

Технология внедрения комплексной системы менеджмента качества медицинской организации на основе Предложений ФГБУ «ЦМИКЭЭ» РЗН по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи.

Над материалами работали:

Эмануэль А.В.

Швабский О.Р.

Аверьянова Е.В.

Куликов О.В.

Радомир Б.

Чикина О.Г.

Благонравова А.С.

Кочеткова А.И.

Уважаемые Коллеги!

Все большую популярность набирают в медицинском сообществе Предложения ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора (Далее - «ЦМИКЭЭ»). Количество организаций, начинающих внедрение СМК на базе данных рекомендаций постоянно увеличивается.

Первыми в проект входили и входят те организации, которые уже работали со стандартами по менеджменту качества. В основном это сертифицированные по ISO 9001 организации. Для них включение в свою систему управления дополнительных требований не представило особого труда.

Другое дело, когда медицинская организация, не имеющая опыта работы со стандартами по СМК, предпринимает усилия по внедрению данных требований. В этом случае организация сталкивается с рядом сложностей.

В данной статье мы хотим представить результаты исследования, посвященного анализу факторов успеха и неудач в применении Предложений и представить технологию внедрения СМК в МО, которые ранее не работали со стандартами по СМК.

Для лучшего понимания статьи рекомендуется ознакомиться с Предложениями ФГБУ «ЦМИКЭЭ» РЗН (<https://www.medqualitypeople.ru/qualitysafety>)

Разберем стандартные этапы применения Предложений... в МО.

№	Этап	Описание
1 <sup>1</sup>	Встреча представителей ФГБУ «ЦМИКЭЭ» РЗН с руководством МО	Обсуждение целей и задач проекта, этапов, роли высшего руководства, ожидаемых результатов.
2	Серия установочных семинаров (обычно 1-2 дня) для сотрудников организации	Представление проекта, лекции по СМК, по сути содержания Предложений
3	Изучение Предложений сотрудниками МО	Сотрудники МО должны понять суть требований Предложений
4	Назначение ответственного за проект и рабочих групп	Назначается координатор проекта из числа сотрудников МО По числу направлений в Предложениях (11) назначаются рабочие группы
5	Проведение самооценки	Сотрудники МО самостоятельно проводят оценку деятельности на предмет соответствия требованиям Предложений
6	Внешняя оценка	4-6 экспертов ФГБУ «ЦМИКЭЭ» РЗН на условиях полной конфиденциальности проводят независимый комплексный аудит всех отделений и направлений деятельности МО на предмет соответствия требованиям Предложений

<sup>1</sup> Этому этапу может предшествовать предварительное решение руководства МО внедрять СМК на базе Предложений. Практика показывает, что реальная работа и итоговое решение принимается после первичного визита представителей ФГБУ «ЦМИКЭЭ» и детального разъяснения сути Предложений...

7	Внедрение требований Предложений...	На основе результатов самооценки и внешней оценки рабочие группы разрабатывают планы работы на период внедрения (обычно 1.5 года), на основе планов работы отдельных групп формируется общий план проекта для медицинской организации со сроками исполнения, ответственными, промежуточными и проектными целевыми показателями и т.д. Реализация проекта внедрения/улучшения деятельности МО в соответствии с требованиями Предложений.
---	-------------------------------------	---

В дальнейшем работа может проводиться по двум направлениям:

- 1) В тесном контакте с экспертами ФГБУ «ЦМИКЭЭ» РЗН, то есть с полноценной поддержкой и ведением проекта
- 2) Самостоятельно медицинской организацией.

Так как по разным причинам медицинские организации не всегда могут воспользоваться поддержкой ФГБУ «ЦМИКЭЭ» РЗН, рассмотрим ситуацию, когда проект осуществляется самостоятельно силами медицинской организации.

С самого начала важно понимать, что каждая медицинская организация имеет ряд уникальных характеристик: особенности высшего управления, стиль руководства, применяемые методы управления, особенности организационной культуры, уровень конфликтности в организации, квалификация персонала, особенности организации лечебно-диагностических процессов, помещения, оборудование, доступ к ресурсам, региональная специфика и т.д.

Соответственно, план внедрений Предложений должен иметь также свою специфику, то есть быть уникальным.

Надо учитывать, что проект по внедрению системы менеджмента качества очень сложный, требующий вовлечения всего коллектива, кардинальных изменений многих процессов, в том числе взаимодействия между администрацией и сотрудниками, врачами и

средним медицинским персоналом, главным врачом/руководителем и высшим руководством. Многие подобные проекты остаются нереализованными. Для повышения вероятности успешного его проведения требуется соблюдение нескольких правил, важнейшим из которых является запрет на наказания сотрудников МО, особенно на начальных этапах – например, по результатам самооценки и внешнего аудита, по крайней мере до того момента как персонал не пройдет обучения на основании изменений зафиксированных в СОПах, регламентах и т.д.

Методически можно выделить два крайних подхода, которые наблюдаются в МО при внедрении СМК (в первую очередь на базе Предложений...)

Описание	«Сверху-вниз», императивно	«Снизу-вверх», вовлекая персонал
<p>Подход к внедрению</p>	<p>Классический подход СМК российской школы 9001. Документы СМК воспринимаются как эталоны. Создаются регламенты и СОПы, причем в большинстве случаев проводится моделирование – описывается желаемая ситуация, а не наблюдаемая в реальности. Документы создаются «верхним» эшелонem власти, практически не привлекая персонал. Регламенты и СОПы воспринимаются как модель идеально выстроенной работы в данном МО. Для их написания используются примеры из более успешных МО. Привлекаются внешние эксперты, кто должен написать СОПы и регламенты – «как должно быть». После этого написанные модели работ императивно спускаются вниз для выполнения. Рабочие группы подключаются ПОСЛЕ написания документов и занимаются их внедрением – то есть разработкой на базе СОПов алгоритмов, обучением персонала на местах и т.д.</p>	<p>Основной задачей является вовлечь максимум персонала (80-90 %). При внедрении уделяется внимание:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- формированию конструктивной организационной культуре (см. ниже)</li> <li>- формированию системы внутренних аудитов, нацеленных на выявление зон рисков и их снижению, решению конкретных проблем на местах</li> <li>- оптимизации процессов, работ</li> <li>- прозрачности во взаимодействии персонала</li> <li>- стандартизации</li> </ul> <p>Документы здесь являются частью системы, которые создаются непосредственно персоналом. Создание документов рассматривается как один из инструментов вовлечения персонала и снижения отторжения за счет понимания сути задач СОПов.</p>
<p>Этапы внедрения</p>	<p>1) Разработать регламенты и СОПы.</p>	<p>1) Выявить группу сотрудников, которые будут инициаторами проекта (см. приложение по типам персонала)</p>

	<p>Они разрабатываются небольшим числом сотрудников, обычно из числа высшего руководства.</p> <p>Используются примеры СОПов из других учреждений.</p> <p>Привлекаются узкие внешние эксперты.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2) Документы утверждаются высшим руководством.</li><li>3) Высшее руководство и рабочие группы внедряют СОПы и регламенты</li><li>4) Начинают проводить внутренние аудиты на предмет соблюдения СОПов</li><li>5) При необходимости в СОПы и регламенты вносятся изменения</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>2) Найти и обучить группу внутренних аудиторов. Важно, чтобы это была группа нацеленная на поиск реальных проблем и их решение.</li><li>3) Понять степень оптимизации работы. Если персонал перегружен в т.ч. из за неверно организованной работы, сначала решить все организационные проблемы. Провести фото рабочего дня, хронометраж рабочего времени, оптимизировать. Только после этого двигаться дальше.</li><li>4) Для каждого раздела Предложений найти инициативного сотрудника, готового ими заниматься. Оценить его квалификацию. При необходимости выделить ресурсы на обучение (самообучение, посещение других МО и т.д.)</li><li>5) Совместно с командой внутренних аудиторов провести оценку соответствия Предложениям.</li><li>6) Разработать модель взаимодействия по разделам Предложений</li><li>7) Провести оценку необходимости расширить состав сотрудников,</li></ol>
--	--	--

		<p>постоянно работающих в проекте по разделам Предложений.</p> <p>8) Проведение детального обучение рабочих групп по всем разделам Предложений, их разъяснение</p> <p>9) Разработать план-график и начать реализовывать</p> <p>СОПы в рамках данного подхода создаются на местах линейным персоналом. Часть из них создается ДО внедрения, часть во время, часть – ПОСЛЕ (большинство) как итог приведения процессов и работ в порядок. Акцент делается на происходящем на местах в отделениях. После решения проблем новые методы работы СОПируются, создаются приказы.</p> <p>То есть, приказ Главного врача создается в конце работы по разделу, вытекая из документов более низкого уровня, которые уже внедрены в практику работы на местах в виде алгоритмов и т.д.</p>
<p>Проблемы МО и методы их решения</p>	<p>Причины не вовлечения персонала:</p> <p>1) Перегрузка (поток пациентов превышает нормированные возможности). При этом нет серьезной работы по оптимизации процессов ДО их описания.</p>	<p>Перегрузку персонала решают за счет применения бережливых технологий, управления потоком пациентов, переводу записей в э-вид, отказ от ненужных, дублирующих журналов или делегирование</p>

	<p>2) Персонал не имеет нужной квалификации. Каждый раздел Предложений... предполагает наличие современных знаний. Часто персонал ими не обладает. Путь, заключающийся в обучении персонала, в т.ч. самообучении, признается долгим и не эффективным.</p> <p>3) Персонал не приучен выражать мысли на бумаге – нет практики коммуникаций по служебным записками т.д., практики написания СОПов и регламентов нет, понимания сути СОПов нет. Обучение также признается долгим и невозможным.</p> <p>Решается поиском людей в МО, которые могут взять на себя задачи по написанию СОПов. Часто не работают в отделениях, деятельность которых описывают.</p> <p>Работы по СОПированию выполняет высшее руководство и привлекаемые внешние консультанты.</p>	<p>ответственности за ведение записей на вспомогательный персонал.</p> <p>Прежде чем привлекать персонал к работе над Предложениями и СМК проводится оптимизация работы в целом и решение текущих проблем на местах. В 90% случаев эти практические изменения являются реализацией требований Предложений, даже если это сразу не осознается персоналом.</p> <p>Выделяется специальное время на повышение квалификации персонала по направлениям Предложений.</p> <p>Непосредственно линейные сотрудники изучают рекомендации ВОЗ и т.д.</p> <p>Часто проводятся очно-заочные консультации с внешними экспертами. Эксперты выступают как тренеры для линейного персонала.</p> <p>Персоналу поручается самостоятельно писать СОПы и алгоритмы. Проводится обучение, тренинги.</p>
<p>Проблемы подхода</p>	<p>Так как персона не участвовал в создании регламентов и СОПов, реально внедряются без сопротивления лишь те, которые написаны понятно, укладываются в существующие у персонала</p>	<p>Три основные проблемы:</p> <p>1) Необходимо длительное время на внедрение (2-3 года). Иногда – год. В сильно запущенных случаях – до 5-7 лет.</p>



знания. Непонятные вызывают вопросы и отторжения.

Члены рабочих групп, отвечающие за внедрения, не имея достаточной квалификации и также не участвуя в написании СОПов и регламентов, не могут часто объяснить персоналу суть требований.

Важной особенностью подхода является желание сделать документы идеальными как по содержанию, так и по оформлению.

Так как понимания «идеальности» нет, идут длительные обсуждения и раздумья по поводу каждого документа.

Критике подвергается как содержание – попытка предусмотреть все. При этом еще раз подчеркнем, что документы пишутся как желаемый способ выполнять работу. Поэтому разработчик документы старается предусмотреть все. Этапа предварительной «обкатки» новых правил нет. В логике руководства требовать исполнения документа можно лишь после его утверждения. А утверждать можно лишь идеальный документ. Часто создается своего рода замкнутый круг.

Также много внимания уделяется оформлению. Не идеально оформленный документ утверждать нельзя, а значит и внедрять в практику нельзя.

2) Квалификация в сфере управления руководства должна быть достаточной, чтобы управлять изменениями и проектом

3) В числе персонала МО должно быть достаточно людей, которые способны реализовать проект (см. ниже приложение по персоналу)

	В итоге процесс создания документов очень долгий.	
Плюсы	<p>Не требуется проводить специальное обучение персонала.</p> <p>В результате получаются идеальные с точки зрения содержания и оформления СОПы и регламенты.</p> <p>Не требуется отвлекать персонал от выполнения рутинной работы.</p> <p>Все документы детально проанализированы высшим руководством.</p>	<p>Персонал изначально видит пользу от работ по СМК (в результате внутренних аудитов решаются их проблемы; попытки написания СОПов приводят к более глубокому пониманию проблем; формируется практика общения между врачами, медсестрами разных подразделений; руководство активно участвует в решении проблем персонал).</p> <p>Итоговые СОПы получаются «выросшими» из реальной жизни, они понятны и знакомы персоналу, воспринимаются как результат собственного труда, не отторгаются.</p> <p>СМК становится нормой жизни учреждения.</p> <p>Формируется конструктивная организационная культура, в которую хорошо входят новые эффективные сотрудники, и которая отторгает неэффективный персонал.</p>
Минусы	<p>Соппротивление персонала направлено на предлагаемые руководством СОПы.</p> <p>Персонал не владеет технологий написания СОПов</p> <p>Персонал не повысил квалификацию по направлениям Предложений...</p>	<p>Долгие сроки реализации проекта.</p> <p>Проект может «затормозиться» из-за факторов, не подвластных самой организации.</p> <p>На первом этапе требуется серьезные временные ресурсы, активная и позитивная позиция руководства, серьезная работа с персоналом.</p>

	<p>Персонал не вовлечен в процесс и зачастую не понимает целей и задач</p> <p>Часто итоговые документы очень сильно оторваны от реальности и их внедрения превращается либо в полную перестройку процессов (документы становятся вторичны и откладываются на потом), либо в переписку документов и их все более приближение к той практике, которая принято в МО.</p> <p>Более-менее просто внедряются те документы, которые не очень отличаются от того, как реально принято выполнять работы.</p>	<p>При наличии внутренних конфликтов, особенно в среде высшего руководства, возможно возникновение политических факторов и интриг, мешающих проекту.</p>
Краткосрочные результаты	<p>Идеальные СОПы и регламенты.</p> <p>Отторжение персоналом данного вида работ.</p>	<p>Зависят от того, насколько в организации есть активные и знающие люди, способные выявлять и решать (часто продавливая наверху) проблемы.</p> <p>В идеале, если сразу после начала внутренних аудитов будут решены пусть небольшие, но реальные проблемы персонала.</p> <p>Краткосрочные результаты носят локальный характер.</p>
Среднесрочные результаты	<p>Вариант первый: документы остаются лежать «мертвым грузом» и не используются на практике.</p> <p>Вариант второй:</p>	<p>В среднесрочном периоде, наиболее часто, наблюдается некоторое падение показателей работы. Это связано с тем, что</p>

	<p>Документы и реальные процессы меняются и доходят до соответствия.</p> <p>Вариант третий: Документы действительно описывают наилучший для данной МО способ работы, они жестко внедряются на местах и становятся нормой жизни персонала.</p>	<p>система внутренних аудитов, построенная правильно, обычно вскрывает огромный пласт проблем организации.</p> <p>Попытки их решения часто неэффективны, так как персонал еще не владеет методами разработки эффективных корректирующих действий.</p> <p>Но когда этот этап проходит и персонал научился решать системные проблемы, происходит прорыв в эффективности.</p>
Долгосрочные результаты	<p>Если в среднесрочном отрезке времени реализуется второй или третий вариант, постепенно персонал привыкает к новым «правилам игры», документы выполняются, становятся рутинной практикой реальной работы. Вновь принимаемый персонал сразу попадает в действующую систему и не противодействует ей.</p> <p>К сожалению, это встречается редко.</p> <p>Обычно СМК становится «бумажной игрой» руководства и воспринимается персоналом как неизбежное зло.</p>	<p>Высокоэффективная система менеджмента качества и безопасности.</p> <p>Эффективный персонал.</p> <p>Высокая степень стандартизации и единообразия работ.</p> <p>Высокие показатели качества и безопасности медицинской помощи.</p> <p>Снижение рисков для пациентов.</p> <p>Экономическая эффективность системы.</p>
Факторы успеха (когда и как данный подход работает)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Низкая степень изменений в системе работы в долгосрочном периоде. То есть, такие факторы как поток пациентов остаются в целом неизменными</li> <li>2) Изначально в МО действует СМК и персонал приучен к работе с документами (высокая</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Эффективный менеджмент или понимание необходимости повышать квалификацию на уровне высшего руководства</li> <li>2) Отсутствие серьезных внутренних интриг</li> </ol>

	<p>культура работы с СОПами, регламентами и т.д.) см. Приложение № 3</p> <p>3) Большинство персонала обладают низкой способностью к обучению и адаптации. В этой ситуации подобный подход может сработать, если на этапе внедрения применяются жесткие методы контроля и наказаний</p>	<p>3) Понимание значимости конструктивной организационной культуры и систематическая работа над ее формированием</p> <p>4) Отсутствие жестких сроков окончания проекта</p> <p>5) Отсутствие жестких сроков получения сертификата соответствия</p> <p>6) Понимание особенностей персонала и формирование плана работ исходя из особенностей людей</p>
--	--	--

На наш взгляд более эффективным является второй подход

Рассмотрим основные факторы, которые оказывают влияние на успешность проекта.

- 1) Система управления в МО
- 2) Организационная культура
- 3) Общий уровень порядка в организации, оптимизация процессов
- 4) Кадры
  - a. Квалификация
  - b. Кадровое обеспечение
  - c. Конфликтность
  - d. Система управления персоналом
- 5) Доступ к ресурсам

#### 1) Система управления в медицинской организации

На уровне высшего руководства должна быть сформирована эффективная команда, имеющая реально действующие механизмы воздействия на поведение и деятельность персонала на всех уровнях организации.

Наиболее частые проблемные зоны, которые мешают внедрению Предложений...:

- a. К сожалению, часто наблюдается ситуация, когда высшее руководство МО решает все проблемы организации «в кабинете». Мы рекомендуем, чтобы «верхушка» МО, включая главного врача, проводила некоторую часть времени «на местах». Причем не в виде обходов и «надзора». А для выявления и решения реальных системных проблем. Это позволяет реализовать принцип лидерства руководства, являющимся одним из основных в стандартах по качеству. Мы часто наблюдаем ситуацию, когда высшее руководство не знает проблем и сложностей, которые волнуют и мешают в работе персонала. При этом важно показать персоналу, что приход главного врача, его заместителей – это не стресс, не «беда» и не повод

создавать «театр на рабочем месте», а возможность обсудить и решить реальные проблемы.

- b. Восприятие высшим руководством проекта по Предложениям... либо как «неизбежного зла» - «это же РЗН...», либо как еще одного формального проекта, который «спускается сверху», единственной целью которого является получение сертификата соответствия Предложениям...

В любом из этих случаев подобное отношение руководство всегда передается персоналу и никаких реальных изменений не происходит.

- c. Не применение современных методов управления. Часто это обосновывают ссылкой на действующее законодательство и «жесткую» позицию надзорных органов и контролирующих организаций.

- d. Отсутствие управления мотивацией персонала.

В большинстве случаев, под мотивацией понимается стимулирование, реализуемое через достаточно формально применяемые «эффективные контракты».

Современные методы мотивации, основанные на управлении идеалами и смыслами, применении комплексных схем мотивации, оценки моделей мотивации, наиболее подходящих для конкретной МО и сотрудников, не применяются.

- e. Отсутствие у руководства желания сформировать обратную связь с персоналом. Ситуация, когда у рядовых работников нет никакой возможности принять участие в управлении организацией путем своевременного информирования о проблемах и направления предложений по их устранению и совершенствованию процессов.

Часто наблюдается ситуация, когда воодушевление и вера в проект, которая на первых этапах появляется у персонала, постепенно затихает. Зачастую это связано с тем, что высшее руководство и линейные сотрудники совершенно по разному видят одну и ту же ситуацию. Приведем пример. Анализ системы идентификации пациентов показывает, что персонал не применяет простые алгоритмы идентификации. Организуются и проводятся внутренние аудиты, затрагивающие все отделения, выявляются дополнительные проблемы. Персонал активно предлагает пути решений и т.д. Вся информация собирается, оформляется и доводится до

высшего руководства. Ну же, ну!!! – ждет персонал. «А в ответ – тишина...». Что же происходит? Персонал видит ситуацию со своих позиций и предлагает пути решения, которые находятся в его зоне компетентности. Грамотное высшее руководство смотрит шире, и оценивает затраты. И понимает, что более рациональным будет другой вариант – использование браслетов, доработка МИС и т.д. То есть решения, которые будут более эффективные, но потребуют больше времени на реализацию. Ошибка в отсутствии обратной связи и коммуникации с персоналом. Обязательно все участники работы должны быть приглашены к руководству, которое выразит им благодарность за работу, покажет, что детально изучены выявленные проблемы и предложения, но предлагается более рациональный подход. И его надо тоже обсудить с персоналом, чтобы сотрудники чувствовали свою причастность!

Но мы рекомендуем все же рассмотреть возможность частично реализовать предложения персонала. Во первых люди будут чувствовать свою нужность и видеть пользу, которую они приносят, во вторых вопрос. Пока будет реализовываться более рациональный, но долгий вариант решения – как быть с безопасностью пациентов? Риски то остаются! Поэтому даже если принимается решение о какой либо серьезной реорганизации, надо внедрять небольшие улучшения «здесь и сейчас», если они способствуют повышению безопасности для пациента, или персонала.

- f. Еще одна частая управленческая нестыковка связана с желанием высшего руководства продемонстрировать только лучшее. Наиболее ярко это проявляется, когда в медицинской организации есть отремонтированные отделения или корпуса, и те, где еще не успели (из за нехватки ресурсов, планов по серьезным перестройкам и т.д.) И при аудитах часто говорят – да Вы туда не смотрите, там еще ремонта нет. Он через два года будет. А вот здесь у нас... Но для безопасности пациента важен и новомодный только что отстроенный с самым современным оборудованием корпус, и самый древний. И с точки зрения управления качеством медицинской помощи нас как раз больше интересует, а как обеспечивается безопасность и качество в условиях, далеких от идеальных.



Перечисленные проблемы чаще всего возникают при наличии нездоровой организационной культуры, являющейся той почвой, в которую «падают семена» системы управления качеством и безопасности, сформированные в Предложениях... Только в благоприятной среде эти «семена» имеют шанс «взойти и вызреть».

## 2) Особенности организационной культуры современной МО в РФ

### а. Страх открыто говорить о проблемах, ошибках и т.д.

Классический пример. На вопрос: «Сколько в данной МО было случаев ИСМП?» - обычный ответ: «НОЛЬ!» (или в лучшем случае – показатели в промилях)! Но все мы знаем, что это не так. Мы боимся говорить о проблемах как внутри организации, и тем более – где-то вовне. Соккрытие и не признание проблем – это путь к невозможности их решения.

Нежелание говорить о проблемах связан со страхом наказания.

### б. Страх наказаний.

Мы до сих пор живем в системе, когда при возникновении проблемы, ошибки или сбоя, алгоритм решения один – найти и наказать виновных.

Подобная практика внутри МО приводит к тому, что персоналу проще скрыть и молчать, чем реально инициировать поиск системных проблем и их решений.

Результатом постоянного страха, подогреваемого внешним окружением МО, является боязнь инициативы и акцент на выполнение исключительно законодательных требований.

### с. Боязнь инициативы

Часто персонал не хочет что-то предлагать, а то и просто говорить о своих проблемах. Часто ли мы спрашиваем медсестер о том, что происходит в отделениях и как можно было бы улучшить их работу? А что думает медсестра о своих наблюдениях и предложениях? Уверена ли она, что если она и пойдет со своими мыслями, ее выслушают и проанализируют ее предложения, а не отмахнутся? Причем не просто выслушают формально, а действительно

продемонстрируют заинтересованность, попробуют разобраться и что-то улучшить? Часто мы наблюдаем ситуацию, когда персонал говорит о своих проблемах руководству. Но руководство мыслит иначе. К примеру, медсестры заполняют множество бумажных журналов. Они тратят на это много времени и выносят предложение оптимизировать эту работу. Предположим, из трех журналов сделать один. Законодательно это не запрещено. Проанализировав ситуацию по всей МО, руководство понимает, что экономически более выгодно решить проблемы иначе, через применение информационных систем. Причем их применение решит сразу множество проблем. К примеру, программа анализа лекарственных назначений, которая автоматически не даст назначить несовместимые препараты или информирует врача о лекарственных взаимодействиях. Суть в том, что небольшие изменения, которые предлагает персонал, руководство будет решать более глобальными изменениями. Но как это происходит с точки зрения персонала, если система управления организована неверно? Люди идут к руководителям с проблемами, те их слушают, ходят, смотрят. И НИЧЕГО НЕ ПРОИСХОДИТ!!! Персонал решает, что на их предложения никто не обращает внимание. И «закрывается». Таким образом в людях уничтожается риск-ориентированное мышление и желание что-то улучшить. Даже если на уровне высшего руководства принимается решение не вводить небольших изменений, а реализовать крупные – держите персонал в курсе! Причем не только руководителей, а тех самых медсестер, которые инициировали процесс изменений. Они должны видеть и понимать, почему их предложения не реализуются здесь и сейчас. Весь процесс часто видят только сверху руководители. И эту информацию надо доносить до персонала, чтобы не убить в людях желание говорить и предлагать.

Интересно отметить, что довольно часто успешные проекты по применению различных стандартов по СМК, также связаны с фактором страха. Страх не выполнить поставленную задачу. Персонал,

подогреваемый чувством страха, начинает «через не хочу», императивно, внедрять на местах требования Предложений... или других стандартов.

Тем не менее, здесь наблюдается очень интересный механизм – страх активизирует внутренние резервы, «включает сознание» персонала, персонал становится инициативным.

Если рассмотреть среднестатистическую МО, то ее персонал и работа, говоря языком менеджмента инноваций, «заморожены». «Заморозка» - это хороший инструмент, который гарантирует выполнение заданных требований всем персоналом. Обратная сторона «заморозки» - невозможность изменений.

Для внедрения Предложений... персонал необходимо «разморозить» и включить в процесс непрерывного совершенствования.

Одним из работающих инструментов тоже является страх. Только в данном случае необходимо, чтобы боязнь не выполнить задачу была больше, чем страх инициативы.

Этот механизм применим не всегда, а только в запущенных случаях, когда другие, более гуманистические методы, о которых мы скажем дальше, не работают.

d. Акцент исключительно на выполнении законодательных требований.

Надо признать, что законодательные требования не могут регламентировать все без исключения нюансы работы организации.

Применение Предложений... выводит нас за узкие рамки. Часто законодательство воспринимается как ограничение. Например, возможен ли в рамках законодательства РФ такой феномен как универсальная медсестра? Да! И мы это наблюдаем в разных МО. Хотя в других нас убеждают, что это запрещено. Вопрос в том, правильно ли мы понимаем законодательство.

Или еще один пример. В алгоритме помощи при анафилактическом шоке препаратом первого ряда, то есть тем, что спасает жизнь пациентов, является адреналин. Он должен быть введен как можно скорее. На практике, чаще всего первым медицинским специалистом на глазах которого

развивается шок, является медсестра. До прихода врача в районной больнице, например, может понадобиться 10-20, а иногда и больше минут. Может ли медсестра сама ввести адреналин пациенту? При опросе персонала мы получали два типа ответов. Первая группа – представители крупных МО – «Нет! Все вмешательства могут быть выполнены только на основании назначения (причем письменного!!) врача». Вторая – представители районных больниц – «А кто еще, кроме медсестер это может сделать, если дежурный врач находится в соседнем корпусе, реаниматологи дежурят на дому» и т.п. Будет ли заранее согласованный (и утвержденный главным врачом) алгоритм помощи при анафилактическом шоке достаточным основанием для действий медсестры? С нашей точки зрения так и должно быть. В каждой ситуации должны быть определены границы компетенции среднего персонала, и она должна выполнить их правильно (по стандарту, СОПу, алгоритму) и вовремя (по стандарту).

Отсюда вытекает еще одна особенность организационных культур МО. В головах персонала МО постоянно вертятся мысли: Нам это нельзя!!! Запрещено!!!!

- е. Следующая особенность организационно культуры очень мешает внедрению Предложений. Это - отрицательное отношение к документам у персонала.

К сожалению, персонал мед организаций перегружен документами и записями. Много рабочего времени уходит на заполнение различных бумаг. И дополнительные бумаги, в т.ч. СОПы, воспринимаются крайне негативно.

Персонал и руководство МО не видит в СОПах работающего инструмента стандартизации деятельности, доказательства правильности выполнения работы и т.д.

Требования стандартов СМК и Предложений по наличию СОПов, алгоритмов, инструкций часто воспринимается как бюрократизм и формализм.

Часто мы слышим: у нас все алгоритмы есть, только они не написаны!

Наблюдение за работой персонала показывает, что в 99% случаев не записанные алгоритмы не выполняются. То, что не написано – не существует!

- f. Понимание своей роли как врача и медсестры, независимо от особенностей пациента и внешних условий, в которых работает МО.

Эта особенность связана с эмоциональным выгоранием. Особенно это видно на примере отделений, где находятся тяжелые пожилые больные.

Часто на аудитах мы наблюдаем очень формальный, эмоционально отстраненный подход к пациентам. Отсутствие системы пациент ориентированного подхода в МО.

Это сложно формализовать, но опрос персонала показывает, что люди эмоционально закрываются и не воспринимают страдания и тяжесть пациентов. Понятно, что это связано с психологической защитой, но часто это выгорание приводит к серьезному повышению рисков для пациента. Например, стационарный пациент 80 лет, в палате, спит. Ограничители кровати не подняты. Визуально есть риск падения. Еще пример, лежащие пациенты. Опрос персонала показывает, что реальную помощь и уход они оказывают друг другу, родственники и т.д. Тревожные кнопки в туалетах не работают.

К сожалению, часто их нет не только в туалетах, но и в палатах у кроватей пациентов). Профилактика пролежней сводится к размещению пациентов высокого риска по развитию пролежней на кровати с противопролежневыми матрасами (которых часто не хватает на всех пациентов).

При наличии пролежневых матрасов в отделении, они не применяются.

Специальные матрасы – это эффективное средство, но оно будет работать только в комплексе с другими методами, включая регулярное изменение положения тела, своевременная замена постельного белья, исключение складок на простыни, регулярная обработка кожи пациента специальными средствами и т.д. Во время аудитов при

опросе сотрудников неврологических, реанимационных отделений, где и сосредоточены такие больные, мы получали уверенные ответы, которые подтверждали, что знания есть. НО...на практике они не работали!!! Все пациенты находились на спине (вне зависимости от времени посещения отделения), не было специальных средств для ухода, часто у персонала не было навыков по уходу.

Можно говорить о халатности и т.д. И возможно, некий элемент халатности может быть. Но не менее важен и другой аспект. Более глубокая диагностика показала, что персонал просто не видит этих проблем из-за эмоционального выгорания. Оценка и специальная работа с эмоциональным выгоранием является одной из задач системы работы с персоналом и снижает риски для пациентов.

### 3) Общий уровень порядка, оптимизация

Часто наблюдается ситуация, когда процессы и рабочие места персонала организованы настолько не оптимально, что персонал тратит массу времени на ненужные виды работ: поиск документов, созвоны, попытки договориться по одному и тому же вопросу изо дня в день (есть ли место в отделении, куда переводить пациента, оставаться ли ему в реанимации, или уже можно переводить в отделение и т.д.)

Расстановка мебели, оборудования, средств дезинфекции в кабинетах так же могут быть расставлены не эргономично, персоналу приходится бегать по кабинету, увеличивая время осмотра пациента, либо время проведения процедуры, при этом неосознанно нарушая режимные моменты.

Отсутствие единых алгоритмов и правил для рутинных ситуаций приводит к неэффективной работе. Это связано с еще одной особенностью организационной культуры в здравоохранении – ее консерватизм. Консерватизм врачебной деятельности — это скорее плюс, чем минус. В сознании врача присутствует убежденность, что методы, доказавшие свою эффективность за годы применения представляю собой меньший риск как для пациента, для и для врача, чем что-то новое и неизвестное. Но когда речь идет об организации работы, наверно стоит обратить внимание на возможности

оптимизации. Позиция «мы так делали 20 лет, так и будем делать» - не всегда оправдана, особенно в условиях увеличения потоков пациентов, недостатка ресурсов и т.д.

Если работа персонала не оптимизирована, персонал перегружен, то применять Предложения будет сложно. К сожалению, не сразу видно, что в Предложениях заложены инструменты оптимизации. Если применить требования Предложений правильно, то работать становится легче и быстрее. Уходят ненужные согласования, снижаются потери времени и т.д.

Без применения бережливых технологий работа с Предложениями практически невозможна.

И здесь мы сталкиваемся с замкнутым кругом. Чтобы детально вникнуть в Предложения и увидеть там возможности по оптимизации, надо потратить временной ресурс, а времени в условиях не оптимизированной работы нет. Как с этим работать – скажем дальше.

#### 4) Управление персоналом

##### а. Компетентность

Уровень управления качеством и безопасностью не может быть выше компетентности персонала. Внедрение Предложений в 99% случаев требует существенной переоценки реальной компетентности персонала и ее постоянного повышения. К сожалению, в большинстве своем квалификации персонала недостаточно для эффективного применения Предложений. Это надо признать. В этом нет ничего плохого. Надо быть готовыми к тому, что в процессе применения Предложений персоналу надо выделять ресурсы на различные виды повышения квалификации, включая самообразование, внутренние тренинги, обучение на местах с привлечением экспертов и т.д.

Част экспертов рекомендует начинать внедрение Предложений с первого раздела «Управление персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенции».

##### б. Кадровое обеспечение, конфликтность, система управления персоналом в целом

Мало уделяется вопросам управления персоналом. Как правило, МО больше интересуют проблемы кадрового делопроизводства, квалификации (навыки) на местах и т.д. Хотя уже давно известно, что проблемы дисциплины,

эффективности, правильного выполнения рутинных процедур, взаимодействие с пациентами для снижения жалоб и т.д. – результат более серьезной работы с персоналом.

Начните с понимания того, а кто вообще работает в Вашей команде?

Насколько Ваш персонал разделяет цели и ценности организации? Согласен с ними? Хочет и мотивирован выполнять работу производительно и качественно.

Проведите анализ, пусть даже интуитивный, особенностей Ваших людей.

Оцените их способность к обучению. Это – один из базовых параметров, который должен Вас интересовать. Насколько люди восприимчивы к новым знаниям? Новым медицинским технологиям? Хотят изучать новое?

Мы часто слышим о профессиональном выгорании<sup>2</sup>. В первую очередь в нашей среде – здравоохранении – «выгорает» способность к обучению. Посмотрите на наиболее опытных врачей и медсестер. Они идут вперед? А хотят ли? «Выключенная» способность к обучению может быть сознательным решением. Это плохой знак. А вот если человек хотел бы, да не получается (профессиональное выгорание) привлечите профессионалов. И сделайте их частью системы управления персоналом. Способность к обучению можно «включить» в любом возрасте. И эти люди будут ядром Вашей организации, опытным, лояльным, способным к изменениям и восприимчивым к новым знаниям. Частая проблема наших МО – конфликт между «старой гвардией» и молодыми. Молодые – жаждут знаний, стремятся вперед, но не обладают опытом. «Старая гвардия» - знает опасность молодости, ненужной инициативы. И гасит ее. Этот конфликт можно использовать, если планомерно работать с профессиональным выгоранием способности к обучению.

Проанализируйте такую характеристику как способность адаптироваться. Это возможность использовать старые знания и опыт для решения новых задач, гибкость

---

<sup>2</sup> В данном контексте под профессиональным выгоранием мы понимаем особенности изменений персонала, работающего именно в системе здравоохранения, а не классическое значение данного термина, отражающего нежелание персонала дальше работать по профессии.



интеллекта и эмоционального интеллекта. Эмоциональный интеллект отвечает за внутреннее спокойствие, что связано с работоспособностью, концентрацией внимания, а значит – уровнем риска совершить ошибку; также этот параметр отвечает за раздражительность, что напрямую связано со способностью персонала улаживать конфликты с пациентами и минимизировать поток жалоб.

Эмоциональный интеллект «выгорает» во вторую очередь. Медсестра получает десятки устных поручений за рабочую смену. Риски совершить ошибки большие. Стандартизация работ – один из методов снижения рисков. Работа с эмоциональным интеллектом персонала – второй действенный метод.

Особое внимание надо обратить на персонал, у кого сознательно «выключены» параметры обучаемости и адаптивности. Это наиболее опасная категория. Это люди, кто сознательно не желают работать. Они опасны по двум причинам. Первая – их работу надо выполнять другим. Соответственно, нагрузка на «нормальный» персонал возрастает. Обычно те, кто не желает работать, входят в категории «своих», «старожил», «имеющих связи» и т.д. Т.е. убрать их из организации затруднительно. Но что мы делаем? Мы превращаем свою организацию в собес. Мы перегружаем «нормальный» персонал, тем самым увеличивая процессы профессионального выгорания, способствуем внутренним интригам и конфликтам. Интриганство и конфликтность – привычная и комфортная атмосфера для людей, не желающих работать. Оставляя их в организации, мы уничтожаем своих «нормальных» сотрудников. И вызываем в них чувство отторжения – «почему я должен вкалывать за двоих?!»

Вторая опасность в том, что нежелающие работать быстро «заразят» своей философией и отношением к работе молодых сотрудников. Это – вирус, который губит в персонале нормальное отношение к труду и организации.

## 5) Доступ к ресурсам

Частой ошибкой является убеждение, что без серьезных вложений нельзя построить действующую систему управления качеством и

безопасностью. Это не так. Качество можно обеспечить в любой ситуации.

Уже в процессе внедрения Предложений в деятельность МО, даже без дополнительных вложений, можно изыскать ресурсы для выполнения тех или иных требований путем перераспределения затрат. Выявление неэффективных технологий позволяет снизить или исключить затраты на них, направив высвободившиеся ресурсы на те мероприятия, которые реально повлияют на качество и безопасность медицинской помощи.

Так, например, в ходе самооценки может быть выявлено нерациональное использование индивидуальных средств защиты (ИСЗ) в МО, когда процедуры и манипуляции, не требующие стерильности, выполняются в стерильных перчатках, масках, одежде и пр., стоимость которых в несколько раз выше нестерильных. Заменяв стерильные ИСЗ на нестерильные, МО высвобождает средства на приобретение, например, кожных антисептиков или других средств, необходимых для эффективной профилактики ИСМП.

Итак. Мы предлагаем следующий алгоритм построения системы управления в МО на базе требований Предложений ФГБУ «ЦМИКЭЭ» РЗН:

<p>Описание этапа</p>	<p>Что необходимо достигнуть (без достижения далее двигаться не имеет смысла)</p>
<p>Принятие решения о внедрении реальной системы управления качеством и безопасностью.</p> <p>Т.е. высшее руководство должно принять и транслировать всему персоналу, что цель проекта – не получение сертификата соответствия, а реальное изменение работы в соответствии с Предложениями.</p> <p>Определение позиции главного врача. В таком проекте он – ЛИДЕР! Он ежедневно, еженедельно демонстрирует приверженность процессам изменений, за счет заинтересованного контроля, ориентируется в том, как протекает проект, какие трудности испытывают сотрудники, какая помощь, в том числе извне, требуется и оказывает эту помощь (в необходимом объеме и даже...чуть больше).</p> <p>Важно сформировать в коллективе четкое представление о всех преимуществах, которые получит организация в целом и сотрудники в отдельности в случае успешной реализации проекта.</p> <p>Сертификат может рассматриваться как формальное подтверждение успеха проекта. Но не должен рассматриваться как самоцель.</p>	<p>Как минимум высшее руководство должно договориться, что цель проекта – действительно изменить и улучшить работу МО.</p> <p>Признание того, что проблемы есть. Что их можно решить.</p>
<p>Формирование команды по СМК. Полезно сразу издать приказ по МО о реализации Проекта по внедрению Практических рекомендаций Росздравнадзора.</p>	<p>Назначен координатор проекта, который будет участвовать в нем не формально.</p>

На первом этапе этого приказа будет достаточно. По мере реализации проекта, должен появиться приказ или дополнение к вышеописанному приказу, где будет утвержден состав команды управления проектом и ответственных руководителей рабочих групп по каждому из направлений проекта. К приказу приложить Положение о рабочих группах.

Назначить координатора проекта. Это должен быть:

- сотрудник МО, имеющий формальные властные полномочия
- владеть информацией обо всех процессах МО
- обладать авторитетом у Коллег

Обычно назначается зам Главного врача. Ему будет нужен помощник – исполнитель рутинных работ и координация по проекту. В будущем это будет руководитель Службы качества.

Обязательно, чтобы оба этих человека обладали высокой способностью к обучению, адаптации и были мотивированы на положительный результат.

Координатор проекта и его помощник должны детально изучить Предложения...

В идеале, если кто то из них имеет опыт работы по ISO 9001, GCP и т.д.

Проведите мини презентацию проекта для всех сотрудников МО. Не более 30 минут.

Проведите серию мини семинаров с руководством отделений (отдельно), врачебным персоналом (отдельно), сестринским персоналом (отдельно). Содержание семинаров – объяснение принципов управления качеством и безопасностью, связанных с их непосредственной работой.

Если организация большая – назначен помощник координатора, его наделили полномочиями, и выделили временной ресурс.

Назначены внутренние аудиторы из числа старших медсестер. В идеале в группу внутренних аудиторов также включен врачебный персонал. Все внутренние аудиторы должны быть обучаемы, хотеть улучшить работу МО. Проведено обучение аудиторов на местах.

Акцент сделан на реальных проблемах, которые беспокоят персонал.

Высшее руководство не наказывает персонал после обнаружение проблем.

Все найденные проблемы и зоны рисков открыто обсуждаются. Обязательно хоть какие-то небольшие улучшения внедряются.

Также необходимо провести серию тренингов, посвященных совместной работе и взаимодействию врачебного и сестринского персонала.

Сформируйте первичную команду внутренних аудиторов. Обычно ядро этой команды – активные старшие сестры отделений. Полезно также включить несколько активных врачей, а также немедицинский персонал. Проведите обучение непосредственно на рабочих местах. То есть, покажите как проводить внутренний аудит. Не нужно проводить теоретические лекции или отправлять их учиться на какие-то внешние курсы. Пригласите коллег из других МО, или опытных экспертов, которые проведут внутренние аудиты с привлечением старших медсестер и научат их это делать. Далее уже сами старшие будут проводить аудиты, а консультанты наблюдать и направлять. На первом этапе важно делать акцент на тех элементах работы, которые можно быстро улучшить, чтобы показать персоналу пользу от аудитов.

Издайте приказ о системе внутренних аудитов в МО.

Цель этапа – подготовиться к проведению самооценки по Предложениям...

Группа аудиторов должна быть достаточной для проведения комплексной оценки МО по Предложениям.

Мы считаем, что без данного этапа самооценка будет менее эффективной, чем это возможно.

Основные проблемы данного этапа:

- 1) Персонал привык проводить внутренние проверки на предмет соблюдения требований (СанПиНов и т.д.) Нет понимания того, что при аудите можно поговорить с коллегами и пациентами, выяснить, что мешает в работе, какие есть жалобы и предложения.

Руководство открыто сообщает персоналу о том, почему те или иные предложения невозможно реализовать сразу.

Имеется готовая команда для проведения самооценки.

Команда умеет:

- составлять план аудита
- фиксировать наблюдения аудита
- пользоваться чек-листами
- составлять отчет по аудиту
- проводить анализ причин найденных проблем и зон риска
- открыто обсуждать с коллегами и руководством найденные проблемы
- разрабатывать решения и планировать их внедрение

Высшее руководство поощряет данную работу,

- 2) Основной подход к аудиту – «так должно быть». Необходимо, чтобы появился риск-ориентированный подход: а как можно сделать лучше? Насколько оптимален наш способ работы? Где мы теряем время? Какие проблемы возникают постоянно и требуют решения изо дня в день?
- 3) Часто персонал из разных подразделений не знает, как работают их коллеги. Внутренний аудит – способ лучше понять своих коллег. Необходимо показать людям, как их работа влияет на проблемы коллег, и как организация работы других отделений может негативно сказываться на работе смежных. Особенно это видно на стыке приемного отделений, реанимации, отделений, то есть на этапах «передачи» пациента. Внутренние аудиты должны начать учить персонал к совместному обсуждению и решению проблем
- 4) Необходимо приучить персонал к фиксации всех наблюдений. «Аудитор ничего не запоминает. Он все записывает».
- 5) Необходимо научить людей писать отчеты о проведенных аудитах и сломать обычный подход в МО, заключающийся в сокрытии проблем. Внутренний контроль есть везде. Но часто мы не хотим выносить информацию за рамки отделений. Персонал договаривается друг с другом, пытается решить проблемы самостоятельно. В итоге высшее руководство становится изолированным от реальности и часто не знает, что происходит на местах. Страх персонала сообщить «наверх» о происходящем надо убрать.
- 6) По результату каждого аудита должен появиться отчет, который будет открыто обсуждаться в присутствии высшего руководства. Нельзя наказывать в случае выявления дефектов!!! (на первых этапах)
- 7) Персонал надо научить формулировать варианты решений. Мы наблюдаем, что в результате аудитов проводится множество совещаний, обсуждений и т.д. Но опять таки эти обсуждения не фиксируются. Задачей руководителя проекта является создание единой таблицы, куда будут заноситься все наблюдения,

выделяет ресурсы, в первую очередь временные

рекомендации, идеи и принятые решения, с указанием сроков их реализации и ответственных. Часто для принятия решений по факту наблюдения аудита будет нужно провести более глубокий анализ – фотографию рабочего дня, хронометраж рабочего времени и т.д. Также часто бывает нужно повысить квалификацию персонала.

8) СОПирование. По результатам аудитов будет видно, что часть работ не стандартизирована, отсутствуют СОПы и алгоритмы. Важно, чтобы персонал сам осознал, что отсутствие формального правила, договоренности, вызывает проблемы и сложности в работе. В этой ситуации люди самостоятельно приходят к пониманию необходимости написать СОПы.

Принципиально, что на наш взгляд на этом этапе рано применять Предложения. Мы лишь показываем персоналу суть системы аудитов и решений по ним.

Подобные пробные аудиты полезно провести по 3-4 отделениям, чтобы показать персоналу принцип. 1-2 раза это можно сделать под руководством экспертов. 1-2 раза после этого персонал проводит аудиты самостоятельно.

Группа аудиторов не должна превышать 5 человек.

В случае, если медицинская организация не имеет серьезных проблем, описанных выше (см. факторы, мешающие применению предложений) Предложения можно с самого начала «включать» в систему внутренних аудитов. При этом важно избежать классическую ошибку организаций, работающих на базе ISO 9001, когда внутренние аудиты концентрируются исключительно на требованиях стандарта. Мы считаем, что необходимо научить персонал самой методологии проведения аудитов, особенно риск-ориентированных аудитов. После этого «включить» в критерии аудита любой стандарт становится очень легко.

<p>Одна из задач – выявить именно тех сотрудников, кто хочет и может быть внутренним аудитором.</p> <p>Если в организации уже действует СМК на базе ИСО 9001 (реальная, а не формальная), данный этап можно пропустить, так как должна быть уже сформирована рабочая группа по внутренним аудитам.</p> <p>Важно проанализировать, чтобы состав внутренних аудиторов был достаточен для работы с Предложениями. И, возможно, группу внутренних аудиторов нужно будет расширить.</p>	
<p>Параллельно с п. 2</p> <p>Формирование рабочих групп по направлениям Предложений.</p> <p>Не следует делать группы слишком большими. Для обсуждения каких-либо специфических задач можно будет привлекать дополнительный персонал.</p> <p>Группы должны состоять ориентировочно из 5-7 человек. Для небольших организаций может быть меньше.</p> <p>Естественно, для крупных организаций количество членов рабочих групп может быть и больше. Важно, чтобы в рабочую группу входили сотрудники, которые действительно готовы к активной проектной работе. Необходимо избежать формального отношения и формальных «совещаний», когда императивно назначенные сотрудники приходят «для галочки», не принося в проект ничего конструктивного.</p> <p>Особое внимание уделите руководителям рабочих групп. Назначение по формальному признаку (ответственность за направление) не всегда является хорошим решением.</p>	<p>Назначены руководители рабочих групп.</p> <p>Назначены члены рабочих групп. С учетом пожеланий руководителей.</p>



Например. Штатный эпидемиолог «живет» в представлениях об эпидемиологии прошлого века. Не желает и не хочет ничего менять. Не имеет опыта управления проектами. Назначение такого человека руководителем группы по эпидемиологической безопасности сделает работу просто бесполезной.

Возможно, стоит провести внутренний тренинг для руководителей рабочих групп по навыкам управления проектами.

Если в организации не было опыта проектного управления, надо заложить время на обучение всех участников проекта. Обучение будет проходить в режиме реальной работы.

Важно, чтобы появился навык:

- планирования работы групп. В идеале, если для каждой группы будет назначен день и время сбора и работы. Не нужно каждый раз решать, когда будет следующая встреча. Установите жесткий график и приучите персонал следовать ему. Если кто-то из рабочей группы не явился на совещание – используйте административный ресурс и заставьте человека быть вовремя. Часто персонал пытается «убежать» от этой работы ссылаясь на загруженность, «срочные» дела и т.д. Необходимо приучить людей заранее планировать время, назначать на время отсутствия заместителей и т.д.

- работой группы необходимо управлять. Часто мы встречаем ситуацию, когда группа собралась, не имея четкой задачи по данной встрече. Работа никем не управляется. В итоге – потеря времени и разговоры ни о чем. Руководитель должен заранее сообщать о плане работ, снабжать членов рабочей группы необходимой информацией для изучения и т.д. В идеале, если группа собирается в назначенное время, точно зная цель встречи, участники изучили необходимый материал, принесли с собой проекты СОПов, решений, или вопросов для обсуждения.

