

Оценка устойчивости клиники

Ирина Морозова

К.б.н., исследователь-консультант
www.irinamorozova.space

Улучшать жизни



Быть готовыми ко всему



Две главные цели

Клиника должна хорошо функционировать при любых обстоятельствах



Основные элементы устойчивости клиники

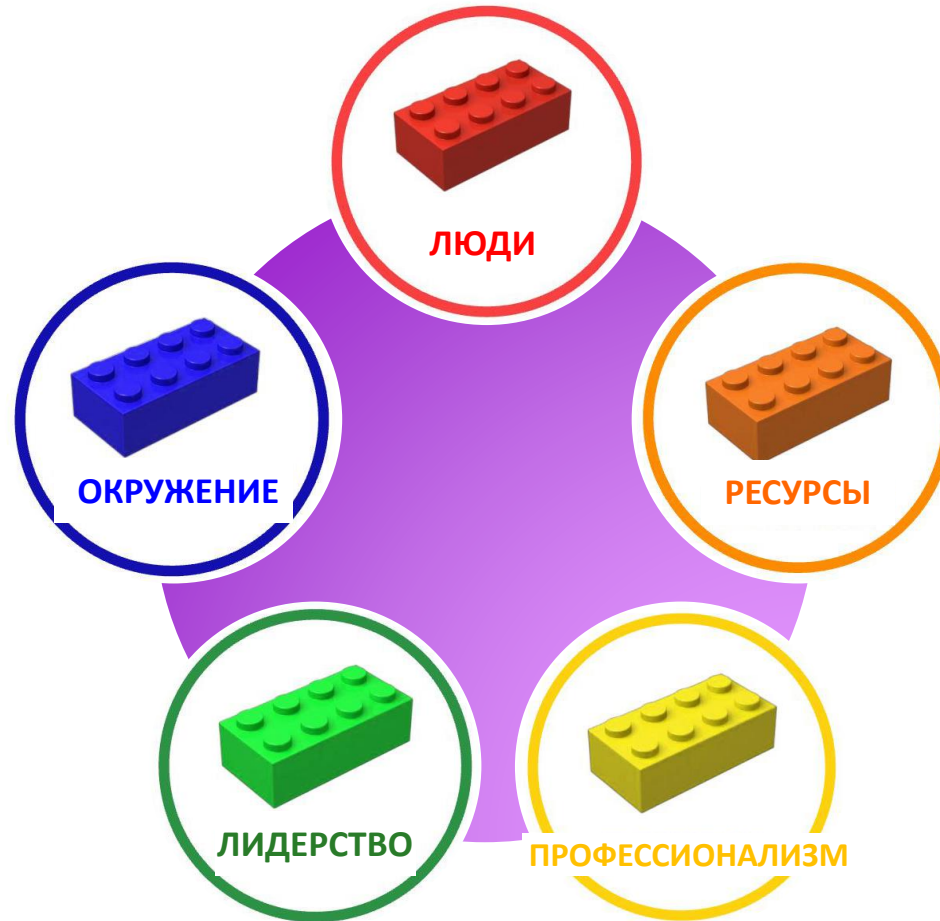


Мы можем рассматривать это как конструктор, состоящий из различных блоков (инструментов улучшения).

Если у нас есть эти блоки и мы понимаем, как их комбинировать, мы можем собрать конструктор множеством различных способов, в зависимости от конкретных условий.

Такая вариативность различных комбинаций одних и тех же блоков обеспечивает гибкость системы.

Блоки



Блоки скрепляются между собой посредством **КОММУНИКАЦИЙ**

Как собирать конструктор?



Выявление процессов, наиболее препятствующих развитию всей системы

Фокус на успешных аспектах существующей системы

Объединение усилий по устранению лимитирующих факторов с действиями, поддерживающими успешные практики

Общие инструкции

Каждый блок содержит свои характеристики, оценочную анкету, действия по улучшению и конкретный пример.

Каждый блок следует анализировать независимо.

Для повышения эффективности анализа необходимо, чтобы на вопросы отвечали как руководство клиники (неанонимно), так и “рядовые” сотрудники (анонимно или с обозначением себя). Это позволяет сравнить мнение коллектива и руководства на одни и те же аспекты работы клиники.

Анализ ответов выявляет сильные и слабые стороны клиники (“Да” – сильные стороны, “Нет” – слабые стороны).

Рекомендуется после каждого вопроса добавить необязательное текстовое поле. Это позволяет детализировать сильные и слабые стороны, получать отзывы и идеи по улучшению непосредственно от персонала, а также выявлять реальных лидеров (инициативных, заботливых сотрудников с полезными идеями).

Оценка устойчивости клиники может быть как качественной (“Да/Нет” и текстовые комментарии), так и количественной (анализ и динамика изменений во времени (см. С. 31)).

При анализе результатов важно:

- 1) Обращать внимание не только на слабые, но и на сильные стороны. Положительные примеры могут быть использованы для улучшения системы.
- 2) При внедрении нововведений учитывать предложения сотрудников из текстовых полей анкет.

