Систематизация и автоматизация анализа в управлении качеством

Категория: Проблемы организации внутреннего контроля
Опубликовано: Пятница, 29 октября 2021, 21:20
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 5522

Выстраивание системы менеджмента качества в работающей организации является непростой задачей. В здравоохранении, в силу специфики медицинской деятельности, её решение даётся особенно трудно.

Уважаемые коллеги! Вам, несомненно, известны сложности, с которыми сталкиваются медицинские организации в ходе реализации подобных проектов. Обилие всевозможных и слабо увязанных между собою требований от различных «регуляторов» препятствует созданию внятной отраслевой системы стандартов – основы любой системы менеджмента качества (СМК), системы оценки соответствия (СОС) или системы добровольной сертификации (СДС). Универсальные же модели либо слишком общие, «обо всём и ни о чём конкретном», либо грешат излишней жёсткостью, что плохо сочетается с вероятностным характером основного «производственного» процесса медицинской деятельности – процесса оказания медицинской помощи. Человек выпускается в обращение штучно и без инструкции. Прикладыванием дубовых требований ему скорее навредишь, чем поможешь.

Подход к решению проблемы мягкого, «адаптивного» регулирования медицинской деятельности в области качества давно известен, это разработка и внедрение в практическое здравоохранение вышеназванных систем, в которых отраслевая специфика сочетается с универсальными управленческими принципами. В 90-е годы минувшего века было разработано и внедрено в здравоохранение многих регионов несколько таких систем («алтайская», «кемеровская», наша «иркутская» и др.). Затем наступило долгое затишье, связанное с изменениями в законодательстве. Однако реальные потребности общества в современном качественном здравоохранении и самого здравоохранения – в эффективном управлении качеством никуда не делись. В этой связи, какие-то прежние разработки продолжали применяться на практике и даже развиваться (проект Здрав.Биз – из их числа).

В прошлом десятилетии появились первые Предложения (практические рекомендации) Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации – для стационара, поликлиники, лаборатории, стоматологии и т.д. Рекомендации для стационара и поликлиники позже были зарегистрированы в качестве СДС, реализация ряда проектов на их основе достигла этапа сертификации. Есть примеры успешного внедрения в работу отечественных медицинских организаций и зарубежных систем стандартов. В тренде всеобъемлющей «цифровизации» экономики и общественной жизни появляются новые технологические платформы, что устраняет весьма значимые прежде препятствия к обработке больших объёмов разнородных данных и открывает новые перспективы для интегрированных систем менеджмента.

Казалось бы, для широкого распространения культуры качества в

Phoca PDF

российском здравоохранении есть все возможности. Однако мы этого не наблюдаем. Медицинских организаций с реально работающими СМК в последние годы, конечно, прибавилось, но на наших бескрайних просторах они по-прежнему редки, радикальных изменений по стране в целом не произошло. Тому есть множество причин, некоторые из которых мы с вами уже разбирали. Одна из них – уже обозначенная выше проблема отсутствия интеграции требований на уровне медицинских организаций, следствие недостатка системности «регулирования» здравоохранения и специфичности медицинской деятельности.

С системами оценки соответствия в здравоохранении проблема в теории может быть решена, но на практике для этого требуется что-то помимо наличия свода требований и жгучего желания их внедрения. Даже при завидном упорстве проекты то и дело проваливаются. Дело в том, что требования, включаемые в системы оценки соответствия, не возникают ниоткуда. Они представляют собой упорядоченные перечни указателей, за каждым из которых тянется нить к какому-либо источнику или, скорее ко многим источникам, даже если ссылки не указаны прямо. А там всё то же бескрайнее море требований! Никакой системе оценки соответствия не под силу его упорядочить. Вот и получается, частенько, что внедрение СМК само по себе, увлекательная движуха по добыче сертификата, а реальная работа и общение с контролирующими органами как бы отдельная, старая и пресная, история.

Вишенка на торте: любая СМК или СДС вне интеграции стандартов, на которых она основана, в общую систему управления, становится лишь ещё одним источником хаоса в организации. Причём, довольно массивным, ведь «лёгких» систем такого рода не бывает. Хороший консультант-эксперт может помочь собрать всё воедино, но их у нас в стране мало, а в здравоохранении вообще единицы. Да и традиции обращаться за помощью к экспертам, к сожалению, тоже пока нет. Нет понимания важности поиска и привлечения настоящих специалистов, необходимости вложений.

Со временем традиции неизбежно изменятся. Сотрудничество с известными консультантами-экспертами и авторитетными экспертными организациями, наличие рабочей СМК и подтверждения соответствия в признанных СДС, участие в наработке лучших практик и формировании отраслевой культуры качества для медицинских организаций и специалистов здравоохранения станут естественными атрибутами деятельности. А для того, чтобы подобные системы помогали решить проблему уже сегодня и не в только теории, на мой взгляд, необходима более глубокая проработка проблемы интеграции. Нужно закладывать интеграцию стандартов и иных требований в структуру систем оценки соответствия, чтобы СМК и СДС могли её наследовать без лишних проблем. Любое требование должно без особого труда, без необходимости всё заново перекраивать, встраиваться в общую многомерную структуру. Также важно прорабатывать автоматизацию оценки соответствия, чтобы её можно было интегрировать в управление без

Phoca PDF

опаски потонуть в море требований.

Реализовано это может быть, к примеру, так, как четверть века назад было заложено в СОС «Байкал» (позже на её основе была зарегистрирована СДС «ЭкспертЗдравСервис») её первым и главным автором, Борисом Владимировичем Таевским, а ныне моими стараниями получило продолжение в виде автоматизированных экспертных технологических карт (АЭТК) нового поколения. В качестве иллюстрации структуры СОС привожу ниже несколько скриншотов АЭТК «Эпидемиологическая безопасность» с пояснениями.

