

Изменение модели наблюдения на объединённых терапевтических участках в целях снижения уровня многозадачности в первичном звене здравоохранения.

Проект в номинации

Системные решения в здравоохранении

Организация

ФГБОУ ВО ОрГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Участники проекта

Ионов Вячеслав Александрович

Руководитель центра развития Lean-технологий в здравоохранении

Оренбург

ФГБОУ ВО ОрГМУ МЗ РФ

Исследование взаимосвязи между хронической многозадачностью в работе участкового терапевта и кадровым коллапсом в первичном звене, позволило обосновать и разработать трёхуровневую модель и алгоритмы наблюдения на объединённых терапевтических участках.

Описание проекта

Список актуальных проблем первичного звена общеизвестен. Среди них в топе: перегруженный документооборот, работа в условиях нехватки времени и конвейерности приёма, низкий уровень вовлечённости, широко распространённый синдром "выгорания" и дефицит кадров.

Всё познаётся в сравнении, поэтому оценивая достижения обзримых масштабных инфраструктурных изменений в отрасли, трудно не заметить, что материально-технический аспект критически диссонирует с регрессией статистик фактора человеческих ресурсов. Очевидные инфраструктурные улучшения совершаются в отраслевом кадровом коллапсе.

Демографические вызовы должны одинаково влиять на государственную и на частную системы здравоохранения, однако, статистика демонстрирует существенные различия в комплектовании кадрами, когда частные ЛПУ испытывают *относительный дефицит*, но не проявления *системного кадрового*

кризиса, как в первичном звене. Такие сопоставления ставят перед нами дискуссионный вопрос - чем обусловлена ситуация со столь чувствительной кадровой проблемой?

Цель проекта - создание модели наблюдения в первичном звене, разрешающей причины, а не следствия проблемы, блокирующей отраслевые прорывы.

Для достижения цели были установлены следующие **задачи**:

- 1) Обосновать соотношение основных причин, приводящих к кадровому коллапсу;
- 2) Изучить примеры решений, нивелирующих воздействие выявленных факторов;
- 3) Разработать модель наблюдения для первичного звена, устраняющую воздействие «факторов влияния» и обеспечивающую устойчивые показатели результативности.

Ранжирование причинно-следственных связей были основным шагом в определении корневых причин кадрового коллапса и показателей неэффективности в первичном звене, связанных со сложившимися практиками и издержками управления: совмещением работы в кабинете и на участке, непластичностью кадровых технологий, недостаточными стимулами для использования иных управленческих подходов. (рис.1) В итоге, была определена настоящая "почему"- ситуация, имеющая доминирующее значение в кадровом коллапсе - *распространённость многозадачности* в работе участковых терапевтов.

Многозадачность в управленческом контексте это системное требование *одновременного* исполнения нескольких функционалов одним постом. (рис.2) Ситуация многозадачности порождает *высокий уровень неопределённости* - существования более, чем одной возможности развития событий, что является **драйвером неэффективности и сверхзадачей** для менеджмента на всех уровнях.

Учитывая обнаруженные взаимосвязи, были проанализированы результаты проекта «Московский стандарт поликлиники», на предмет влияния алгоритмов реализации моделей в снижении фактора многозадачности. В подобных решениях, при достижении эффективности в логике маршрутизации потоков

пациентов по целям обращения, исходят из задачи сохранения времени врача путём минимизации потерь без учёта фактора многозадачности.

На основе анализа причинно-следственных связей, выявленных в диаграмме Исикава и реализованных решений, была разработана модель объединённой участковой службы (ОУС). В дизайне модели наблюдения учтены факторы кадрового дефицита и распространённой практики объединения участков.

Главные отличия ОУС:

- 1) Распределение прикрепленного населения *на категории по степени трудоёмкости* ведения случая, а не по «нозологрии обращения»;
- 2) Переход от формата «врач и медсестра» на одном участке к *формату команд*, осуществляющих наблюдение за категориями населения *на объединённых участках*;
- 3) Для достижения пиковых значений *эффективности модели*, критически важным условием является плановая ротация по функциональным участкам всего врачебного и сестринского персонала в течение года.

