои 12 участника, разпределени както следва:

- медицински управители на лечебни заведения (една университетска, една областна и една общинска болница) – трима участника;
- главни ръководители по здравни грижи – трима участника;
- старши ръководители по здравни грижи – трима участника;
- преподаватели по здравни грижи – трима хабилитирани преподаватели.

В **проучването сред пациентите** са обхванати 280 пациенти (по 20 за всяко лечебно заведение) чрез подбор на случаен принцип. Върнати са 256 анкетни карти – 91,4% възвращаемост.

## 1.5. МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕ

Целта на научното проучване налага използването на комплекс от социологически и статистически методи:

### **Пилотно проучване**

За целите на проучването се изработи необходимия инструментариум – анкетна карта за персонала и дневник за одитиране на дейностите на професионалистите по здравни грижи. С цел адаптиране и тестване на валидността на изследователския инструментариум в края на 2011 г. бе проведено пилотно проучване сред 100 медицински професионалиста от различни специалности.

### **Анкетен метод**

Използвани са два вида анкетни карти: за ръководителите по здравни грижи (ГРЗГ и СРЗГ) и за редови персонал; за пациенти.

Анкетните карти са одобрени от Комисията по етика на научно-изследователската дейност при Медицински Университет – Плевен.

**Анкетно проучване сред професионалисти по здравни грижи.** Информацията е набрана чрез специална изработена за целите на проучването анкетна карта от 4 части, отразяващи адаптирани въпросници на Roseman, Friedman, Norville и M. Raffoni. Първите три части от анкетната карта се отнасят до оценка на вижданията и отношението към ефективното управление на времето, определяне на преобладаващата личностова ориентация сред анкетираните и установяване степента на управление на времето на изследваните лица към настоящия момент. Четвъртият въпросник се отнася до самооценка на оползотворяването на работното време и идентифициране на възможности за оптимизиране на мениджмънта на времето.

**Анкетно проучване сред пациенти.** Анкетната карта за пациентите включва 15 затворени въпроса, от които 12 са свързани с удовлетвореността на изследваните лица от отношението на персонала, естеството и продължителността на общуване и 3 въпроса са идентификационни.

### **Одитиране (самоодитиране) на собственото работно време**

За целта на проучването са подготвени специални дневници за 5-дневен одит на времето на РЗГ с включване само на работни дни (без почивните) независимо от поредността им и с възможност за регистрация на извършените от тях дейности в свободен текст.

Обхванатите лица заемат различни длъжности в лечебните заведения, но всички те са ръководители по здравни грижи.

На база на регистрираните от изследваните лица дейности се изработиха два проекта на класификации на дейностите (съответно на ГРЗГ и на СРЗГ) в съответствие с международната класификация на сестринските интервенции (МКСИ).

### **Експертна оценка**

Проектите на класификации на дейностите на ГРЗГ и СРЗГ бяха предложени за експертна оценка с цел включването им в нормативната база на професионалистите по здравни грижи след адекватно актуализиране и приемане от съответните институции. За целта бе използвана карта за експертна оценка, съдържаща 8 критерия за оценка по тристепенна скала. На експертите бе предоставена възможност в свободен текст да регистрират своите критични бележки и съответни предложения.

### **Документален метод**

Извършен бе сравнителен анализ на 10 длъжностни характеристики на ръководители по здравни грижи (5 ГРЗГ и 5 СРЗГ), работещи във включените в изследването лечебни заведения. На база на анализа на длъжностните характеристики и регистрираните дейности в дневниците на изследваните лица се изработиха проектите на Класификации на дейностите на ръководителите по здравни грижи.

### **Статистически методи**

Статистическата обработка на първичните данни е извършена със софтуерни пакети Microsoft Office Excel 2010 и SPSS v. 13. Първоначално получените анкетни карти са прегледани и прекодирани, съгласно изискванията на SPSS.

Преобладаващата част от информацията във въпросниците е във вид на качествени променливи. По тази причина са изчислявани предимно описателни статистически показатели за качествени променливи и данните са организирани в подходящи едномерни и многомерни таблици и графики. При анализа на част от данните в таблици и графики са представени абсолютни цифри, а не проценти, поради малкия брой случаи в отделните категории на разглежданите променливи величини.

За неголемия брой количествени променливи е определен вида на разпределението. За характеристика на вида на разпределението са използвани два основни критерия – коефициент на асиметрия  $|A|$  и моментен коефициент на ексцес  $|E|$ . За съществена асиметрия са приемани стойностите на  $|A| \geq 0,50$  и  $|E| \leq 0,20$ . В тези случаи за характеристика на централната тенденция са използвани мода ( $M_0$ ) и медиана ( $M_e$ ) вместо средна аритметична, която е мярка за централна тенденция при нормално разпределение.

Статистическата достоверност на различията е оценявана с помощта на непараметрични тестове (хи-квадрат  $\chi^2$ , коефициент на корелация Phi, коефициент на корелация на Крамер, коефициент на контингенция) и t-критерий на Стюдент-Фишер. За значими са приемани различията при ниво на  $P < 0,05$  при двустранен тест.

## II. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

### 2.1. АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ СРЕД ПЕРСОНАЛА

#### 2.1.1. Оценка на вижданията и отношението към ефективното управление на времето сред анкетираните професионалисти по здравни грижи.

Информацията относно вижданията и отношението към ефективното управление на времето сред ПЗГ бе набрана чрез анонимно анкетно проучване сред 390 ПЗГ със следните идентификационни параметри (*табл. 2*):

*Табл. 2. Разпределение на анкетираните ПЗГ по заемана длъжност, трудов стаж, управленски опит и образование ( в брой и %)*

Променливи	Категории на променливите	Брой	Относ. дял в %
<b>1. Длъжност</b>	Старша медицинска сестра, акушерка, лаборант и др.	161	41,3
	Главна медицинска сестра	14	3,6
	Редова медицинска сестра, акушерка, лаборант и др.	215	55,1
<b>Общо</b>		<b>390</b>	<b>100,0</b>
<b>2. Трудов стаж</b>	До 10 години	55	14,1
	От 11 до 20 години	96	24,6
	Над 20 години	239	61,3
<b>Общо</b>		<b>390</b>	<b>100,0</b>
<b>3. Управленски опит</b>	До 5 години	79	20,3
	От 6 до 10 години	60	15,4
	От 11 до 15 години	33	8,5
	От 16 до 20 години	20	5,1
	Над 20 години	18	4,6
	Без отговор	180	46,1
<b>Общо</b>		<b>390</b>	<b>100,0</b>
<b>4. Образование</b>	Средно образование	3	0,8
	Полувисше - степен "специалист"	186	47,7
	Висше - ОКС "бакалавър"	109	27,9
	Висше - ОКС "магистър"	90	23,1
	Без отговор	2	0,5
<b>Общо</b>		<b>390</b>	<b>100,0</b>

Вижданията и отношението на ПЗГ към ефективното управление на времето бяха проучени чрез въпросника на Roseman. Този инструмент се състои от 20 въпроса и е предназначен да идентифицира три основни виждания или отношения към времето, съответно всеки с по два модела за интерпретация на резултатите: **неотложност (Н-1 и Н-2)**, **загриженост (З-1 и З-2)** и **самокритичност (С-1 и С-2)**. Това са основните перспективи или отношения към времето и неговото управление. Идеалните кандидати за програма за подобряване на управлението на времето са тези, които имат силно изразено чувство за неотложност (модел Н-1), вродена загриженост за ефективно управле-

ние на времето (модел 3-1) и точно ниво на самокритичност (модел С-1). Обратно – лицата с Н-2, 3-2 и С-2 нямат изразено чувство за неотложност, не са загрижени за начина на използване на времето си и не са самокритични. Ако отговорите не съответстват напълно на някои от тези модели, вероятно анкетираните попадат някъде между основните категории. Разпределението на двете групи изследвани лица по моделите за неотложност, загриженост и самокритичност е представено на **табл. 3**.

**Табл. 3. Разпределение на отговорите на анкетираните лица по скалите за неотложност, загриженост и самокритичност (в брой и %)**

Модел	Ръководен персонал		Редови персонал	
	Брой	%	Брой	%
Н - 1	140	80,0	157	73,0
Н - 2	35	20,0	58	27,0
3 - 1	126	72,0	143	67,0
3 - 2	49	28,0	72	33,0
С - 1	49	28,0	60	28,0
С - 2	126	72,0	155	72,0

Според нашите резултати, **60% (105 лица)** от анкетираните РЗГ и **56% (120 лица)** от редовия персонал са идеалните кандидати за реализирането на програма за подобряване на управлението на времето. Почти еднаквите показатели за двете групи поставят редица въпроси за размисъл. Ефективното управление на времето е еднакво важен проблем за всички, но за РЗГ непрекъснатото оптимизиране на управлението на времето е задължително. Обезпокоителни са резултатите от третата скала. Както се вижда от таблицата, все още има какво да се желае по отношение на самокритичността сред изследваната група. Резултатът доказва необходимостта от разширяване и задълбочаване на познанията по проблема в различните форми на обучение за ръководители по здравни грижи.

Като позитивен резултат може да се посочи, че **58%** или **225** от всички анкетираните РЗГ имат готовност за включване в програма за подобряване на управлението на времето.

Хората с други комбинации на тези три модела имат по-малка вероятност за успех в подобряването на управлението на времето докато не настъпят фундаментално промени в отношението към проблема.

### **2.1.2. Оценяване на способността на изследваните професионалисти да управляват своето време**

Определянето на това доколко включените в проучването лица добре управляват времето си, бе осъществено с въпросника на Norville, състоящ се от две части.

Част 1 се отнася до методите за неефективно управление на времето. Висок резултат (30-40) показва лошо управление на времето, докато нисък

резултат (8-18) предполага добро управление на времето. Резултат в средния обхват (19-29) отразява умерени проблеми в управлението на времето.

Осемте въпроса в част 2 се отнасят до ефективните методи за управление на времето: високият резултат (30 до 40) е силно положителен; ниският резултат (8-18) показва липса на познаване или използване на ефективни техники; средният резултат (19-29) е свързан с умерен успех в управлението на собственото време.

Резултатите от тези две части предоставят информация за това доколко добре РЗГ управляват времето си. Идеалният модел е комбинация от много нисък резултат в част 1 и много висок резултат в част 2. Според представените в **табл. 4** отговори, в първата част на въпросника 173 лица (55+118) са преценили, че добре управляват времето си, но едва при 9 лица (6 РЗГ и 3 редови) се потвърждават резултатите и в част 2. Сред тези 9 лица всички са с професионален стаж над 10 години, което говори за определено позитивно влияние на стажа върху управлението на времето.

Останалите 46,6% от анкетираните ръководители и 69,7% от редовия персонал дават противоречиви отговори в двете части на въпросника - добро управление на времето в част 1 и лошо управление на времето в част 2, което фактически означава, че те не използват ефективни техники за управление на времето и/или нямат познания по изследвания проблем.

**Табл. 4. Оценяване на способността на изследваните професионалисти да управляват своето време според въпросника на Norville (в брой и %)**

Неефективни методи за управление на времето	Ръководен персонал		Редови персонал	
	Брой	%	Брой	%
Лошо управление на времето (30-40)	2	1,1	5	2,3
Умерени проблеми (19-29)	55	31,4	55	25,6
Добро управление на времето (8-18)	118	67,5	155	72,1
<b>Общо</b>	<b>175</b>	<b>100,0</b>	<b>215</b>	<b>100,0</b>
Ефективни методи за управление на времето	Ръководен персонал		Редови персонал	
	Брой	%	Брой	%
Лошо управление на времето (8-18)	55	46,6	108	69,7
Умерени проблеми (19-29)	57	48,3	44	28,4
Добро управление на времето (30-40)	6	5,1	3	1,9
<b>Общо</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>

### 2.1.3. Характеристика на главните препятствия за ефективно управление на времето

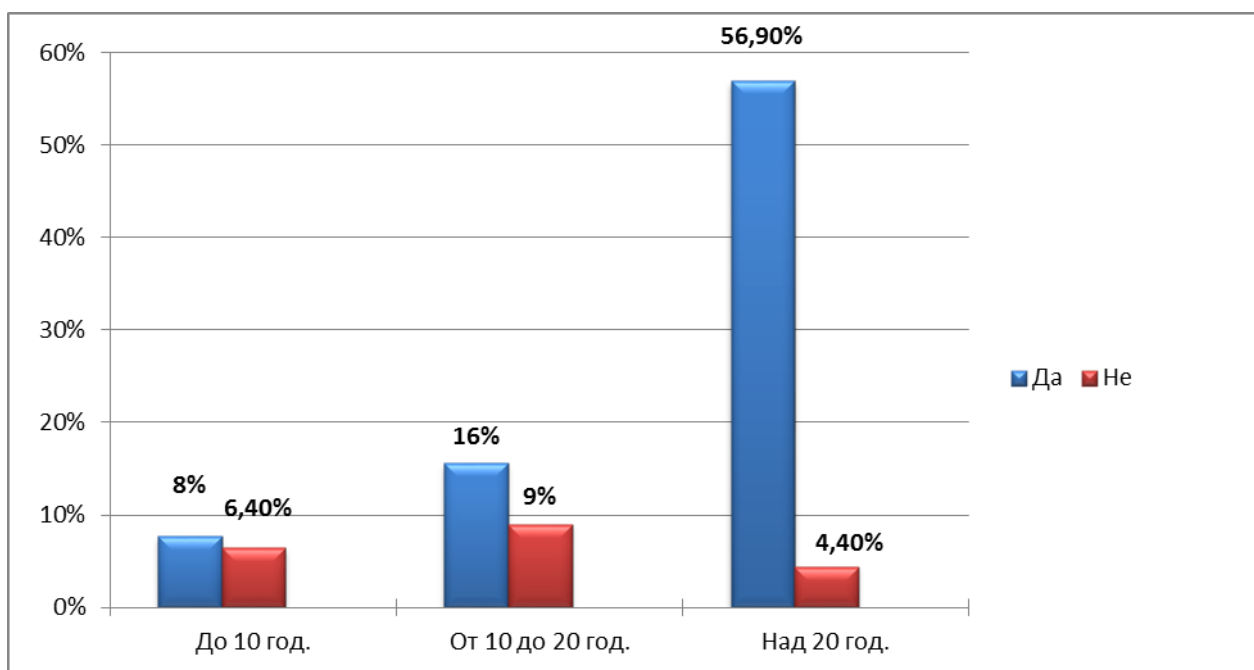
Резултатите от настоящето изследване показват, че въпреки съществуващите „грабители на време“ в медицинската практика, анкетираните лица имат висока самооценка за способността си да управляват своето собствено време (**табл. 5**).