Для погружения требований в систему и автоматизации расчётов в техническом плане достаточно старых добрых электронных таблиц. Общая структура системы – набор специализированных по профилям деятельности и направлениям работы файлов с иерархией показателей внутри.

Показателями я называю оценочный критерий вместе с оценкой соответствия по нему, производимой по методике, принятой в данной системе. Если соответствие по данному показателю может или должно оцениваться непосредственно, то он является конечным или неделимым. Примеры конечных показателей с оценкой различными способами в пределах принятой в нашей системе методики приведены на рис.1 и 2.

Phoca PDF

Категория: Проблемы организации внутреннего контроля
Опубликовано: Пятница, 29 октября 2021, 21:20
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 5522

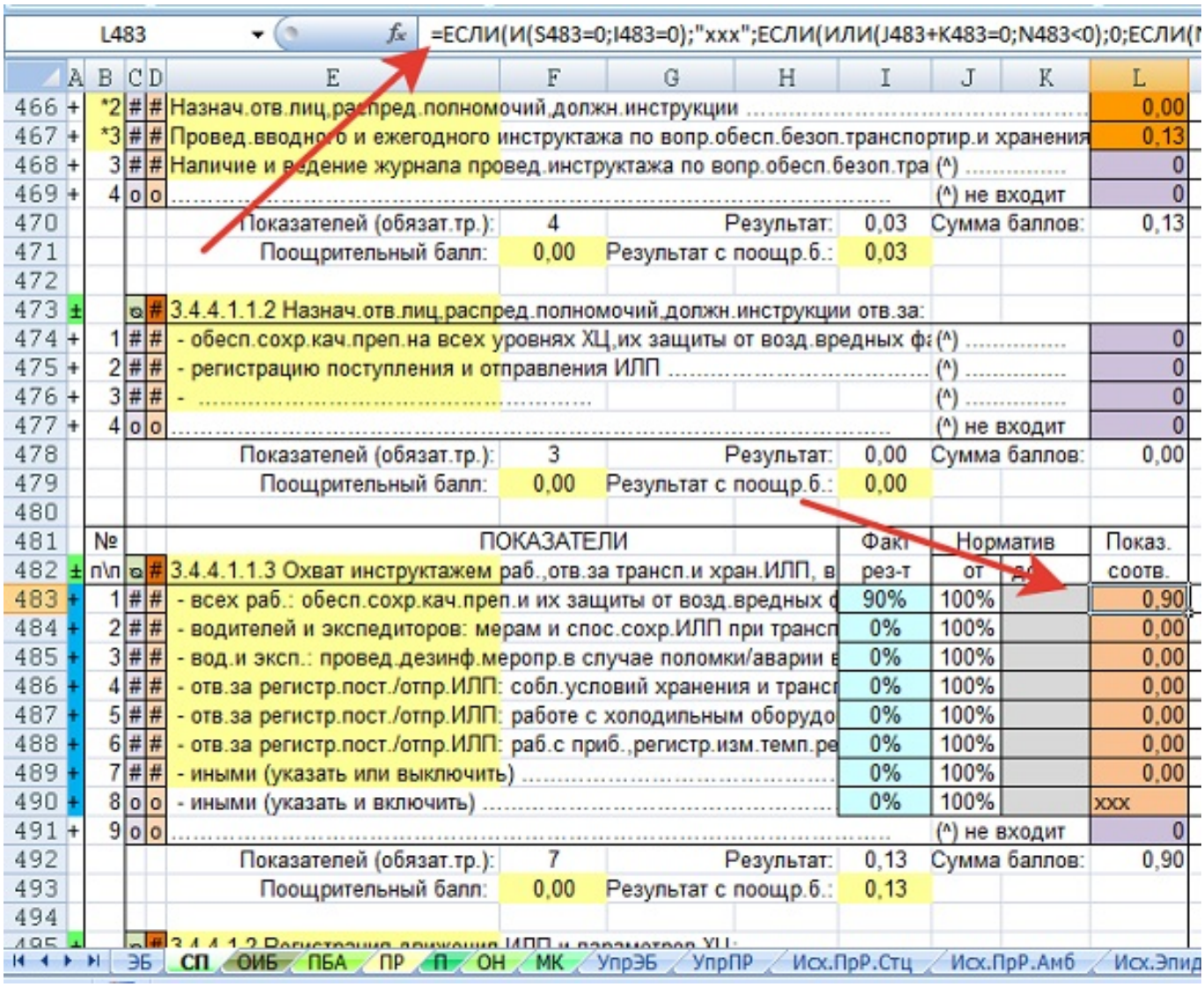


Рис.1. Пример конечного (неделимого) показателя: сравнение с эталоном, прямого типа (чем больше, тем лучше, но не более 1). Тип («прямой», «обратный» или «диапазон») задаётся в столбце А знаком «+», «–» или «±».