Все сотрудники должны войти в круг передачи знаний и постоянно изменяющейся информации. Периодическая ротация персонала способствует, в том числе, последовательному освоению функционала (врача/медицинской сестры) молодыми специалистами.

*В итоге, **снижение многозадачности обеспечивает условия для роста лечебной работы** и смещение доминант в деятельности с административной на профилактическую.*

Критерии дифференцирования групп населения на категории исходят из трудоёмкости по двум основным направлениям в работе участкового терапевта: «лечение» и «документооборот».

В итоге, для взрослой поликлиники выделены три категории наблюдаемого населения (рис.3), которые, в свою очередь, определяют *три направления работы врачебных команд на объединённых терапевтических участках*: «Приём в поликлинике», «Служба вызовов на дом» и Патронаж».(рис.4)

Модель разрабатывалась для конкретной поликлиники с прикрепленным населением 38.000 человек. Исходя из трудоёмкости и временных затрат, произведён расчёт врачебных ресурсов и распределение на команды с учётом

выполнения ФВД. Была определена группа основного состава и образовалась группа «резервных» врачей (26% от штатного расписания).(рис.5)

Командный подход к дифференцированным группам, а не потокам населения, достигает важную цель – снижение многозадачности с возможностью разрабатывать алгоритмы оптимальной маршрутизации и индивидуального наблюдения, при сохранении принципов территориальности, участковости и финансирования первичного звена.

В иной логике - дифференцирования по функционалу объединены сестринские ресурсы и распределены в группы. (рис.6) Разделены территории обслуживания на зоны ответственности функциональных команд медицинских сестёр (рис.7), в том числе, учтён функционал приёмно-информационного кабинета (ПИК-офиса), являющегося аналогом «сестринского поста». Исходя из существенных отличий в комплектации кадрами в разных медицинских организациях, разработаны уровни применения модели объединённой участковой службы - «Базовый» (рис.8), «Прогрессивный» (рис.9) и «Лидерский» (рис.10).

Объединение врачей и мед.сестёр в функциональные команды создаёт ожидаемые *групповые эффекты и комплексные решения* в логике клиентоцентричности и роста кадрового потенциала. Когда команды сфокусированы на чём-то конкретном, результаты получаются качественнее и достигаются быстрее.

Основные из них:

1. Команда создаст больший объём работы, чем самый замотивированный индивидиуал, потому что командная среда, способствуя росту вовлечённости, обуславливает высшие показатели результативности;
2. Рост охвата диспансеризации (с учётом возможного формата "мобильной диспансеризации") и снижение смертности за счёт фокусирования внимания патронажных команд на «тяжёлой» патологии;
3. Рост взаимодействия с узкими специалистами и стабильная маршрутизация на второй уровень;
4. В сознании населения формируется идея устойчивого наблюдения, которая обеспечивается быстротой командного взаимодействия при изменении производственной, сезонной и эпидемической нагрузки;

5. Более устойчивая модель наблюдения и контроль лекарственного обеспечения для орфанных пациентов, БСК и паллиатива.

Заключение:

1) Основой модели ОУС является анализ ключевых проблем в сфере здравоохранения, которые выявлены в результате контентного анализа и применения Lean-инструментов.

2) Некомпетентное управление и дефицит кадров в первичном звене определяет высокий уровень многозадачности и неопределённости, как у медицинских работников, так и у пациентов.

3) Многозадачность - враг продуктивности. Сотрудники в режиме хронической многозадачности, при избыточности функций, демонстрируют более низкую производительность.

4) Выбирая модель наблюдения на терапевтических участках, руководители должны **сосредоточиться на управлении уровнем многозадачности**, путём создания гибких команд, или их функциональным комбинациям.

5) Влияние на эффективность через оптимизацию инфраструктуры и индивидуальную мотивацию имеет ограниченный потенциал, поэтому в управлении эффективностью, как правило, руководители делают ставку на создание организационного дизайна. Однако, ключевую роль в повышении производительности играет управление уровнем многозадачности, которое возможно только в командной среде с гибкими подходами.

6) В условиях дефицита кадров переформатирование подходов в обращении с кадровым ресурсом - это необходимость. Без переключения деятельности в формат командного взаимодействия, ожидать роста результатов в первичном звене маловероятно.