



последващи назначения и бъдещи консултации. Установени са стандарти за медицинските асистенти, които да събират всички витални показатели, да изчисляват придържането към назначената терапия, да свалят актуална анамнеза и да вземат кръв преди докторът да влезе в стаята. Това позволява на терапевта да се съсредоточи изцяло върху проблемите на пациента по време на посещението. Накратко, това е бил забележителен редизайн, но в крайна сметка не успява да се разпространи и установи на други места.

В тази статия се разглеждат основните елементи на неуспеха да се разпространяват подобни практики и как да се избегнат грешки при опит за споделяне на такъв опит.

Четири случая на неуспех

Установени са четири ней-чести сценария за безуспешно споделяне на добри практики.

1. ПОДХОД ОТГОРЕ-НАДОЛУ

Най-честата причина за неуспех е използването на този метод. Ръководителите пишат ръководство, на база опита на една пилотна клиника, предават я на лекарите и персонала на останалите клиники и им казват да следват указанията стриктно. Конкретен стандарт, създаден в една клиника, рядко върши работи в друга такава. Демографията на пациентите е различна, лекарите имат различен подход към пациентите, различен стил на работа и т.н. Прилагането на този подход като „по калъп“ към многообразна обществена институция е лишено от смисъл. Вместо това, организациите трябва да използват метода отдолу-нагоре в усилията си за промяна. Това ще рече, дайте на клиниката инструкции, които не трябва просто да се копират, а да се целят подобрения в „копието“. Така лекарите и персоналът получават свободата да определят какво е приложимо за тяхната конкретна среда и какво не. Всяка клиника приема стандартните процедури и я адаптира към собствената си среда и специфични нужди.

2. ЛИПСА НА НЕОСПОРИМИ ДАННИ

Лекарите намират смисъл в данните. Ако лидерите на дадена организация не могат да дадат информация, която да показва по-добри резултати след прилагането на определени промени, лекарите няма да имат никакъв интерес да направят промяната. Една институция е имала късмет в това отношение – те са имали достъп до подобни данни. Повечето лекари в щата Уисконсин докладват показателите за качество на специална структура в Уисконсин (WCHQ). Лекарите от споменатата институция си поставят за цел да бъдат в 90-ия персентил на 10 показателя, докладвани до WCHQ, включително процентът пациенти с HbA1C по-нисък от 7%. Амбулаторното реорганизиране е било в сила за няколко месеца през 2006 г., когато групата започна да превишава целите за качество. В допълнение, нетната печалба се е подобрила. Удовлетворението на персонала се е подобрило от 75% на 100%, което е много задоволително. Удовлетворението на пациентите пък се е увеличило от 40% на 70%. Тези резултати са жизненоважни, за да се започне споделянето на тази добра практика. Данните обаче сами по себе си не са достатъчни.

3. СТАНДАРТИЗИРАНЕ НА ЗАДЪЛЖЕНИЯТА ЗА ВСИЧКИ, ОСВЕН ЗА ДОКТОРИТЕ

Стратегията „копиране-подобряване“, е надеждна, но има един голям недостатък. Без подробни писмени стандарти, насочени към докторите, поради опасения, че те ще се разстроят, споделянето на опит, също има голям риск от неуспех. В случай че принципите на работа за медицинските асистенти, медицински сестри и т.н. са ясно документирани, но няма подобни стандарти за докторите, те просто продължават да правят това, което според тях е правилно, и води до огромни различия и сериозни последици надолу по веригата. Доставчиците започват да обучават медицинските си асистенти „по свой начин“ вместо да ги обучават по стандарта. Те създават свои собствени екипи вместо да използват екипите, създадени с новата методология. Най-способните служители стават лични асистенти, за да отговорят на нуждите на лекарите, като им пречат ефективно да следят ежедневния паци-

ентски поток, за да посрещнат нуждите на деня и да помогнат на всички да се придържат към стандарта.

Тъй като проблемите се задълбочават и задачите не се изпълняват според желанието на лекарите (като например приемането на пациента в кабинета или обработването на документацията), те губят вяра в процеса и създават свои собствени решения, като често вземат работата обратно от персонала и започват да я вършат сами. Резултатът е постепенно влошаване (макар и не пълно премахване) на оригиналната рамка за реконструкция на работата.

Ако съществува и стандарт за работата на лекарите, те биха могли да го използват като напътствие и да разберат защо е важно за тях да се придържат към строго определени процеси. Да се започне работа със стандарт за управление е по-лесно, отколкото да се започне от нулата. Той би помогнал и да се предпазят лекарите от поемане на задълженията на други хора. Днес много клиници използват принципа "планирай-направи-проучи-действай", за да разработят стандарти за доставчици на медицински грижи, които трябва да са от полза както за самите лекари, така и за другите членове на екипа.

4. ЛИПСА НА АДЕКВАТНО МЕНАЖИРАНЕ НА РАБОТАТА В КЛИНИКАТА

Работата на ръководството е да гарантира, че действително се спазват стандартите за работа. Ако те не се следват, ръководството трябва да разбере защо. Например, персоналот може да се нуждае от повече обучение, или може да се наложи да се актуализира даден стандарт, ако персоналот е намерил нов, по-добър начин за работа.

Стандартите за управление следва също така да бъдат представени визуално. Така ключовите показатели за изпълнение ще са по-лесни за възприемане и всеки участник ще може с един поглед да види как работи клиниката. Обикновено това се прави на сутрешния рапорт. Например, в поликлиниката по вътрешни болести на Лий Мемориал във Флорида, лекарите и персоналот се срещат за 15 минутен рапорт всяка сутрин. Те разглеждат как са се справили предишния ден

по ключови показатели, като например време за чакане за преглед. След това обсъждат предстоящия ден и как да избегнат проблеми с пациентския поток и други проблеми. Определят се приоритетите и се дава право тези проблеми да бъдат решени самостоятелно с одобрението на ръководството.

Ръководството по-скоро ще има много повече полза от използването на модел АЗ – това е на практика описание на недостатъците на лист хартия, откъдето идва и името му.

Този подход предполага посещение на мястото, където се извършва работата, и събиране на фактите, вместо да се използват предположения за проблемите. С информация от източника, ръководството би могло да препоръча експериментален подход за решаване на даден проблем.

Превъзможване на неуспехите

Неуспехът при подобни начинания е често срещан, но не е неизбежен. Установено е, че споделянето на опит чрез разпространение на наръчници не върши работа. Но подходът за копиране на конкретни подобрения може да проработи, ако има ясно определени стандарти за всеки член на екипа. Друг факт е, че без представянето на недвусмислени данни и стандарти за управление, организацията не може да поддържа и подобрява представянето на медицинска грижа.

Не са обсъждани други възможни причини за неуспех. Като например проблеми с лидерството между лекарите в клиниките, управленски структури, които не приемат обратна връзка от лекарите и персонала, както и лош поток на информация към лекарите и персонала относно предстоящи промени. Все още има какво да се научи, но както Томас Едисон е казал: „Не съм се провалил. Току-що намерих 10 000 начина, които няма да дадат резултат“.

