

УДК 330:617

- Н. В. Харченко,
д. е. н., професор, Полтавський національний педагогічний університет
ім. В. Г. Короленко, м. Полтава, Україна
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8668-1596>*
- І. С. Іщенко,
к. е. н., асистент, Полтавський національний педагогічний університет
ім. В. Г. Короленко, м. Полтава, Україна
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9602-3554>*
- А. В. Ткаченко,
д. пед. н., професор, Полтавський національний педагогічний університет
ім. В. Г. Короленко, м. Полтава, Україна
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4408-2653>*
- О. В. Большая,
к. е. н., доцент, Полтавський національний педагогічний університет
ім. В. Г. Короленко, м. Полтава, Україна
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0543-5196>*
- І. В. Бабенко,
к. пед. н., доцент, Полтавський національний педагогічний університет
ім. В. Г. Короленко, м. Полтава, Україна
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6481-014X>*

DOI: 10.32702/2306-6814.2024.20.29

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ ІННОВАЦІЙНОГО ПРОЄКТУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ

- N. Kharchenko,
Doctor of Economic Sciences, Professor, Poltava V.G. Korolenko National Pedagogical University, Poltava, Ukraine
- I. Ishchenko,
PhD in Economics, Assistant, Poltava V.G. Korolenko National Pedagogical University, Poltava, Ukraine
- A. Tkachenko,
Doctor of Pedagogical Sciences, Professor, Poltava V.G. Korolenko National Pedagogical University, Poltava, Ukraine
- O. Bolshaia,
PhD in Economics, Associate Professor, Poltava V.G. Korolenko National Pedagogical University, Poltava, Ukraine
- I. Babenko,
PhD in Pedagogical Sciences, Associate Professor, Poltava V.G. Korolenko National Pedagogical University, Poltava, Ukraine

ORGANIZATIONAL PRINCIPLES OF THE INNOVATIVE PROJECT OF SURGICAL TREATMENT OF THE POPULATION

Зараз у політичних деклараціях широко прийнято, що окремий громадянин повинен бути в основі системи охорони здоров'я. Орієнтований на людину підхід пропагується на політичних, етичних та інструментальних засадах, і, як вважають, він вигідний користувачам послуг, медичним працівникам та системі охорони здоров'я. Однак, на відміну від політики та політичного акценту, що робиться на "зосередженні на особі", продовжуються дискусії щодо його фактичного значення в контексті охорони здоров'я щодо таких понять, як "орієнтована на пацієнта", "орієнтована на користувача", "сімейно-орієнтована" чи "орієнтована на людей" допомога, чи справді "персоналізована" медична допомога, а також стратегії, доступні та ефективні для просування та впровадження "зосередженості на особі" [1].

Мета. Окреслити основні напрямки управління ефективністю інноваційного процесу. Розкрити особливості хірургічної безпеки, щодо контрольного списку хірургічної процедури, щоб підвищити безпеку пацієнтів, які проходять операцію.

Методологічно використаний системний підхід, структуризація, розглядаються організаційні засади інноваційного проєкту хірургічного лікування населення.

Результати роботи. У 2005 році відділ безпеки пацієнтів ВООЗ почав видавати Глобальні виклики безпеки пацієнтів, які об'єднують команди спеціалістів, щоб скласти клінічні рекомендації та інструменти для досліджень, які стосуються питань безпеки пацієнтів. Однією з рекомендацій цього Глобального виклику безпеки пацієнтів було прийняття контрольного списку для використання під час хірургічних процедур. У загальноприйнятому розумінні контрольний список — це фізичний перелік завдань, які потрібно виконати, з певною мірою позначення виконання кожного пункту [3, 4].

Контрольний список розміщує свої дев'ятнадцять пунктів у три "фази" хірургічної процедури: вхід (перед індукцією анестезії, коли пацієнт ще у свідомості); тайм-аут (за присутності хірурга, перед розрізом шкіри); і виходу на основі Універсального протоколу Спільної комісії. Щоб уникнути неоднозначності у визначенні та документуванні завершення кожного етапу, ВООЗ рекомендує, щоб був лише один клініцист (зазвичай медична сестра), відповідальний за позначення кожного пункту контрольного списку.

Необхідно враховувати досвід у сфері проєктування, впровадження, орієнтованого на людей, і контролю над контрольним списком.