Phoca PDF

Категория: Проблемы организации внутреннего контроля
Опубликовано: Пятница, 29 октября 2021, 21:20
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 5522

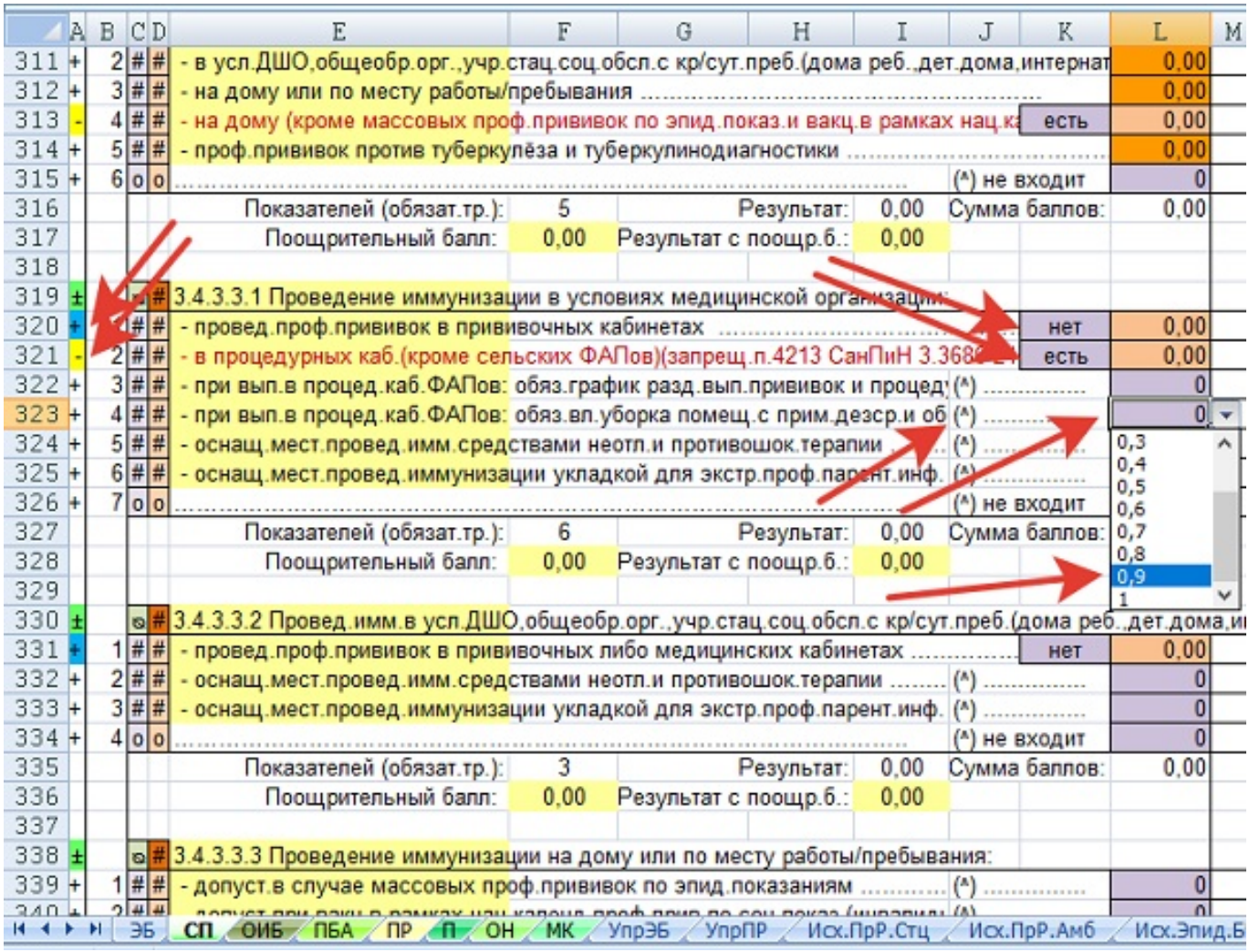


Рис.2. Примеры конечных (неделимых) показателей: экспертная оценка от 0 до 1 с шагом 0,1 (показан выбор из выпадающего списка); дихотомическая оценка 0 или 1 для прямых («есть» – это хорошо, «нет» – плохо) и обратных («нет» – хорошо, «есть» – плохо) показателей.

Если же показатель необходимо раскрыть более подробно, то это можно сделать в «дочернем» блоке, где производится оценка всех составляющих, а результат расчётов по блоку в целом «подтягивается» в нужное место. Так можно детализировать вглубь сколь душе угодно или нужно для дела.

Phoca PDF

Категория: Проблемы организации внутреннего контроля
Опубликовано: Пятница, 29 октября 2021, 21:20
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 5522