**Табл. 5. Разпределение на анкетираните според преценката им за управлението на своето време (в %)**

Въпрос	Да	Не	Общо
Искате ли да свършите определена задача навреме?	95,5	0,5	100,0
Намирате ли време за важните неща?	93,8	6,2	100,0
Използвате ли максимално вашето време?	86,2	13,8	100,0
Контролирате ли вашето време?	82,8	17,2	100,0
Добре ли е организирано вашето време?	80,5	19,5	100,0

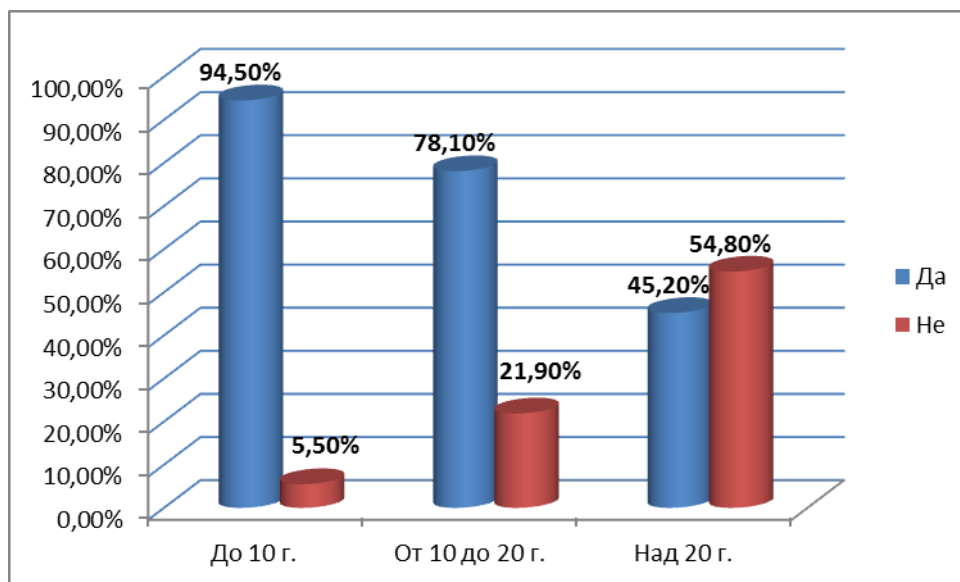
Отговорите на анкетираните лица на въпроса „Добре ли управлявате времето си?“ в зависимост от трудовия стаж са представени на **фиг. 1**. Очевидна е голямата увереност по отношение на успешно управление на времето сред анкетираните с продължителен трудов стаж. Повече от две трети от лицата с трудов стаж над 20 години считат, че работното им време е добре организирано. Почти еднакъв е относителният дял на анкетираните с трудов стаж до 10 години, които са отговорили негативно и позитивно на този въпрос.

Независимо от високата самооценка относно организацията и максималното използване на работното време, **60,3%** от анкетираните споделят, че са се опитвали да променят своите навици за управление на времето, което говори за известна несигурност по отношение на разглеждания проблем.



**Фиг. 1. Самооценка за контрола на времето в зависимост от професионалния стаж (в %)**

Налице е значима връзка ( $\chi^2=13,5$ ;  $p<0,001$ ) между продължителността на трудовия стаж на анкетираните и тяхното желание да променят навиците си по отношение на времето (**фиг. 2**).



**Фиг. 2. Динамика на желанието на анкетираните за промяна на навиците по отношение на управлението на времето спрямо трудовия стаж (в %)**

С увеличаването на трудовия стаж желанието и опитите за промяна на навиците по отношението на времето очевидно намаляват. Докато 95% от анкетираните с трудов стаж до 10 години са се опитвали да променят себе си, то при анкетираните с трудов стаж между 10 и 20 години този относителен дял намалява до 78%, а при професионалистите с трудов стаж над 20 години отчетените стойности са още по-ниски.

Подобна статистически значима връзка се установява ( $\chi^2=10,3$ ;  $p<0,01$ ) между продължителността на ръководния стаж на анкетираните и тяхното желание да променят навиците си по отношение на времето.

Няма значима връзка между образователната степен ( $\chi^2=2,38$ ;  $p>0,05$ ) на анкетираните и желанието им за промяна по отношение на времето.

За оптимизирането на управлението на времето е необходимо да се сведе до минимум влиянието на т.нар. „грабители на времето“. Отговорите на изследваните лица от **табл. 6** позволяват да се идентифицират и ранжират следните основни препятствия за управление на времето:

- недокументиране на изразходваното работно време;
- липса на приоритети;
- неспособността да се откаже неподходящо възложена задача;
- посещения и разговори, несвързани с работата;
- нерешителност или отлагане на текущи задачи.

Над 70% от анкетираните не осъзнават важността на периодичните ревизии на изразходваното време. Според П. Дракър (2000) „първата стъпка към постигане на ефективност в ръководната дейност е да се отбелязва истински оползотвореното време”.



**Табл. 6. Разпределение на отговорите на анкетираниите относно препятствията за управление на времето**

Въпроси:	Рядко	Понякога	Често	Доста често	Почти винаги
1. Поддържате ли писмени документи за това как използвате Вашето работно време?	<b>61,5%</b>	19,5%	12,4%	3,3%	3,3%
2. Колко често разработвате в писмен вид приоритетите си?	<b>50,3%</b>	<b>18,5%</b>	18,7%	6,7%	5,8%
3. Колко често откривате, че правите това, което другите считат за спешно, отколкото да правите това, което Виe считате за важно?	29%	<b>37,7%</b>	<b>22,8%</b>	5,9%	4,6%
4. Колко често успявате да контролирате прекъсванията по време на работа?	<b>26,4%</b>	<b>34,1%</b>	28,7%	6,4%	4,4%
5. Колко често отлагате задачи за следващия ден?	29%	<b>34,6%</b>	17,2%	4,6%	<b>14,6%</b>

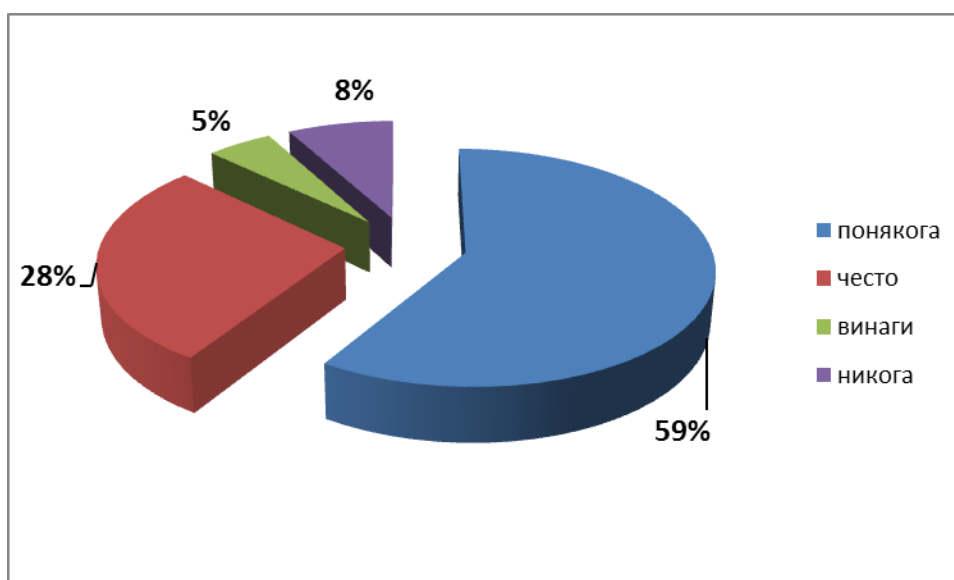
Писмената дейност в практиката на ПЗГ е огромна и недооценена като значимост. Писменото планиране на задачите за деня и отчитането на резултатите са дейности, които не са приоритет за анкетираниите лица. Напротив, това са елементи от ежедневието на ПЗГ, които се приемат за натоварващи и излишни. Това се потвърждава и от отговорите на въпросника на М. Raffoni, свързани с документирането на времето (*табл.7*). Най-голям е относителният дял на ПЗГ, които „никога“ не планират деня си – средно **50%** за двете групи. Едва 29,1% от РЗГ използват „често“ (17,1%) и „винаги“ (12%) един от основните методи за ефективното управление на времето – **планирането**.

**Табл. 7. Честота на писменото планиране на задачи сред изследваните ПЗГ**

Планирате ли писмено своите задачи за деня?	Ръководен персонал		Редови персонал	
	Брой	%	Брой	%
Никога	61	34,9	131	60,9
Понякога	63	36,0	60	27,9
Често	30	17,1	14	6,5
Винаги	21	12,0	10	4,7
<b>Общо</b>	<b>175</b>	<b>100,0</b>	<b>215</b>	<b>100,0</b>

Адаптираните въпроси по М. Raffoni дават възможност да се оцени съществуващия времеви график на анкетираниите към момента на изследването.

Разпределението на отговорите на въпроса „Случва ли Ви се да имате непредвидени срещи по време на работа?“ са представени на **фиг. 3**.



**Фиг. 3. Относителен дял на непредвидените срещи по време на работа (в %)**

Прави впечатление високият относителен дял (**87%**) на лицата, на които понякога и често им се случва да имат непредвидени срещи.

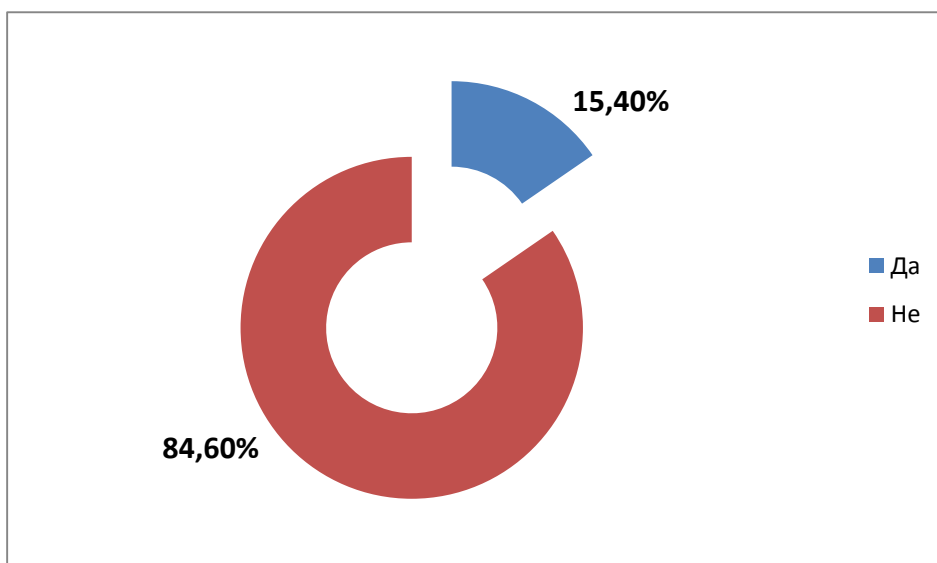
Интерес представлява връзката между наличието на непредвидените срещи и длъжността, която заемат запитаните лица (**табл.8**). От анализа се установява статистическа значима зависимост ( $\chi^2=49,7$   $p<0,001$ ) между честотата на непредвидените срещи и заеманата длъжност на анкетираните професионалисти. Прави впечатление, че при СРЗГ доминират отговорите „понякога” и „често“. Едва трима от СРЗГ отговарят, че никога не им се случва да имат непредвидени срещи по време на работа.

**Табл. 8. Разпределение на случаите на непредвидени срещи в зависимост от заеманата длъжност (в брой)**

Заемана длъжност в момента	Случват ли Ви се непредвидени срещи по време на работа?				Общо
	никога	понякога	често	винаги	
Главна медицинска сестра	-	4	9	1	14
Старша медицинска сестра	3	69	54	10	136
Медицинска сестра	20	109	26	5	160
Други ПЗГ	7	37	11	-	55
Старши мед. професионалист	4	11	8	2	25
Общо	34	230	108	18	390

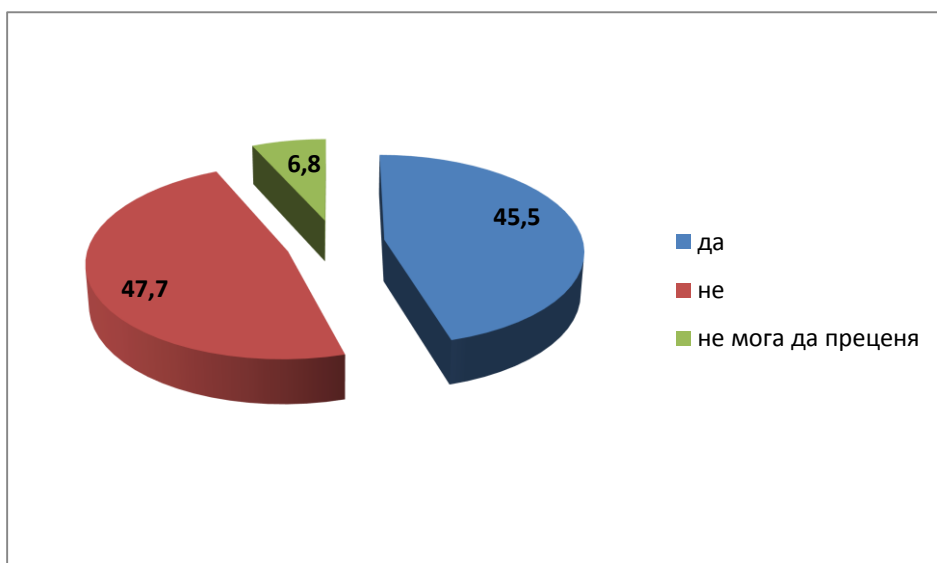
Ресурсът „време” е силно недооценен ресурс в здравеопазването. Доказателство за това са отговорите на анкетираните на въпроса „Анкетираните ли сте досега относно управлението на времето?“. Както се вижда от **фиг. 4**, почти **85%** от запитаните отговарят отрицателно на този въпрос. Едва 15% са участвали в проучвания относно управлението на времето, макар че голяма

част от анкетираните са с ОКС „балакавър” или „магистър”, което предполага наличие на умения за изследователска дейност.