Необхідно досягати значних здобутків у продуктивності команди. Використовуючи підтверджену шкалу спостереження для оцінки лідерства, командної роботи, вирішення проблем і обізнаності про ситуацію серед хірургічних бригад, необхідно спостерігати, як команди покращуються більш ніж на чотири бали, перейшовши від "стандартного" до "відмінного" в усіх категоріях. Після повторного впровадження культура будь-якого закладу охорони здоров'я щодо безпеки пацієнтів покаже покращення, а також помітне зниження хірургічних подій, серйозних ускладнень і смертності [2].

Висновки. Успіх технологічних інновацій з часом може згаснути. Отже, для організацій вкрай важливо періодично перевіряти їх, щоб вони могли завчасно виявити зниження продуктивності. Як тільки керівники виявляють таке погіршення, вони повинні визначити причину, а не намагатися негайно змусити людей "приступити до програми". Маючи ці знання, вони можуть перепроектувати та повторно впровадити процес, щоб знову виконати свої обіцянки.

It is now widely accepted in political declarations that the individual citizen should be at the heart of the health care system. A person-centred approach is promoted on policy, ethical and instrumental grounds and is believed to benefit service users, health professionals and the health system. However, in contrast to the policy and political emphasis placed on 'person-centred', debate continues as to its actual meaning in the context of health care in relation to concepts such as 'patient-centred', 'user-centred', 'family-centred' -centered" or "people-centered" care, or truly "personalized" health care, and strategies available and effective to promote and implement "person-centeredness" [1].

Goal. Outline the main directions of managing the effectiveness of the innovation process. To reveal the specifics of surgical safety, regarding the surgical procedure checklist, to increase the safety of patients undergoing surgery.

Methodologically, a systematic approach, structuring is used, the organizational principles of an innovative project of surgical treatment of the population are considered.

Work results. In 2005, WHO's Patient Safety Division began publishing the Global Patient Safety Challenges, which bring together specialist teams to produce clinical guidelines and research tools that address patient safety issues. One of the recommendations of this Global Patient Safety Challenge was the adoption of a checklist for use during surgical procedures. In the conventional sense, a checklist is a physical list of tasks that need to be completed, with some indication of the completion of each item [3, 4].

The checklist places its nineteen items into three "phases" of the surgical procedure: entry (before induction of anesthesia, when the patient is still conscious); time-out (in the presence of the surgeon, before the skin incision); and withdrawal based on the Universal Protocol of the Joint Commission. To avoid ambiguity in defining and documenting the completion of each step, WHO recommends that there be only one clinician (usually a nurse) responsible for ticking off each checklist item.

Experience in human-centered design, implementation, and checklist control should be considered.

Significant gains in team productivity must be achieved. Using a validated observational scale to assess leadership, teamwork, problem solving, and situational awareness among surgical teams, teams should be observed to improve by more than four points, moving from "standard" to "excellent" in all categories. After re-implementation, the patient safety culture of any health care facility will show improvement, with marked reductions in surgical events, major complications, and mortality [2].

Conclusions. The success of technological innovation may fade over time. Hence, it is imperative for organizations to check them periodically so that they can detect performance declines early. As soon as managers detect such deterioration, they should identify the cause rather than immediately trying to get people to "get on the program." Armed with this knowledge, they can redesign and re-implement the process to once again deliver on their promises.

Ключові слова: інновація, проєкт, контрольний список, хірургічна процедура, продуктивність команди, оцінка лідерства.

Key words: innovation, project, checklist, surgical procedure, team productivity, leadership assessment.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

В сфері охорони здоров'я та багатьох інших закладів: ефективність інноваційного процесу з часом погіршується. Замість того, щоб автоматично відкидати його, організації повинні зрозуміти причини. Потім вони можуть вирішити перепроєктувати та повторно запровадити процес.

У сфері охорони здоров'я та багатьох інших сферах інновації — це невпинне прагнення. Коли багатообіцяючий інноваційний процес не виправдовує очікувань або коли свіжа інновація з роками слабшає і зрештою втрачає свою ефективність необхідне повторне впровадження: переосмислення інноваційного процесу в контексті організації, внесення необхідних змін, а потім його повторне впровадження.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) у 2008 році опублікувала контрольний список хірургічної безпеки ВООЗ, щоб підвищити безпеку пацієнтів, які проходять операцію. Контрольний список служить для того, щоб нагадати хірургічній бригаді про важливі дії, які необхідно виконати до та після хірургічної процедури, щоб зменшити побічні ефекти, такі як інфекції місця операції або збережені інструменти. Це один з доступних і надійних інструментів для зниження смертності від хірургічного втручання в країнах з низьким і середнім рівнем доходу.

