

Piąty filar

Współczesne organizacje podlegają ciągłemu oddziaływaniu otoczenia biznesowego. Konkurencja rozwija się, stawiając coraz to nowe wymagania odnośnie do zastosowanych technologii, wyceny działań, podejścia nakierowanego na wstuchiwanie się i spełnianie oczekiwań klientów. Przemysł i usługi, w których konkurencja odgrywa ważną rolę, już dawno zauważyły, że utrzymywanie status quo, dziś z pozoru stabilnego, może bardzo szybko doprowadzić do zapaści organizacji, jej anachroniczności i w konsekwencji do upadku firmy.



Od lewej: **Dariusz Szplit**, kierownik Działu Innowacji, Analityki i Wdrożeń Technologii Medycznych UCK, **dr hab. n. med. Tomasz Stefaniak**, dyrektor do spraw lecznictwa i lekarz naczelny UCK, **dr n. med. Sylwia Barsow**, kierownik Samodzielnego Zespołu Psychologów UCK, **prof. dr hab. n. med. Jarosław Kobiela**, ordynator Kliniki Chirurgii Onkologicznej, Transplantacyjnej i Ogólnej UCK, **Wioletta Liesius**, kierownik Zespołu ds. Systemu Zarządzania i Akredytacji UCK oraz pełnomocnik dyrektora naczelnego do spraw systemu zarządzania

TOMASZ STEFANIAK, PIOTR BIELAWSKI, JAKUB KRASZEWSKI

W numerze 1–2/2021 „Menedżera Zdrowia” przedstawiliśmy koncepcję czteroelementowego podejścia do budowania organizacji medycznej opartej na implementacji zdobyczy technicznych, sprawdzonych wzorcach i transparentnych mechanizmach motywowania zespołu, a także na przejrzystych przepływach finansowych pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacji, zdefiniowanymi na podstawie podejścia procesowego.

Na tej relatywnie statycznej bazie powstaje organizm gotowy do rozwoju, wyposażony w narzędzia do gromadzenia danych oraz ich oceny – w kontekście jakości klinicznej, a także efektywności biznesowej. Organizm ten jednak potrzebuje energii do działania. Paradoksalnie, dostarczają jej błędy, które pojawiają się w trakcie realizacji działań: zarówno te dotyczące przebiegu procesów (opisywanych przez parametry procesu), jak i te zauważone dopiero pod koniec lub



Fot. Sylwia Mierzewska

po zakończeniu działań (opisywane przez kryteria produktów) (ryc. 1).

Organizacja ucząca się to taka, która zmienia się w sposób ciągły, korzystając z rozproszonych, różnorodnych źródeł informacji, dotyczących zarówno otoczenia, jak i środowiska wewnętrznego. Na podstawie informacji analizuje zdarzenia, zmierzając do identyfikacji przyczyn problemów lub mechanizmów stanowiących o nagle pojawiającym się potencjale, wdraża zmiany i monitoruje ich efekty. Z pozoru jest to proste, ale w rzeczywistości wymaga czasu, motywacji i metod. Poniżej przedstawiamy kilka z wybranych, które zaimple-

mentowaliśmy w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (UCK GUMed).