Люди

Фокус на всех участниках процесса лечения: персонале, пациентах, их представителях и населении



- Партнерство между медицинскими работниками и пациентами, их представителями и населением
- Учет потребностей человека (физических, психологических, культурных и социальных)
- Партнерство среди персонала
- Благоприятная среда для сотрудничества между персоналом, пациентами, их представителями и населением

1. Существует ли в клинике постоянно действующий комитет, объединяющий персонал клиники и пациентов/их представителей?
2. При поступлении на работу или во время работы объясняют ли сотрудникам принципы человекоцентричного ухода?
3. Существует ли обязательная процедура (чек-лист, скрининг) для выявления немедицинских (психологических, культурных, социальных) потребностей пациентов?
4. Существуют ли работающие каналы, по которым сотрудники могут заявить о своих потребностях и получить ответ?
5. Участвуют ли пациенты и/или их представители в обсуждении диагноза и лечения?
6. Принимают ли участие в процессе лечения и ухода близкие пациента (родственники, друзья)?
7. Есть ли в клинике человек (психолог, служба доверия), оказывающий моральную и эмоциональную поддержку сотрудникам в случае необходимости?
8. Есть ли у сотрудников возможность принимать решения или участвовать в принятии решений, связанных с их работой и рабочим местом?
9. Есть ли простой и доступный способ, позволяющий пациентам оставить отзыв о своем пребывании в клинике?
10. Есть ли простой и доступный способ, позволяющий сотрудникам поделиться отзывами о своей работе в клинике с руководством?

Общие

Во время собеседования при приеме на работу: косвенные вопросы, которые проясняют отношение кандидата к командной работе и потребностям пациентов.

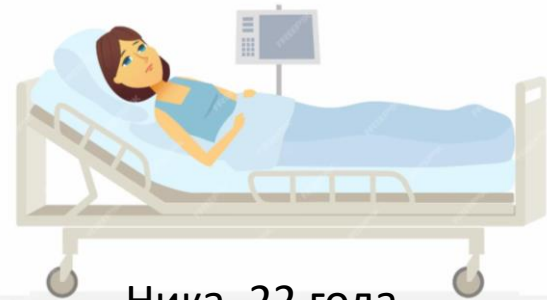
Внедрение тренинга по человекоцентричному подходу в программы адаптации персонала.

Ролевые игры и мастер-классы по человекоцентричному подходу, включающие работу в смешанных командах.

Фокусные (для «Нет» в анкете)

1. Создание комитета по работе с пациентами и их представителями.
2. Внедрение обучения человекоцентричному подходу в программы адаптации персонала.
3. Разработка и внедрение письменного или устного скрипта для выяснения физических, психологических, культурных и социальных потребностей пациента и внедрение соответствующих мероприятий согласно этим потребностям.
4. Разработка и внедрение анкеты для выявления физических, психологических, культурных и социальных потребностей персонала или предоставление сотрудникам другой возможности заявить о своих потребностях.
5. Разработка и внедрение скрипта по общению с пациентом и/или разработка материалов, которые предоставляют пациентам информацию об их диагнозе и лечении в понятной форме, а также дают возможность пациентам задавать интересующие их вопросы.
6. Внедрение процесса вовлечения пациента и его близких в медицинскую помощь и уход.
7. Привлечение психолога (если это возможно) или другого сотрудника клиники, готового взять на себя ответственность по моральной и эмоциональной поддержке сотрудников.
8. Вовлечение сотрудников в процесс принятия решений, касающихся их работы и рабочего места.
9. Разработка и внедрение процесса обратной связи с пациентами и их представителями.
10. Разработка и внедрение процесса обратной связи с сотрудниками.

Больница в Казахстане



Ника, 22 года
Инсулин-зависимый диабет
На диализе
Требуется трансплантация почки

С детства



Нет доверия врачам
Никакой диеты
Никакого режима

Итог



Почечная
недостаточность

Диалог врача и Ники



Выстраивание
доверия
Аргументы
Ника соглашается
соблюдать диету
и режим



Успешная трансплантация
почки

Через год



Ника – студент
юридического

Ресурсы

Способность в полной мере и правильно использовать имеющиеся ресурсы:
время, деньги, инфраструктуру, оборудование, расходные материалы



- Стратегическое планирование
- Компетентное управление
- Правильная приоритизация
- Гибкое бюджетирование
- Эффективная инфраструктура

1. Правильно ли распределяется имеющееся финансирование в клинике?
2. Действует ли процедура регулярной оценки сильных сторон подразделений в клинике?
3. Действует ли процедура регулярной оценки слабых сторон подразделений в клинике?
4. Рационально ли используются имеющееся оборудование, инфраструктура и расходные материалы? (примеры нерационального использования: оборудование было приобретено, но не используется; имеется много лекарств с истекшим сроком годности и т.д.)
5. Рационально ли используется время сотрудников? (примеры нерационального использования: ненужные совещания или другие мероприятия)
6. Рационально ли организован рабочий процесс сотрудников (примеры нерациональной организации: несогласованность работы с другими отделениями, лишнее ожидание пациентов, беготня между кабинетами)?
7. Рационально ли организовано рабочее место сотрудников?
8. Рационально ли организованы места для лечения пациентов?
9. Существуют ли в клинике специальные инструменты и/или процессы для учета материальных ресурсов (расходных материалов, лекарств и т.д.)?
10. Хорошо ли организована внутренняя логистика (транспортировка пациентов, медикаментов, перемещение документов)?

Общие

Использование методологии «Уборка мусора» (выявление и устранение процессов, документов и материалов, снижающих эффективность работы).

Использование методологии 5S (организация и рационализация рабочих мест).