Часто контрольний список дотримується за формою, але не за духом, що свідчить про відсутність закладеної культури безпеки.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

Дослідженням сучасної проблематики з питань безпеки пацієнтів щодо прийняття контрольного списку для використання під час хірургічних процедур займаються Рэйчел Мойал-Смит, Кайсин Йи, Мэри Бриндл, Елен Нолті, Шеррі Меркур, Андерс Анелл.

МЕТА СТАТТІ

Окреслити основні напрямки організаційних засад інноваційного проєкту хірургічного лікування населення. Розкрити особливості командної роботи щодо контрольних списків для безпеки пацієнтів.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ

У 2004 році Всесвітня асамблея охорони здоров'я (ВНА) заснувала міжнародний альянс ВООЗ із безпеки пацієнтів для вирішення проблем несприятливих наслідків небезпечної медичної допомоги. Глобальна ініціатива з надання невідкладної та основної хірургічної допомоги та Рекомендації щодо надання необхідної допомоги при травмах зосереджені на доступі та якості. У 2005 році відділ безпеки пацієнтів ВООЗ почав видавати Глобальні виклики безпеки пацієнтів, які об'єднують команди спеціалістів, щоб скласти клінічні рекомендації та інструменти для досліджень, які стосуються питань безпеки пацієнтів, таких як миття рук [3, 4].

Однією з рекомендацій цього Глобального виклику безпеки пацієнтів було прийняття контрольного списку для використання під час хірургічних процедур. У загальноприйнятому розумінні контрольний список — це фізичний перелік завдань, які потрібно виконати, з певною мірою позначення виконання кожного пункту (наприклад, квадрат, який потрібно заповнити галочкою). Хоча це просте втручання, контрольний список історично використовувався в багатьох професіях як організаційний інструмент і як інструмент безпеки [3, 4].

Складаючи те, що пізніше стане Контрольним списком хірургічної безпеки (SSC) ВООЗ, група "Безпечна хірургія рятує життя" поставила перед собою три цілі: простота, широке застосування та можливість вимірювання. Це викликано певним впливом попереднього дослідження, яке показало значне зниження інфекцій цен-

тральної лінії після використання контрольного списку, який детально описує основні кроки та вимоги до гігієни. При виконанні операції щонайменші погрішності в асептиці і недооцінка важливості антисептики призводять до збільшення частоти гнійних ускладнень і смертності.

Основні шляхи передачі внутрішньо лікарняної інфекції:

- аерозольний(повітряно-крапельний та повітряно-пиловий);
- контактний, у тому числі парентеральний;
- фекально-оральний, зокрема аліментарний;
- трансмісивний.

Основні фактори передачі інфекції:

- повітря;
- руки;
- об'єкти довкілля [5].

Контрольний список розміщує свої дев'ятнадцять пунктів у три "фази" хірургічної процедури: вхід (перед індукцією анестезії, коли пацієнт ще у свідомості); тайм-аут (за присутності хірурга, перед розрізом шкіри); і виходу на основі Універсального протоколу Спільної комісії. На кожній із цих фаз присутні члени хірургічної бригади зупиняються та переконуються, що відповідні заходи безпеки виконано (або є вагома причина відмовитися від цієї вимоги для процедури). Щоб уникнути неоднозначності у визначенні та документуванні завершення кожного етапу, ВООЗ рекомендує, щоб був лише один клініцист (зазвичай медична сестра), відповідальний за позначення кожного пункту контрольного списку.

Елемент безпеки

Вхід (перед індукцією анестезії)

Чи підтвердив пацієнт свою особу, місце, процедуру та згоду?

Чи позначено місце?

Чи завершено перевірку анестезіологічного апарату та ліків?

Пульсоксиметр на пацієнті та чи працює?

Чи є у пацієнта відома лікарська алергія?

Чи є у пацієнта ускладнені дихальні шляхи чи ризик аспірації?

Чи є у пацієнта ризик втрати крові > 500 мл? (7 мл/кг у дітей)

Тайм-аут (перед розрізом шкіри)

Переконайтеся, що всі члени команди представилися іменами та ролями.

Підтвердьте ім'я пацієнта, процедуру та місце, де буде зроблений розріз.

Чи була проведена антибіотикопрофілактика протягом останніх 60 хвилин?

Очікувані критичні події для хірурга:

Які критичні чи нестандартні кроки?

Скільки триватиме розгляд справи?

Яка очікувана крововтрата?

Очікувані критичні події для анестезіолога:

Чи є якісь занепокоєння щодо конкретного пацієнта?

Очікувані критичні події для медсестринської бригади:

Чи була підтверджена стерильність (включаючи результати індикаторів)?