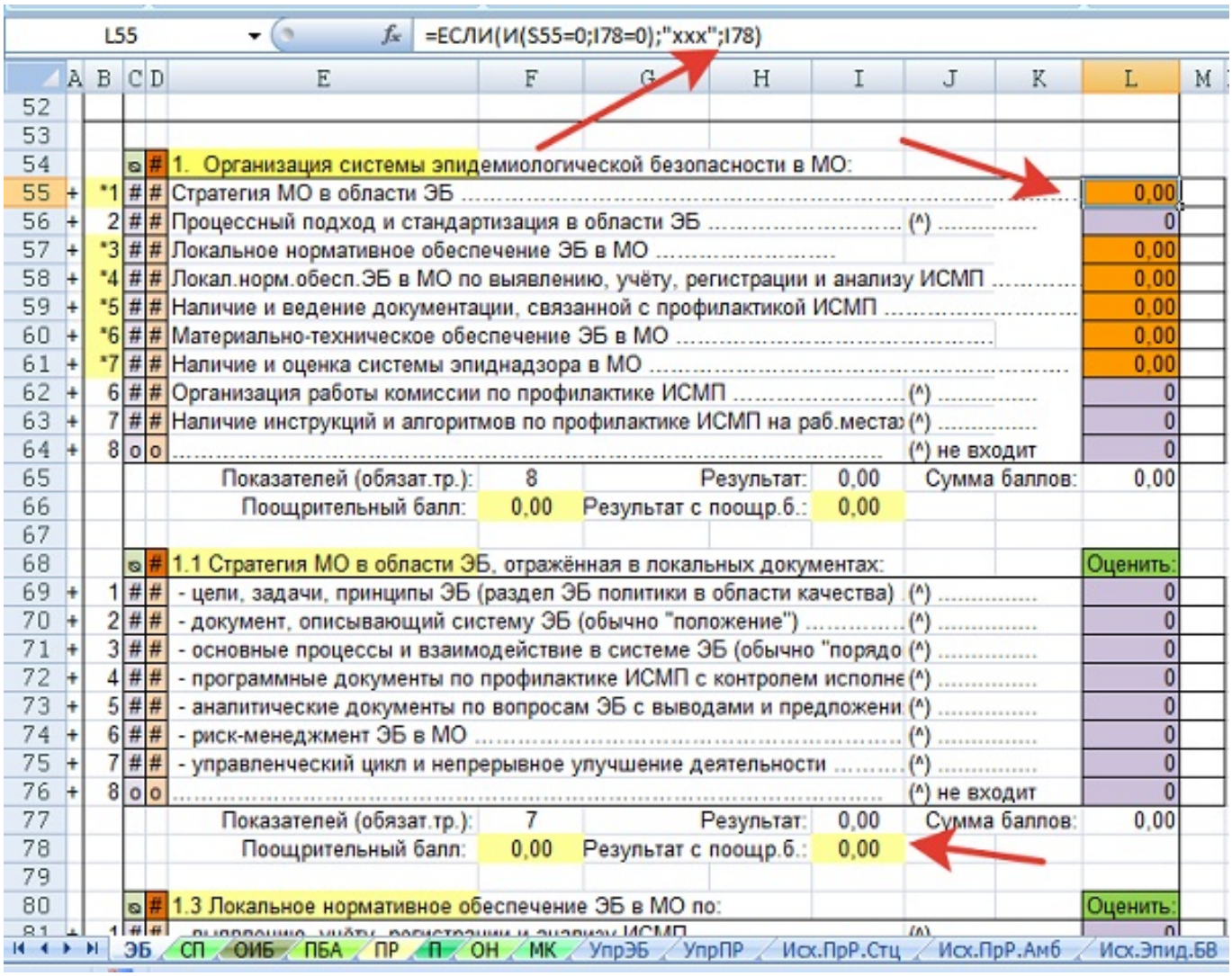


Рис.3. Делимый показатель и раскрывающий его «дочерний» блок, где производится расчёт значения показателя на основании производимых в блоке оценок.

Как легко убедиться, ничего сверхсложного в структуре нет. Показатели, их оценка тем или иным способом из стандартного набора (т.н. «Стандартизация показателей»), детализирующие «дочерние» блоки в общей иерархической структуре и автоматизация расчётов.

Чуть более сложные вещи – настройка карты. Чтобы включённые в карту требования во всём своём обильном многообразии не давили всех без разбора, а дифференцированно включались только для тех медицинских организаций и их подразделений, к которым могли бы быть отнесены, необходимо проработать не только настроечный функционал, но и атрибуты (параметры по умолчанию) для каждого показателя (по данной теме рекомендую ознакомиться с материалом «О дифференциации требований»). Желательно, с участием профильных специалистов.

Phoca PDF

Категория: Проблемы организации внутреннего контроля
Опубликовано: Пятница, 29 октября 2021, 21:20
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 5522

Бóльшая гибкость достигается ценой больших усилий. Я планирую осветить эти решения детально в серии специальных публикаций, здесь скажу коротко. Реализованы общая (по типу, мощности, профилю и специфике деятельности медицинской организации или её структурного подразделения) и частная (отключение отдельных показателей) настройка (рис.4), а также наследование «родительского» состояния (автоматическое отключение дочерних блоков при отключении показателя).

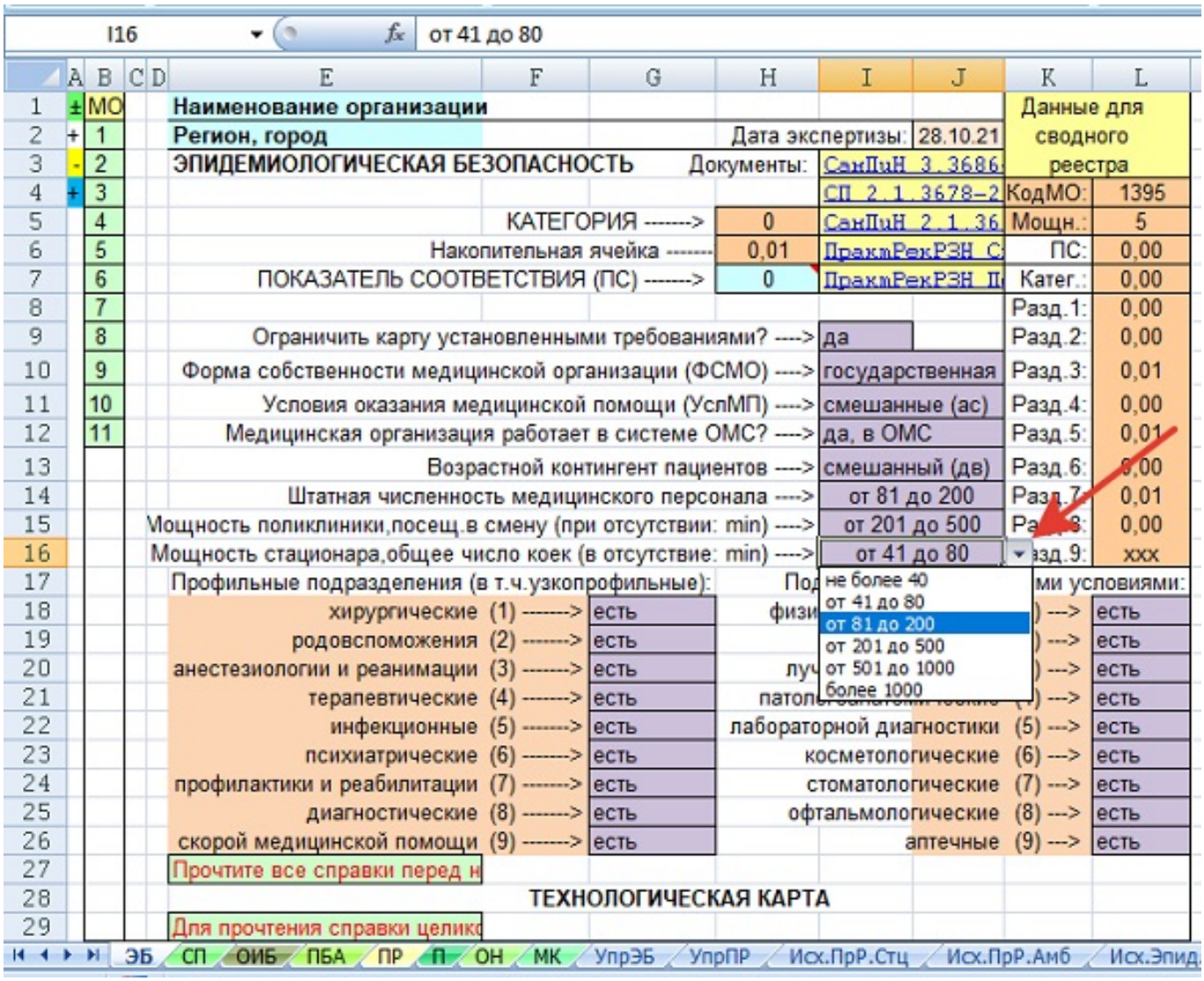


Рис.4. Общая настройка карты: выбор из выпадающего списка по одному из настраиваемых параметров.

Важнейшие показатели объединены в блок высшего уровня. Затем идёт декомпозиция показателей желаемой, в управленческом плане, или требуемой, если требование установлено, глубины. В нужных местах даются пояснения для пользователя.

Phoca PDF

Категория: Проблемы организации внутреннего контроля
Опубликовано: Пятница, 29 октября 2021, 21:20
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 5522

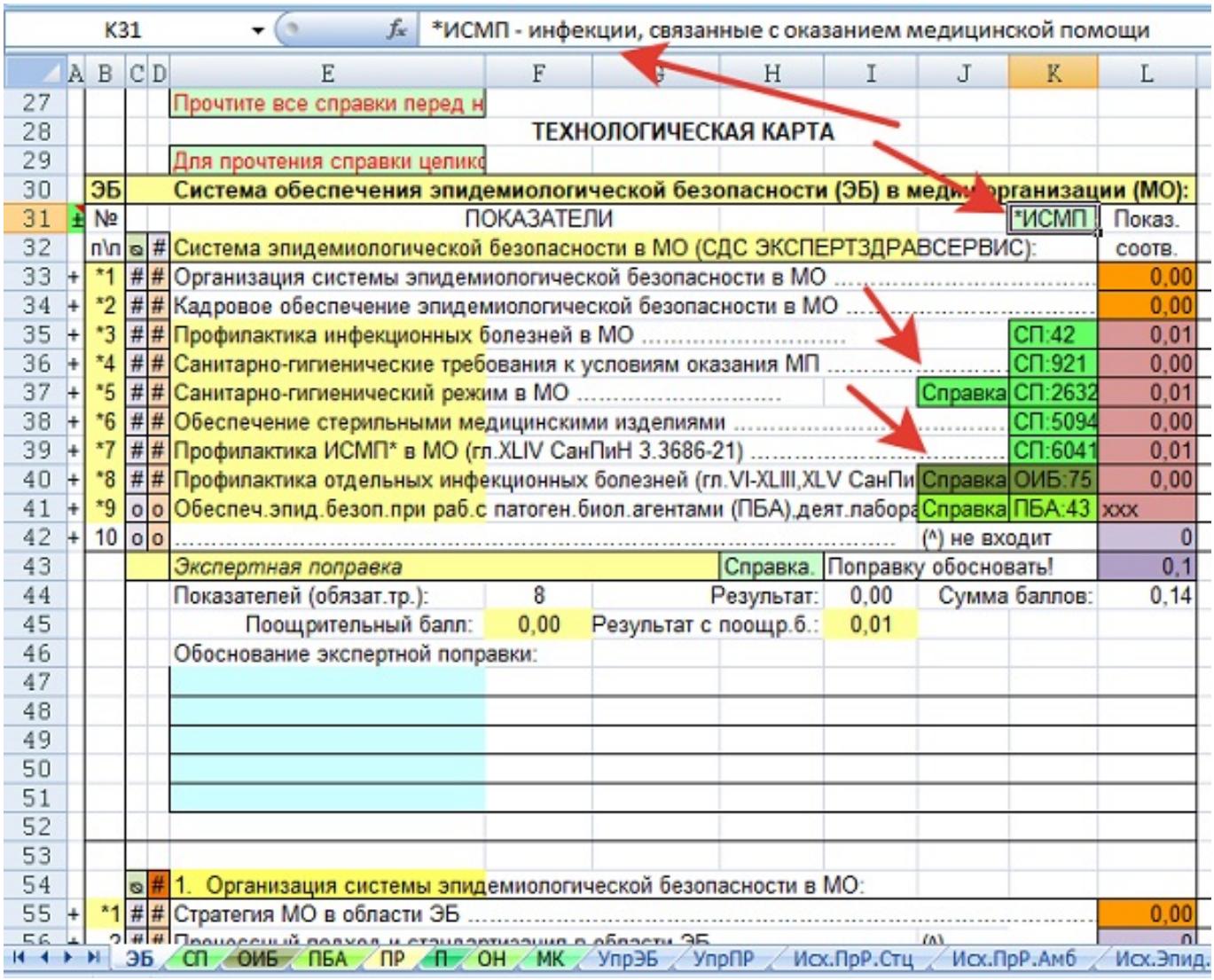


Рис.5. Блок высшего уровня и примеры справочной системы карты.

Блоки первого-второго уровней можно вывести на отдельный лист для наглядности и для того, чтобы можно было отслеживать общую динамику по итогам плановой и внеплановой проработки, как тотальной – начальной или ежегодной, так и отдельных разделов, проведения тематических исследований и т.д.

Phoca PDF

Категория: Проблемы организации внутреннего контроля
Опубликовано: Пятница, 29 октября 2021, 21:20
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 5522

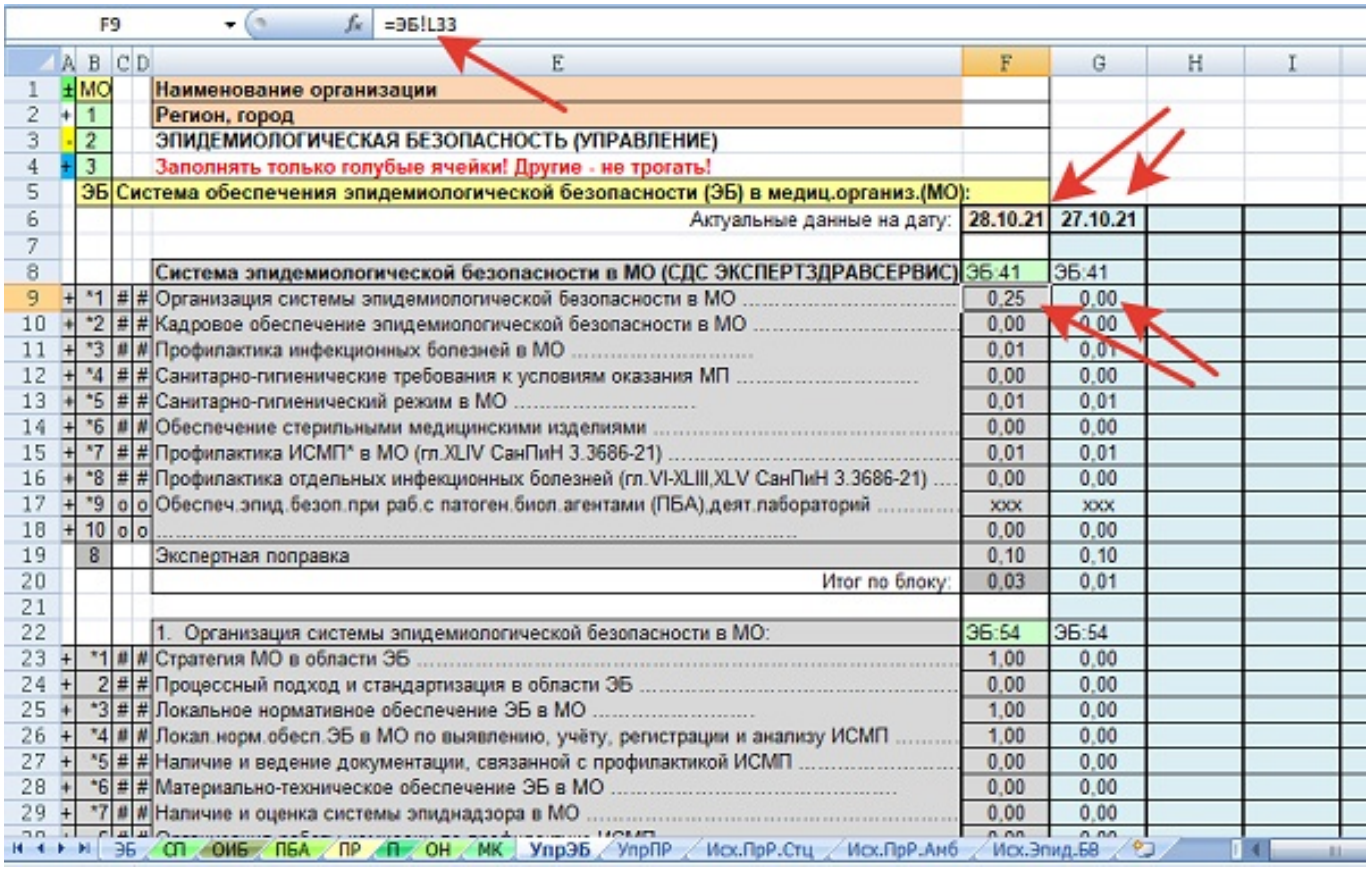


Рис.6. Сводная таблица результатов с функционалом динамического контроля состояния.

Срезы актуальных результатов блоков первого-второго уровня на конкретную дату, сохранённые в виде значений, позволяют осуществлять мониторинг важнейших показателей, планировать мероприятия по улучшению качества и оценивать их эффективность.