Фокусные (для «Нет» в анкете)

1. Внедрение гибкого (agile) подхода к составлению бюджета.
- 2,3. Внедрение или дополнительное обучение адаптированному SWOT-анализу (для подразделений) или аналогичным методам.
- 4,10. Внедрение методологий «Уборка мусора» и 5S.
5. Пересмотр, совместно с сотрудниками, списка заседаний и других мероприятий.
6. Обсуждение рабочего процесса с сотрудником (может быть полезно использование карты процессов).
- 7,8. Использование методологии 5S.
9. Внедрение или дополнительное обучение использованию инструментов для учета материальных ресурсов.

Крупная клиника в Индии



Пять женщин умерли от предотвратимых причин: недостаточно обследований после родов

Цель:

Лучшее выявление осложнений

Указание медсестрам:

Делать больше обследований

Результат:

↑↑↑ Больше обследований
... Но женщины с осложнениями не были выявлены

Медсестры: Слишком много работы



Невозможно снизить число пациентов
Невозможно нанять больше медсестер

Давайте посмотрим на процесс

Обследование занимает 20 минут:

Обследование



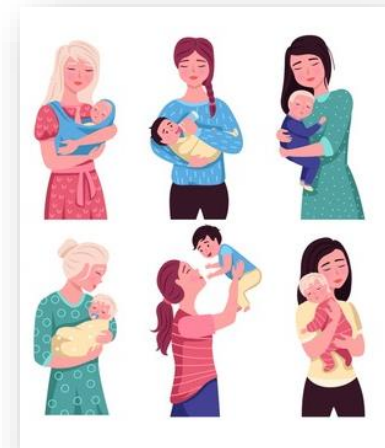
Поиск оборудования и пациентов

Новая система



Смотровая – всё оборудование и все пациенты в одном месте

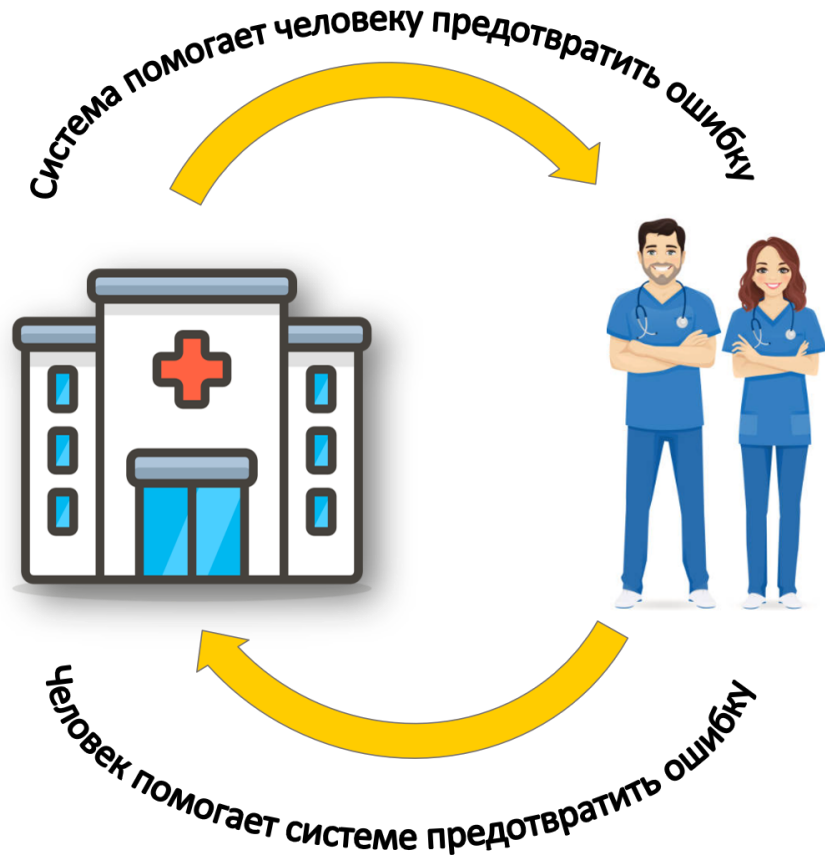
Через 6 месяцев



Ни одной смерти

Профессионализм

Постоянно поддерживаемый высокий уровень знаний и навыков



- Профессиональные навыки
- Постоянное обучение
- Поощрение творчества и гибкости
- Обучение на ошибках и на успехах
- Культура качества

1. Соответствует ли описание вакансий тем обязанностям, которые сотрудники выполняют в реальности?
2. Проходят ли сотрудники процесс обязательной адаптации при поступлении на работу?
3. Есть ли у каждого медицинского сотрудника официальный наставник?
4. Есть ли у каждого сотрудника личный план обучения?
5. Обеспечены ли все сотрудники необходимыми для их работы и актуальными документами?
6. Действует ли процедура регулярной оценки эффективности работы сотрудников?
7. Существуют ли действующие каналы для внесения сотрудниками предложений и идей?
8. Действуют ли в клинике программы внутреннего карьерного роста для сотрудников?
9. Есть ли в клинике система регистрации инцидентов?
10. Действует ли процедура регулярной оценки работы подразделений клиники?

Общие

Фокус на обучении на местах.

Внедрение интерактивных принципов обучения (Peer-to-peer).

Внедрение новых идей через «ранних последователей».

Внедрение подходов наставничества и коучинга.