System zgłaszania zdarzeń niepożądanych i niezgodności

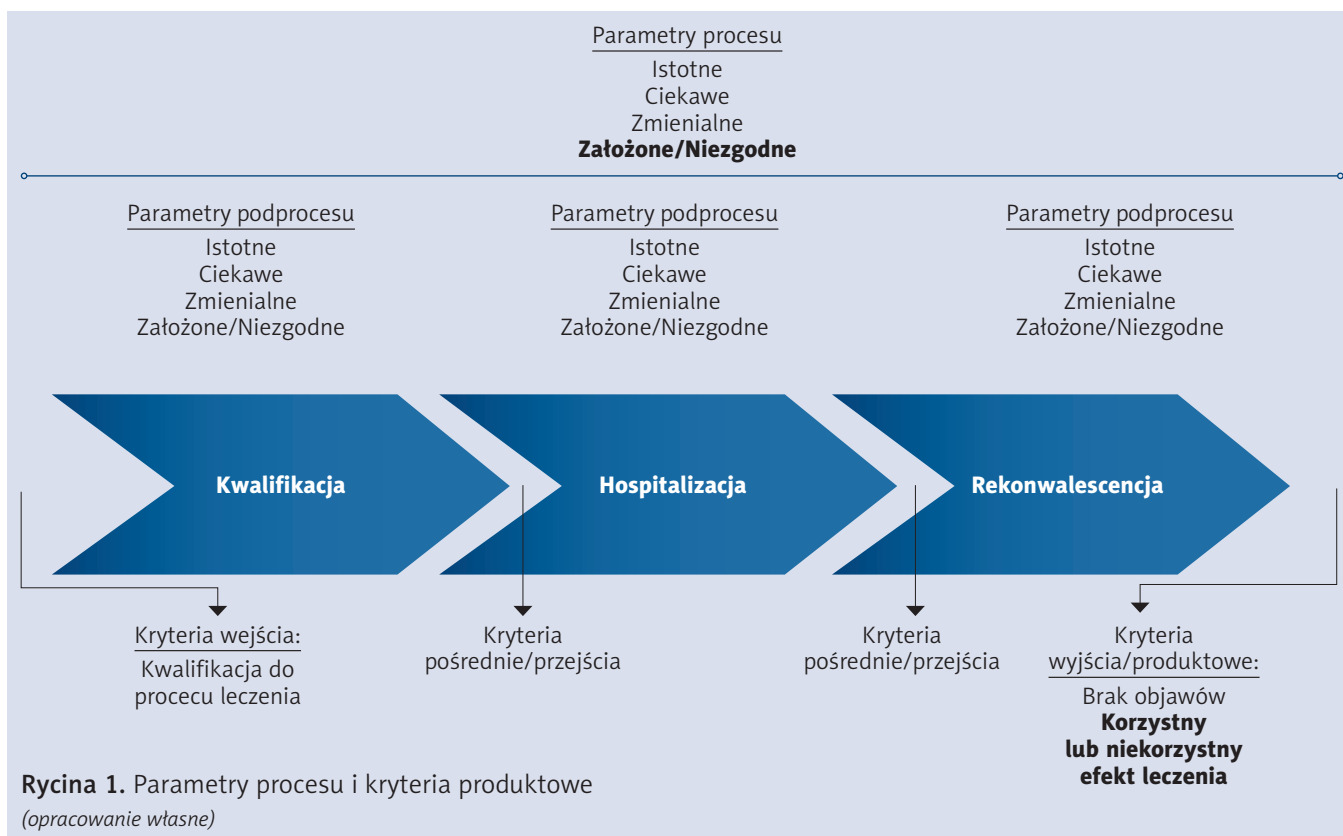
Podstawowym źródłem informacji w organizacji uczącej się jest system gromadzenia informacji o błędach. Zarówno źródła, jak i ciężar gatunkowy takich informacji są różne i dotyczą wszystkich zakresów działania organizacji. W szpitalu będą to zdarzenia o dużym znaczeniu medycznym (jak np. rehospitalizacje), ale też inne, o małym znaczeniu technicznym (brak dostarczenia papieru do

drukarek na czas). Jesteśmy zdania, że wszelkie zdarzenia, które mają wymiar niezgodności (a zatem, w ujęciu semantycznym, niezgody osoby zgłaszającej na ich zaistnienie), powinny być zgłaszane w systemie. Tym samym system jest miejscem gromadzenia różnorodnych, niekiedy nadmiarowych, informacji o spostrzeżeniach, które wzbudziły emocje zespołu, a nie tylko predefiniowanych grup, oczywiście także znajdujących się w systemie. Ma to na celu budowanie kultury otwartego dzielenia się swoimi uwagami o tym, co zdaniem pracownika powinno się zmienić w organizacji. Zgłoszenia mogą być anonimowe, lecz z naszego doświadczenia wynika, że przy odpowiednim kreowaniu kultury zaufania stanowią one mniej niż 2 proc. zgłoszeń (w naszym materiale jest to 1,79 proc. za rok 2022). Wynikać to może z faktu, że zgłoszenie anonimowe nie pozwala osobie zgłaszającej na monitorowanie jego dalszych losów, a właśnie reakcja na zgłoszenia, nawet te najbanalniejsze, jest podstawowym mechanizmem wzmacniającym zgłaszalność. Bez tej reakcji, szybkiej, wskazującej na zapoznanie się ze spostrzeżeniem, system zgłoszeń bardzo szybko wygaśnie.