Чи є проблеми з обладнанням чи якісь занепокоєння?

Чи відображається важливе зображення?

Вихід (перед тим, як пацієнт покине операційну)

Медсестра усно підтверджує:

Назва процедури

Завершення підрахунку інструментів, губок і голів

Маркування зразків (прочитайте вголос етикетки зразків, включаючи ім'я пацієнта)

Чи є якісь проблеми з обладнанням, які необхідно вирішити

Для хірурга, анестезіолога та медсестри: які ключові проблеми для відновлення та лікування цього пацієнта? [3, 4]

Необхідно враховувати досвід у сфері проєктування, впровадження, орієнтованого на людину, і контролю над контрольним списком.

Необхідно досягати значних здобутків у продуктивності команди. Використовуючи підтверджену шкалу спостереження для оцінки лідерства, командної роботи, вирішення проблем і обізнаності про ситуацію серед хірургічних бригад, необхідно спостерігати, як команди покращуються більш ніж на чотири бали, перейшовши від "стандартного" до "відмінного" в усіх категоріях. Після повторного впровадження культура будь-якого закладу охорони здоров'я щодо безпеки пацієнтів покаже покращення, а також помітне зниження хірургічних подій, серйозних ускладнень і смертності [2].

Визначається чотири принципи, які є ключовими для успіху спроб повторного впровадження.

1. Поєднайте організаційні виклики з існуючими інноваціями.

Визначте найактуальніші проблеми вашої організації, а потім використовуйте їх як лінзу, через яку свіжим поглядом погляньте на існуючі інновації. Досліджуючи тенденції безпеки, керівники можуть помітити, що контрольний список став рутинним процесом, зосередженим на завданнях, замість того, щоб заохочувати навмисне спілкування про безпеку.

Вони можуть визнати, що деякої шкоди, якій можна було б запобігти, можна було б уникнути, якби контрольний список використовувався якомога повніше. Але замість того, щоб розпочати нову організаційну ініціативу, яка додасть ще один рівень процесу для хірургічних команд, керівники вирішують інвестувати в перезапровадження контрольного списку таким чином, щоб вирішити проблеми.

2. Переосмисліть те, що можливо.

Процес повторного впровадження полягає в переосмисленні того, що існує. Переосмислюючи припущення, очікування та поточні системи, повторне впровадження може змінити інновацію, яка застаріла.

Подивившись на культуру хірургії, стає зрозуміло, що комунікація може бути напруженою через ієрархію команди: медсестри вирішували адміністративні завдання, а хірурги командували операційною, що дозволяло мало спілкування між ролями. Передбачив майбутнє, у якому кожен член команди визначав би пріоритети та брав на себе відповідальність за контрольний список і ділився можливостями для виступів.

З цією метою новий контрольний список містив підказки для розмови для команд про ключові дії, і кожному члену команди було призначено частину контрольного списку для ведення, виділивши жирним шрифтом свою назву на самому контрольному списку. Повторне запровадження цього нового контрольного списку

може допомогти очолити трансформацію місцевої культури безпеки, спонукаючи членів команди спілкуватися один з одним і дозволяючи кожному висловлювати занепокоєння та бути лідером у сфері безпеки пацієнтів.

3. Наберіть імпульс для подолання рутинних звичок.

Повторне впровадження вимагає узгоджених зусиль, щоб створити низку підтримки. Це передбачає невинне залучення персоналу, переконливі повідомлення та повторення. Почуття терміновості має бути прищеплено персоналу. Швидкі цикли тестування та адаптації мають вирішальне значення для нарощування імпульсу.

Однак звички, створені "старим способом" ведення речей, можуть стати серйозною перешкодою. Таким чином, процес повторного впровадження повинен включати виявлення та усунення проблемної поведінки. Це не повинно розтягуватися. Повинен відбутися безпомилковий зсув, який створює чітке "до" і "після", щоб люди не поверталися до старої поведінки.

Наприклад, можливо створити навчальні відео, щоб продемонструвати, як слід використовувати новий контрольний список, забезпечивши орієнтир для того, як виглядає активна участь команди та спілкування. Крім того, замість того, щоб медсестра читала контрольний список із паперу, можна перетворили контрольний список на плакат, який займав значну площу на стінах операційної. Він став би візуальною підказкою та фокусом для команд із яскравими зелено-фіолетовими заголовками та жирними чорними літерами. Можливо створити інструмент, щоб відстежувати, як команди використовували контрольний список протягом тривалого періоду, тому, якщо окремі особи впали в свою стару поведінку, вони могли швидко втрутитися шляхом виправлення та інструктажу щодо правильного використання контрольного списку.