Фокусные (для «Нет» в анкете)

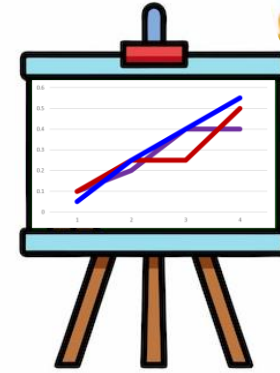
1. Анализ соответствия должностной инструкции фактической ситуации: возможно ли найти кандидатов с квалификацией, отвечающей требованиям должностной инструкции? Если это невозможно, фокусировка на мотивированных кандидатах, способных к обучению; разработка учебной программы для достижения необходимых требований.
- 2,3. Разработка процесса адаптации и дальнейшего наставничества сотрудника с учетом рабочей нагрузки сотрудника и наставника, а также потребностей клиники.
4. Разработка принципов персонального обучения и обсуждение их с сотрудниками.
5. Обеспечение сотрудников необходимыми протоколами и руководствами.
6. Разработка и внедрение процесса регулярной оценки эффективности работы сотрудников.
7. Разъяснение сути культуры безопасности руководству.
8. Разработка и внедрение программ внутреннего профессионального развития. Пересмотр HR-стратегии с акцентом на внутренний поиск.
9. Разработка, внедрение и разъяснение всему персоналу (не только руководству) сути системы подачи инцидентов и проведение тренингов по разбору инцидентов.
10. Разработка и внедрение, совместно с сотрудниками подразделений, 1-3 показателей, по которым подразделение само поймет, что работает хорошо, а где пора что-то менять.

Обучение управлению качеством в Индии



Из 13 клиник заинтересовались только 3

Давайте
сосредоточимся на
этих трех



Эти 3 клиники
показали
хорошие
результаты

Через 6 недель: Интерактивное обучение для всех 13 клиник



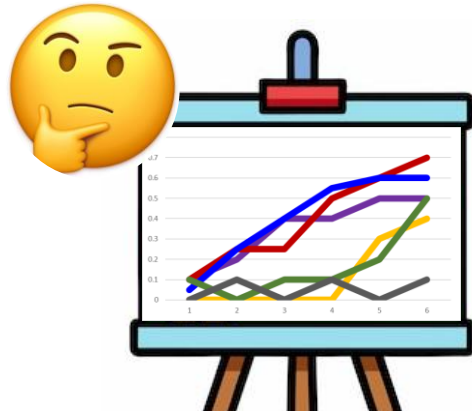
«Сомневающиеся»
были приглашены
участвовать



«Ранние последователи»
готовились

Обсуждение и обучение

Через 2 месяца: Новая встреча



5 из 13 клиник
продemonстрировали
прогресс

Через 8 месяцев:

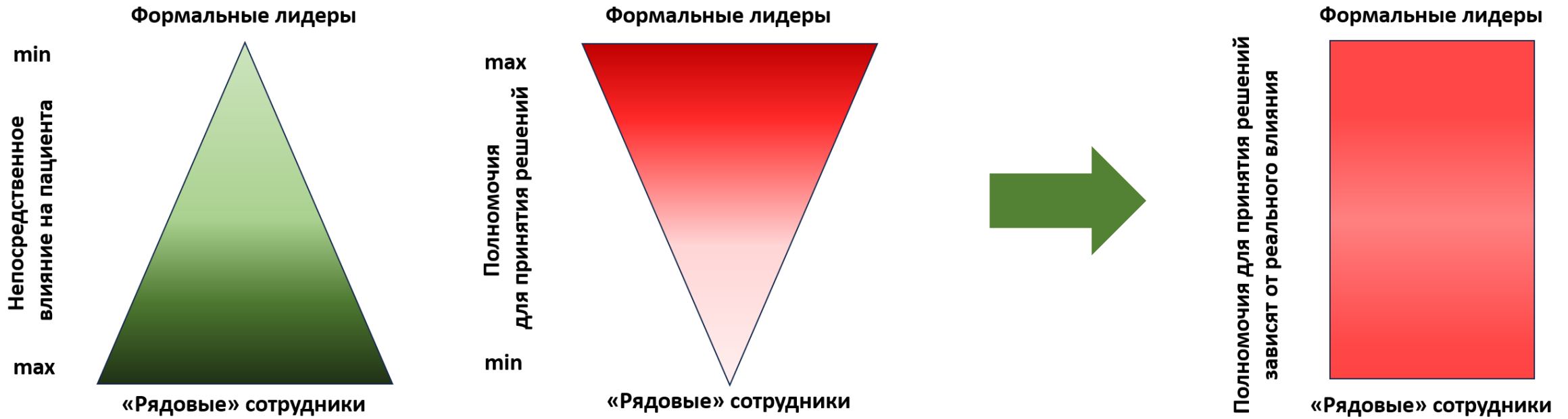


12 из 13 клиник
продemonстрировали
прогресс

Лидерство

Полномочия для принятия решений принадлежат тем, кто непосредственно влияет на процесс

- Фокус на реальных лидерах
- Процессами управляют те, кто за них отвечает
- Сокращение пути между решением и пациентом



1. Есть ли в клинике человек (люди), чье неформальное влияние помогает работе и на кого негласно опирается команда в повседневных делах?
2. Есть ли у сотрудников какие-либо идеи о том, как улучшить работу их подразделения/клиники в целом?
3. Соответствуют ли «правила на бумаге» реальным рабочим процессам?
4. Четко ли распределены и известны ли сотрудникам зоны их личной ответственности и права на принятие решений?
5. Возможно ли внедрить новую идею "снизу" в клинике?
6. Легко ли сотрудникам «достучаться» до руководства клиники?
7. Могут ли сотрудники принимать окончательные решения по вопросам, входящим в их должностные обязанности?
8. Отлажены ли процессы взаимодействия между клиническими и административными подразделениями?
9. Является ли систематическое взаимодействие между отделениями частью стандартной практики в клинике?
10. Является ли консультация с коллегой обязательной при возникновении у сотрудника сомнений по поводу лечения или ухода за пациентом?