Zdarzenia niepożądane o znaczeniu klinicznym

Spontaniczna zgłaszalność niezgodności o znaczeniu klinicznym jest mała. Jedynie mechanizmy automatyzujące to wyzwanie dają szansę na przybliżenie się do prawdziwego odsetka medycznych zdarzeń niepożądanych. Już dziś dostępne są walidatory informatyczne pozwalające

na identyfikację hospitalizacji, które potencjalnie spełniają kryteria rehospitalizacji nieplanowanych i reoperacji. Trudniejsze jest wychwycenie hospitalizacji przedłużonych lub powikłanych. Można tutaj zastosować metodykę, którą z powodzeniem stosujemy w UCK w Gdańsku, opierającą się na krotności przekroczenia średniego czasu hospitalizacji dla danej grupy JGP, na współlistnieniu zdarzeń medycznych takich jak badanie TK, endoskopia, interwencja endowaskularna po zabiegu operacyjnym lub przekroczenie krotności wartości potencjalnej wyceny przez koszty leczenia pacjenta. Oczywiście, są to jedynie stygmaty potencjalnej hospitalizacji powikłanej wymagające pogłębionej oceny klinicystów bezpośrednio zaangażowanych w proces. Z naszego doświadczenia wynika, że mniej niż 30 proc. wstępnie zakwalifikowanych przypadków stanowi rzeczywistą bazę do docelowych analiz klinicznych mających na celu identyfikację problemu, nad którym należy dalej pracować. W odniesieniu do zgonów przyjęliśmy zasadę szczegółowej oceny na poziomie kliniki wszystkich zaistniałych w obszarze. Jeszcze głębszej analizie podlegają te, które (w ocenie ekspertów) nie spełniają kryteriów zgonów „nie do uniknięcia”. Stanowią one ok. 4 proc. wszystkich zdarzeń. Każdy z wymienionych powyżej stygmatów zdarzeń niepożądanych (kryteria produktowe lub parametry procesowe) ma w rzeczywistości na celu identyfikację potencjalnych powikłań klinicznych oraz przyczyn stricte medycznych, które mogły do niego doprowadzić.



Rycina 1. Parametry procesu i kryteria produktowe
(opracowanie własne)

Identyfikacja przyczyn, działania korygujące i projekty poprawy jakości

Postępowanie ze stwierdzonymi problemami klinicznymi i pozaklinicznymi jest bardzo podobne metodologicznie. Zawiera analizę przyczyn źródłowych (RCA – Root Cause Analysis), w której zalecamy raczej metodę drzewa przyczynowo-skutkowego lub diagram Ishikawy, a nie jednowątkowy schemat 5 x „dlaczego”. Ten ostatni, choć kuszący ze względu na bardzo konkretną i krótką formę, ma tendencję do torowania najbardziej oczywistych, choć wcale nie rzeczywistych, przyczyn zjawiska. Może to doprowadzić do zawężenia wdrożenia działań naprawczych do dobrze znanego, ale nieskutecznego rozwiązania. Bardziej czasochłonne rozwiązania, bazujące na metodzie 6–3–5, lub inne, mniej ustrukturyzowane formy burzy mózgów, pozwalają jednak na szersze spojrzenie na problem. Zalecamy, aby w spotkaniach RCA dotyczących problemów klinicznych brały udział osoby z różnych dziedzin medycznych, a nawet spoza bezpośredniego nurtu lekarsko-pielęgniarskiego (psychologowie, fizjoterapeuci, pracownicy administracyjni). Podobnie w odniesieniu do spotkań RCA poświęconych problematyce pozaklinicznej zasadne jest zaangażowanie klinicystów. To właśnie różnorodność perspektyw pochodzących od interdyscyplinarnych zespołów pozwala na generowanie lepszych rozwiązań, gdyż pozwala wyjść poza utarte schematy myślenia i znaleźć rozwiązania poza nimi.