4. Приймайте вразливість.

Повторне впровадження є за своєю суттю вразливим процесом. Лідери повинні бути готові виявляти проблеми та протистояти невдачам. Співробітники можуть чинити опір повторному впровадженню, не бажаючи змінювати щось, з чим вони знайомі і вважають достатньо хорошим. Дійсно, члени хірургічного персоналу можуть відкрито сумніватися, чому контрольний список змінено, можуть бути скептично налаштовані щодо того, що це дійсно вплине на комунікацію команди, і хвилювалися, що це займе надто багато часу, додаючи більше роботи до їхніх і без того насичених днів у операційній [2].

Однією з важливих причин успіху повторного запровадження є сильна підтримка керівників хірургічних відділень, які чітко говорили про можливості для вдосконалення, з ентузіазмом прийняли його використання та підтримали ініціативу разом із персоналом. Наприклад, хірург, який очолював команду впровадження, проводив зустрічі з кожним хірургічним відділенням, де вона пояснювала причину повторного впровадження, описувала, як можна було б запобігти несприятливим явищам, оптимізувавши контрольний список, і поділилася результатами опитування персоналу щодо культури.

Іншим важливим лідером може стати шанований серед хірургів, який погодився бути одним із перших, хто випробував новий контрольний список, і зіграв роль у навчальних відео. Здатність таких лідерів зосереджуватися на необхідності повторного впровадження та

повідомляти про своє бачення та відданість створювати підтримку нового контрольного списку серед хірургічних бригад.

ВИСНОВКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК У ДАНОМУ НАПРЯМІ

Успіх технологічних інновацій з часом може згаснути. Отже, для організацій вкрай важливо періодично перевіряти їх, щоб вони могли завчасно виявити зниження продуктивності. Як тільки керівники виявляють таке погіршення, вони повинні визначити причину, а не намагатися негайно змусити людей "приступити до програми". Маючи ці знання, вони можуть перепроектувати та повторно впровадити процес, щоб знову виконати свої обіцянки.

Література:

1. Ellen Nolte, Sherry Merkur, Anders Anell. Achieving Person-Centred Health Systems Evidence, Strategies and Challenges. Cambridge University, 2020. 422 p. URL: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/357F6CAB2DA34CC6C57D5416F05E9483/9781108790062AR.pdf/Achieving_Person-Centred_Health_Systems.pdf?event-type=FTLA
2. Rachel Moyal-Smith, Kaisin Yee and Mary Brindle. How to Salvage a Useful Process That Isn't Working Anymore. URL: <https://hbr.org/2024/07/how-to-salvage-a-useful-process-that-isnt-working-anymore>
3. "WHO surgical safety checklist and implementation manual". World Health Organization. 2010. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/WHO_Surgical_Safety_Checklist
4. Gawande A (2010). The Checklist Manifesto: How to Get Things Right. United States: Picador. p. 30.
5. Тарасюк В.С., Любаpecь Г.У., Шайдаюк О.І. Санітарно-протиепідемічний контроль лікувально-профілактичних закладів / Вінниця, 2002. 65 с

References:

1. Nolte, E. Merkur, S. and Anell, A. (2020), Achieving Person-Centred Health Systems Evidence, Strategies and Challenges, Cambridge University, Cambridge, UK, available at: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/357F6CAB2DA34CC6C57D5416F05E9483/9781108790062AR.pdf/Achieving_Person-Centred_Health_Systems.pdf?event-type=FTLA (Accessed 15 Sept 2024).
 2. Moyal-Smith, R. Yee, K. and Brindle, M. (2024), "How to Salvage a Useful Process That Isn't Working Anymore", available at: <https://hbr.org/2024/07/how-to-salvage-a-useful-process-that-isnt-working-anymore> (Accessed 15 Sept 2024).
 3. World Health Organization (2010), "WHO surgical safety checklist and implementation manual", available at: https://en.wikipedia.org/wiki/WHO_Surgical_Safety_Checklist (Accessed 15 Sept 2024).
 4. Gawande, A (2010), The Checklist Manifesto: How to Get Things Right, Picador, United States.
 5. Tarasiuk, V.S., Liubarets', H.U. and Shajdaiuk, O.I. (2002), Sanitarno-protyepidemichnyj kontrol' likuval'no-profilaktychnykh zakladiv [Sanitary and anti-epidemic control of medical and preventive facilities], Vinnytsia, Ukraine.
- Стаття надійшла до редакції 27.09.2024 р.*