**Фиг. 4. Разпределение на отговорите относно участието на изследваните лица в проучвания за управление на времето (в %)**

Част от въпросите в анкетната карта се отнасят до степента на съответствие между регламентираните в нормативните документи задължения и реално извършените дейности от изследваните лица. Половината от запитаните считат, че дейностите, които извършват съответстват напълно на длъжностната им характеристика. Голяма част от анкетираните 47,7% (186 лица) са категорични в отрицателния си отговор и 6,8% (26 лица) не могат да преценят степента на съответствие (**фиг. 5**).



**Фиг. 5. Разпределение на отговорите относно съответствието между реално извършваните дейности и длъжностната характеристика (в %)**

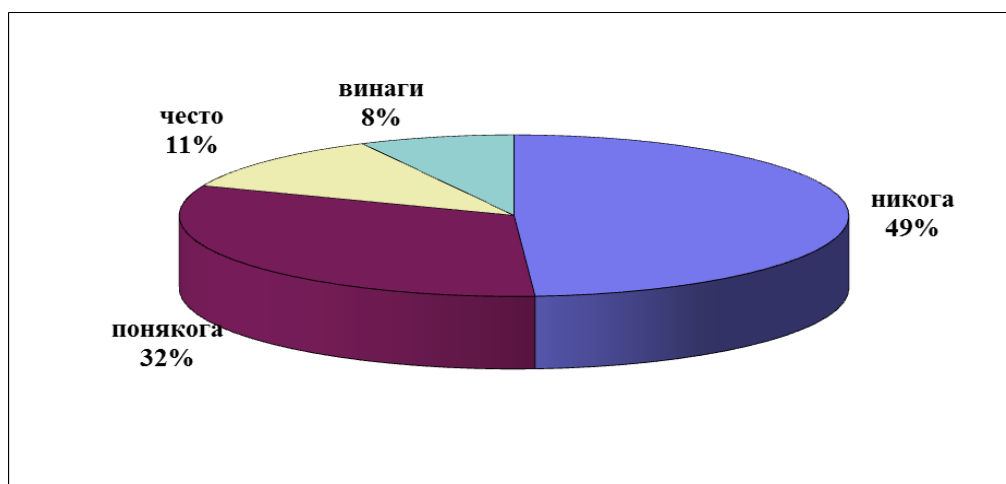
Високият дял на отговорилите, че изпълняваните от тях дейности не съответстват на длъжностните им характеристики доказва формалния характер на тези документи. Класификацията на дейностите за всяка длъжност в сферата на здравните грижи е възможност за актуализиране на длъжностните характеристики, за персонализиране на отговорностите и за бъдещо диференцирано заплащане на труда.

От **табл. 9** е видно, че най-голям е дялът на СРЗГ (55,3%), които считат, че реално извършваните от тях дейности не съответстват на длъжностната им характеристика?“. В групата на ГРЗГ разпределение на мнението относно съответствието между реално извършваните от тях дейности и регламентираните им задължения в длъжностните им характеристики е по-равномерно. Сред редовия персонал 43,7% посочват несъответствие и почти всеки десети не може да прецени.

**Табл. 9. Съответствие между реално извършваните дейности и регламентираните по длъжностна характеристика? (брой и %)**

Отговори	Заемана длъжност			Общо
	ГРЗГ	СРЗГ	Редови персонал	
Да	7 – 50%	61 – 37,9%	100 – 46,5%	168 – 43,1%
Не	6 – 42,9%	89 – 55,3%	94 – 43,7%	189 – 48,5%
Не мога да преценя	1 – 7,1%	11 – 6,8%	21 – 9,8%	33 – 8,4%
<b>Общо</b>	<b>14 – 100 %</b>	<b>161 – 100%</b>	<b>215 – 100%</b>	<b>390 – 100%</b>

Основно умение при управление на времето е планирането на дейностите. То е на първо място във всяка стратегия за ефективно управление на времето. На въпроса „Планирате ли писмено работния си ден?“ малка част от изследваните лица (33 - 7,5%) отговарят, че „винаги“ планират деня си. Над 70% от анкетираните отговарят „никога“ и „понякога“ (**фиг. 6**).



**Фиг. 6. Честота на писменото планиране на работния ден (в %)**

## 2.2. САМОДИТИРАНЕ НА РЪКОВОДИТЕЛИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ

Съгласно Националния класификатор на професиите и длъжностите в Р България, актуализиран в 2010 г., ГРЗГ в лечебните заведения са с код 3231 – Главна медицинска сестра, а СРЗГ са с код 1342 – Ръководител в здравеопазването.

Относно извършваните дейности от медицинските сестри у нас съществуват редица проучвания, свързани основно с управлението на ресурса време. Използваните класификации на дейностите в проведените проучвания са универсални за всички медицински професии. Все още липсва класификация на сестринските дейности, която да дава спецификата на този вид труд. В същото време, въвеждането на класификация на сестринските грижи ще доведе до оптимизиране на организацията на работата и ще спомогне за правилното разпределение на персонала. Наличието на класификация на дейностите ще създаде обективни предпоставки за оценка на извършените здравни грижи.

След анализа на регистрираните дейности на ръководителите по здравни грижи и в съответствие със съществуващи европейски и международни класификации в практиката на здравните грижи, се изработиха проекти на Класификация на дейностите на СРЗГ и Класификация на дейностите на ГРЗГ, чрез които се прави бюджет на времето на двете групи изследвани лица.

Регистрираните от РЗГ дейности са класифицирани в 9 основни групи: организационни дейности; контролни дейности; работа с документация; ненатоварено време; административни дейности; управление на персонала; координиращи дейности; дейности, свързани с пациента; други дейности.

В **табл. 10** е представен бюджетът на времето на ГРЗГ в наблюдаваните болнични заведения в продължение на 5 работни дни на основата на разработената класификация на дейностите. Изчислено е средното време за всяка дейност и за всяка от 9-те групи дейности.

**Табл.10. Бюджет на времето на извършваните дейности от ГРЗГ според Класификация №2 (в мин.)**

№	Дейности	Брой изпълнители	Общо време	Средно време
<b>1. Организационни дейности</b>				
1.1.	Разпределение на задачите	3	210	70
1.2.	Преглед на поща	5	475	95
1.3.	Обсъждане на организационни въпроси по отделенията	2	75	37,5
1.4.	Организиране и провеждане на Съвет по здравни грижи	6	605	100,8
1.5.	Изготвяне на план-график за следващата седмица	2	60	30
1.6.	Приключване на работния ден	3	230	76,7
	<b>Средно време за група 1</b>			<b>68,33</b>
<b>2. Контролни дейности</b>				
2.1	Контрол на отделенията	9	1285	142,8
2.2.	Контрол на секторни мед.сестри	2	160	80
2.3.	Проверка на документация в кабинета на главната мед.с.	3	80	26,7
2.4.	Проверка на документация по отделения	2	390	195
2.5.	Проверка на приемни кабинети	3	180	60

1	2	3	4	5
2.6.	Хигиенна проверка по отделения	5	390	78
2.7.	Проверка на работните графици	6	450	75
2.8.	Контрол на потребление на консумативи за определен период	2	210	105
2.9.	Контрол на качеството на пране	4	150	37,5
2.10	Контрол на др.болнични структури	8	740	92,5
	<b>Средно време за група 2</b>			<b>89,3</b>
<b>3. Работа с документация</b>				
3.1.	Писане на отчети	2	165	82,5
3.2.	Изработване на справки за потребление	2	60	30
3.3.	Изработване на справки за биопродукти	2	60	30
3.4.	Попълване на документация, свързана с отпадъци	2	150	75
3.5.	Писане на сведения, заявки	2	170	85
3.6.	Писане на протоколи	3	1080	360
3.7.	Работа с нормативни документи	4	230	57,5
3.8.	Работа с графици	4	1345	336,25
3.9.	Работа с други документи	14	3377,5	241,25
3.10.	Утвърждаване на документация	3	165	55
	<b>Средно време за група 3</b>			<b>135,25</b>
<b>4. Ненатоварено време</b>				
4.1.	Обедна почивка	7	730	104,28
4.2.	Пиене на кафе	4	275	68,75
4.3.	Почивка, лично време	5	410	82
	<b>Средно време за група 4</b>			<b>85,01</b>
<b>5. Административни дейности</b>				
5.1.	Работна среща с мед. управител	14	2782,5	198,75
5.2.	Работна среща със счетоводител, иконом.директор	5	290	58
5.3.	Участие в медицински съвет	2	105	52,5
5.4.	Участие в работни групи по обществени поръчки	4	385	96,25
5.5.	Рапорт със старши персонал	10	1092,8	109,28
5.6.	Участие в лекарски рапорт	4	380	95
5.7.	Участие в стопански съвет	3	180	60
5.8.	Участие в заседание	2	105	52,5
5.9.	Работна среща с началник отделение	2	145	72,5
	<b>Средно време за група 5</b>			<b>88,30</b>
<b>6. Управление на персонала</b>				
6.1.	Решаване на проблем	4	270	67,5
6.2.	Работна среща с персонал	14	1522,5	108,75
6.3.	Подбор на персонала	2	135	67,5
6.4.	Обучение на персонал	3	325	108,33
	<b>Средно време за група 6</b>			<b>88,02</b>
<b>7. Координиращи дейности</b>				
7.1.	Работно посещение в РЗИ	2	130	60,5
7.2.	Служебен разговор с търг.представител	3	65	21,66
7.3.	Служебен разговор с Дирекция „Социално подпомагане“	5	230	46
7.4.	Приемане на писмена информация	5	640	128
7.5.	Предаване на писмена информация	4	120	30
7.6.	Работна среща с др. външни институции	6	2490	415
7.7.	Работна среща с вътрешни болнични структури	5	625	125
	<b>Средно време за група 7</b>			<b>118,02</b>
<b>8. Дейности, свързани с пациент</b>				

1	2	3	4	5
8.1.	Участие в главна визитация	2	150	75
8.2.	Разговор с неосигурени болни	3	200	66,66
8.3.	Разговори с пациенти, близки	4	150	37,5
8.4.	Придружаване на пациент	2	220	110
	<b>Средно време за група 8</b>			<b>72,29</b>
<b>9. Други дейности</b>				
9.1.	Работа с анкети	3	130	43,33
9.2.	Разпределение на хуманитарна помощ	2	2851	142,5
9.3.	Работа по проекти, обучение	2	385	192,5
9.4.	Разпределение на консумативи	4	735	183,75
9.5.	Размножаване на документи	5	550	110
9.6.	Организиране и провеждане на инвентаризация	2	530	265
9.7.	Организиране и провеждане на служебни мероприятия	3	525	175
	<b>Средно време за група 9</b>			<b>104,82</b>

В неформални разговори, участниците в изследването споделят за трудности при точното регистриране на дейностите, които произтичат най-вече от възникване на спешни ситуации (напр., излизане от експлоатация на стерилизатор на лечебното заведение, при което извънредната ситуация става приоритетна и нарушава планирането на деня) и извършване на две и повече задачи едновременно (напр., проверка по отделенията често се съчетава с решаване на проблеми по места, разговори с пациенти и др.)

По аналогичен начин е изследван и бюджетът на времето на общо 161 старши ръководители по здравни грижи (*табл. 11*).

**Табл.11. Бюджет на времето на СРЗГ, според Класификация № 1 (в мин.)**

№	Дейности	Брой изпълнители	Общо време	Средно време
<b>1. Работа с документация</b>				
1.1.	Писане на требвателен лист	79	4540	57,5
1.2.	Писане на епикризи	32	5705	184,03
1.3.	Писане на болнични листа	48	4845	103,08
1.4.	Писане на отчети	43	3930	93,6
1.5.	Писане на протоколи	10	520	52
1.6.	Писане на сведения, справки, рапорти, направления	65	4680	73,1
1.7.	Утвърждаване на документи	7	395	56,4
1.8.	Въвеждане на данни в БИС	39	5995	153,7
1.9.	Изписване на табела	107	11552	108
1.10.	Регистриране на темп. на хладилници и помещения	5	220	44
1.11	Писане на заявки	53	2980	56,2
1.12	Работа с друга документация	99	13000	131,3
1.13	Изписване на консумативи	63	3350	53,2
1.14	Обработка на документи на нови болни	26	2210	85
1.15	Обработка на документи на изписани болни	55	6990	127,1
1.16	Архивиране на документи	3	630	210
	<b>Средно време за група 1</b>			<b>99,26</b>
<b>2. Координиращи дейности</b>				
2.1.	Посещение на аптека	8	670	83,8
2.2	Посещение на др. отделения	9	455	50,6

