Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Отчет об опыте и рекомендациях в работе с сервис дизайном и методами его фасилитации для поддержки развития сестринских услуг в Казахстане

Отчетный документ № 2.3D6

Ханна Хопиа, Ханнеле Тюрвяйнен, Феруза Садуева, Инеш Меерманова, Йоханна Хейккиля

Дата: 11.01.2023

ЗАЯВЛЕНИЕ-ОТКАЗ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Поддержка Европейской комиссией подготовки настоящей публикации не означает одобрения содержания, которое отражает мнения только авторов, и Комиссия не может нести ответственность за любое возможное использование содержащейся в ней информации.

ОГЛАВЛЕНИЕ

АННОТАЦИЯ **3**

1. ВВЕДЕНИЕ В СЕРВИС ДИЗАЙН **4**

2. МЕТОДОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ ИНСТРУМЕНТОВ И МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ СЕРВИС ДИЗАЙНА **5**

3. ЭТАПЫ СЕРВИС ДИЗАЙНА И ИХ ОБЕПЕЧЕНИЕ **7**

3.2 Фасилитация этапа определения 10

3.3 Фасилитация этапа разработки 11

3.4 Фасилитация этапа внедрения 13

4. РЕКОМЕНДАЦИИ **14**

ПРИЛОЖЕНИЯ **17**

АННОТАЦИЯ

Сервис дизайн — это метод проектирования, который в настоящее время используется в здравоохранении для улучшения, например, качества сестринских услуг. Он применяется для того, чтобы сделать уход за больными более эффективным, действенным и целесообразным. Кроме того, этот метод является ориентированным на пациента, а также, творческим инструментом, но в то же время представляет собой систематический процесс, в котором особенно ценятся медсестры-разработчики для повышения качества клинической практики.

В данном отчете описывается опыт медсестер-разработчиков и преподавателей сестринского дела в использовании сервис дизайна, включая методы и инструменты фасилитации, применяемые в развитии сестринских услуг в Казахстане. Обучение такому подходу, как сервис дизайн проводилось в виде нескольких вебинаров, двух мастер-классов и семинара.

В данном отчете кратко дается определение сервис дизайна как подхода и техники, за которым следует описание методологических этапов процесса разработки сервис дизайна. Четыре этапа – обнаружение, определение, разработка и внедрение - описываются в контексте улучшения качества сестринских услуг. Инструменты сервис дизайна, которые могут быть использованы для фасилитации процесса разработки, были адаптированы для лучшего обслуживания казахстанских разработчиков сестринского дела. Пакет учебно-методических материалов содержит, в дополнение к этому отчету, набор лекций и подборку инструментов сервис дизайна с инструкциями и примерами.

Также, предлагаются рекомендации для преподавателей университетов, а также для практикующих медицинских работников. Рекомендации по применению такого подхода, как сервис дизайн предназначены для развития, улучшения и повышения качества сестринских услуг для пациентов и членов их семей.

Рекомендации для медицинских университетов:

- Сервис дизайн и методы его фасилитации должны быть включены в силлабус сестринского дела и медицинского образования.
- Следует организовать непрерывное обучение сервис дизайну и предлагать его поставщикам медицинских услуг, включая медсестер, работающих в секторе первичной медико-санитарной помощи.
- Чтобы добиться успеха в проектах с применением сервис дизайна, необходимо поддерживать тесное междисциплинарное сотрудничество между университетами и организациями здравоохранения. Медсестры, выполняющие клиническую работу, должны быть вовлечены в разработку с самого начала.
- Материалы и инструменты в области сервис дизайна с инструкциями должны быть доступны и обновляться для использования сотрудниками и поставщиками медицинских услуг.
- Предоставление постоянного места для разработки сервис дизайна помогло бы добиться успеха в проектах в качестве фасилитаторов.

Рекомендациии для организаций здравоохранения:

- Администрация должна проявлять активную поддержку, поощрение и заинтересованность в процессе разработки и внедрения сервис дизайна.

- Все уровни управления (высшее руководство, руководство среднего звена, оперативное руководство) должны быть вовлечены в процесс внедрения.
- Необходимо оказывать помощь и поддержку в развитии сотрудничества между сотрудниками университета и работниками здравоохранения для совместной работы над проектами сервис дизайна.

1. ВВЕДЕНИЕ В СЕРВИС ДИЗАЙН

Взгляд на сестринские услуги глазами пациентов и их семей имеет важное значение при разработке новых практик и методов в области здравоохранения, а также при изменении существующих услуг, чтобы сделать их лучше для пользователей. Крайне важно, чтобы мы не рассматривали пациентов как пассивных получателей наших услуг, а давали им возможность активно участвовать в их собственном пути по системе здравоохранения. Было доказано, что такого рода подход повышает эффективность услуг, а также улучшает общее впечатление пользователей о качестве сестринских услуг.

Следует отметить, что пациентов обычно недооценивают как ключевых участников в улучшении качества сестринских услуг. Все вышеупомянутые вопросы являются ключевыми факторами в сервис дизайне. Применение сервис дизайна — это творческий способ развития и улучшения сестринских услуг. Сервис дизайн можно определить как деятельность по планированию и внедрению изменений для улучшения качества сестринских услуг (Fry, 2019). Это пациентоориентированный подход, при котором пациенты, медицинский персонал и преподаватели университетов играют решающую роль в процессе развития. В частности, старшие медсестры должны активно участвовать в проектах сервис дизайна.

> *«Сервис дизайн — это создание сервиса, отвечающего потребностям пользователей и клиентов. Понимание людей, которые будут пользоваться услугой, помогает создавать решения, которые работают для них же. Сервис дизайн вовлекает пользователей на протяжении всего процесса проектирования, поэтому решения принимаются на основе фактических данных, а не предположений». (Moore 2020)*

Fry (2019) описал пять основных принципов подхода к сервис дизайну: ориентированность на пользователя, совместное создание, итеративный процесс, визуализацию и целостный подход. **Ориентированность на пользователя** означает, что пользователь будет находится в центре идеи сервис дизайна. Поэтому важно понимать, как пользователи воспринимают сервис в его более широком контексте, чтобы понять их истинные мотивы, социальный контекст и привычки. Для достижения этой цели в сервис дизайне используются эмпатические подходы, такие как интервью, наблюдение и полевые исследования. Что касается **совместного создания**, заинтересованным сторонам предлагается участвовать не только в проектировании решения, но также в его производстве и разработке. Этот этап реализуется в междисциплинарных командах, где профессиональные группы и пациенты работают вместе, и каждый может поделиться своими взглядами и опытом, используя простой язык общения. Что еще более важно, вовлеченность и мотивация сотрудников имеют решающее значение для устойчивого внедрения (Fry 2019).