Тоже ничего сложного. А вот что действительно сложно, так это удержать нужную для управления структуру основных показателей при погружении в систему требований из различных источников. Уж больно много их установлено. К тому же, они меняются. Наша старая, на сто рядов отработанная со специалистами-эпидемиологами и обкатанная на практике «эпидемиологическая» карта занимала 136 строк на одном листе. Даже в новом «продвинутом» варианте она заняла всего 160 строк. Практические рекомендации Росздравнадзора для стационара и поликлиники в части эпидемиологической безопасности уложились в 720 строк основной карты, плюсом заняли несколько десятков строк дополнительных листов «Оценка знаний и навыков персонала» и «Оценка записей в медицинской документации», где можно выводить значения показателей при исследовании множественных однородных объектов (рис.6) и «подтягивать» их в нужное место основной карты (рис.7).

Phoca PDF

Категория: Проблемы организации внутреннего контроля
Опубликовано: Пятница, 29 октября 2021, 21:20
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 5522

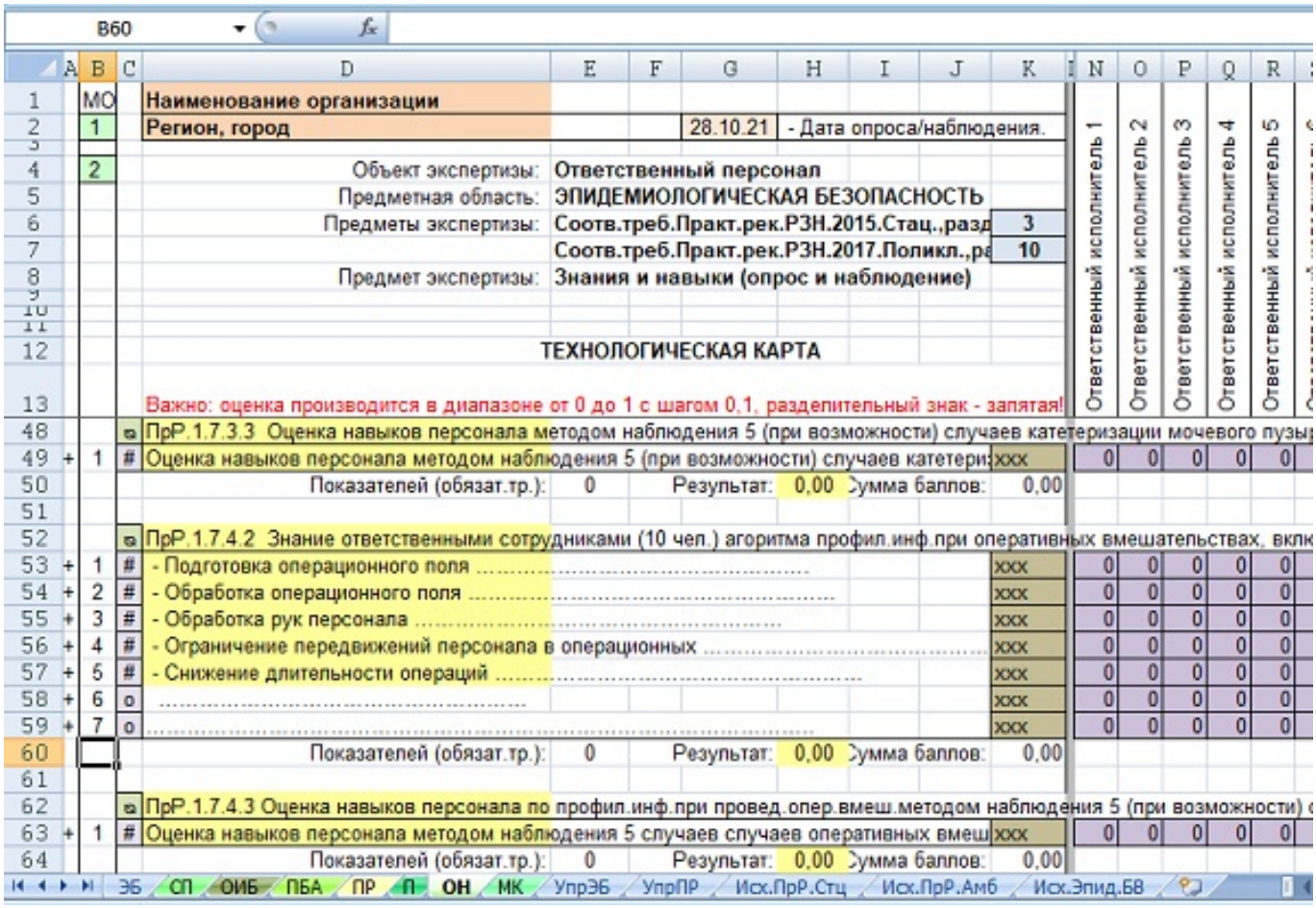


Рис.7. Дополнительный лист для расчёта показателей при исследовании множественных однородных объектов. В данном примере – «Оценка знаний и навыков персонала».

Phoca PDF

Категория: Проблемы организации внутреннего контроля
Опубликовано: Пятница, 29 октября 2021, 21:20
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 5522