Выявление неформальных лидеров.

Поощрение обращения за советом к коллегам.

Поощрение командной работы.

Внедрение принципа “Учи, а не обвиняй”.

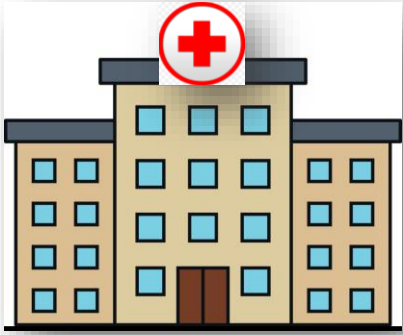
Обучение «рядовых» сотрудников наиболее важным аспектам принятия решений и решения проблем на местах.

Внедрение принципа “пустого стула” (на каждом совещании есть пустой стул, представляющий клинику. Каждый может сесть на этот стул и стать «голосом клиники»).

Наблюдение за реальными (а не прописанными в документах) рабочими процессами, поощрение и распространение лучших практик по всей клинике.

Переосмысление роли руководства: официальные лидеры должны быть модераторами, а не командирами.

Клиника в России



Много падений пациентов



ЛНД
Обучение медсестер
Обучение пациентов



Не помогло

Почему?



Недостаточно медсестер

Сотрудничество между медсестрами



Дежурная медсестра решает индивидуально, нужен ли круглосуточный пост и дополнительная медсестра



Количество падений пациентов значительно снизилось

Окружение

Понимание окружающей обстановки и продуктивное взаимодействие с ней



- Понимание того, на какие внешние обстоятельства можно повлиять, а какие следует принимать во внимание
- Налаженные взаимосвязи с другими организациями
- Налаженные взаимосвязи с населением

1. Проводит ли клиника регулярную оценку внешних угроз?
2. Проводит ли клиника регулярную оценку внешних благоприятных обстоятельств, которые могут быть использованы в работе?
3. Существуют ли программы взаимодействия клиники с местным населением?
4. Существует ли система оповещения клиники о чрезвычайных ситуациях в регионе (вспышка заболевания, авария и т.д.)?
5. Предпринимает ли клиника системные меры для формирования доверия и информирования населения (публичные отчеты, дни открытых дверей, работа со СМИ)?
6. Есть ли у клиники каналы взаимодействия с волонтерскими организациями или населением для привлечения их помощи при чрезвычайных ситуациях?
7. Есть ли в клинике система взаимодействия с другими клиниками (налаженные каналы перевода пациентов и т.д.)?
8. Имеет ли клиника соглашения с местными властями, обеспечивающие поддержку при чрезвычайных ситуациях?
9. Имеет ли клиника налаженные каналы взаимодействия со службами кризисного реагирования для координации действий в случае чрезвычайных ситуаций?
10. Существуют ли согласованные механизмы снабжения клиники со стороны государственных служб в случае чрезвычайных ситуаций или продолжительных кризисов?

Общие

Регулярная оценка внешних угроз и благоприятных обстоятельств. Интеграция результатов этой оценки в стратегическое планирование.

Разработка планов действий в чрезвычайных ситуациях на случай различных видов опасностей и стихийных бедствий.

Коммуникация и создание непрерывных и устойчивых связей с местным населением и с другими организациями.

Фокусные (для «Нет» в анкете)

1,2. Внедрение или дополнительное обучение SWOT-анализу или аналогичным методам.

3,5,6. Популяризация клиники среди населения, проведение публичных мероприятий (конкретные мероприятия зависят от местных условий). Публикации в социальных сетях, оповещение по местным каналам связи, предоставление населению возможности напрямую общаться с руководством клиники.

4,9. Налаживание каналов связи со службами кризисного реагирования. Разработка совместных планов действий на случай чрезвычайных ситуаций.

7. Налаживание связей с другими клиниками и другими заинтересованными организациями в регионе. Создание каналов связи, обеспечивающих безопасный перевод пациентов, включая их надлежащую идентификацию и передачу наиболее важной информации об их состоянии.

8. Учет взаимоотношений с местными органами власти при стратегическом планировании и планировании на случай непредвиденных обстоятельств.

10. Разработка резервного плана на случай прекращения поставок.

Землетрясение в Новой Зеландии:
Значительные разрушения



Пострадала единственная
в регионе больница
неотложной помощи



Сильные толчки.
Электричество
отключилось.
Дороги в округе
серьезно повреждены.
Системы связи вышли
из строя.