Третий принцип, о котором упоминает Fry (2019), - это **итеративный процесс**. Это означает, что суть не в том, чтобы избегать ошибок, а в том, чтобы, скорее, исследовать как можно больше ошибок и извлекать из них уроки. Зачастую это делается путем создания прототипов или пробных образцов продуктов или услуг и их тестирования на конечных пользователях и заинтересованных сторонах. Сервис дизайнеры часто используют визуальные средства, такие как эскизы, изображения или прототипы, для общения - это можно назвать

визуальной коммуникацией. Поощрение всех заинтересованных сторон к более наглядному самовыражению может сделать идеи более осязаемыми и менее сложными, а также поддержать коммуникацию между вовлеченными субъектами. **Целостные системы** изучают весь путь пользователя и учитывают каждую точку взаимодействия с этой системой. Методы сервис дизайна, такие как сервис планы, user journeys и варианты развития событий, исследуют целостный клиентский опыт и точки взаимодействия (2019 Fry).

Целью применения подхода сервис дизайна в развитии сестринских услуг является помощь в создании и укреплении потенциала преподавателей казахстанских медицинских университетов для понимания и признания их роли в сотрудничестве с медицинским персоналом для выявления взаимных исследовательских интересов, проведения исследований и распространения результатов. Ответственными учреждениями за этот процесс развития были Университет Прикладных Наук Jamk (Jamk) и Медицинский Университет Караганды (МУК). Мероприятия проводились при сотрудничестве таких европейских университетов, как Литовский Университет Наук о Здоровье (LSMU), Университет Або (ÅAU) и Университетский медицинский центр Утрехта (UMCU), а также международного эксперта из Школы Медицины Назарбаев Университета (NUSOM).

В данном отчете описываются опыт и рекомендации по использованию методов сервис дизайна и их фасилитации в Казахстане, а также то, как они были разработаны на основе отзывов участников и привлеченных партнеров, участвующих в семинарах. Цель состояла в том, чтобы нарастить потенциал преподавателей сестринских факультетов медицинских университетов в применении сервис дизайна в развитии сестринских услуг.

2. МЕТОДОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ ИНСТРУМЕНТОВ И МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ СЕРВИС ДИЗАЙНА

В октябре и ноябре 2021 года были организованы три онлайн-вебинара. Целью вебинаров было обсуждение актуальных тем исследований и разработок в области сестринского дела, возникающих в клинической практике, и способов их совместного решения. В ходе вебинаров обсуждалась разработка идей тем для проектов развития сестринского дела в сотрудничестве между практическим здравоохранением и образовательной организацией. Вебинары позволили сестринскому персоналу продемонстрировать свой опыт в своей профессиональной сфере и повысить свою уверенность в сотрудничестве с преподавателями университетов.

Далее в декабре 2021 года в Караганде прошел мастер-класс «Сервис дизайн в развитии сестринских услуг». Участники изучили теорию сервис дизайна и отработали каждый из этапов, решая аутентичную практическую проблему ухода за больными, и наблюдая за ними. Использование инструментов и содействующих методов помогло получить представление о современной методологии развития сестринских услуг на основе точки зрения клиентов и в сотрудничестве с практикующими врачами и конечными пользователями.

Затем, чтобы опробовать процесс внедрения сервис дизайна и его инструментов, всем обученным участникам было дано указание пройти через проект развития сестринского дела с использованием сервис дизайна. Медицинские университеты получили инструкции, а также лекционные и инструментальные материалы в виде электронных файлов. Для поддержки поэтапного продвижения сервис дизайна в медицинских вузах Казахстана в апреле и мае 2022 года были организованы онлайн-вебинары. Было организовано обсуждение и обмен опытом между многопрофильными группами по развитию. Также, во время вебинаров европейскими экспертами были предоставлены консультации и помощь в решении проблемных вопросов групп.

После онлайн-вебинаров в сентябре 2022 года в Астане был проведен мастер-класс на тему «Применение сервис дизайна в развитии сестринского дела в Казахстане». Участники имели возможность поделиться результатами своих проектов по сервис-дизайну и опытом внедрения на практике. Кроме того, для подготовки отчета были собраны отзывы об удобстве использования инструментов сервис дизайна и опыте процесса.

Завершающим шагом стал семинар «Сервис дизайн и его применение для развития сестринского дела» в Караганде в ноябре 2022 года. В семинаре приняли участие профессорско-преподавательский состав и эксперты-исследователи в области сестринского дела из различных организаций здравоохранения (например, больниц). В ходе семинара участники обсудили эффективность предложенных и представленных методов. Цель состояла в том, чтобы поделиться опытом внедрения и использования сервис дизайна в Казахстане. Другая цель состояла в том, чтобы инициировать обсуждение, распространение и обеспечение устойчивости учебно-методических материалов, разработанных в рамках проекта. На рис. 1 показаны этапы и результаты процесса разработки сервис дизайна.

Рисунок 1. Этапы и результаты процесса разработки сервис дизайна

Данный отчет содержит лекции 01-06 международных экспертов по сервис дизайну (см. Приложение 1). На основе отзывов был создан глоссарий терминологии (см. Приложение 2). Инструменты в этом проекте были модифицированы в основном из финского Tuulaniemi SDT - Service Design Toolkit (2012, 2018) и голландского Namahn и Flanders DC Service Design Toolkit (https://www.servicedesigntoolkit.org/downloads.html), чтобы соответствовать службам здравоохранения Казахстана для поддержки внедрения сервис дизайна в развитие сестринских услуг (см. Приложение 1). Инструменты, так же как и лекции, разделены в соответствии с этапами сервис дизайна. Рекомендуемые средства для каждого инструмента находятся в конце соответствующей лекции. Существует отдельный набор слайдов PowerPoint с инструкциями и примерами по использованию инструментов. Кроме того, существует блок лекций с примерами использования сервис дизайна в развитии сестринского дела (см. Приложение 1). Материалы подготовлены в виде двух блоков: один на русском языке для разработчиков, а другой на русском и английском языках для сотрудников университета и магистрантов для поддержки интернационализации.

3. ЭТАПЫ СЕРВИС ДИЗАЙНА И ИХ ОБЕПЕЧЕНИЕ

Существует несколько подходов к сервис дизайну, но все они имеют общие для всех виды деятельности. В качестве нашего подхода мы выбрали модель «Двойной алмаз/Двойной ромб» Совета по дизайну (методы сервис дизайна). Процесс сервис дизайна разделен на четыре отдельных этапа: Обнаружение, Определение, Разработка И Внедрение.

Рис. 2. Концепция модели «Двойной алмаз/ромб» и ее этапы (Dolan, 2022)

3.1 Фасилитация этапа обнаружения

Этап обнаружения в процессе использования сервис дизайна является одним из наиболее важных и интенсивных. Это первый этап, и цель состоит в том, чтобы помочь выявить и понять проблемы или задачи с точки зрения конечных пользователей, которые будут решаться в проекте разработки. Этот этап не направлен на подтверждение идей, которые уже есть у членов команды разработчиков проекта о проблемах и решениях. Напротив, этот этап помогает членам команды сформировать свое понимание существующих проблем и возможных решений с учетом опыта и реальных потребностей пациентов. Идея состоит в том, чтобы взглянуть на все сестринские/медицинские услуги в целом и выявить, что важно для пациентов в их повседневной жизни. Это означает, что нужно понимать цель пациента и его путь в получении услуг в поликлинике или в больнице. Эмпатия является ключевым моментом в этом процессе, поскольку основное внимание уделяется тому, что пациенты чувствуют и хотят показать. (Akama 2015, Ferreira et al. 2015, Simonse et al. 2019, Yates 2018)

Такие методы, как User Journey Mapping и User Shadowing, рекомендуется использовать для получения информации об опыте пациентов и их восприятии медицинских услуг. Другие методы, такие как различные типы интервью и наблюдений, также могут использоваться для сбора информации о пациентах и создания визуализации пути пациентов для этапа обнаружения. См. лекцию 02 в предоставленных материалах.

Наблюдение за путешествием пользователя (User Journey Mapping) — это визуальное представление пути пациента через сестринские услуги, показывающее все различные взаимодействия с поставщиками медицинских услуг, которые у него есть. Идея состоит в том, чтобы сосредоточиться на ключевых элементах услуги с точки зрения пациента, чтобы определить так называемые «магические моменты» и выяснить, какие части этих «магических моментов» необходимо улучшить. Цель состоит в том, чтобы определить точки взаимодействия, области проблем в процессе обслуживания и/или области, в которые можно добавить что-

то новое. Крайне важно, чтобы это были пути реальных пользователей медицинских и сестринских услуг, а не идеальный путь пользователя или карта существующих процессов медицинского обслуживания. Другими словами, картирование должно объяснять реальный опыт пациентов в сестринских услугах, поскольку цель состоит в том, чтобы получить целостное представление о пути пациента на всех этапах ухода и лечения (Методы проектирования для… н.д.)

Наблюдение/Слежка за пользователем (User shadowing) — это метод, при котором члены команды разработчиков сервис дизайна проводят время с пациентами в течение определенного периода времени, наблюдая за тем, что они делают и почему. Цель состоит в том, чтобы понять путь здоровья пациента и определить барьеры и возможности, с которыми он или она может столкнуться. Наблюдение может дать реальное понимание взаимодействия сестринских услуг и увидеть разницу между тем, что люди говорят, и тем, что они делают. (Методы проектирования для… н.д.)

Прежде чем приступить к этому этапу, необходимо создать группу по сервис дизайну, в которой роли четко определены и согласованы для каждого члена команды. Существует три разных типа ролей: фасилитатор, лидер и разработчик. Перед началом внедрения процесса сервис дизайна, фасилитатор составляет планы, выбирает и предоставляет инструменты (в бумажных копиях, плакатах или флипчартах) и методы, которые будут использоваться во время семинара, интервью и наблюдения. Организация семинара также требует организации и управления практическими вопросами, такими как место и время проведения. Кроме того, фасилитатор должен учитывать количество участников, которые должны присутствовать на семинарах, чтобы результаты были максимально полными. Фасилитатор не имеет мнения по этим вопросам; однако фасилитатор руководит процессом, подготавливает все шаблоны, собирает документацию по каждому шагу и доставляет документацию разработчикам. Фасилиатором может быть, например, представитель образовательной организации (университета). Количество фасилитаторов обычно составляет одного или двух, но никогда не больше, чем разработчиков. На этапе обнаружения роль фасилитатора заключается в координации, поощрении, стимулировании и объяснении принципов сервис дизайна. Более того, фасилитатор связывает всех членов группы и вовлекает их в процесс.

Каждая группа должна назначить лидера, который подготавливает график проведения семинара, рассылает повестку дня, берет на себя ответственность за график прогресса группы, а также обеспечивает доступ в больницу или поликлинику, в которой разрабатывается сервис. Лидером может быть, например, медсестра-менеджер или старшая медсестра. Разработчики — это люди, вовлеченные в процесс на практике, такие как клинические медсестры и другие специалисты, участвующие в предоставлении сервиса. Они активно участвуют в каждом семинаре и проводят интервью и наблюдения, делятся практическим опытом и создают новые идеи и решения. Затем следует определить пользователей услуг, и они, а также заинтересованные стороны, должны быть вовлечены в процесс применения сервис дизайна. Продолжительность этапа обнаружения зависит от проекта — она может варьироваться от нескольких недель до одного-двух месяцев. Однако крайне важно, чтобы группа сервис дизайна посвятила время и усилия этапу обнаружения, чтобы обеспечить успешное предоставление сервиса.

Инструменты этапа обнаружения помогают описать цель и задачи проекта разработки (см. инструменты 1A-1G). Более того, они помогают разработчикам определять методы измерения результатов услуг и выявлять потребности клиентов. Также крайне важно понять услугу с точки зрения клиента и понять, чего хочет добиться клиент, а что его не устраивает. Это помогает подумать о типичных клиентах и пытаться ответить на вопросы, ставя себя на их место.

Не менее важно подготовиться к интервью и наблюдению, чтобы понять пользователей и услугодателей. Разработчики должны определить, что им нужно знать о существующих проблемах и мнение пользователей о решении проблемы. (например, Шотландский подход… 2019 г.) Это требует от разработчиков описания потребностей и действий пользователей услуг, а также действий услугодателей и их контактных лиц до, во время и после получения услуг.

Перед сбором данных необходимо проинформировать участников интервью и наблюдения о проекте разработки и получить их согласие. В материалах также можно найти форму согласия, согласованную с Локальным комитетом по биоэтике НАО «Медицинский университет Караганды». Информированное согласие должно быть подписано в двух экземплярах, один экземпляр выдается пациенту/медсестре, другой – разработчикам. (См. Пример информированного согласия, Инструмент 1G.)

На этапе обнаружения мы рекомендуем организовать два семинара в течение одного месяца. Инструменты 1A-1B следует использовать на первом семинаре, а инструменты 1C-1G на втором семинаре. Сбор данных о клиентах (наблюдение и интервью) проводится после этих двух семинаров. Затем фасилитаторы собирают заполненные формы у всех членов группы разработки и обобщают данные, которые будут представлены на следующем семинаре.

3.2 Фасилитация этапа определения

На этапе определения необходимо проанализировать, обобщить, структурировать и преобразовать в сокращенный набор формулировок проблемы результаты предыдущего этапа – этапа обнаружения. На нынешнем этапе мы находим ответы на следующие вопросы: «Что мы обнаружили?», «В чем нуждаются и чего ожидают наши пациенты?» и «Почему мы не оправдываем этих ожиданий?». Результатом этого этапа является четкое определение проблемы, основанное на составлении карты пути пациента и наблюдении, которое можно решить с помощью сервис дизайна. Рассматриваемая проблема должна соответствовать потребностям и целям организации и быть разрешимой теми, кто участвует в предоставлении услуги.

Анализ данных, собранных в процессе применения сервис дизайна, отличается от процесса исследования. Во-первых, данные собирались не в исследовательских целях, а для того, чтобы дать представление и представление о потребностях и ожиданиях пациентов. Таким образом, нет необходимости привлекать исследователей или других преподавателей университета для научного анализа данных. Самое главное, что медсестры-разработчики получат представление о потребностях, ожиданиях и опыте пациентов, самостоятельно просматривая данные. Во-вторых, те медицинские работники, которые каким-либо образом вовлечены в рассматриваемый процесс предоставления услуг, также должны участвовать в процессе анализа. Разработчики и поставщики медицинских услуг должны совместно создать процедуру для устранения повторяющихся тем и других важных проблем, возникающих в связи с данными. Анализаторам следует уделить время для глубокого осмысления основных вопросов, содержащихся в данных, и превратить их в четкие и решаемые реальные проблемы для дальнейшего развития. В конце концов, это заключительный этап создания четко определенной проблемы, которую необходимо решить на более поздних этапах процесса разработки услуги. См. лекции 03 и 04 в предоставленных материалах.

Существует несколько методов создания инновационных и свежих идей при улучшении сестринских услуг. Техника **«Пять почему» (5WHYS)** — одна из них. Метод «Пять почему» — довольно прост: когда проблема идентифицирована и определена правильно, разработчики пытаются найти основную причину, последовательно задавая вопрос «почему?» пять раз. Ответы ожидаются от людей, имеющих практический

опыт решения рассматриваемой проблемы. Несмотря на то, что «Пять почему» является довольно простым методом, он является мощным инструментом для выявления основных причин определенной проблемы. **Мозговой штурм (Brainstorm)** — это еще один метод генерирования идей. Сначала каждый участник собирает свои идеи индивидуально, а затем участники начинают делиться идеями и развивать их, чтобы обеспечить множество возможностей. Цель состоит в том, чтобы исследовать широкий спектр идей и решений, не чувствуя себя ограниченным, а затем анализировать, расставлять приоритеты и определять наиболее перспективные решения, а также определять следующие шаги. Важно отметить, что во время формирования идей фасилиатор должен стимулировать участников, напоминая им, что нет правильных и неправильных идей и что все идеи хороши. **Ментальная карта (Mind Map)** — это визуальная иллюстрация, которая представляет центральную тему или идею и ее подтемы. Это инструмент для обдумывания и анализа идей и связанных с ними тем. Этот метод можно использовать при разбиении сложных проблем на более простые или при мозговом штурме идей и попытках найти инновационные решения.

При определении проблемы фасилитатор остается наблюдателем, мотивируя и направляя разработчиков на анализ собранных данных вместе с лидером. Кроме того, фасилитатор заполняет пробелы в знаниях о сервис дизайне, предоставляет необходимые инструменты и объясняет, как их использовать. Лидер и разработчики вместе определяют конечную цель. С точки зрения фасилитации важно побуждать членов команды думать о решениях, не слишком фильтруя идеи, а также поддерживать команду в принятии решений, не пытаясь повлиять на принятие этих решений.

Инструменты этапа определения (см. инструменты 2A-2D) помогают описать точку зрения конечных пользователей услуги и определить проблемы, которые их не устраивают при получении услуг. На этом этапе разработчики должны выбрать наиболее важные проблемы конечных пользователей. Более того, разработчики должны создать как можно больше идей для решения существующих проблем. Фасилитаторы должны обеспечить условия, чтобы все члены рабочей группы могли работать одинаково, независимо от их должности. Кроме того, на этапе разработки идей не должно быть критики, а любые идеи должны быть рассмотрены. Интеллект-карта может быть использована в качестве метода формулирования решения. Для этого можно использовать пустой флипчарт и маркеры для более красочного и понятного описания.

На этапе определения, а также на первом этапе рекомендуется организовать два семинара в течение одного месяца. На первом семинаре необходимо обсудить результаты, полученные на первом этапе, и подготовить инструменты 2A-2C. На этом этапе вы можете вернуться к инструменту 1A и актуализировать цель и проблемы, которые необходимо решить. Затем на втором семинаре происходит сбор решений по каждой задаче и заполнение 2D-формы.

3.3 Фасилитация этапа разработки

На этапе разработки основное внимание уделяется проектированию, тестированию и уточнению потенциальных решений для определенной проблемы. Крайне важно рассмотреть все возможные пути решения выявленных проблем. Кроме того, важен поиск потенциальных вариантов предоставления сестринских услуг, а не только то, как эти услуги предоставляются в настоящее время. Таким образом, цель состоит в том, чтобы бросить вызов медсестрам-разработчикам и другим участникам, чтобы они использовали свои способности для производства идей, а также для создания как можно большего количества инновационных и творческих идей и решений. Во-первых, необходимо определить несколько решений для удовлетворения потребностей и проблем пациентов, выраженных на этапе определения. Поскольку сервсис

дизайн — это подход, ориентированный на клиента, члены команды должны убедиться, что пациенты по-прежнему находятся в центре процесса сервис дизайна. В конце этой этапа должно быть принято решение о том, какой из вариантов лучше всего соответствует потребностям пациентов. Это итеративный процесс разработки, тестирования и доработки концепции продукта или услуги, который длится до тех пор, пока они не будут готовы к внедрению. Следующий этап – планирование внедрения. Этап разработки завершается, когда члены команды сервсис дизайна готовы приступить к работе и предоставить услугу. См. лекцию 05 в предоставленных материалах.

Использование персон особенно полезно на этапе разработки сервис дизайна. Персона пользователя определяется как вымышленный персонаж, основанный на текущих пользователях сервиса. Они могут быть архетипами, которые можно использовать для поомщи разработки сервис дизайна. Как правило, персоны — это различные типы пользователей-пациентов, пользующихся сестринскими услугами. Создание различных типов персон помогает разработчикам понять потребности, поведение, цели и опыт пользователей. Кроме того, персоны могут способствовать признанию того, что разные пациенты имеют разные потребности и ожидания, которые следует учитывать при разработке проблем и решений для них. Создание персон поможет разработчикам задавать соответствующие вопросы и давать ответы на вопросы в соответствии с пользователями, для которых предназначены услуги. Например, вопросы «Каковы основные потребности пациентов-пользователей, которые мы пытаемся удовлетворить?» и «Что наши пользователи-пациенты думают и считают об услуге?» В заключение, персоны помогают достичь цели создания хорошего пользовательского опыта и предоставления его целевой группе пациентов-пользователей. Что еще более важно, персоны основаны на фактических данных, собранных от нескольких человек в процессе обнаружения (Miaskiewicz & Kozar, 2011.)

На этапе разработки необходимо создать **сервис план**. Это описание того, что необходимо для взаимодействия между пациентом и пользователем. Например, он отвечает на следующие вопросы: 1) Что делают медсестры для создания и оказания необходимых, но часто невидимых для пациентов услуг? и 2) Какие внутренние процессы, процедуры и действия должны выполняться пользователями-пациентами? В то время как схема пути показывает каждый этап опыта пациента (фронтстейдж), план услуги также может быть определен как своего рода карта пути, в которую добавляется «за кулисами» услуги. Создав план обслуживания, можно понять внутренние процессы сестринского обслуживания и понять, что, по мнению медсестер, можно улучшить. Подобно картам пути пользователя, схемы обслуживания могут быть созданы, например, для слежки за медсестрами, когда они общаются и направляют своих пациентов, или для проведения интервью с поставщиками медицинских услуг, участвующими в обслуживании. План полезен, поскольку он определяет слабые места и возможные неорганизованности в текущих процессах сестринского обслуживания и, прежде всего, связывает карту пути пользователя с внутренними рабочими процессами рассматриваемой организации. (Patricio et al. 2011.)

Разработчики должны обладать определенным уровнем знаний, прежде чем приступить к работе. Фасилитатор должен объяснить как используется каждый инструмент. Когда персоны и профили пациентов создаются с использованием собранных данных, фасилитатор должен позаботиться о том, чтобы персоны были обобщены несколькими опрошенными пользователями сервиса, а не, например, какими-то отдельными пациентами. Кроме того, фасилитатор подготавливает печатные материалы, флипчарты, маркеры, журналы или ноутбуки — все материалы, которые необходимы на этапе разработки. Хотя фасилитатор дает указания, как действовать дальше и нацелен на достижение результатов, он не манипулирует разработчиками и

лидером. Визуализация различных моделей поведения, персон и сервис плана важна для понимания различных потребностей пользователей.

Инструменты этапа разработки (см. инструменты 3А-3С) помогают подготовить профили пользователей, чтобы понять их потребности, поведение, цели и опыт в зависимости от измерений поведенческих различий и противоположностей. Рекомендуется иметь два измерения и сделать так, чтобы они пересекались друг с другом, создавая четыре профиля пользователей с их поведенческими различиями и противоположностями. Следующим шагом должно стать создание персон с дальнейшим описанием их характеристик. Использование изображений и фотографий из Интернета может облегчить работу и сделать ее творческой. Кроме того, шаблоны персон включают в себя характеристики и краткие описания профилей. Помимо фактов о клиенте/пользователе, хорошо было бы добавить жизненное кредо для каждого профиля, поскольку это делает процесс более креативным и интересным. Разработчики являются лучшими создателями в этом случае, потому что никто не может знать своего клиента/пациента лучше, чем они.

Как было сказано выше, создание сервис плана является важной частью этапа разработки. Рекомендуется подготовить план. Разработчики должны использовать чистые флипчарты и цветную бумагу, чтобы разделить путь пациента на «до», «во время» и «после». Кроме того, разработчики сами выбирают вид плана — например, он может быть нарисован. Важно помнить, что план описывает улучшенный путь сервиса. Пример сервис плана представлен в материалах (см. Пример схемы/пути улучшенного сервиса, Инструмент 3С).

На этапе разработки рекомендуется организовать два семинара. Первый должен быть посвящен созданию профилей и персон с использованием инструментов 3А и 3В. Второй семинар, с другой стороны, должен быть посвящен разработке плана, улучшенного пути оказания помощи с использованием инструмента 3С.

3.4 Фасилитация этапа внедрения

На этапе внедрения результат готов к реализации. Это означает, что услуга или продукт завершены, подготовлены и готовы к практическому применению. Следует подтвердить, что меры для определения того, были ли изменения успешными или нет, определены еще перед запуска сервиса. В дополнение к этому важно удостовериться, что система обратной связи с пациентами в отношении услуги или продукта была организована должным образом. На этом этапе должна быть согласована дата рассмотрения. Кроме того, опыт, полученный в ходе извлеченных уроков (знания, навыки, понимание, инструменты, способы работы) из процесса разработки должны быть переданы коллегам и руководителям.

На этом этапе необходимо спланировать оценку процесса разработки сервиса и его результатов. Традиционный способ оценки состоит в том, чтобы сосредоточиться на измерении и сообщить о результатах внедрения сервис дизайна. Однако успех ожидаемых результатов часто зависит от контекстуальных факторов, таких как окружающая среда, культура, поведение человека и эмоциональные реакции на вмешательства и результаты. Хорошо известно, что если в организации внедрено мышление сервис дизайна, его влияние можно измерить с помощью мотивации сотрудников, вовлеченности, командного сотрудничества и эффективности. (Björklund et al. 2018; Foglieni et al. 2018.). Чтобы оценить результаты по внедрению сервис дизайна, представители медицинских университетов и организаций здравоохранения должны решить, какие показатели могут быть использованы для измерения измененного сервиса и как и когда следует собирать данные. Следует отметить, что эти изменения и/или улучшения не должны быть просто краткосрочной задачей, а должен рассматриваться континуум. Например, старшие медсестры отделений должны контролировать и обеспечивать выполнение изменений, внесенных в ходе проекта дизайна обслуживания.

На этапе внедрения фасилитатор должен поддерживать выбранные инструменты измерения и показатели. Должен быть организован семинар, на котором будут рассматриваться отзывы пользователей сервиса, изменения в наблюдаемых показателях и возможные предложения по улучшению. Клинические медсестры играют ключевую роль в обеспечении продолжения проекта по применению сервис дизайна и распространению новых практик. Поэтому ответственность за продолжение должна быть возложена на них.

Реалистичная система оценки, предложенная Pawson и Tilley (1997), является хорошим вариантом для оценки улучшений в применении сервис дизайна. Система основана на реализме, в котором социальный мир рассматривается как реальный. Основная идея заключается в том, что окружающая культура, экономические, социальные и политические структуры, а также организационный и исторический контекст могут влиять на то, работают ли вмешательства в сервис дизайн или нет. Крайне важно сосредоточиться на выявлении того, почему вмешательство работает или не работает, для кого оно работает, при каких обстоятельствах и почему. Отвечая на вышеупомянутые вопросы, человек использует метод реалистической оценки. См. лекцию 06 - Предоставление материалов.

Этап внедрения включает в себя два семинара в течение нескольких месяцев, в зависимости от вашей цели. Первый семинар должен быть посвящен планированию того, как внедрить и измерить улучшения. Здесь можно использовать Инструмент 4A в качестве помощи при планировании. После того, как сервис применялся в течение как минимум 2-4 месяцев, необходимо организовать второй и заключительный семинар, на котором будут проанализированы и определены результаты.

4. РЕКОМЕНДАЦИИ

На основе опыта медицинских сестер-разработчиков и преподавателей предлагаются следующие рекомендации по использованию и внедрению сервис дизайна для различных групп специалистов и организаций.

Рекомендации для медицинских университетов:

- Сервис дизайн и методы его фасилитации должны быть включены в силлабус сестринского дела и медицинского образования.
- Следует организовать непрерывное обучение сервис дизайну и предлагать его поставщикам медицинских услуг, включая медсестер, работающих в секторе первичной медико-санитарной помощи.
- Чтобы добиться успеха в проектах с применением сервис дизайна, необходимо поддерживать тесное междисциплинарное сотрудничество между университетами и организациями здравоохранения. Медсестры, выполняющие клиническую работу, должны быть вовлечены в разработку с самого начала.
- Материалы и инструменты в области сервис дизайна с инструкциями должны быть доступны и обновляться для использования сотрудниками и поставщиками медицинских услуг.
- Предоставление постоянного места для разработки сервис дизайна помогло бы добиться успеха в проектах в качестве фасилитаторов.

Рекомендации для организаций здравоохранения:

- Администрация должна проявлять активную поддержку, поощрение и заинтересованность в процессе разработки и внедрения сервис дизайна.
- Все уровни управления (высшее руководство, руководство среднего звена, оперативное руководство) должны быть вовлечены в процесс внедрения.
- Необходимо оказывать помощь и поддержку в развитии сотрудничества между сотрудниками университета и работниками здравоохранения для совместной работы над проектами сервис дизайна.

Рекомендации для медсестер:

- Ознакомьтесь с подходом сервис дизайна и методами фасилитации.
- Активно взаимодействуйте и побуждайте менеджеров среднего и оперативного звена к поддержке применения сервис дизайна.
- Принимайте активное участие в процессе применения сервис дизайна вместе с сотрудниками университетов.

Рекомендация для студентов сестринского дела и медицины:

- Принимайте активное участие в проектах разработки, чтобы изучить подход сервис дизайна.
- Участвуйте в процессах при проведении интервью и наблюдения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Akama, Y. (2015). Service Design: From Insight to Implementation. *Design and Culture, 7*(2), 259-261.

Björklund, T., Hannukainen, P., & Manninen, T. (2018). Measuring the impact of design, service design and design thinking in organizations on different maturity levels. ServDes2018 - Service Design Proof of Concept Politecnico di Milano 18th-19th-20th, June 2018 (pp. 500-511). Linköping University Electronic Press.

Bulley, C., Baer, G., Mahal, D., Buckton, C., Donald, S., Lugton, K., Gillespie, D., & McCormack, B. (2021). Supporting families and carers of people living with multiple sclerosis: A rapid realist review and realist valuation. *International Journal of Care and Caring, 5*(2), 263-282.

Design methods for developing services. (N.d). An introduction to service design and a selection of service design tools. Design Council. https://www.designcouncil.org.uk/fileadmin/uploads/dc/Documents/DesignCouncil_Design%2520methods%2520for%2520developing%2520services.pdf

Dickson, M., Riddell, H., Gilmour, F., & McCormack, B. (2017). Delivering dignified care: A realist synthesis of evidence that promotes effective listening to and learning from older people's feedback in acute care settings. *Journal of Clinical Nursing*, *26*(23-24), 4028-4038.

Dolan, T. (2021). Double Diamond Design Process. https://www.kickframetoolbox.com/framework/double-diamond-design-process

Ferreira, F. K., Song, E. H., Gomes, H., Garcia, E. B., & Ferreira, L. M. (2015). New mindset in scientific method in the health field: Design Thinking. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, *70*(12), 770–772. https://doi.org/10.6061/clinics/2015(12)01

Foglieni, F., Villari, B., & Visser, F.S. (2018). About evaluation in service design: As it is and how it could evolve. ServDes2018 - Service Design Proof of Concept Politecnico di Milano 18th-19th-20th, June 2018 (pp. 489-499). Linköping University Electronic Press.

Fry, KR. (2019). Why Hospitals Need Service Design: Challenges and methods for successful implementation of change in hospitals. In M.A. Pfannstiel & C. Rasche (Eds.), *Service Design and Service Thinking in Healthcare and Hospital Management. Theory, Concepts, Practice* (pp. 377-399). Springer.

Miaskiewicz, T., & Kozar, K. A. (2011). Personas and user-centered design: How can personas benefit product design processes?. *Design studies*, *32*(5), 417-430.

Moore, K. (2020). Service Design Toolkit. https://digitalservices.maidstone.gov.uk/about-us/toolkits/service-design-toolkit

Patrício, L., Fisk, R. P., Falcão e Cunha, J., & Constantine, L. (2011). Multilevel service design: from customer value constellation to service experience blueprinting. *Journal of service Research*, *14*(2), 180-200.

Pawson, R., & Tilley, N. (1997). An introduction to scientific realist evaluation. In E. Chelimsky & W. R. Shadish (Eds.), *Evaluation for the 21st century: A handbook* (pp. 405–418). Sage Publications.

Rycroft-Malone, J., Burton, C. R., Wilkinson, J., Harvey, G., McCormack, B., Baker, R., Dopson, S., Graham, I., Staniszewska, S., Thompson, C., Ariss, S., Melville-Richards, L., & Williams, L. (2015). Collective action for implementation: a realist evaluation of organisational collaboration in healthcare. *Implementation Science*, *11*(1), 1-17.

Rycroft-Malone, J., Seers, K., Eldh, A. C., Cox, K., Crichton, N., Harvey, G., Hawkes, C., Kitson, A., McCormack, B., Mcmullan, C., Mockford, C., Niessen, T., Slater, P., Titchen, A., van der Zijpp, T., & Wallin, L. (2018). A realist process evaluation within the Facilitating Implementation of Research Evidence (FIRE) cluster randomised controlled international trial: an exemplar. *Implementation Science*, *13*(1), 1-15.

Simonse, L., Albayrak, A., & Starre, S. (2019). Patient journey method for integrated service design. *Design for Health*, *3*(1), 82-97.

The Scottish Approach to Service Design (SAtSD). (2019). Designed in-house by the Scottish Government Digital Directorate https://resources.mygov.scot/service-design/SAtSD.pdf

Tuulaniemi, J. (2012). SDT Service design Toolkit. https://slidelegend.com/process-and-templates-sdt-service-design-toolkit_59eaeca71723dd0c46c75172.html

Tuulaniemi, J. (2018). *Palvelumuotoilu*. Talentum.

Williams, L., Rycroft-Malone, J., Burton, C., Edwards, S., Fisher, D., Hall, B., McCormack, B., Nutley, S., Seddon, D., Williams, R. (2016). Improving skills and care standards in the support workforce for older people: a realist synthesis of workforce development interventions. BMJ Open, 6(8), e011964.

Yates, P. (2018). Design Thinking: Can it enhance nursing research? *Cancer Nursing*, *41*(4), 344-345

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Набор материалов лекций и инструментов для фасилитации внедрения сервис дизайна для развития сестринского дела

Список лекций, доступных в двух версиях на русском и английском языках и на русском языке

Лекция 01 Методология и процесс сервис дизайна
Лекция 02 Этап обнаружения
Лекция 03 Этап определения
Лекция 04 Генерация идей
Лекция 05 Этап разработки
Лекция 06 Этап внедрения
Лекция 0A Пример. Сервис дизайн ОИТН Обучение родителей
Пример лекции 0B. Персоны
Пример лекции 0C. Метод «Путешествие пациента» для интегрированного сервис дизайна

Список инструментов, доступных в двух версиях на русском и английском языках

1A Определение: задача развития
1B Путь обслуживания пользователей
1C Выберите свои инструменты и создайте свой проект разработки (необязательно)
1D Посмотрите на сервис глазами клиента
1E Формулировка
1F Метод Наблюдение за путешествием пользователя: документирование пути пользователя во время наблюдения и интервью
1G Информированное согласие
2A Карта эмпатии
2B Точка зрения клиента
2C Ментальная карта
2D Формирование решений
3A Профили ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ
3B Шаблон персоны
3C Blueprint / Улучшенный путь пациента
4A Собирайте информацию, улучшайте и продвигайте свои услуги

Приложение 2. Глоссарий по сервис-дизайну

Term	Synonym	Explanation	Термин	Синонимы	Объяснение
Service design		“As a specific method or approach”	Сервис дизайн		«Как особый метод или подход»
Users	Clients; Customers; End-users	In a design context, the term “user” would commonly refer to people using a product or a service [1]	Пользователи	Клиенты; покупатели; Конечные пользователи	В контексте сервис дизайна термин «пользователь» обычно относится к людям, использующим продукт или услугу [1]
Service		a government system or private organization that is responsible for a particular type of activity, or for providing a particular thing that people need [2]	Сервис	услуги	государственная система или частная организация , отвечающая за определенный вид деятельности , или за предоставление конкретной вещи, в которой нуждаются люди [2]
Nursing service		Nursing services provided in healthcare organizations [3] Nursing service is the part of the total health organization which aims at satisfying the nursing needs of the patients/community. In nursing services, the nurse works with the members of allied disciples such as dietetics, medical social service, pharmacy etc. in supplying a comprehensive program of patient care in the hospital. [4]	Сестринские услуги		Сестринские услуги, оказываемые в организациях здравоохранения [3] Сестринское обслуживание является частью общей организации здравоохранения, целью которой является удовлетворение потребностей пациентов/сообщества в уходе за больными. В сестринских службах медсестра работает с членами смежных групп, таких как диетологи, медико-социальная служба,

					аптека и т. д., В рамках комплексной программы ухода за пациентами в больнице. [4]
Service-providers	the provider	The role of the service provider is performed by medical workers, medical organizations, as well as nurses [5]	Услугодатель	Поставщик	В роли поставщика услуг выступают медицинские работники, медицинские организации, а также медсестры [5]
Personas;	Archetypes	Personas are a design tool for bringing users to life. Personas represent people as types of users. They describe the users' activities, goals, behaviors and attitudes. Personas are based on real information and research about users [6].	Персоны;	Архетипы	Персоны — это инструмент дизайна для оживления пользователей. Персоны представляют людей как типы пользователей. Они описывают деятельность, цели, поведение и отношение пользователей. Персоны основаны на реальной информации и исследованиях о пользователях [6].
Prototype		the first design of something from which other forms are copied or developed [7] In the design, it is the early version of a solution to be tested and improve	Прототип		первый дизайн чего-либо, из которого скопированы или разработаны другие формы [7] В дизайне это ранняя версия решения, которое нужно протестировать и улучшить.
empathy		the ability to understand and share the feelings of another. [8]	Эмпатия		способность понимать и разделять чувства другого. [8]

iterative	Iterative process	(of a process) that involves repeating a process or set of instructions again and again, each time applying it to the result of the previous stage [9] doing something, again and again, usually to improve it [9] It is going back and forth during the steps or processes of the design to improve the actions/solutions	Итеративный	Итеративный процесс	(процесс), который включает повторение процесса или набора инструкций снова и снова, каждый раз применяя их к результату предыдущей стадии [9] делать что-то снова и снова, обычно для улучшения [9] Это движение вперед и назад во время этапов или процессов проектирования для улучшения действий/решений.
stakeholders		A stakeholder is any “individual or group who is responsible for or affected by health- and healthcare-related decisions that can be informed by research evidence” [10]	Заинтересованные стороны		Заинтересованная сторона — это любое «частное лицо или группа лиц, которые несут ответственность за решения, связанные со здоровьем и здравоохранением, или на которые они влияют, и которые могут основываться на данных исследований» [10]
Service Blueprint	Improved service process description	is a diagram that visualizes the relationships between different service components — people, props (physical or digital evidence), and processes — that are directly tied to touchpoints in a specific customer journey-[11]	Сервис план	Улучшенное описание процесса получения услуг	это диаграмма, которая визуализирует отношения между различными компонентами услуги — людьми, реквизитами (физическими или цифровыми доказательствами) и процессами — которые напрямую связаны с

					точками взаимодействия в конкретном пути клиента. [11]
touch points		Touch point is the interaction between the service user and the provider person or organization (nurse, .) Touchpoints are the moments where your customers interact with your organization [12]	Точки взаимодействия		Точка соприкосновения — это взаимодействие между пользователем услуги и лицом или организацией, предоставляющей услуги (медсестра, .) Точки соприкосновения — это моменты, когда ваши клиенты взаимодействуют с вашей организацией [12]

Список использованной литературы

1. Forshaug, A. K., & Sigurjónsson, J. B. (2015). User involvement in design of health care services. In *DS 82: Proceedings of the 17th International Conference on Engineering and Product Design Education (E&PDE15), Great Expectations: Design Teaching, Research & Enterprise, Loughborough, UK, 03-04.09. 2015* (pp. 226-231).
2. https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/service
3. Institute of Medicine (US) Division of Health Care Services. Nursing and Nursing Education: Public Policies and Private Actions. Washington (DC): National Academies Press (US); 1983. Chapter I, Nursing Services and Nursing Education: An Overview. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK218533/
4. All India Institute of Medical Sciences. (N.d.). Staffing Hospital Nursing Services in Different Unit. https://www.aiims.edu/aiims/nursingservices/NURSING%20SERVICES.htm#:~:text=Nursing%20service%20is%20the%20part,medical%20social%20service%2C%20pharmacy%20etc.
5. Navarro C. (2013). Le rôle de l'infirmière parmi les prestataires de santé à domicile [The role of the nurse among home health care service providers]. *Soins* 48(775), 47-49.
6. New Zealand Government. (2021). Personas. https://www.digital.govt.nz/standards-and-guidance/design-and-ux/service-design/service-design-tools/personas/
7. https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/prototype?q=prototype
8. Riess, H. (2017). The science of empathy. *Journal of patient experience*, *4*(2), 74-77. doi: 10.1177/2374373517699267.
9. https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/iterative https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/iterative
10. Petkovic, J., Riddle, A., Akl, E.A., Khabsa, J., Lytvyn, L., Atwere, P., Campbell, P., Chalkidou, K., Chang, S.M., Crowe, S., Dans, L., Jardali, F.E., Ghersi, D., Graham, I.D., Grant, S., Greer-Smith, R., Guise, J.M., Hazlewood, G., Jull, J., Katikireddi, S.V., Langlois, E.V., Lyddiatt, A., Maxwell, L., Morley, R., Mustafa, R.A., Nonino, F., Pardo, J.P., Pollock, A., Pottie, K., Riva, J., Schünemann, H., Simeon, R., Smith, M., Stein, A.T., Synnot, A., Tufte, J., White, H., Welch, V., Concannon, T.W., & Tugwell P. (2020). Protocol for the development of guidance for

stakeholder engagement in health and healthcare guideline development and implementation. *Systematic reviews*, *9*(1), 1-11. doi: 10.1186/s13643-020-1272-5.

11. Sarah Gibbons. (2017, August 27). Topics: service design,omnichannel,Design Process,Customer Journeys,customer service,Managing UX Teams.
12. Fonteijn, M. (2020, Janurary 14). What are Touchpoints and how to use them in a Customer Journey Map. https://www.servicedesignshow.com/what-are-touchpoints-and-how-to-use-them-in-a-customer-journey-map/