1	2	3	4	5
2.3	Предаване, приемане на информация	27	1630	60,4
	<b>Средно време за група 2</b>			<b>64,93</b>
3.	<b>Административни дейности</b>	24	2860	119,2
3.1.	Рапорт в отделението	125	11090	88,7
3.2.	Рапорт при главна медицинска сестра	28	1605	57,3
3.3	Работни срещи, съвещания, проверки	47	4145	88,2
3.4.	Участие в лекарски рапорти	28	2595	92,7
3.5.	Участие в съвет по здравни грижи	27	1630	60,2
	<b>Средно време за група 3</b>			<b>101,26</b>
<b>4. Управление на персонала</b>				
4.1.	Подбор на персонала	1	75	75
4.2.	Решаване на проблем с персонал	17	750	44,1
4.3	Обучение на персонала	10	920	92
4.4	Работна среща с персонала, колегиуми	42	2190	52,1
	<b>Средно време за група 4</b>			<b>65,8</b>
<b>5. Контролни дейности</b>				
5.1.	Проверка на спешен шкаф	46	2250	48,9
5.2.	Проверка на документация	59	5635	95,5
5.3.	Проверка на ремонтни дейности	7	640	91,4
5.4.	Проверка на здравни осигуровки	7	290	41,4
5.5	Контрол на хиг. състояние на отделение, апаратура	62	4650	75
5.6.	Контрол на движението на болните	21	1450	69,04
5.7.	Контрол на дейността на персонала	69	6290	91,2
5.8.	Контрол на хигиенното състояние около сградата	6	400	66,7
5.9.	Контрол на опасни отпадъци	3	190	63,3
5.10.	Контрол на кухненски блок	11	595	54,1
5.11.	Контрол при предаване и приемане на бельо	13	670	51,5
5.12.	Проверка на складова наличност	19	1015	53,4
	<b>Средно време за група 5</b>			<b>66,79</b>
<b>6. Дейности, пряко свързани с пациента</b>				
6.1.	Извършване на манипулации	80	14520	181,5
6.2.	Разговор с пациенти	43	3705	86,2
6.3.	Приемане на пациенти	83	14660	176,6
6.4.	Изписване на пациенти	65	8305	127,8
6.5.	Участие в рутинна визитация	100	20342	203,4
6.6.	Вземане на материал за изследване	30	3445	114,8
6.7	Измерване на жизнени показатели	25	1735	69,4
6.8.	Получаване и раздаване на храна	89	13465	151,3
6.9.	Раздаване на лекарства	30	2375	79,2
6.10.	Извършване на превръзки	17	2240	131,8
6.11.	Анкетиране на пациенти	6	200	33,3
6.12.	Обучение на пациенти	11	800	72,7
6.13.	Хигиенна визитация	71	7755	109,2
6.14.	Участие в изследване, операция	51	13050	255,9
6.15.	Извеждане на визитация	35	2745	78,4
6.16	Получаване, регистриране на резултати от изследвания	18	1490	82,8
6.17.	Участие в главна визитация	20	1765	88,3
6.18.	Превеждане, придружаване на пациент	20	1515	75,8
6.19.	Подготовка на пациент за операция, изследвания	14	665	47,5
6.20.	Други дейности, свързани с пациента	47	14900	317,02



1	2	3	4	5
	<b>Средно време на група 6</b>			<b>124,1</b>
<b>7. Организационни дейности</b>				
7.1.	Зареждане с консумативи	88	9150	104
7.2.	Зареждане с медикаменти	14	710	50,7
7.3.	Получаване и разпределение на лекарства, консумативи	71	5815	81,9
7.4.	Записване на нови болни	23	2905	126,3
7.5.	Писане на график	63	6740	107
7.6.	Подготовка на формуляри, материали за работа	36	2595	72,1
7.7.	Служебни телефонни разговори	19	945	49,7
7.8.	Организиране на ремонтни дейности	27	1475	54,6
7.9.	Поддържане на апаратура	24	1910	79,6
7.10.	Организация на задачите за деня	30	2205	73,5
7.11.	Корекция на график	18	1510	83,9
7.12.	Предаване, приемане на дежурство	73	7502	102,8
7.13.	Организация на консултации, изследвания	35	2080	59,4
7.14.	Организация на храненето	6	870	145
7.15.	Дейности, свързани с дезинфекция на отделението	37	2470	66,8
7.16.	Дейности, свързани със стерилизация на материали	26	3435	132,1
	<b>Средно време на група 7</b>			<b>86,83</b>
<b>8. Ненатоварено време</b>				
8.1.	Подготовка, приключване на работа	24	1765	73,5
8.2.	Почивка, кафе	80	8120	101,5
8.3.	Лични телефонни разговори, лично време	7	250	35,7
	<b>Средно време на група 8</b>			<b>70,23</b>
<b>9. Други дейности</b>				
9.1.	Работа в специализиран кабинет	18	5200	288,9
9.2.	Учебни дейности със студенти	11	1195	108,6
9.3.	Участие в инвентаризация	11	2220	201,8
9.4.	Извършване на допълнителни задачи	20	2400	120
9.5.	Изготвяне на здравно-просветни материали	5	455	91
9.6.	Работа с анкетни карти	3	240	80
	<b>Средно време на група 9</b>			<b>148,38</b>

Съгласно Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ) и длъжностните характеристики, основните задължения на РЗГ в лечебните заведения за болнична помощ (ЛЗБП) са да организират, координират и осигуряват качеството на здравните грижи, съответно на ниво лечебно заведение за ГРЗГ и на ниво отделение/клиника за СРЗГ. Оттук следва, че основният разход на време за съответните специалисти трябва да кореспондира с изпълнението на приоритетните отговорности, регламентирани в нормативната база.

В **табл. 12** е представено разпределението на времето на включените в проучването ръководители по здравни грижи по групи и дейностите с най-голям разход на време от всяка група.

Както се вижда от данните в **табл. 12 и фиг. 7**, при двете категории ръководители по здравни грижи разпределението на времето по групи и дейностите, отнемащи най-много време са различни.

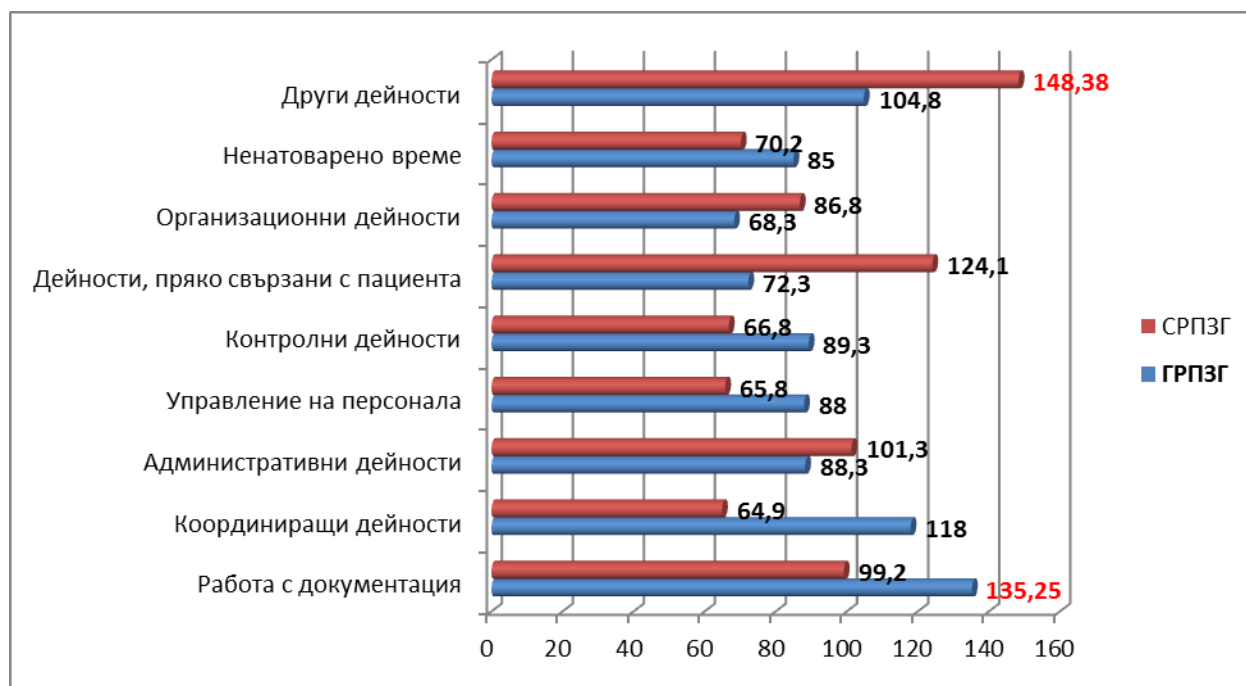
За ГРЗГ дейностите, свързани с документацията, са с най-голям разход на време – средно време за периода **135,3 мин.**, следвани от координиращите дейности – 118 мин.

**Табл. 12. Дейности с най-голям разход на време и масовост на извършване от ръководителите по здравни грижи**

Група дейности	ГРЗГ		СРЗГ	
	Средно време (мин)	Масовост (брой лица)	Средно време (мин)	Масовост (брой лица)
<b>Работа с документация</b>	<b>135,3</b>		<b>99,2</b>	
Работа с графици	336,3	4	-	-
Работа с др. документи	241,3	14	-	-
Писане на епикризи	-	-	184	32
Изписване на табела	-	-	108	107
<b>Координиращи дейности</b>	<b>118</b>		<b>64,9</b>	
Раб. срещи с външни институции	415	6	-	-
Посещение на аптека	-	-	83,8	8
Предаване, приемане на документация	-	-	60,4	27
<b>Административни дейности</b>	<b>88,3</b>		<b>101,3</b>	
Работна среща с управителя на ЛЗБП	198,8	14	-	-
Участие в лекарски рапорт	-	-	92,7	28
Рапорт в отделението	-	-	88,7	125
<b>Управление на персонала</b>	<b>88</b>		<b>65,8</b>	
Работни срещи с персонала	108,8	14	-	-
Работни срещи с персонала/колегиуми	-	-	52,1	42
<b>Контролни дейности</b>	<b>89,3</b>		<b>66,8</b>	
Контрол на отделения/клиники	142,8	9	-	-
Контрол на документация	-	-	95,5	59
Контрол на дейността на персонал	-	-	91,2	69
<b>Дейности, пряко свързани с пациента и неговите близки</b>	<b>72,3</b>		<b>124,1</b>	
Придружаване на пациенти	110	2	-	-
Разговори с пациенти и близки	37,5	4	-	-
Изследване, операция, манипулация	-	-	255,9	51
Участие във визитация	-	-	203,4	100
<b>Организационни дейности</b>	<b>68,3</b>		<b>86,8</b>	
Организиране и провеждане на СЗГ	100,8	6	-	-
Организация на храненето	-	-	145	6
Зареждане с консумативи	-	-	104	88
<b>Ненатоварено време</b>	<b>85</b>		<b>70,2</b>	
Обедна почивка	104,3	7	-	-
Почивка, кафе	-	-	101,5	80
<b>Други дейности</b>	<b>104,8</b>		<b>148,4</b>	
Провеждане на инвентаризация	265	2	-	-
Размножаване на документи	110	5	-	-
Работа на кабинет/регистратура	-	-	288,9	18
Извършване на допълн. задачи	-	-	120	20
<b>Общо средно време</b>	<b>849,3</b>	-	<b>827,5</b>	-

При СРЗГ с най-голям разход на време е групата „други дейности“ – средно време **148,4 мин.** В тази група се включват дейности като „изпращане на пратка по куриер“, „раздаване на купони за храна“, „оценяване на консумативи“, „участие в обучение за старши ръководители“, „организиране на тър-

жества“ и др. На второ място по разход на време се нареждат дейностите, пряко свързани с пациенти – средно време 124,1 мин. И двете групи дейности са доста отдалечени от основното задължение на СРЗГ - отговорността за управление на качеството на здравните грижи в съответните звена.



**Фиг. 7. Средна продължителност на дейностите по групи за ръководителите по здравни грижи (в мин.).**

Наредба №1 за професионалните дейности включва общо 97 самостоятелни и колаборативни дейности на медицинска сестра – общ профил. Те са представени като компетенции без да са обвързани с конкретни длъжности.

Анализът на 10 длъжностни характеристики (по 5 за главни и старши медицински сестри) и съпоставянето на средния брой регламентирани дейности в тях дейности с регистрираните в дневниците за одит на времето показва съществени различия (**табл. 13**).

**Табл.13. Реално извършвани дейности, от РЗГ в болнични лечебни заведения и регламентирани в нормативните документи (в бр.)**

	Главна мед. сестра	Старши мед. сестра
Среден брой регистрирани дейности в дневниците за одит на времето	61	86
Среден брой дейности в анализирани длъжностни характеристики	25	35
Разлика	36	51
Брой дейности по Наредба №1/2011 на МЗ	97	

Преодоляването на констатираното несъответствие е възможно чрез оптимизиране работата на ръководителите по здравни грижи в две насоки:

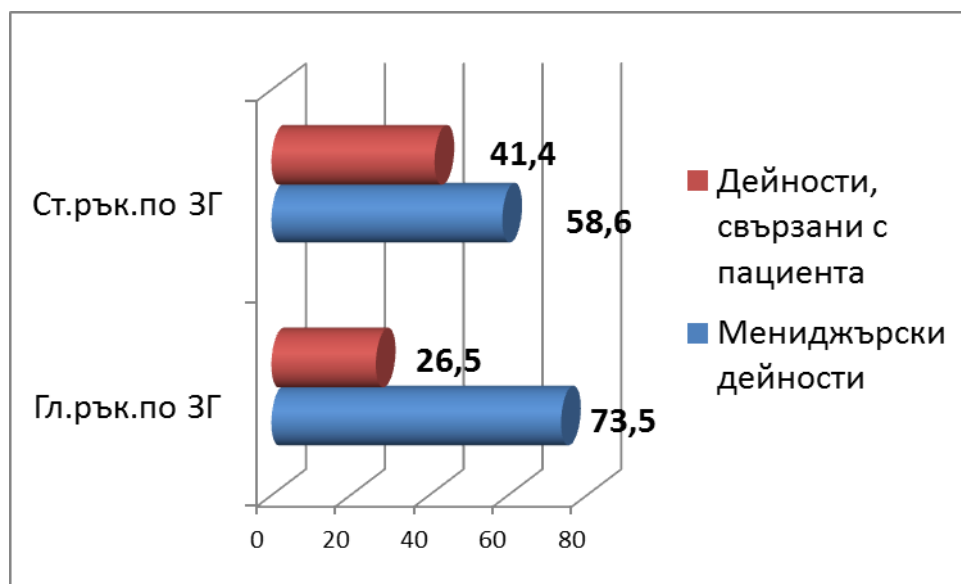
- приложение на унифицирана класификация на дейностите към съответната длъжностна характеристика;

- адекватно заплащане на извършени допълнителни дейности извън длъжностната характеристика.

На база на анализа на реално извършените дейности, регистрирани в дневниците, са разработени проекти на две класификации. Дейностите във всяка от тях са групирани в зависимост от спецификата им, като две са групите с най-голям брой дейности, включени и в двете класификации:

- дейности, свързани с предоставянето на грижи за пациента;
- мениджърски дейности.

От **фиг. 8** се вижда, че независимо от факта, че СРЗГ е мениджърска позиция и основните ѝ задължения са управленски, времето за обгрижване на пациентите заема значителна част от работното време (41,4%). За останалите изследвани лица, съотношението между двете групи дейности е адекватно на задълженията, съответни на заеманата длъжност.



**Фиг. 8. Разпределение на времето на ГРЗГ и СРЗГ по видове дейности (в %)**

Извършването на разнородни дейности в работно време може да се свърже с една от причините за неефективно управление на времето – **липсата на приоритети**. Съгласно нормативната уредба РЗГ са мениджъри. Приоритетните дейности, определени в длъжностните им характеристики би трябвало да са в съответствие с целите на лечебното заведение. Невъзможността за тяхното изпълнение неизбежно е препятствие за реализиране на целите. Получените в нашето изследване резултати са тревожни и изискват своевременни мерки за решаване на проблема.

### 2.3. ЕКСПЕРТНА ОЦЕНКА НА ПРОЕКТИТЕ ЗА КЛАСИФИКАЦИИ НА ДЕЙНОСТИТЕ НА РЪКОВОДИТЕЛИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ

На включените в проучването дванадесет национални експерта в областта на управлението на здравните грижи бяха предоставени за оценка проектите за класификации на дейностите на РЗГ.

Анализът на получените експертни мнения показва, че проектите за класификации се приемат добре от експертната група. Единични са различните от „да“ отговори (*табл. 14*).

**Табл. 14. Разпределение на мненията на експертите относно проектите за класификации на дейностите на РЗГ**

№	Съждения/въпроси	Да	Не мога да преценя	Не
1.	Считате ли, че предложените класификации отговарят на общоприетите изисквания за техническо оформяне?	12	-	-
2.	Предложените класификации са необходими за оптимизиране на качеството на здравните грижи.	12	-	-
3.	Предложените класификации са адекватни на Наредба №1/8.02.2011г.	12	-	-
4.	Класификациите на дейностите могат да бъдат елемент от длъжностните характеристики.	11	1	-
5.	Предложените групи дейности в Класификация №1 са изчерпателни за съответната длъжност.	10	-	2
6.	Предложените групи дейности в Класификация №2 са изчерпателни за съответната длъжност.	9	1	2
7.	Дейностите, включени в групите са добре формулирани.	12	-	-
8.	Считате ли, че предложените класификации ще могат да се използват за остойностяване на дейностите?	12	-	-

Почти половината от експертите са изразили свои критични бележки и предложения в свободен текст:

- От класификацията на дейностите на СРЗГ да отпаднат дейностите „**писане на епикризи**“ и „**писане на болнични листа**“, които не са заложили по нормативни документи за изпълнение от СРЗГ. Тези дейности не се изучават в базовото образование на професионалистите по здравни грижи. Това са допълнителни умения, за които е логично да се предвиди допълнително заплащане.
- Двама от експертите изразяват несъгласие относно твърде голямата изчерпателност на класификациите.
- Да отпадне групата на дейностите, пряко свързани с пациента в класификацията на дейностите за ГРПЗ, тъй като съгласно ЗЛЗ „главната сестра координира и контролира грижите за пациента“.
- Детайлизиране на дейностите, свързани с управлението на персонала.

На въпроса „Какви затруднения могат да възникнат при прилагане на класификациите в практиката?“ са отговорили пет участника в експертната група. Те предвиждат затруднения в резултат на:

- Липсата на механизъм, който да регламентира и контролира, включените в класификациите дейности.
- Съпротива на промяната.
- Липса на време за регистриране на дейностите.
- Невъзможност за остойностяване на всички дейности.

Последният въпрос от картата за експертна оценка касае възможностите за внедряване на класификациите. Осем участника в експертната група са взели отношение по този въпрос. Всички те подчертават необходимостта от законово регламентиране на класификациите. Половината от отговорилите предлагат въвеждането на класификациите в практиката да се предшества от сериозна разяснителна дейност сред съсловието, а останалата половина – след провеждането на повсеместни професионални дискусии и дебати по проблема.

Резултатите от експертната оценка показват, че над 80% от експертите считат, че предложените класификации са изчерпателни и могат да бъдат елемент от длъжностната характеристика. Всички експерти (100%) одобряват формулировката на дейностите в класификациите и техническото оформление. Експертите смятат, че класификациите са необходими за оптимизиране на качеството на здравните грижи и могат да служат като ефективен инструмент за диференцирано заплащане на професионалистите по здравни грижи.

#### **2.4. РЕЗУЛТАТИ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ СРЕД ПАЦИЕНТИ**

Основна цел на здравните грижи е постигането на добро качество и удовлетвореност на пациентите/клиентите като потребители на здравни услуги. След приемането на Р България за член на Европейския съюз, значимостта на проучването на мнението на пациентите относно предоставянето на медицински и здравни грижи придобива още по-голяма значимост.

В тази част на изследването е налице висока степен на отзоваване - от раздадени 280 анкетни карти са попълнени 256 (92,9%).

Удовлетвореността на пациентите е комплексно понятие, което включва удовлетворение от материална база, от хранене, от провеждано лечение, от отношение на персонала към тях, както и от предоставяните им грижи от постъпването до изписването им. В редица проведени проучвания (Г. Чанева, Т. Веков, С. Кирилов и др.) се установява над 50% удовлетвореност на пациентите от отношението на персонала. Обикновено се изследва удовлетвореността от отношението на персонала като цяло или по категории. В повечето случаи РЗГ не се диференцират в отделна група.

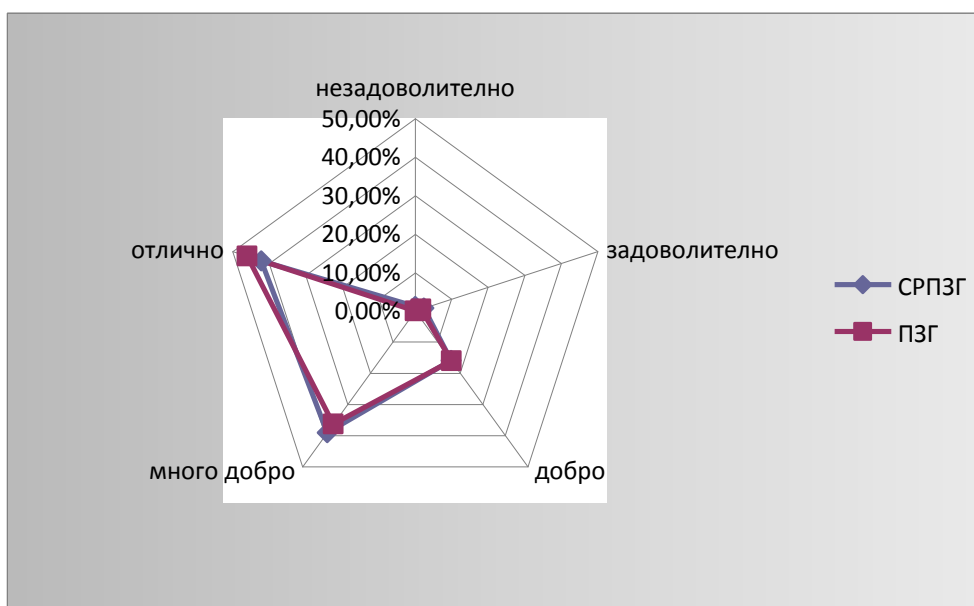
Данните в **табл. 15** показват, че услугите на включените в проучването болнични лечебни заведения се ползват основно от пациенти в трудоспособ-

на възраст - 81,3% от изследваните лица. Сред анкетираните пациенти преобладават жените (62,9%) и лицата със средно образование (51,6%).

В настоящето проучване бе дадена възможност на пациентите да оценят както отношението на редовия персонал, така и на ръководителите по здравни грижи в отделението/клиниката. От **фиг. 9** се вижда, че оценката на ПЗГ и на СРЗГ е почти идентична. За редовия персонал няма получена оценка „незадоволително“, за разлика от групата на СРЗГ, за отношението на които 3 пациенти (1,2%) дават незадоволителна оценка. Отличните оценки в полза на редовия персонал са дали 118 пациенти (46,1%) в сравнение с отличните оценки за СРЗГ – 108 (42,2%).

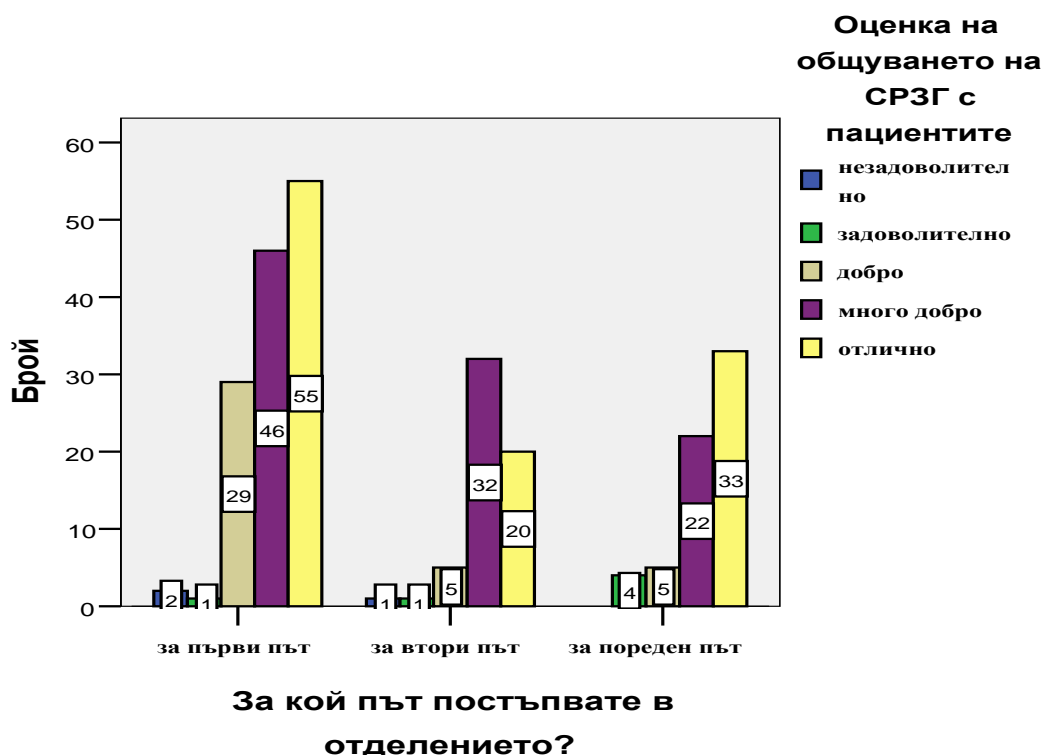
**Табл. 15. Разпределение на анкетираните пациенти според пол, възраст и образование (в брой и %)**

Променливи	Категории	Брой	%
<b>1. Пол</b>	жена	161	62,9
	мъж	95	37,1
<b>2. Възраст</b>	До 40 години	87	34
	От 40 до 65 години	121	47,3
	Над 65 години	48	18,7
<b>3. Образование</b>	Основно	54	21,1
	Средно	132	51,6
	Полувисше	30	11,7
	Висше	40	15,6



**Фиг. 9. Удовлетвореност на пациентите от отношението на специалистите по здравни грижи и СРЗГ**

Анализът на данните показва съществено различие в оценката на респондентите относно общуването на СРЗГ с пациентите и поредността на постъпването им в лечебното заведение. Както се вижда от **фиг. 10**, най-често отлична оценка дават пациентите, които постъпват за първи път (55 души). При всяка следваща хоспитализация, относителният дял на лицата, оценили общуването на РЗГ като много добро намалява постепенно. Различия по пореден път на хоспитализация са статистически значими ( $\chi^2=21,412$ ;  $df=8$ ;  $P<0,05$ ;  $\Phi=0,289$ , коефициент на корелация на Крамер= $0,205$ , коефициент на контингенция = $0,278$ ).



**Фиг. 10. Преценка на пациентите за общуването със СРЗГ според броя на хоспитализациите (в брой)**

Един от елементите на оценката на потребителите е удовлетвореността на пациентите от времето, предоставяно им от персонала на съответното отделение/клиника. Повече от половината от анкетираните лица (59,4%) не са удовлетворени от отделеното им време.

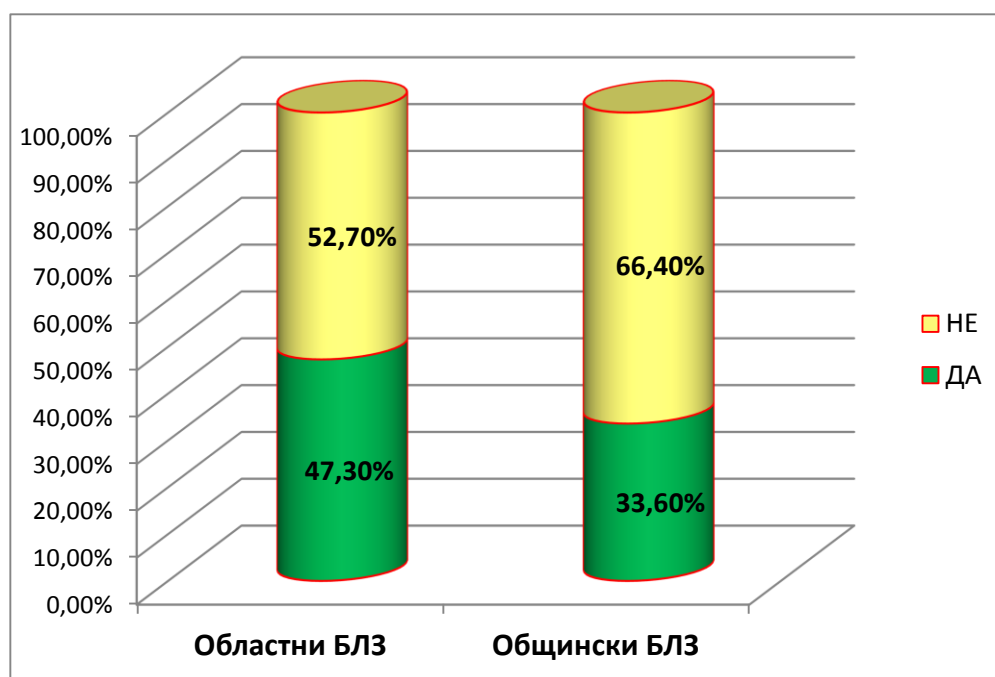
При съпоставяне на отговорите на пациентите и на персонала на въпросите, свързани с времето, отделено за общуване, се установява явно несъответствие. Повече от 65% от анкетирания персонал отговаря, че винаги общува с пациентите и 23,1% посочват, че общуват често (**табл. 16**).