На помощь прибыли
медики из других клиник



Грамотная координация и менеджмент



В течение 24 часов:
Транспортировка пациентов
в другие клиники

Грамотная коммуникация

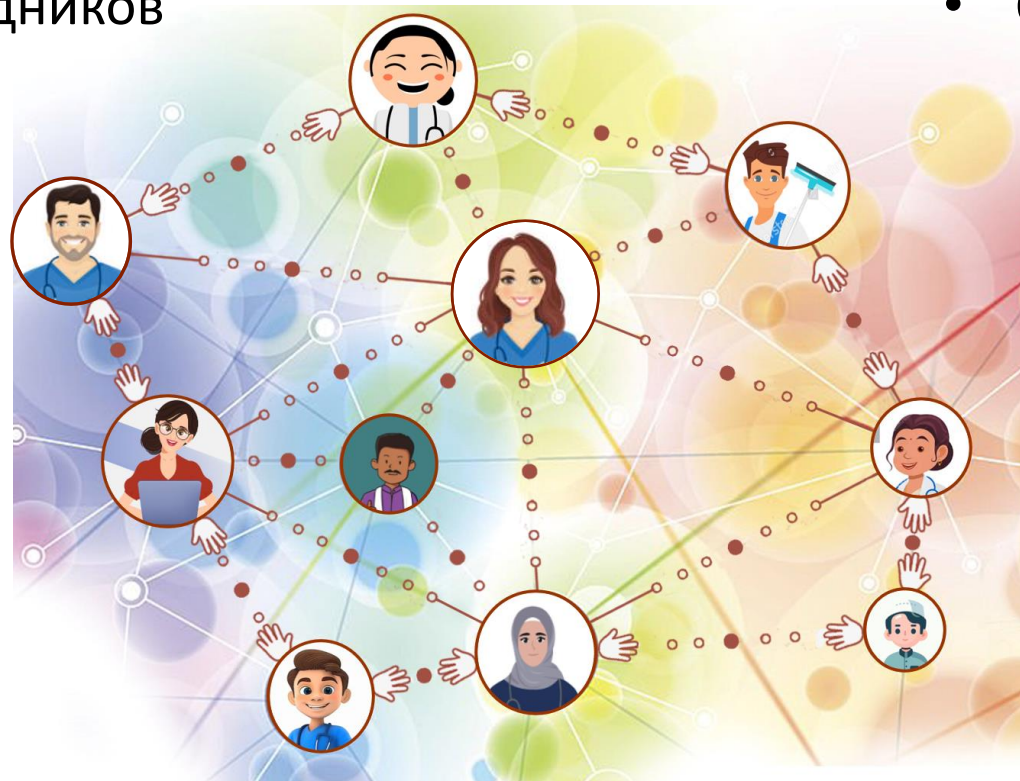


Подготовка и грамотное реагирование
помогло снизить смертность и тяжесть
травм

Коммуникации

Налаженные системы передачи информации

- Информация о пациенте
- Информация среди сотрудников
- Срочная информация



Командная культура

- Культура безопасности
- Сетевые взаимодействия и принятие решений
 - Этика

Постоянно функционирующая система передачи информации:

1. Действует ли система двойной идентификации пациента на всех этапах его пребывания в клинике?
2. Действует ли четкий регламент передачи пациента между отделениями/медицинским персоналом?
3. Действуют ли регламентированные каналы (чаты, журналы) для передачи рабочих поручений и информации?
4. Существует ли алгоритм действий для оперативного обмена срочной информацией между подразделениями и сотрудниками?
5. Выполняется ли регулярное резервное копирование наиболее важной информации на уровне подразделений?

Командная культура:

6. Действует ли в клинике процедура разрешения конфликтов между сотрудниками?
7. Действует ли в клинике процесс сообщения об ошибках, гарантирующий справедливый разбор, а не наказание?
8. По мнению сотрудников, должны ли другие узнать об ошибке их коллеги?
9. Могут ли сотрудники высказать свое мнение любому сотруднику клиники, независимо от того, насколько высока его должность?
10. Распространяется ли в клинике лучший опыт и положительные примеры через такие механизмы, как награды и обсуждение успехов на планерках?

Общие

Изменение вертикальной иерархии на сетевые взаимодействия и принятие решений.

Внедрение и укрепление культуры безопасности.

Внедрение принципов Safety II (включая анализ “правильных действий” при управлении инцидентами, изучение опыта повседневной клинической работы и закрепление успешных уроков на практике).

Фокусные (для «Нет» в анкете)

1. Разработка и внедрение единой системы идентификации пациентов (уникальные идентификационные номера, двойная идентификация (полное имя + дата рождения), или другие).
- 2,3,4. Разработка и внедрение каналов передачи информации.
5. Организация регулярного резервного копирования наиболее важной информации.
6. Разработка и внедрение процесса разрешения конфликтов. Обеспечение беспристрастности руководства.
- 7,8,9. Внедрение и укрепление культуры безопасности.
10. Внедрение принципов Safety II.

Путь «неотложного» пациента в Великобритании



Цель: Сократить время передачи пациента от парамедиков персоналу клиники.
Стандартизированный процесс передачи пациента.
Структурированный чек-лист.

Дополнительная «секретная» передача пациента: парамедик и медсестра неформально обсуждают пациента



Так не должно быть согласно официальным протоколам

Это трата времени. Это задерживает поток пациентов. «Скорую» ждут другие больные.



Я отвечаю за этого пациента. Просто листка бумаги недостаточно. Я хочу передать всю клинически важную информацию.



Я отвечаю за этого пациента. Мне нужна вся клинически важная информация. Это важно для безопасности пациента.

Соглашение

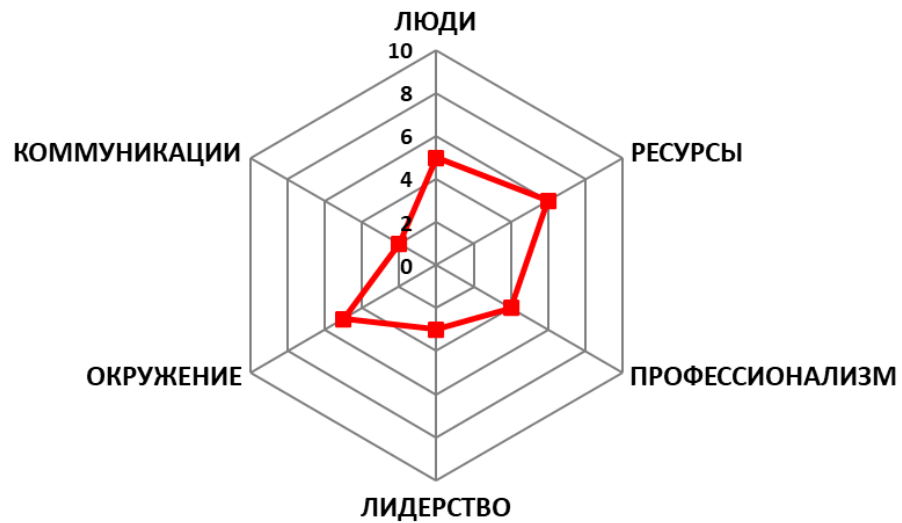


Парамедики сами определяют необходимость дополнительной информации в каждом конкретном случае, основываясь на их собственном опыте и состоянии пациента

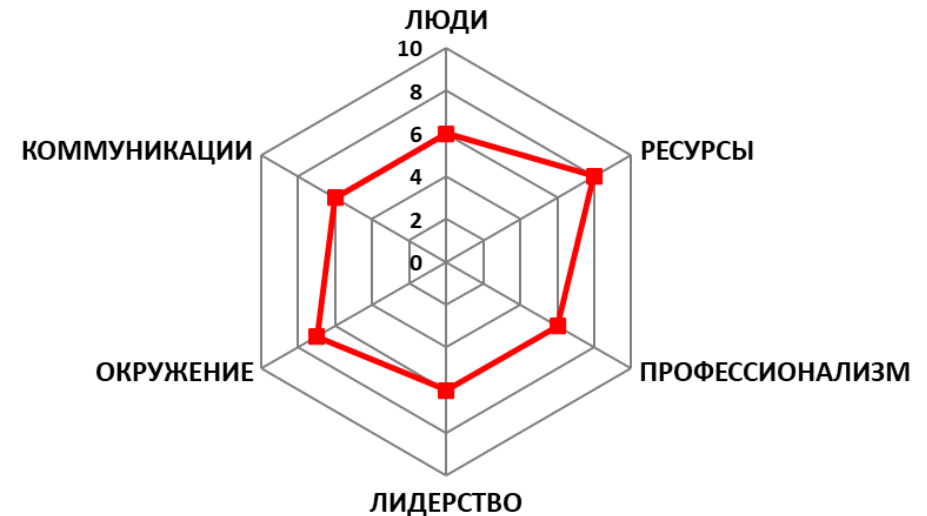
Анализ

Общую картину устойчивости системы можно представить в виде лепестковой диаграммы.

Чтобы получить цифровое значение для каждого из блоков (Люди, Ресурсы, Профессионализм, Лидерство, Окружение, Коммуникации), просуммируйте количество ответов "Да" в каждой отдельной анкете, а затем усредните значения по всем анкетам внутри блока.