Bardzo ważnym elementem stanowiącym o kompletności podjętych działań jest ocena wyników wdrożenia zaproponowanych działań korygujących (w języku standardów akredytacyjnych CMJ znanych jako projekty poprawy jakości). Do przeprowadzenia tej oceny niezbędne jest wskazanie efektywności zmiany, czyli mierzalne określenie tego, co jest potencjalną, wynikającą z analizy, przyczyną problemu. W tym celu należy wskazać miary (liczone w jednostkach naturalnych) lub wskaźniki (miara z punktem odniesienia, zawsze ma dzielenie i często jest wyrażana w procentach), które staną się oceną kryteriów sukcesu dla wprowadzanej zmiany. Po założonym okresie potrzebnym na wdrożenia zmiany przeprowadzana jest ocena, czy założona miara się zmieniła. W razie uzyskania sukcesu, nowe postępowanie

zostaje wdrożone do stałych działań organizacji (business as usual). Polega to na powstawaniu nowych lub modyfikacji dotychczas funkcjonujących zasad działania, a więc standardowych procedur operacyjnych (SOP – Standard Operation Procedure), w których pierwotnie zaproponowane miary projektowe stają się przedmiotem stałego monitorowania. Trwa ono bezterminowo w celu zapewnienia kontrolowanej jakości w zakresie ważnych parametrów procesu, do momentu uzyskania stabilnej, obciążonej niewielką zmiennością wartości, jeśli parametr określamy jako zmienny.

Niezależnie wyznaczone kryteria produktowe są przeglądane z założoną częstotliwością, tak aby zapewnić, że zmieniony proces prowadzi do co najmniej takich samych, a najchętniej lepszych, wyników.

Szacunek dla wartości organizacji

Oprócz osiowych dla dynamiki systemu działań reaktywnych wobec zaistniałych zdarzeń, podejmujemy również działania proaktywne, których istotą jest budowanie kultury organizacji. Misja „Efektywnie lecząc, dobrze uczyć i służyć nauce” i motto „Pacjent w centrum uwagi” UCK są rozpowszechnione w organizacji i komunikowane w każdej możliwej sytuacji medialnej. Zaleca się także komunikowanie i interpretowanie misji oraz wartości skupionych w treści motto na poziomie wszystkich zespołów organizacji. Są to krótkie (mniej niż minuta) poprzedzające spotkania robocze (np. odprawy lekarskie czy pielęgniarskie) wyjaśnienia poszczególnych pracowników, co dla nich tak naprawdę znaczy któryś z elementów wartości organizacji. W ich trakcie zespół werbalizuje także, po jakim działaniu czy postawie oni i pacjenci będą mogli poznać, że ta wartość jest na co dzień respektowana i realizowana w szpitalu. Choć na pierwszym etapie jest to trudne, wkrótce staje się ważną deklaracją światopoglądu i drogowskazem w sytuacjach wymagających odpowiedzi, czy to, co się właśnie wydarza jest zgodne, czy niezgodne z wartościami UCK.

Codzienne wizualne zarządzanie wynikami
Dostęp do informacji o procesie powinien być stały i atrakcyjny wizualnie. Informacje o procesie to zwykle

„Należy pozwolić wprowadzać innowacje i zmiany, w warunkach bezpiecznego nadzoru od strony zarządu i menedżerów, tylko tą drogą organizacja nauczy się testować rozwiązania”



Rycina 2. Tablice Wizualnego Zarządzania w gabinecie członka zarządu UCK



Rycina 3. Dziesięć zasad kaizen

wskaźniki oceny wyników naszego procesu – służące ocenie post factum (kryteria produktowe), bieżące pomiary naszego procesu – służące podejmowaniu bieżących decyzji w toku pracy (parametry procesowe), a także ustalenia dotyczące zaplanowanych działań doskonalących i ich statusu wdrożeniowego. Potrzebne są estetyczne dashboards, modyfikowalne tablice i tabele, na których każdy pracownik może ingerować i pokazać efekt swoich działań. Informacje te powinny być dostępne mimochodem, dlatego rozwiązania fizyczne, a nie cyfrowe mają przewagę trwałości, choć zarazem zajmują więcej miejsca (ryc. 2). Dostęp do podstawowych informacji w wersji cyfrowej, np. w formie dynamicznie zmieniających się slajdów z informacjami czy filmów z najważniejszymi podsumowaniami za wskazany okres, powinien być zapewniony w wielu miejscach, bez potrzeby logowania się, a nawet włączania komputera. UCK przygotowuje informacje w wersji filmowej, które publikuje na własnym kanale YouTube oraz na własnym fanpage'u na Facebooku, co powala na bardziej przyjazne udostępnianie procedur, a także instrukcji personelowi i zainteresowanym pacjentom (np. film o prawach pacjenta). Informacje fizyczne dostępne są w przestrzeniach związanych z zarządzaniem szpitalem. Są one także miejscem codziennej dyskusji o zadaniach i aktualizacji stanu ich realizacji.