**Табл. 16. Разпределение на отговорите на ПЗГ относно общуването с пациентите (в брой и %)**

Отговори	Брой	Относ. дял (%)	Кумулативен %
Винаги	256	65,6	-
Често	90	23,1	88,7
Понякога	37	9,5	98,2
Никога	7	1,8	100,0
Общо	390	100,0	

В същото време, 52,7% от анкетираните пациенти в областните болници и 66,4% в общинските болници считат, че времето, което персоналът заделя за тях, не е достатъчно (**фиг. 11**). По-високият относителен дял на неудовлетворените в общинските ЛЗБП може да се обясни до известна степен с недостига на персонал в по-малките населени места.



**Фиг. 11. Разпределение на удовлетвореността на пациентите от заделяното им време от страна на медицинските сестри (в %)**

Анализът на удовлетвореността и възрастта на пациентите установи, че най-неудовлетворени от отделеното им от медицинските сестри време са пациентите в активна възраст (46–55 г.), а най-удовлетворени са тези от възрастовата група (56–65 г.), но различията са статистически незначими ( $\chi^2=8,889$ ;  $df=5$ ;  $P>0,05$ ).

### III. ПОДХОДИ ЗА ЕФЕКТИВНО УПРАВЛЕНИЕ НА ВРЕМЕТО С ПРАКТИКО-ПРИЛОЖЕН ХАРАКТЕР ЗА ПРОФЕСИОНАЛИСТИ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ

#### 3.1. Коефициент на интензивност

Сложността и спецификата на медицинския труд са обект на изследване и анализ от редица автори (С. Кирилов, Д. Димитров, И. Бангъзов). Според И. Бангъзов (1986) изучаването на съдържанието на труда на медицинските работници се основава на изследването на разхода на работно време за изпълнението на отделните видове трудови операции. Н. Радев (2007) характеризира всеки разход на време чрез:

- **Продължителност** – минута, час, ден и т.н.
- **Интензивност** – обем на извършеното за единица време
- **Качествена определеност** – зависи от характера на извършваната дейност
- **Равнище** – обуславя се от сложността и ефективността на дейност.

Една от възможностите за подобряване на използването на времето е чрез интензификация на дейността, като за единица време се постига повече и по-високо качество. Експерти в организацията на труда на медицинските работници препоръчват изучаването да се осъществява в три аспекта:

- **Елементен анализ** – разчленяването на трудовата дейност на нейния елементен състав служи като основа за изучаване на пространствената и времевата организация на труда.
- **Пространствена организация** – най-общо разходите на работно време могат да се подразделят по пространствен признак на два вида: зона А – разходи на време на работното място и зона Б – разходи на време на извънработното място. Изследването на зоналната класификация на работното време дава възможност за подобряване на организацията на труд и създаване на оптимална структура на работното време.
- **Времени аспект на организацията на труда** – основна цел на този анализ е усъвършенстване на работните норми/еталони и формиране на рационални баланси на работното време в различните смени на де-нонощието. При този вид анализ задължително се използва класификация на дейностите.

За изучаване пространствената организация и ефективността на медицинския труд се използва коефициент на интензивност:

$$K_{\text{инт.}} = \frac{\sum t}{t_i}$$

където  $\sum t$  – сума на времето по класове работа

$t$  = общо време на наблюдението

Този коефициент косвено характеризира интензивността на труда по отношение на обосноваността и рационалността на разходите на труд.

По-високата интензивност на труда представлява скрито увеличение на работното време и това е средство за по-ефективно използване на човешкия потенциал.

Индивидуалната интензивност на труда е тази, която работникът постига на своето работно място при съществуващите организационно-технически условия.

Средната интензивност на труда е показател за характеризиране на интензивността на труда в групата, отрасъла, предприятието или сферата на дейност.

Абсолютната интензивност на труда е показател за количеството на физическата и нервно-психическата енергия, която работникът изразходва за единица работно време.

Стойностите на коефициента на интензивно използване на труда варират от 0,1 до 1,0. Колкото получената стойност е по-близка до 1,0, толкова по-интензивно използване на работното време е осигурено в съответната организация.

Ако използваме данните от **табл. 10 и 11** за изчисляване на коефициента на интензивност за двете групи участници в одита на време се получават следните стойности:

$$1.3a \text{ ГРЗГ} - K_{\text{инт.}} = \frac{849,34}{2400} = 0,4$$

$$2.3a \text{ СРЗГ} - K_{\text{инт.}} = \frac{827,58}{2400} = 0,3$$

Получените стойности доказват висока интензивност на труда на РЗГ, макар и без претенции за точност, тъй като за изчислението на този коефициент е необходимо точно пряко одитиране на всяка дейност с цел изработването на еталонни разходи на време за всяка дейност.

### 3.2. Мрежово планиране

Мрежовото планиране е един от количествените методи в управлението и бизнеса. За първи път се използва в САЩ в края на 50-те години преди всичко за планиране и конструиране изпълнението на ракетни програми. По-късно приложението на мрежовото планиране постепенно се разраства. През последните години навлизането му в практиката е значително – на негова база са създадени типови похвати за анализ, оптимизация с тясна специализация в строителството, транспорта, складовото стопанство и при разработване и изпълнение на проекти от най-различен характер.

Възможности на мрежовото планиране са:

- онагледяване на комплекс от операции, реализацията на които води до постигане на поставените цели;

- изобразява не само съвкупността от всички операции, но и технологичните и логически връзки между тях;
- чрез мрежовото планиране е възможно управлението и координацията на действия на един или няколко изпълнители;

Елементите на мрежовия модел са:

А. **Дейност** – процес, който включва отделните части, от които се състои общата задача или мероприятие. Дейността може да бъде:

- **действителна дейност** – изпълнението изисква разход на време и на ресурси;

- **чакане/изчакване** – нейното изпълнение изисква само разход на време;

- **фиктивна дейност** – изпълнението не изисква нито време, нито ресурси, а отразява логически връзки.

Б. **Събитие** – символизира резултат от една работа и готовността за започване на следваща работа. Няма продължителност във времето. В мрежовия модел събитията се изобразяват като възли. Възможни са начало и край на събитието. Същност събитието е това което се случва в резултат на дейността.

В. **Път** – непосредствена последователност от работи, при които крайното събитие на една работа съвпада с началното събитие на следващата работа. Възможни са :

- **пълнен път**, който свързва началното и крайното събитие на проекта и

- **критичен път** – път без резерв от време или най-дългия път в мрежовия график.

За приложението на мрежовия график е необходимо да се знаят параметри на мрежовия модел. Част от тях, които имат отношение към управление на времето са:

• Времетраене на дейностите –  $Y_{ij}$

• Най-ранен срок за настъпване на резултат I (събитие) –  $t_{pi}$

• Най-късен срок за настъпване на резултата I (събитие) -  $t_{ki}$

• Резерв от време за получаване на резултата (събитие) –  $R_i$

Записът на тези параметри в мрежовия модел се осъществява по определен начин, показан на **фиг. 12**.

В приложението на мрежовото планиране се разграничават следните етапи:

• описание на дейностите, водещи до съответния резултат, в последователен ред и със съответната продължителност;

• изготвяне на мрежови график (модел) съобразно логическите правила за построяване

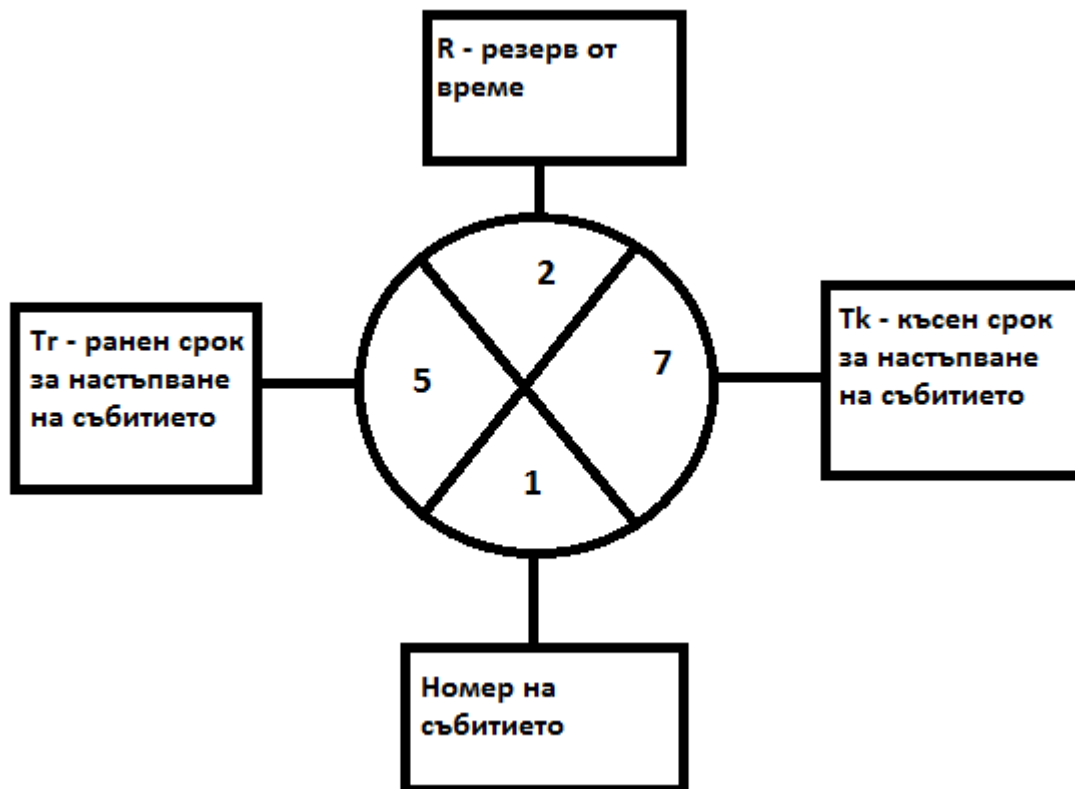
• намиране на най-краткия срок за постигане на резултата.

За да се намери най-краткият срок за постигане на даден резултат, т.е. да се реши мрежовият модел е необходимо да се определят:

- ранните срокове за настъпване на резултатите/събитията;

- късните срокове за настъпване на събитията;
- параметрите на дейностите;
- резервът от време.

Възможността да се определи и да се обективизира резерва от време е значимият момент за управлението на времето.



Фиг. 12. Обозначаване на параметри на събитие/резултат в мрежови модел

Същността на мрежовото планиране като количествен метод в управлението, дава основание да се предложи прилагането му и в областта на здравните грижи.

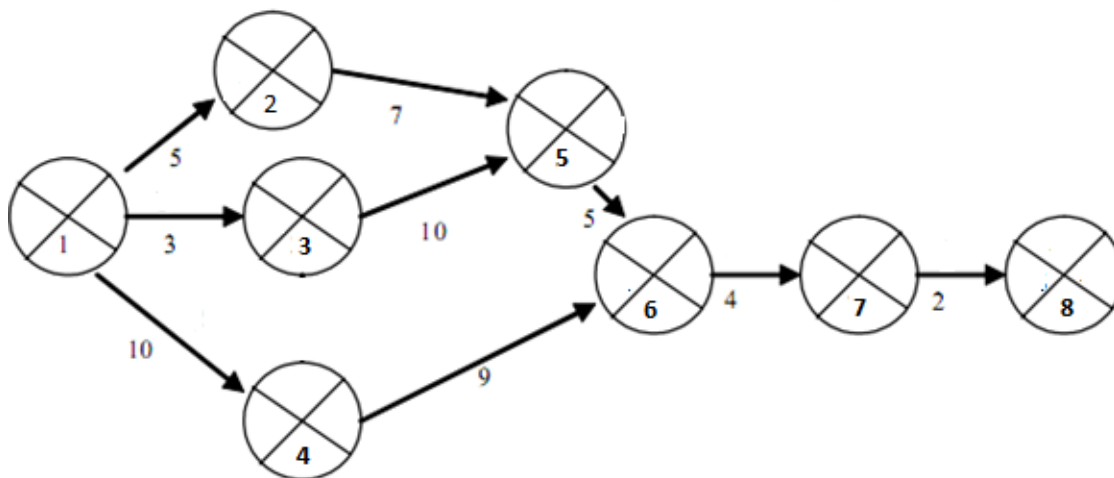
**Например:** Да се състави мрежов модел на една от дейностите на старши ръководител по здравни грижи – анкетиране на пациенти. Следвайки посочените по-горе етапи, може да се приложи мрежовия модел с цел планиране на времето.

Дейностите, които е необходимо да се извършат за изпълнението на тази задача са следните:

1. Подготовка за анкетиране на пациенти – 5 дни
2. Сформиране на екип – 3 дни
3. Обучение на екип за използване на анкетни карти -10 дни
4. Обучение на екип за работа с пациенти – 7 дни
5. Подбиране на пациентска група – 10 дни
6. Изпращане на анкетните карти – 9 дни
7. Събиране на анкетните карти – 4 дни

## 8. Анализ на резултатите – 2 дни

Съставянето на мрежови модел/график се извършва по определени правила като се съобразява последователността от получените резултати/събития и взаимовръзката между тях (**фиг. 13**).



**Фиг. 13. Общ мрежови модел**

Мрежовият модел ни дава представа за връзките между отделните дейности и тяхната продължителност в дни. За постигане на събитие/резултат 2 са необходими 5 дни, за постигане на събитие 3, съответно са необходими три дни и т.н. Постигането на крайното събитие 8 изисква общо 55 дни.

Възможно ли е тази дейност да се постигне за по-кратък период от време? При кои от дейностите има резерв от време, т.е. съществува ли възможност да се оптимизира управлението на времето?

Отговорите на тези въпроси ни дава решението на мрежовия модел.

Като начало се определят ранните срокове за настъпване на събитията чрез формулата:

$$t_p'(2) = t_{p1} + t_{p2} = 0 + 5 = 5$$

$$t_p'(3) = t_{p1} + t_{p3} = 0 + 3 = 3$$

$$t_p'(4) = t_{p1} + t_{p4} = 0 + 10 = 10$$

$$t_p'(5) = \max \{ t_{p2} + 7; t_{p3} + 10 \} = \{ 12; 13 \} = 13$$

$$t_p'(6) = \max \{ t_{p5} + 5; t_{p4} + 9 \} = \{ 18; 19 \} = 19$$

$$t_p'(7) = t_{p6} + t_{p7} = 19 + 4 = 23$$

$$t_p'(8) = t_{p7} + t_{p8} = 23 + 2 = 25$$

$$T_{кр} = t_p'(8) = 25$$

Ясно е, че крайният резултат или събитие могат да настъпят най-рано за 25 дни, т.е. това е критичният път за постигане на този резултат.