— Месяц 1



— Месяц 6

Сгенерированный пример

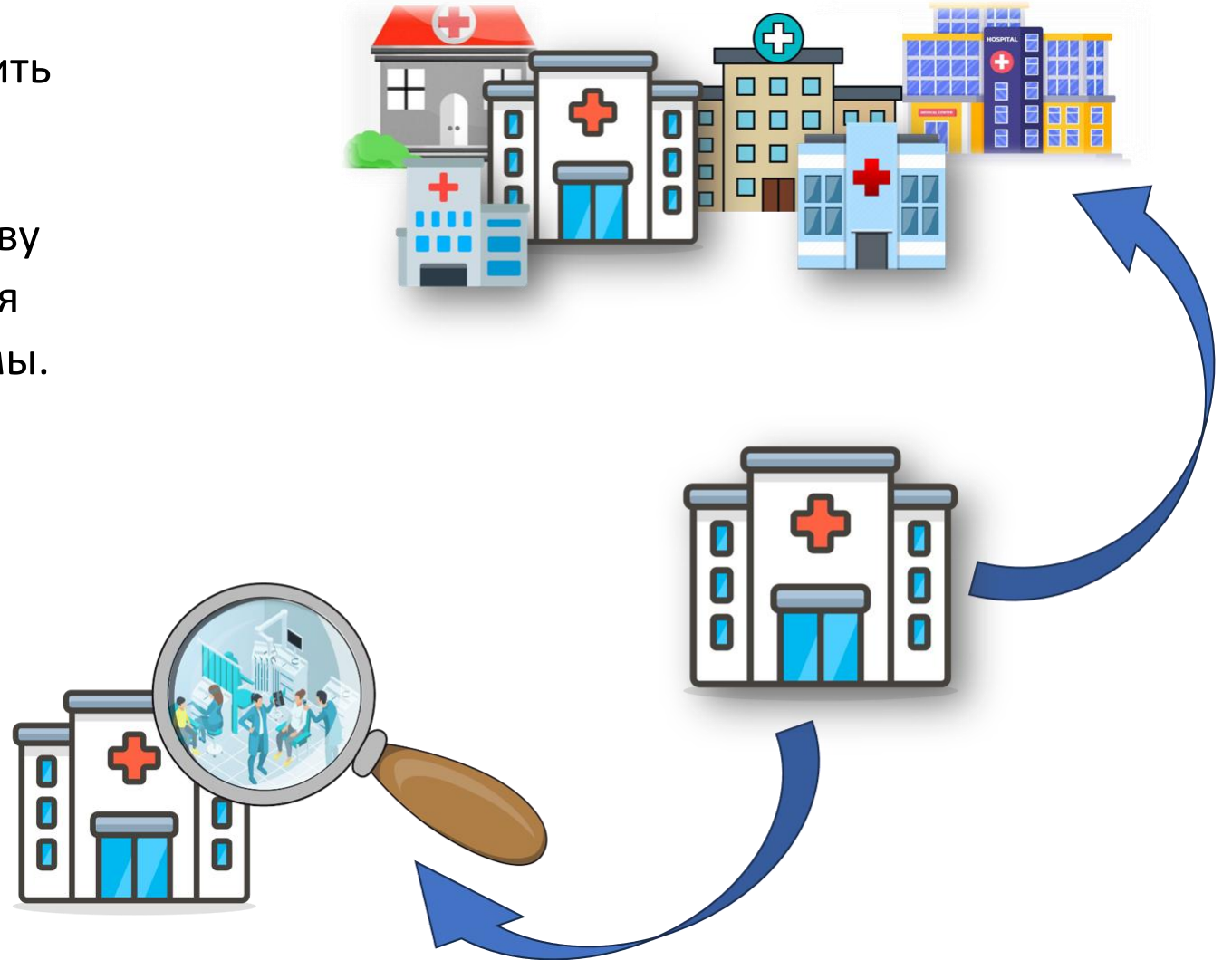
Важно! Не существует “плохих” клиник. Есть только отправная точка и понимание, в каком направлении двигаться дальше.

Заключение

Результаты анализа блоков помогают оценить состояние системы в целом.

Блоки универсальны. Они формируют основу устойчивости и необходимы для построения гибкой и хорошо функционирующей системы.

После укрепления этой основы возможен дальнейший анализ и развитие.



Ссылки

- Bentley S.K., McNamara S., Meguerdichian M. et al. Debrief it all: a tool for inclusion of Safety-II. *Adv Simul (Lond)*. 2021. 6(1):9.
- Berntsen G, Chetty M, Ako-Egbe L, Yaron S, Phan Thanh P, Castro I, Curran C, et al. Person-Centred Care Systems: From Theory to Practice. A White paper for ISQUA. 2022.
- Berryman A. A., Kindlmann P. Population systems. A general introduction. N. Y.: Springer, 2008.
- Coaching for quality improvement: coaching guide. WHO. Regional Office for South-East Asia. 2018.
- Erik Hollnagel. Safety-II as a management principle implications for managing and developing an organization. 2020.
- Frederic Laloux. Reinventing Organizations. 2016.
- G. P. Cimellaro, M. Malavisi and S. Mahin. Factor Analysis to Evaluate Hospital Resilience. *ASCE-ASME J. Risk Uncertainty Eng. Syst., Part A: Civ. Eng.*, 2018, 4(1): 04018002.
- Примеры Россия и Казахстан: Гапеев А.Б., генеральный директор Ильинской больницы, Азербаетова А., руководитель проекта Ильинской больницы
- Leonard L. Berry, Kent D. Seltman. Management Lessons from Mayo Clinic: Inside One of the World's Most Admired Service Organizations. McGraw Hill Professional. 2008.
- M.A. Sujan, P. Spurgeon and M.W. Cooke. Translating Tensions into Safe Practices Through Dynamic Trade-offs: The Secret Second Handover. In: Braithwaite et al. Resilience of Everyday Clinical Work, Ashgate, 2015.
- M.W. Ardagh, S.K. Richardson, V. Robinson, et al. The initial health-system response to the earthquake in Christchurch, New Zealand, in February, 2011. *Lancet*. 2012. 379(9831):2109-15.
- Manual for Implementation of 5S in Hospital Setting. TQM Unit, Hospital Services Management, DGHS. 2015.
- Nigel Livesley. Why standards or training do not fix all problems: How to identify and improve system problems. ISQua Webinar Series. <https://www.youtube.com/watch?v=D7dsm6ymau4&t=3s>.
- Nigel Livesley. Institutional support for continual improvement. ISQua Webinar Series. <https://www.youtube.com/watch?v=rvrnFtuM2Hg>.
- Paul Plsek Redesigning Health Care with Insights from the Science of Complex Adaptive Systems. In: Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Institute of Medicine's Quality of Health Care in America. 2001.
- Planetree International, Inc. Person-Centered Care Certification® Manual. 2020.
- Richard Greenhill. Yellowbelt in continuous quality improvement. ISQua Webinar Series. https://www.youtube.com/watch?v=q_pJoDQgC_Y.
- Strengthening hospital resilience in the Eastern Mediterranean Region: a policy paper on facility-level preparedness / World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. 2022.
- Sujan M.A., Huang H. and Braithwaite J. Learning from incidents in health care : critique from a Safety-II perspective. *Safety Science*. 2016.