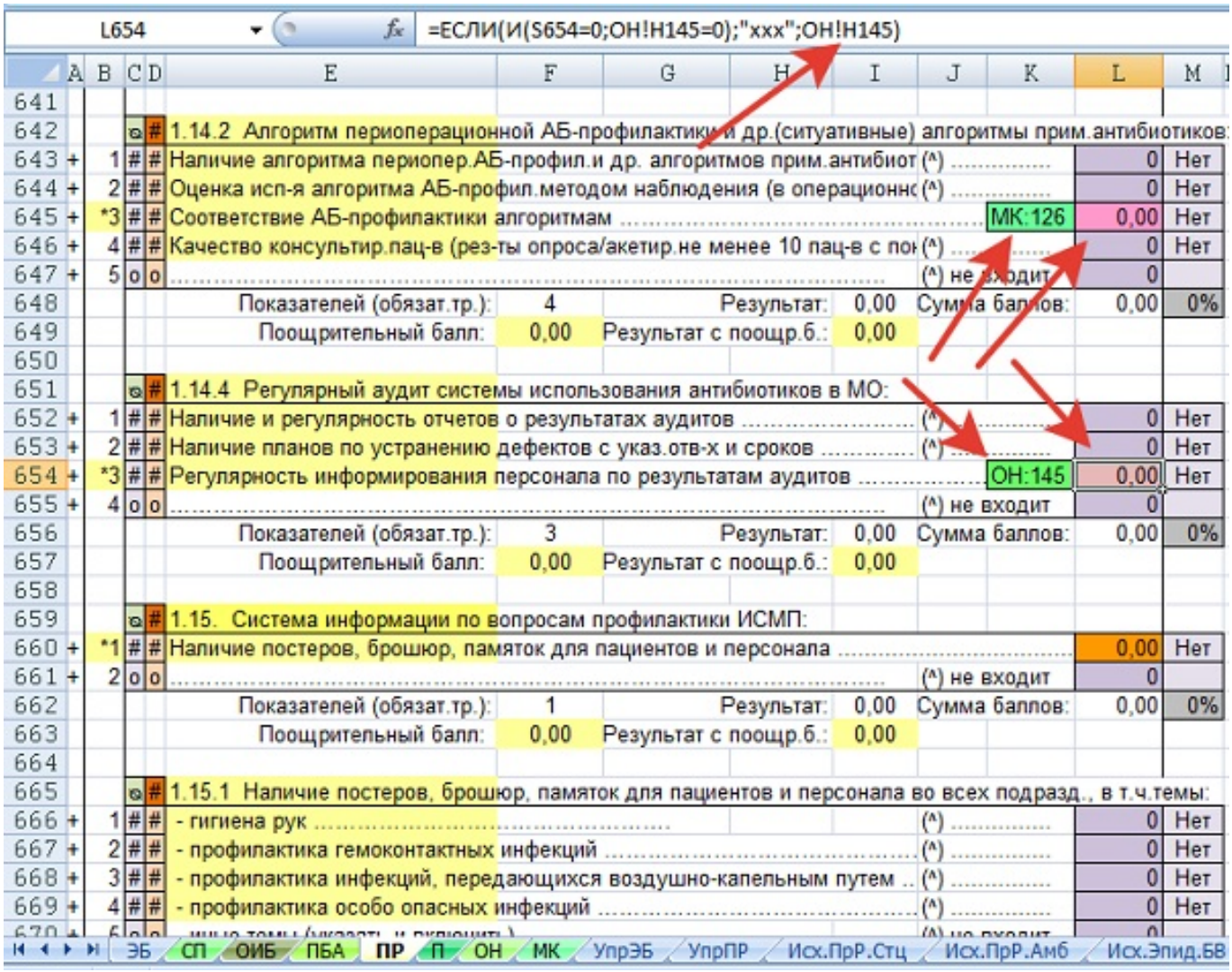


Рис.8. Использование результатов расчётов на дополнительных листах в основной карте: для удобства в соседней ячейке наглядно отображается имя листа и номер строки – источника данных.

Включение «медицинских» требований Санитарных правил СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий» и СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг» потребовало уже более тысячи строк.

Для полного погружения внушительного труда СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных

Phoca PDF

Категория: Проблемы организации внутреннего контроля
Опубликовано: Пятница, 29 октября 2021, 21:20
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 5522

болезней» понадобятся десятки тысяч строк, что угрожает системе потерей практической применимости. Кто осилит этот документ, где на 760 страницах изложены свыше четырёх тысяч требований, многие из которых на самом деле ещё и множественные внутри себя, тот попадёт в рай без очереди!

Я много ещё могу шутить по поводу нормотворчества наших «регуляторов». Однако это требования, игнорировать их нельзя, чревато. С какой-то периодичностью нужно «проходить» по всем аспектам работы, в отношении которых существуют установленные требования, т.к. в неконтролируемых зонах подстерегает двоякая опасность. Возможное выявление контролирующими органами и привлечение к ответственности за нарушение – это самый мягкий вариант. Много хуже, когда вследствие нарушения случается трагедия. Это не только плохо для всех причастных, но и готовое основание для обвинения. Так что, я планирую постепенно погрузить в систему максимум обязательных требований, относящихся к деятельности медицинских организаций и медицинских работников.

Будущая детализация, какая потребуется, предусмотрена заранее. Например, в ближайшей перспективе будет проведена детализация оценки соответствия деятельности с патогенными биологическими агентами и профилактики отдельных инфекционных болезней. Что важно, даже в этих разделах уже можно проводить оценку по т.н. «укрупнённым» показателям. Либо отключить (на рис.5 и 6 видно, что один из показателей блока высшего уровня для примера отключен со всеми «дочерними» блоками).

Собственно «эпидемиологическая безопасность» полностью детализирована. АЭТК «Эпидемиологическая безопасность» имеет сформированную структуру и информационное наполнение в соответствии с содержанием названных выше документов в части обеспечения эпидемиологической безопасности в медицинских организациях (Практические рекомендации Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации для стационара и поликлиники, СанПиН 2.1.3684-21, СП 2.1.3678-20 и СанПиН 3.3686-21). На её основе можно провести первичную оценку и организовать планомерную проработку требующих особого внимания разделов работы, осуществлять мониторинг показателей, оценивать результативность прилагаемых усилий.

Обсудить в Телеграм

Обсудить вКонтакте

Каталог решений Здрав.Биз.

Всегда ваши, Андрей Таевский и ЭкспертЗдравСервис.

Phoca PDF