За да намерим резерва от време трябва да определим и най-късните срокове за настъпване на събитията/резултатите. В този случай изчисленията

започват отзад напред, т.е. от последното събитие. Формулата е аналогична, но се използва действие „изваждане“.

$$t_k(8) = T_{кр} = 25$$

$$t_k(7) = t_{k8} - t_{78} = 25 - 2 = 23$$

$$t_k(6) = t_{k7} - t_{67} = 23 - 4 = 19$$

$$t_k(5) = t_{k6} - t_{56} = 19 - 5 = 14$$

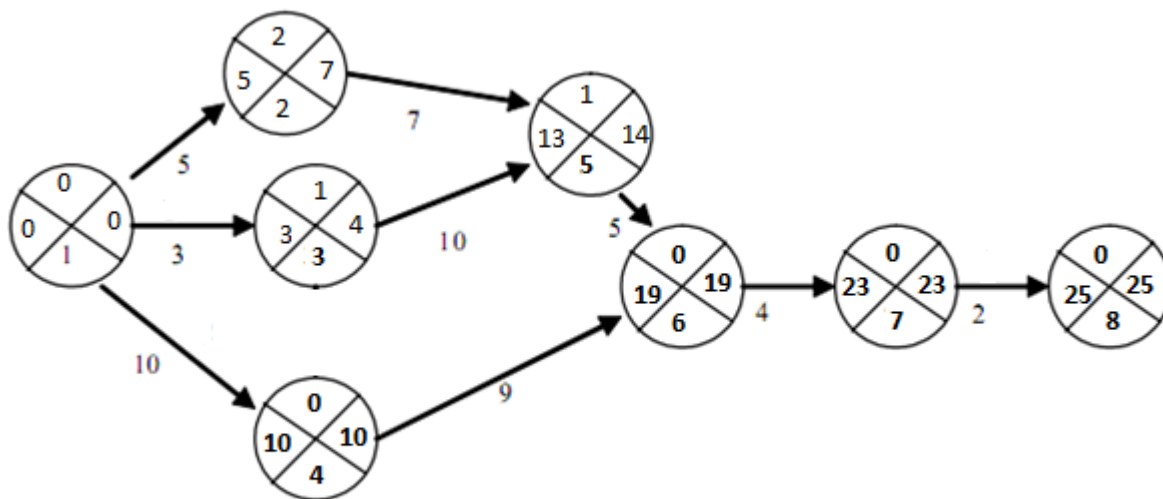
$$t_k(4) = t_{k6} - t_{46} = 19 - 9 = 10$$

$$t_k(3) = t_{k5} - t_{35} = 14 - 10 = 4$$

$$t_k(2) = t_{k5} - t_{25} = 14 - 7 = 7$$

$$t_k(1) = \min \{ t_{k2} - t_{12}; t_{k3} - t_{13}; t_{k4} - t_{14} \} = \{ 7 - 5; 4 - 3; 10 - 10 \} = \{ 2; 1; 0 \} = 0$$

След като се определят късните срокове за настъпване на резултата и се нанесат в мрежовия модел на съответните места се вижда при кои събития е налице резерв от време (**фиг. 14**).



**Фиг. 15** Мрежов модел с ранни и късни срокове на събитията и с резерв от време

Резервът от време за всяко събитие/резултат се изчислява чрез формулата:

$$R_i = t_{ki} - t_{pi}$$

От **фиг. 15** се вижда, че в конкретния пример резерв от време има при събитие/резултат 2,3,5, съответно  $R_2=2$  дни;  $R_3=1$  ден;  $R_5=1$  ден. Изводите могат да бъдат полезни за всеки мениджър, който се стреми към непрекъснато усъвършенстване на своята работа и дейността на подчинените.

Полезното за управлението на времето е, че модела дава възможност да се намери най-краткият срок за изпълнението. Това е само една от възможностите на мрежовото планиране. Съществуват и много други възможности на модела, но те изискват задълбочени математически познания и съответна подготовка.

Чрез използването на част от формулите на мрежовото планиране е възможно да се изчисли действителното време, а не очевидното, което е в помощ на планирането като елемент от ефективното управление на времето.

### **3.3. Алгоритмизацията като метод за оптимизиране на управлението на времето**

Алгоритмизацията е позната като метод на обучение в медицинското образование, който принадлежи към групата на активизиращите методи. Чрез използването на алгоритъм се постига унифициране на извършван процес или определена дейност.

Алгоритмичният анализ се използва при изучаване на организацията на труда за изработване на професиограма.

М. Митова (1998) определя алгоритмизацията като строга последователност от действия, в резултат на което се цели постигане на определен резултат. Това обяснява приложението на алгоритмите в почти всички медицински специалности.

Според Бангъзов (1986) същността на алгоритъма се състои в разчленяване на трудовия процес на съставните му елементи – манипулации, движения, действия и в определяне на логическата връзка между тях и последователността на изпълнението им.

Управлението на времето е модул от здравния мениджмънт и акцентира именно на резултатите, което е предпоставка за инициране на приложението на **алгоритмизацията и в мениджърската дейност** на ръководителите по здравни грижи.

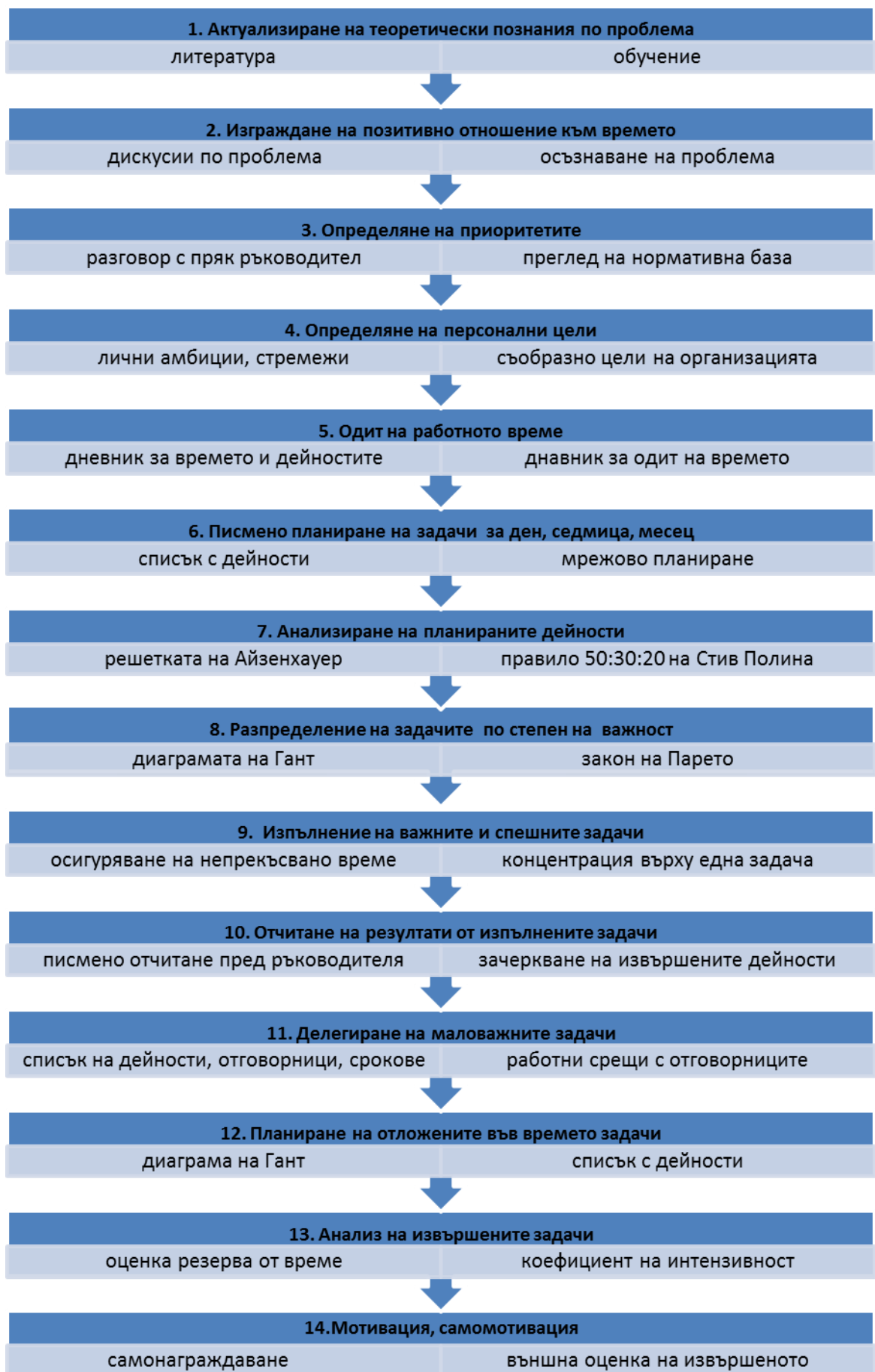
Планирането и организирането са сърцевината на управлението на времето. Това ни дава основание да предложим универсален **алгоритъм за ефективно управление на времето на ръководителите по здравни грижи**, който предполага усъвършенстване и адаптиране към различни конкретни ситуации (*фиг. 16*).

Практическата значимост на предложения алгоритъм се обосновава от включените методи и средства/стратегии, които могат да се прилагат за успешното справяне с всяка от дейностите.

Изучаване на литературата по проблема, подходящо обучение, провеждане на дискусии, прилагане на закона на Парето, матрицата на Айзенхауер са част от предложените методи от експерти по управление на времето.

Обединяването на стратегии, методи и средства в предложения универсален алгоритъм по управление на времето е алтернатива за ръководителите по здравни грижи по отношение на управлението на ресурса „време”. Използването му е лично решение на ръководителите по здравни грижи, оценяващи значимостта на времето. Препоръчително е валидизиране и актуализиране преди приложението му в дадена организация.





**Фиг. 16. Алгоритъм за управление на времето на РЗГ**

### 3.4. Учебна програма по управление на времето

В съответствие с изпълнението на задача 6 на проучването и анализът на получените резултати за комплицирания характер на ресурса „време“ в ЛЗБП, както и установявания слаб изследователски интерес по проблема към настоящия момент, се извърши актуализиране на разработената от нас учебна програма по управление на времето.

Дисциплината „Управление на времето“ се изучава от студентите, обучаващи се в образователно-квалификационна степен „магистър“ на специалност „Управление на здравните грижи“ и съгласно Наредбата за единни държавни изисквания (в сила от учебната 2006-2007) тя е задължителна. Разработената от нас учебна програма за тази дисциплина влиза в сила от учебната 2006/2007 г. и се актуализира ежегодно.

**Целта** на обучението по управление на времето е да се задълбочат познанията на студентите от магистърската програма по проблемите на ефективното управление на времето като един от най-важните ресурси в управленската дейност на всички нива.

Обучението трябва да постигне следните задачи:

- Да разбират същността на понятието „управление на времето“ и значимостта на този проблем в мениджмънта на здравните грижи;
- Да анализират критично основните обективни и субективни препятствия за ефективно използване на времето на своето конкретно работно място;
- Да извършват самооценка и самоанализ на отношението към времето и да определят своята индивидуална ориентация (и тази на ръководните от тях лица) към времето ресурс;
- Да определят приоритетите в работата на мениджъра, да оценяват цялостното използване на времето, да го сравняват с приоритетите в работата и да идентифицират явните и потенциалните проблеми, свързани с управлението на времето;
- Да овладеят конкретни стратегии за ефективно управление на времето, свързани с оптимизация на личностните подходи на мениджъра към задачите, работата с писмени документи, оптимизацията на връзките и взаимоотношенията с членовете на колектива и оптимизацията на работната среда.
- Да придобият умения за разработване и прилагане на персонална стратегия за ефективно управление на времето и за проследяване и измерване на промените в дейността на мениджъра в резултат на прилагане на стратегии за управление на времето.

Методите на обучение, прилагани за усвояване на знанията и уменията са лекционно изложение, типови и ситуационни учебни задачи, дискусия, дебат, демонстрация на различни средства и стратегии за управление на времето и дискусия за възможностите за прилагането им в практиката.

Заключителният контрол на знанията и уменията завършва чрез практическа задача и дидактически програмиран контрол. Първата част на изпитната процедура включва самоодитиране на работното време по места в продължение на пет работни дни с цел формиране на позитивно отношение към ефективното оползотворяване на работното време. В деня на изпита студентите представят обработени резултати от самонаблюдението и възможности за преодоляване на неоползотвореното работно време. Резултатите на обучаваните са много добри и отлични, което дава основание да се приеме, че програмата е в съответствие с потребностите на обучаваните.

Актуализираната учебна програма за учебната 2012/2013 г. акцентира върху бюджета на времето и новите алтернативи за ефективното му управление.

## ИЗВОДИ

1. Проучването на отношението към управлението на времето сред професионалистите по здравни грижи установи, че **повече от половината от анкетираните (58%) имат готовност за включване в програма за подобряване на управлението на времето.**
2. Повече от две трети от анкетираните ПЗГ преценяват, че управляват ефективно своето време. Анализът на резултатите показва, че **въпреки добрата самооценка по отношение управлението на времето, професионалистите по здравни грижи не използват ефективни техники за управление на времето и/или нямат познания по изследвания проблем.**
3. **Продължителността на трудовия стаж е основен фактор за ефективното управление на времето.** Сред групата на ПЗГ, които добре управляват своето време няма лица с професионален стаж до 10 години. Всички РЗГ, които добре управляват своето време са със стаж над 20 години.
4. Потвърди се хипотезата, че **ресурсът време е недооценен и омаловажаван в практиката на професионалистите по здравни грижи.** Въпреки, че планирането е базов подход на ефективното управление на времето, резултатите от проучването доказват, че 70,9% от РЗГ и 88,8% от редовия персонал никога или рядко планират писмено задачите си. Писменото планиране на задачите се препоръчва както за постигане на личните цели, така и за целите на организацията.
5. Според анкетираните **главните препятствия за ефективно управление на времето са: недокументиране на изразходваното време; липса на приоритети; посещение и разговори, несвързани с работата; нерешителност или отлагане; неспособност да се каже “Не”.**
6. Ниският процент на професионалистите по здравни грижи (15%), които до момента на настоящото проучване са участвали в анкетиране по отношение на времето е **предпоставка за активизиране на научно-изследователската дейност по проблема.**
7. Проведените изследвания на оползотворяване на времето на професионалисти по здравни грижи в лечебните заведения до момента са насочени основно към установяване на продължителността от време, пряко свързано с пациента чрез одитирането на времето (хронометража). **Анализът на работното време от гледна точка на целите на неговото оползотворяване е различен аспект на изучаване на управлението на времето.**
8. Реализирането на одит на използването на времето на РЗГ е един от подходите за обективизиране на извършваните дейности и създаване

на адекватна на спецификата на длъжността класификация на дейностите на ПЗГ и необходимо условие за автономност на професията. Това ще създаде възможност за регистрирането им в специализирана документация, за контрол, за остойностяване на всяка дейност и диференцирано заплащане на труда на професионалистите по здравни грижи.

9. Хипотезата, че **задълженията на РЗГ, регламентирани в длъжностните характеристики заемат малък относителен дял от работното им време** се потвърди при сравнителен анализ на нормативната база, регламентираща задълженията на изследваните лица и анализът на регистрираните дейности. Почти половината от запитаните (47,7%) считат, че извършваните от тях дейности не съответстват на длъжностната им характеристика. Мениджърските дейности отнемат 58,6% от работното време за СРЗГ и 73,5% - за ГРЗГ. Останалата част от работното време се оползотворява с други дейности.
10. Използваните класификации на дейностите на ПЗГ у нас не изчерпват многообразието от реално извършваните дейности от тях. Международната класификация на сестринска практика е една алтернатива за българското сестринство. Заедно с класификацията на сестринските интервенции и сестринските резултати тя е инструмент за систематизиране на сестринската практика. Изучаването ѝ в базовото сестринско образование у нас ще осигури възможност за избор при адаптирането на световната сестринска наука и практика към нашите условия, а това от своя страна ни поставя в една адекватна на европейското сестринство позиция.
11. За първи път се проучва организацията на труд на ръководителите по здравни грижи и е направена първата стъпка към оптимизирането му. Наличието на всеобхватна, изчерпателна класификация на дейностите на професионалистите по здравни грижи ще създаде възможност за **определяне на оптималното време за извършване на всяка дейност, изработване на еталони на рационални величини на разходите на работно време** и прилагането на съвременни подходи за оптимизиране на времето.
12. Предложените подходи за ефективно управление на времето разширяват възможностите за количествена оценка на организацията на труда на РЗГ. След изработването на еталони за високопроизводителна работа ще бъде възможно изчисляването на коефициента на интензивното използване на работното време. **Използването на мрежовото планиране и алгоритъма на поведение за ефективно управление на времето са средства за намиране на неизползвани**

**резерви от време, което е една от генералните цели на мениджмънта на времето.**

13. Резултатите от експертната оценка показват, че 80% от експертите приемат **предложените класификации като изчерпателни и считат, че те могат да бъдат елемент от длъжностната характеристика.** Експертите считат, че класификациите са необходими за оптимизиране на качеството на здравните грижи и могат да служат като базов документ за диференцирано заплащане на професионалистите по здравни грижи.
14. Повече от половината от анкетирания пациенти (59,4%) не са доволни от отделеното им време въпреки че 65% от анкетирания персонал отговаря, че общува с пациентите. Установеното несъответствие изисква задълбочено проучване на очакванията на потребителите по отношение на времето.
15. Ръководителите по здравни грижи в България нямат правомощия във взимането на решения и са с ограничени възможности за принос в политиката и управлението на здравните грижи на съответните мениджърски нива. Промяната на съществуващата ситуация е въпрос на време, тъй като препоръките на ЕС е да се насърчава и подкрепя активното участие на сестринския и акушерски персонал на управленски позиции с цел участието им в планирането и прилагането на здравните грижи в съответните държави.

## **ПРЕПОРЪКИ**

### **Към Министерство на здравеопазването**

1. Необходима е промяна в определянето на основните задължения на главните ръководители по здравни грижи (чл. 70, ал.2 от ЗЛЗ) като се диференцират възможно по-конкретно техните задължения. Тази промяна ще позволи изработването на национални критерии за оценка работата на главните медицински сестри. Целесъобразно е допълване с алинея, отнасяща се до базовите дейности на старшите медицински сестри (акушерки, лаборанти, рехабилитатори).
2. Целесъобразно е да се синхронизира нормативната уредба с реално извършваните дейности от ръководителите по здравни грижи в лечебните заведения за болнична помощ.
3. Към Наредбата за акредитация на лечебните заведения да бъде включено задължително присъствието на професионалист по здравни грижи в комисиите, които да оценява ръководната дейност на старшите и главните ръководители по здравни грижи.
4. Съвместно с Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи да се утвърдят стандарти за задължителна документация по здравни грижи.

### **Към Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи**

1. След въвеждане на утвърдени стандарти за задължителна документация, да се създаде работна група на национално ниво за изработването на унифицирана отчетна форма по здравни грижи, която в последствие да се приема за основен национален документ по здравни грижи, в който да се регистрират реално извършваните дейности от професионалистите.
2. На основата на създадените в настоящия труд класификации на дейностите на РЗГ да се положат необходимите усилия за изработването на такива за всяка длъжност, заемана от професионалисти по здравни грижи.
3. БАПЗГ да предложи методика за остойностяване на дейностите, извършвани от професионалистите по здравни грижи с цел създаване на възможности за диференцирано заплащане на труда.

### **Към медицинските университети и колежи**

1. Да се въведе като избираема дисциплина „Управление на времето“ в учебните планове на всички медицински специалности в последния курс от предвиденото базово обучение с цел улесняване на професионалната адаптация и пригодност на младите специалисти.

## **ОСНОВНИ ПРИНОСИ**

### **Приноси с теоретично-познавателен и методичен характер:**

- Проведено е първото по рода си комплексно изследване сред професионалисти по здравни грижи в лечебни заведения за болнична помощ чрез използване на разнообразни методи, ориентирани към три аспекта на управлението на времето: отношението на изследваните лица към ресурса време; представяне на реална картина на извършваните от участниците в проучването дейности и мнението на потребителите на здравни грижи относно разглежданата проблематика.
- Анализирани са основните проблеми на ПЗГ от болничните лечебни заведения, свързани с оползотворяване на работното време. Недостигът на персонал и липсата на диференциация на труда за отделните длъжности са едни от основните причини за преплитане на задълженията и отговорностите, регламентирани в длъжностните характеристики на персонала в ЛЗБП.
- На фона на недостига на литература на български език по управление на времето, извършеният в литературния обзор задълбочен критичен анализ, е ценен източник за обучението на университетско и следдипломно ниво.

### **Приноси с приложен характер**

- Изработени са първите класификации на дейностите на професионалисти по здравни грижи, заемащи длъжност ГРЗГ и СРЗГ в ЛЗБП в съответствие с Международната класификация на сестринската практика. Използването на унифицирани класификации на дейности е възможност за остойностяване на всяка дейност, обективно регистриране на труда на ПЗГ и съответно диференцирано заплащане. Заплащането за извършени дейности ще персонализира професионалните отговорности и ще повиши мотивацията сред професионалистите за подобряване качеството на здравните грижи.
- Предложен е набор от средства за ефективно управление на времето, включващ алгоритъм на поведение и математически мрежов модел за извършване на дадена дейност. Моделът дава възможност да се изчисли минималния разход на време за постигане на резултата и да се изчислят резервите от време.
- Разработена е и е апробирана учебна програма по дисциплината „Управление на времето“ сред обучавани студенти във ФОЗ, МУ – Плевен, ОКС „Магистър“, специалност „Управление на здравните грижи“. Програмата може да се адаптира за базовото образование на всички медицински специалности.



## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Отговорностите за ефективното управление и оползотворяване на ресурсите в здравните заведения е на ръководителите на институциите. От позицията на отделния ръководител на здравните грижи в болничните лечебни заведения, то е един от най-важните ресурси, чието ефективно управление зависи изцяло от самите тях. Съгласно съществуващата нормативна база те са отговорните лица за качеството на осъществяваните здравни грижи, но в действителност възможните дейности за подобряване качеството на грижи са ограничени не само от недостатъчните финансови и материални ресурси, но и от неефективното управление на времето. Определянето на приоритети и прилагането на адекватни подходи, средства и стратегии за оползотворяване на работното време от ръководителите са водещи предпоставки за промяна на отношението към ресурса „време“ и сред другите професионалисти по здравни грижи.

Класифицирането и документирането на ежедневно извършваните дейности създава възможност за изучаване на характеристиките на разхода на време за всяка дейност - продължителност, интензивност, качествена определеност, равнище. Познаването на дейностите увеличава алтернативите за оптимизиране и обективизиране на организацията на труда на професионалистите по здравни грижи. Включването на класификации на дейностите за съответните длъжности в нормативната база е предпоставка за остойността на всяка дейност и реализирането на диференцирано заплащане на труда.

Всичко това е необходимо за постигане на генералните цели на мениджмънта на времето във всяка организация, а именно - намирането на неизползвани резерви от време и бюджетиране на времето, предназначено за различните типове дейности с оглед най-рационално и най-ефективно използване на ресурса време.

Планирането, организирането и координирането на дейностите са ключови елементи на ефективното управление на времето на ръководители по здравни грижи.

Управлението на времето е и ще продължава да бъде една от най-актуалните теми на проучване в областта на здравните грижи.

## СПИСЪК НА НАУЧНИТЕ ПУБЛИКАЦИИ И СЪОБЩЕНИЯ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. **Драганова, М.**, Т. Веков. Исторически аспекти на управлението на времето. – Медицински преглед, 2012, 3, с. 73-76
2. **Драганова, М.**, Т. Веков. Бюджетът на времето като елемент на болничния мениджмънт. – Сестринско дело, 2012, 3, с. 3-7
3. **Драганова, М.**, Т. Веков, Н. Велева. Здравните професионалисти за времето като ресурс. – Здраве и наука, 2012, 3, с. 71-74
4. **Драганова, М.**, С. Досева. Управлението на времето като елемент от профилактиката на стреса. – Научни трудове. Том 51, серия 8.3 Здравни грижи, Русе, 2012, с. 20-24
5. Йорданова, Т., **М. Драганова**, Е. Димитрова, А. Чифлигарска. Отношението към ресурса време на студенти от специалност „медицинска сестра“ при ФЗГ на МУ – Плевен – Първа национална студентска сесия, , 29 – 31 март 2013, Плевен, Сборник резюмета, с. 23
6. **Draganova, M.**, T. Vekov, N. Veleva. The diversity of nursing activities in Bulgarian hospitals. The 13<sup>th</sup> European Doctoral Conference in Nursing Science, 14-15 September 2012, Graz, Austria. Abstracts' book, p. 48

Във връзка с разработването на дисертационния труд бих искала да изкажа сърдечна благодарност на:

**Доц. Д-р Гена Грънчарова**, дм – за цялостната подкрепа, за търпението, ценните съвети и доверието в мен;

**Проф. Тони Веков, дмн и доц. д-р Силвия Александрова-Янкуловска**, които в качеството си на научни ръководители своевременно и компетентно реагират по време на съвместната ни работа;

**Доц. Митова и проф. Тончева** – за обективната оценка на дисертационния труд и за рационалните препоръки;

**Доц. Фесчиева** – за професионалното становище и моралната подкрепа;

**Всички колеги от ФОЗ – Плевен** – за добронамереното отношение, търпението и подкрепата.

**Експертите по управление на здравните грижи** за обективната оценка и гравидивната критика

Сърдечна благодарност на:

- **Ръководителите на лечебните заведения за болнична помощ**, включени в научното изследване
- **Главните медицински сестри** – Ивайла Петкова, Мимоза Кирова, Виолина Воденичарова, Радка Иванова, Мая Мартинова, Детелина Сомлева, Радка Колева, Валя Цветкова, Пепа Недкова, Йорданка Трифонова, Вероника Владимирова, Даниела Димитрова, Даринка Александрова, Галина Денева.
- **Старшите ръководители по здравни грижи**, от ЛЗБП, включени в изследването, за колегиалното и професионално отношение
- Всички други професионалисти по здравни грижи, участвали в проучването за отговорното и професионално отношение

## SUMMARY

### TIME MANAGEMENT OF HEALTH CARE MANAGERS IN HOSPITALS

**Background:** The importance of time management in health care has long been recognized. The need to classify the activities carried out for effective time management is an undeniable fact. There is a variety of classifications of nursing activities applied world-wide. At present in Bulgaria there is no a classification which is adequate to the specificity of nursing labor. The relevant regulation includes the Ordinance on healthcare professionals' competences enforced in January 2011 and job descriptions.

**Objective:** The purpose of this study is to investigate and analyze the time utilization of health care managers and their workload; to identify unused time reserves and to suggest approaches for time management improvement.

**Methods:** The survey was conducted from February 2012 to February 2013. A comprehensive medico-social survey employing different methods - self-administered questionnaires, self-chronometry and expert assessment was conducted. A total of 390 health care professionals, 256 patients from 14 hospitals and 12 national experts were included in the study.

**Results:** The study found that more than half of the respondents (58%) are ready for inclusion in the program for time management improvement. The rest of them need acquiring in-depth knowledge of the problem and approaches for rational time management. Work experience duration was found to be a key factor to effective time management. According to the respondents the main obstacles to effective time management are: lack of registration of the time utilization, lack of priorities, interruptions by visitors and conversations that are not work related; indecisiveness and procrastination and inability to say "no." The low percentage of health care professionals (15%) who had participated in surveys of time management until the present one is a precondition for intensification of research on the issue. The availability of comprehensive classification of health care managers' activities will allow determining of optimal time for their performance, elaboration of standard values for work time usage and the application of modern approaches to time optimization. Almost half of the respondents (47.7%) believe that their activities do not correspond to their job description. More than half of the surveyed patients (59.4%) were not satisfied with the time that the staff had spent with them.

An educational programme for effective time management has been developed to be used in different health care specialties.

Based on the study results some appropriate measures have been proposed to state authorities and non-governmental organizations for changes in the legal regulation.

**Key words:** health care professionals, time management, hospitals, classifications of activities, job description, approaches for rational time management.