Podsumowanie – dziesięć zasad kaizen

Struktura opisana w koncepcji czterech filarów funkcjonowania szpitala wymaga paliwa, by można było stwierdzić, że personel placówki się uczy i rozwija. Idealnie pasują tutaj, znane od dawna, zasady zarządzania zrodzone w tradycji japońskiej, określane jako dziesięć zasad kaizen (ryc. 3). Po pierwsze, należy porzucić stare zasady myślenia i działania, gdyż samo zanegowanie zastanej rzeczywistości skłania do myślenia i walidacji tego, co nas otacza. Po wtóre, powinniśmy stale zastanawiać się, jak stymulować takie obrazoburcze, a zarazem innowacyjne myślenie. Dla nas oznacza to, że zarząd powinien w widoczny dla wszystkich sposób stymulować, aprobeować i testować nowe rozwiązania oraz informować o tym społeczność szpitala za pomocą nowoczesnych mediów

społecznościowych. Po trzecie, niezależnie od tego jak to trudne, dotkliwie i osobiście niewygodne, nie można robić wyjątków od przyjętych reguł. Jeśli ustalimy zasady, to dotyczą one całej organizacji: od szeregowca do generała. Po czwarte, poszukiwanie rozwiązań dla zgłoszonych problemów powinno zaczynać się od rozwiązań najprostszych, możliwych do wdrożenia od zaraz, nawet jeśli jesteśmy świadomi, że nie będzie to od razu rozwiązanie najlepsze (za to będzie od razu działało i przynosiło pierwsze efekty). Kolejna sprawa: należy pozwolić popełniać błędy, w warunkach bezpiecznego nadzoru ze strony zarządu i menedżerów, bo tylko tą drogą organizacja nauczy się testować rozwiązania. Oczywiście błędy należy naprawiać natychmiast i zapobiegać ich powtórzeniu, dlatego analiza problemów z wykorzystaniem odpowiednich metod jest tak istotna. Ważne też, żeby do tego zadania włączać innych, najlepiej tych, którzy są bezpośrednio zaangażowani w realizowany proces, chociażby dlatego, że najlepiej rozumieją jego charakterystykę i są najlepszymi recenzentami proponowanych projektów poprawy jakości. A gdy mierzymy się z trudniejszymi problemami – angażować również osoby spoza procesu, by obejrzeć go w szerszej perspektywie. Warto wspierać poszukiwanie przyczyn problemów za pomocą uznanych metod, z których jedną z najprostszych jest 5 razy „dlaczego?”, starając się nie zatrzymywać na ogólnych i populistycznych przyczynach, ale dążąc do odnalezienia systemowych źródeł problemów. Preferujemy rozwiązania oparte na zmianie myślenia, zmianie funkcji infrastruktury, a nie te, które koncentrują się na zakupach, poszerzeniu infrastruktury czy zwiększeniu kadry.

Pamiętajmy wreszcie, że napęd systemu zarządzania jakością stanowią niezgodności i pomysły na działania doskonalące obecne postępowanie – bez nich nie ma możliwości wygenerowania zmiany, która będzie miała praktyczną wartość dla organizacji. I na sam koniec memento – ta droga nie ma końca – jak motto Pionu Lecznictwa UCK „We never stop”.

Tomasz Stefaniak, dyrektor do spraw lecznictwa i lekarz naczelny Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku, Piotr Bielawski – konsultant firmy LeanQ Team z Gdańska, Jakub Kraszewski, dyrektor naczelny Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku