

Компетенции лидера. Подходы к эффективному управлению медицинской организации

А. В. Эмануэль, к.т.н, зам. директора НИЦ организации здравоохранения¹

О. Р. Швабский, зам. директора²

Е. В. Аверьянова, ведущий специалист НИЦ организации здравоохранения¹

М. С. Маскин, зам. директора НИЦ организации здравоохранения¹

¹ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации», Москва

²ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, Москва

Leader's competencies. Approaches to effective management of medical organization

A. V. Emanuel, O. R. Shvabskiy, E. V. Averyanova, M. S. Maskin

Russian Academy of National Economy and Public Administration under the President of the Russian Federation, National Institute for Quality; Moscow, Russia

Резюме

В связи с возрастающими требованиями к руководителям медицинских организаций в части обеспечения надлежащего качества оказания медицинской помощи возникает необходимость уделять более глубокое внимание лидерским качествам не только непосредственного руководителя учреждения. Не менее важно формировать компетенции лидера у руководителей любого уровня: заместителя главного врача, заведующего отделением, старшей сестры.

Ключевые слова: компетенции лидера, качество оказания медицинской помощи, формирование, руководитель любого уровня.

Summary

Due to the increasing demands on the heads of medical organizations in terms of ensuring the proper quality of medical care, there is a need to pay more and more attention to the leadership qualities of not only the direct head of the institution. It is equally important to form the leader's competencies among managers at any level: deputy chief medical officer, head of the medical department, head nurses, and technical service manager.

Key words: leader competencies, quality of medical care, formation, manager of any level.

Актуальность проблемы

Организация работы медицинских организаций (МО) претерпевает существенные изменения.

- появилось множество новых законодательных требований, в том числе основанных на международных практиках (приказ Минздрава РФ № 381н, приказы по надлежащей аптечной практике, приказ 203н и т.д.);
- изменяются требования к квалификации персонала (например, растущие ожидания со стороны пациентов требуют новых подходов к коммуникациям; значительные изменения медицинских технологий и технологий ухода требуют постоянного освоения новых инструментов и методов лечения, диагностики и ухода; растут требования к уровню компьютерной грамотности, умению использовать инструменты data science, статистики уже не только для научных сотрудников, но и для линейного персонала [рассчитать оптимальное количество ЛС и МИ для отделения; правильно применять данные клинических рекомендаций и доказательной медицины и т.д.]). Медицина усложняется. Принятие

клинических решений становится все более сложной и многофакторной задачей;

- многие сотрудники медицинских организаций продолжают считать действующие системы контроля и надзора исключительно карательными мерами, требования – устаревшими и несогласованными.

Можно сказать, что, с одной стороны, МО вынуждены двигаться вперед с большей скоростью, чем они к этому готовы, а с другой – им мешают и тянут назад устаревшие контрольно-надзорные меры.

Более того, система десятилетиями прививала персоналу МО на всех уровнях нежелание раскрывать внутренние проблемы, будь то статистика ИСМП, нежелательные события с МИ и ЛС, падения пациентов и т.д. В МО сформировалась четкая позиция: если проблему можно скрыть, ее следует скрыть.

Данная закрытость и страх противоречат всем международным правилам управления качеством и безопасностью медицинской деятельности. Понятие «вторичная жертва» (second victim) практически полностью отсутствует в практике управления МО РФ.

Если добавить проблемы с компетентностью персонала (формирующиеся на уровне колледжей и вузов), проблемы со снабжением, ресурсами и т.п., то управление инновациями, лидерство, стратегическое планирование и управление развитием МО становятся для руководства действительно сложной задачей.

Цель работы

В данной статье мы концентрируемся на практических элементах лидерства на всех уровнях управления МО для решения вышеуказанных проблем.

Вышеописанную ситуацию в МО можно охарактеризовать как хаотическую. Управление современной МО сталкивается со множеством факторов неопределенности. В этих условиях важны следующие ключевые задачи, которые необходимо решать управленцам всех уровней.

Уверенность в себе и понимание стратегических и тактических целей, которые необходимо достичь. Лидерство начинается внутри себя. Внутри главного врача, заместителя, заведующего отделением, старшей сестры. Любой управленец может и должен быть лидером для своих

подчиненных и коллег. Зачастую именно отсутствие видения и понимания, куда и зачем двигаться, является основной причиной отсутствия лидерских навыков и лидерского поведения. Такие цели, как сохранение статус кво, жизнь циклами – от проверки к проверке, страх этих проверок, ситуационное управление («латание дыр»), стремление держать в страхе персонал из-за отсутствия или неумения применять другие методы управления людьми, кроме наказаний, – прямой путь к деградации персонала и организации.

Умение снизить неопределенность для персонала, поставить точные и понятные цели, обеспечить их принятие персоналом.

Всем известна система целеполагания SMART в условиях неопределенности внутреннего и внешнего давления требует некоторой адаптации. В стабильных системах с незначительными рисками делают акцент на следующие характеристики целей: конкретность, измеримость, достижимость и временная определенность (наличие установленных временных характеристик цели, когда она должна быть достигнута). В условиях высокой неопределенности, хаоса, эти характеристики цели позволяют структурировать реальность для персонала. Но этого мало. Ключевой характеристикой поставленных целей и задач становится уместность или принятие (relevance). Это означает, что цель должна быть не только понятной (конкретной, измеримой и т.д.), но и важной, лично важной для персонала. Проиллюстрировать это можно следующим примером.

Если организация решает начать внедрение современных стандартов качества и безопасности медицинской деятельности, начинается повсеместное написание СОПов, инструкций, руководство начинает внедрять на отделениях инструменты управления падениями пациентов, ИСМП, гигиены рук, нежелательными событиями с ЛС и МИ и т.д. Но насколько все эти наиважнейшие вопросы качества и безопасности действительно волнуют большинство врачебного и среднего медицинского персонала в отделениях? Эти ли проблемы их действительно беспокоят? В условиях перегруженности отделений, отсутствия навыков стандартизированных оценок пациента (из-за огрехов

образовательной системы), необходимости заполнять огромное количество бумаг (в одном хирургическом отделении было зафиксировано 93 различных журнала, которые вынужден был заполнять персонал), недостатка МИ, страха перед различными проверками и необходимости много сил тратить на подготовку и выполнение несогласованных требований, страха наказаний за жалобы пациентов – в этих условиях вопросы падений пациентов, шкал оценки пациентов, гигиена рук в глазах персонала становятся малозначимыми и неважными. В данной ситуации, чтобы все-таки заставить персонал выполнять требования новых стандартов и правил, зачастую применяются следующие методы воздействия:

- страх. Новые требования позиционируются как еще одна инициатива органов контроля и надзора. И за их неисполнение обещают наказание. В этих условиях персонал начинает пытаться что-то делать, но делает формально, так как целью считает прохождение очередной проверки;
- слабый лидер пытается объяснить, что выполнение требований стандарта в будущем снизит напряженность персонала, упростит работу, снизит количество жалоб и т.д. Но наш персонал уже не верит в сказки. И вообще ни во что не верит. Такие рассуждения, если они мгновенно не подкрепляются доказательствами, только деморализуют и демотивируют персонал. Важно понимать, что пустые, даже самые логичные лозунги – это пустой звук. И это – не лидерство;
- один из работающих на первых порах способов решения данной задачи – сугубо административный. Когда за дополнительную работу сотрудникам начинают платить. Это работает ровно до той поры, пока платят и платят чем дальше, тем больше. После этого механизм перестает быть эффективным.

Технология выстраивания каскадного лидерства может быть следующей.

1. Убрать барьеры в коммуникациях.

Этап внедрения СМК, как и любой инновации, требует на первом этапе разморозить существующую иерархическую

структуру. В процессе построения СМК вводятся новые процессы, видоизменяются существующие. Это требует новых каналов и практик передачи информации на всех уровнях. Для крупных организаций это может быть непросто. Один из полезных инструментов – постоянные опросы персонала и пациентов (для начала анонимные). Важно, чтобы высшее руководство было осведомлено о проблемах, которые волнуют сотрудников и пациентов. Также принципиально важно создать атмосферу открытого диалога на любом уровне о существующих проблемах. Для этого необходимо заменить практику поиска и наказания виноватых на анализ системных недоработок, которые привели к возникновению конкретной проблемы.

2. На начальных этапах построения СМК – не использовать практику наказаний.

Важно различать три типа поведения сотрудников:

- а) непреднамеренная ошибка. Это ситуация, когда была совершена ошибка персоналом (любая – при выдаче ЛС, обслуживании МИ и т.д.) непреднамеренно. Сотрудники пытались выполнять работу хорошо. При наличии установленных правил (инструкции, алгоритмы) персонал прикладывал усилия для их выполнения. Причины ошибок могут быть разные: перегрузка персонала (коллеги заболели, наплыв пациентов и т.д.), неверно составленные инструкции (падение пациента в палате из-за неверного алгоритма приоритизации пациентов), недостаток ЛС и МИ и т.д. Важно, что персонал совершил ошибку непреднамеренно. В этой ситуации сотруднику требуется помощь и поддержка, так как, скорее всего, сотрудник и сам сильно переживает из-за совершенной ошибки;
- б) рискованное поведение. Ситуация, когда персонал совершает или может совершить ошибку из-за непонимания или неверия в существующие правила (алгоритмы и т.д.). Классический пример: нежелание хирургов использовать хирургический чек-лист или нежелание медицинских сестер коечных отделений применять правила двухфакторной идентификации пациентов. В обоих случаях персонал считает, что он не может ошибиться, а зачастую воспринимает предлагаемые правила

Таблица

Возможные механизмы реализации поставленной задачи. Хорошим решением задачи будет каскадное лидерство

Уровень управления	Решаемые задачи	Административные инструменты	Инструменты лидерства
Главный врач	Внедрение системы менеджмента качества и безопасности	Приказ Постановка целей, выделение ресурсов, контроль исполнения Использование инструментов поощрений, а не наказаний на первых этапах внедрения Вовлечение персонала разных уровней в разработку решений Жесткий контроль выполнения принятых решений	Формирование команды и разъяснение реальных целей и задач проекта Личное общение с сотрудниками всех уровней по вопросам качества и безопасности Участие в обходах отделений и акцентирование внимания на элементах оптимизации, выявление проблем, которые мешают персоналу, акцент на безопасность и т.д. Собственная компетентность, демонстрация активного самообразования, признание профессионализма подчиненных, неприятие непрофессионального поведения
Заместители	Реализация поставленной стратегической цели по направлениям	Приказы и распоряжения Отчетность Регламенты и процедуры Эффективный контракт Целевые показатели деятельности отделений и служб	«Нет» двойным стандартам и интригам Даже если заместитель не согласен с позицией главного врача, лидер будет открыто об этом говорить, а не соглашаться при личном общении и на совещаниях, при этом стараясь саботировать проект, обсуждая его с подчиненными «Нет» слабости. Если поставленная задача не по силам, лидер открыто скажет об этом. Лидер может быть слабым в определенных вопросах. Открытое признание данной слабости и будет являться показателем лидерства «Да» активности. Лидер не будет ждать детального плана работы, спущенного сверху «Да» самообразованию, саморазвитию «Да» активному вовлечению персонала. Лидер направления будет точно знать, как сделать так, чтобы сотрудники приняли поставленные цели «Да» взаимодействию, «нет» интригам Лидер понимает, что комплексные задачи требуют комплексных решений. Все направления работы МО взаимосвязаны. Лидер не акцентирует ресурсы на сохранении своей власти в рамках направления, а открыто и эффективно взаимодействует с коллегами, отвечающими за другие направления, для достижения общих целей. Активное выявление существующих проблем на местах. Выделение ресурсов для их решения. Активный поиск причин проблем. Активное участие в работе групп и комитетов по совершенствованию деятельности, управлению качеством, безопасностью
Заведующий отделением	Внедрение конкретных инструментов СМК	Приказы. Инструкции. СОПы. Чек-листы Эффективный контракт Контроль (аудиты), обходы Стимулирование и наказание	Оптимизация деятельности отделения Организация фотографии рабочего дня персонала Применение бережливых технологий Перераспределение функционала. Цель: снизить нагрузку врачей и сестер непрофильными задачами, чтобы можно было требовать использовать современные методы управления качеством и безопасностью Активное участие в разработке и применении инструментов Если заведующий хирургическим отделением не видит смысла в хирургическом чек-листе, он не будет внедрен как практический инструмент Активная и открытая позиция как с руководством, так и персоналом. Отсутствие двойных стандартов Вовлечение персонала в разработку новых требований Формирование лояльного коллектива. В ряде случаев («патологический персонал») – обновление коллектива Применение методов нематериальной мотивации Выделение ресурсов, в т.ч. временных, на качественное обучение персонала Акцент на каскадное внутреннее обучение Активное самообразование Активное взаимодействие с коллегами из других отделений. Изучение практик работы Активное продвижение автоматизации, IT Поощрение персонала к изучению компьютерных технологий, английского языка, статей и доказательной медицины Постоянное развитие профессиональных и коммуникативных навыков себя и персонала с применением профилей компетенций Открытое обсуждение с вышестоящим руководством проблем отделения. Разработка вариантов решений
Старшая сестра	Внедрение инструментов качества и безопасности для сестринского персонала	Приказы. Инструкции. СОПы. Чек-листы Эффективный контракт Контроль (аудиты), обходы Стимулирование и наказание	Активная позиция в диалоге с врачебным персоналом. Повышение роли сестры в работе с пациентом. Демонстрация ценности стандартизированных подходов к оценке пациента, формированию планов ухода Ключевая роль старшей сестры: сделать так, чтобы врачи стали видеть в сестрах отделений полноправных помощников в работе с пациентами

(идентификации, тайм-аута) как личное оскорбление. Часто можно услышать от хирургов: «Что мы, совсем дураки, что ли?!», или от медицинских сестер: «Да мы пациентов по сто раз видим, что мы, не запомним их, что ли?!»

Другая ситуация, когда персонал не видит рисков в своих действиях. В том и в другом случае наказаниями дело не решить. Необходимо спокойное и планомерное обучение и разъяснение, обучение на ошибках.

в) безрассудное поведение, открытый или закрытый саботаж. Это поведение характеризуется тем, что персонал понимаем все возможные риски своих действий для пациента, себя или коллег, но продолжает их выполнять.

Пример: ситуация, когда медицинская сестра после обучения, разбора примеров из практики других или своей клиники продолжает саботировать приказ по идентификации. И делает это из раза в раз. В данной ситуации, наверное, административные методы воздействия будут правильным выбором.

3. Создать культуру дисциплины и трудолюбия – патологический персонал не должен мешать совершенствованию.

К сожалению, во многих организациях персонал часто сетует на перегруженность, что делает невозможным, по мнению сотрудников, выполнять новые требования.

Фотографии рабочего дня в нескольких десятках медицинских организациях показывают, что до 30% рабочего времени палатная сестра может тратить непродуктивно. Под непродуктивностью понимается время, которое не тратится на приносящие ценность работы. И здесь не идет речь о работе с документацией и т.п. Это время на различные отвлечения, перекуры, отвлеченные разговоры... Данная цифра может показаться фантастической. Но проведенный анализ причин этой ситуации (root cause analysis) показал наличие трех основных причин, которые делают данную ситуацию вполне реальной:

- а) работа сестер настолько не структурирована и зависит от множества независимых от сестер факторов, что в условиях постоянной неопределенности и стресса человек вынужден часто переключаться на несвязанные с работой элементы деятельности, чтобы сохранить работоспособность;
- б) отсутствие практики универсальных сестер приводит к ситуациям, когда в перегруженных отделениях персонал действительно работает на износ (что повышает риски), но в соседних отделениях, где наблюдается небольшое число пациентов, сотрудники имеют возможность отдыхать.
- в) к сожалению, третья причина – низкая культура труда и дисциплины.

4. Установить ценности. Основные ценности – профессионализм и дружелюбие. Непрофессионалам и хамам – не место в медицинской

организации. Вторая по значимости ценность – стандартизация и передача информации.

В пациентоцентрированной организационной культуре профессионализм должен быть высшей ценностью. Неважно, какую позицию занимает сотрудник. Если речь идет о решении проблем организации, особенно на этапе анализа, разработки решений, только профессиональные навыки должны быть основными. Профессионал должен иметь решающее право голоса. К сожалению, сегодня часто видна обратная ситуация. Обладающие формальной властью сотрудники имеют два решающих голоса, а профессионал без должности – один, и тот совещательный.

5. Определить правила игры и зафиксировать их не только в виде приказов, инструкций и т.п., но и в системе стимулирования и мотивации в виде KPI.
6. Обучать персонал. Система внутреннего обучения, в том числе каскадное обучение, является одним из важных инструментов лидерства. Решить вопрос о профессионализме персонала сегодня можно лишь используя собственные ресурсы медицинской организации.

Критические ошибки на ранних этапах работы

Технологии и инструменты лидерства будут отличаться в зависимости от особенностей конкретной медицинской организации.

Можно выделить две основные характеристики, которые необходимо принимать во внимание при принятии решения: какие именно и в какой последовательности инструменты лидерства использовать:

- технология внедрения СМК;
- тип организационной культуры.

Основная масса медицинских организаций начинает с применения классического подхода к внедрению системы менеджмента качества и безопасности медицинской помощи:

- разработка документов системы менеджмента;
- внедрение документов на местах;
- проверка выполнения документированных требований.

Обычно итоговая СМК носит больше формальный, а не практический характер.

В данных организациях можно выделить следующие отрицательные характеристики лидерства:

- руководство не принимает целей СМК, включая внутренний контроль качества и безопасности, и концентрируется на соблюдении выполнении приказов, а также устных пожеланий контролируемых структур;
- соответственно сотрудники в системе внутреннего контроля качества и безопасности также видят больше формальностей, которые необходимы для успешного прохождения проверок. Ценности для своей работы, для пациента ни руководство, ни персонал не видят;
- акцент делается на документы. Они создаются по аналогии с приказами. Становятся сложно написанными, перегруженными описаниями. Такие документы невозможно применять на практике, что еще больше вызывает отторжение врачебного и среднего медицинского персонала;
- индикаторы качества и безопасности не используются для изменения эффективных контрактов;
- персонал не вовлекается в построение системы, так как руководство считает, что этого не нужно на практике. Системой занимается оргметодический отдел;
- не выделяются ресурсы для внедрения внутреннего обучения и реального повышения квалификации персонала;
- не применяются инструменты оптимизации, бережные технологии. Новые требования спускаются сверху на отделения без учета существующих практик и реальных проблем, которые волнуют персонал;
- высшее руководство не посещает отделения, не участвует в обходах или делает это формально с акцентом на выполнении формальных требований;
- отсутствие модели индикаторов качества и безопасности, отсутствие системы реальной фиксации нежелательных событий.

В данных организациях, по сути, инструменты лидерства отсутствуют за ненадобностью. Управление выстраивается на основе исключительно властных полномочий и административных методов работы с людьми.

Анализ организационных культур организаций, где не применяются инструменты лидерства, показывает, что им характерны:

1. низкая культура персонала по работе с документами (алгоритмами, чек-листами и т. п.): сотрудники не владеют навыками разработки, внедрения и использования документированных требований;
2. низкая культура стандартизации процессов и процедур (сотрудники не считают проблемой, что одни и те же манипуляции выполняются различными сотрудниками по-разному, что клиницисты не могут обосновать свои решения данными доказательной медицины; что работа вспомогательных служб также не стандартизирована и не централизована);
3. на всех уровнях управления наблюдаются попытки скрывать проблемы. Усложнены коммуникации с вышестоящим руководством. Присутствуют интриги и страх наказаний.

Классический путь построения СМК на основе международных практик

Альтернативный подход к построению системы менеджмента качества и безопасности начинается с выявления существующих проблем, наиболее значимых для конкретной организации, отделения, службы. Далее проводится анализ их причин, который обычно приводит к первопричинам: недостаточная квалификация, неоптимизированные процессы, недостаток ресурсов.

Перед переходом к следующему этапу организации применяли методы бережливых технологий для оптимизации работ. Оптимизировались процессы, проводился анализ потерь и их устранение, перераспределялись функции сотрудников, проводилось обучение персонала.

Далее шел этап анализа данных доказательной медицины, стандартов, «хороших практик» других МО, в том числе в ЕС и США. На основе данных доказательной медицины проводится разработка алгоритмов, анализируются практики выполнения работ на местах с помощью внутренних аудитов с участием высшего руководства. Принимаются решения и внедряются метрики процессов и процедур (индикаторы качества и безопасности).

Инструменты лидерства, которые применялись при применении данного подхода включали:

- оптимизацию работ (процессов, процедур);
- создание культуры открытости, отсутствие страха наказания;
- обучение персонала;
- создание культуры работы с документами;
- создание культуры стандартизации;
- внедрение механизмов поощрений за выполнение требований по стандартизации

Создание культуры открытости и отсутствия страха наказания – основной инструмент лидерства на первых этапах построения СМК. Он был призван решить две задачи: устранение барьеров взаимодействия линейного персонала и руководства, в том числе высшего руководства, для возможности открытого обсуждения проблем, вариантов их решения; привлечения персонала к разработке решений проблем отделений и служб. Отсутствие страха наказаний заключалось в том, что руководство успешных организаций приняло решение не наказывать персонала за ошибки, а наказывать за сокрытие ошибок и премировать за информацию об ошибках. Это позволило решить проблемы отсутствия реальных данных по индикаторам качества и безопасности, нежелательным событиям и «почти» ошибкам.

Обучение персонала. В успешных организациях широко применялись системы внутреннего обучения, в том числе каскадного обучения, стажировки в клиниках ЕС и других стран, внедрение в практику современных инструментов наставничества, управления знаниями.

Культура работы с документами и стандартизации формировалась через совместное с персоналом выявление существующих проблем отделений и служб. В тех случаях, когда анализ причин выявлял в качестве ключевой причины отсутствие стандартизации, персоналу предлагалось самостоятельно разработать внутренние правила выполнения работ в виде СОПов, алгоритмов, а также методы контроля – листы наблюдения, чек-листы и т. п.

Заключение

Построение системы менеджмента качества затрагивает все горизонтальные связи в учреждении. Эффективная система коммуникации внутри организации является ключевым элементом, благодаря которому возможны существенные изменения в качестве оказываемой медицинской помощи, повышению ее безопасности, прежде всего для пациента. Без четкого распределения ролей на всех уровнях, без правильной реакции на происходящие перемены, без внедрения элементов лидерства на всех этапах взаимодействия, без внедрения современных методов управления персоналом (принцип ненаказуемости, методы обучения, наставничества, контроль за качеством полученных знаний и умением ими пользоваться), без единой стандартизации процессов внутри организации – без всего этого построить эффективную систему контроля и управления в современном мире не представляется возможным. И только тот руководитель может этого достичь, кто на своем примере продемонстрирует заинтересованность в конечном результате, готовность к переменам, начиная с себя, кто сможет заразить своей идеей окружающих.

Список литературы

1. Эмануэль А. В., Аверьянова Е. В., Ефимущкина О. А., Иванов Г. А. Влияние организационной культуры медицинской организации на вероятность успешности проекта по разработке и внедрению системы менеджмента качества. *Лабораторная служба*, 2018. № 2. С. 102–103.
2. Эмануэль А. В., Иванов Г. А., Таут Д. Ф., Аверьянова Е. В., Окша Т. А., Игумнова Ю. Н. Системы менеджмента качества в сфере здравоохранения: мифы и реальность. *Вестник Росздравнадзора*, 2017. № 1. С. 61–65.