Регламент работы тоже должен быть жесткий. Люди должны предлагать решения, инициировать дополнительные внутренние аудиты, необходимые тренинги для персонала и т.д. По результатам должны быть четко зафиксированные документы.

Часто в рабочие группы входят сотрудники из числа внутренних аудиторов.

Здесь возможны два варианта. Первый – включить в рабочие группы внутренних аудиторов. Второй – сделать группу аудиторов независимой от рабочих групп по направлениям Предложений.

Во втором случае работ будет организовано так, что аудиторы будут снабжать членов рабочих групп необходимой информацией, то есть собирать фактические данные о работе на местах, а члены рабочей группы будут разрабатывать и внедрять корректирующие мероприятия.

На наш взгляд, все зависит от этапа развития МО.

На первом этапе полезно, чтобы персонал, который проводит аудиты, разрабатывает корректирующие действия, внедряет тесно пересекался. Это этап, по сути, формирования внутренних требований, разработки и внедрения СМК.

Когда система будет формализована, разработаны СОПы, алгоритмы, заработает система обучения и аттестации персонала на основе СОПов и алгоритмов, то внутренние аудиты также станут более формализованными и простыми в проведении.

В этой ситуации число внутренних аудиторов может быть уменьшено и их работа становится рутинной задачей Службы качества.

Обратите внимание.

В рамках группы по эпидемиологической безопасности полезно сформировать отдельную рабочую группу из сестринского персонала.

<p>Раздел по безопасности среды полезно разбить на три рабочие группы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- пролежни и падения</li> <li>- безопасность среды как таковой (помещения, инфраструктура, физическая безопасность, в т.ч. охрана)</li> <li>- информационная безопасность</li> </ul>	
<p>Проведение формального обучения по внутренним аудитам</p> <p>После того, как внутренние аудиторы провели 3-4 аудита, полезно провести тренинг-семинар для них. Это структурирует знания и позволит сделать их работу более эффективной.</p> <p>Проводить такое обучение заранее не имеет смысла. Начинать, как было уже сказано, нужно с обучения на рабочем месте.</p>	<p>Структурирование знаний, понимание теоретических основ проведения аудитов. Понимание сути риск-ориентированного аудита.</p>
<p>Проведение обучения рабочих групп и внутренних аудиторов по требованиям Предложений</p> <p>Каждую рабочую группу надо обучить правильно читать и понимать требования Предложений.</p> <p>Мы наблюдаем ситуацию, когда сотрудники МО не совсем верно понимают Предложения.</p> <p>Наиболее частые ошибки:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Акцент на документах. Раз требуется приказ главного врача – давайте его напишем сразу и тем самым выполним требования.</li> </ul>	<p>Члены рабочих групп и аудиторы понимают и детально знают Предложения (знание предполагает понимание сути требований и механизма проведения самооценки. Т.е. владение разными методами аудита)</p>

- Незнание современных требований (например, госпитальной эпидемиологии, доказательной медицины, практик управления персоналом) не позволяют оценить требования Предложений
- Попытка работы с Предложениями, не выходя из кабинетов.
- Желание разработать как можно больше СОПов, что приводит к излишней бюрократизации.

Проведение самооценки

Эффективность данного этапа зависит от результатов предыдущих. Для организации проведения самооценки рекомендуем издать отдельный приказ с приложением плана графика проведения самооценки. Существенно облегчит проведение самооценки подготовка и использование чек-листов на основе оценочных таблиц из Предложений. Для того, чтобы самооценка прошла быстрее и успешнее советуем разработать матрицу ответственности по каждому разделу. В матрице указываются отделения и службы для которых актуальны конкретные показатели оценочных таблиц Предложений.

Реально проведенная самооценка по всем разделам Предложений во всех отделениях МО. Самооценка не формальная. Акцент на реальной работе, а не только на наличии/отсутствии документов.

Вы можете решить пропустить предыдущие этапы. В этом случае удостоверьтесь, что выполнение самооценки проводят люди:

- детально знающие сами Предложения (просто прочитать мало)
- владеющие методами аудита: наблюдение, опрос (пациентов и коллег), изучение документов и записей
- персонал не устраивает «театр», то есть вы честны перед собой

Проведение внешней оценки

Необходимо убедить персонал, что их задача – не скрывать проблемы, а наоборот, - показать то, как реально выполняется работа.

<p>Без этого ценность внешней оценки падает.</p>	
<p>Проведение обучения по СОПам</p> <p>Необходимо выбрать персонал, который будет создавать СОПы. Для этих сотрудников необходимо провести внутренний тренинг. Если группа более 7 человек, необходимо разбить ее на подгруппы и провести несколько одинаковых тренингов. Плохой практикой является попытка написать СОПы без специального обучения. Наиболее часто СОПы «создают» обращаясь в различные Компании из ЕС и США с просьбой поделиться СОПами, скачиванием шаблонов СОПов и их «подделкой» под себя и т.д. Это не самые эффективные пути.</p> <p>Более эффективный путь: Специальное обучение – разбор примеров СОПов по направлениям Предложений – создание перечня СОПов по направлениям для конкретной МО – первичное описание работ – экспертиза и доработка – внедрение в практику – внедрение СОПов в систему аттестации и обучение персонала – внедрение СОПов в практику внутренних аудитов.</p>	<p>Сотрудники владеют теоретическими знаниями и практическими навыками написания, экспертизы, внедрения СОПов и алгоритмов; регламентов процессов.</p>
<p>Организация взаимодействия между группами по направлениям Предложений</p> <p>После того, как будет сформирована команда по СМК (внутренние аудиторы), рабочие группы, проведено обучение, проведения самооценка, внешняя оценка, настанет самый сложный этап – разработка и реализация мер по улучшению работы и приведению ее в соответствие с требованиями Предложений.</p> <p>Здесь очень важно учесть, что все рабочие группы тесно переплетены.</p>	<p>Сформирована система постоянного взаимодействия. Например, раз в две недели, месяц (зависит от ситуации) руководители рабочих групп встречаются для обсуждения текущих задач и разработки решений.</p>

Например, идентификация личности пациента проводится на всех этапах взаимодействия с ним, в разных отделениях. И рабочая группа по идентификации не может работать в отрыве от группы по организации неотложной помощи и работы приемного отделения и т.д.

Работы группы по эпидемиологической безопасности тесно связаны с работой группы по лекарственной безопасности и т.д.

Один из способов решения – параллелизм участников рабочих групп. Другой – организовывать постоянные встречи руководителей рабочих групп для решения совместных задач.

На практике оба эти метода необходимо применять.

Вам помогут следующие материалы:

1. Практическое руководство по использованию контрольного перечня ВОЗ по хирургической безопасности

<http://www.who.int/publications/list/9789244598597/ru/>

2. Сборник материалов ВОЗ по гигиене рук

<http://www.who.int/gpsc/5may/tools/ru/>

3. Учебный видеofilm ВОЗ по безопасности пациентов

[http://www.who.int/topics/patient\\_safety/resources/ru/](http://www.who.int/topics/patient_safety/resources/ru/)

4. Сайт, посвященный менеджменту качества в здравоохранении:

<https://www.medqualitypeople.ru/>

5. Ресурс по госпитальной эпидемиологии

<http://nasci.ru/>

## Приложение № 1

### Первичная оценка персонала для определения готовности к внедрению Предложений...

Проанализируйте свой ближний круг помощников, и дайте им задание сделать то же самое с руководителями отделений. Руководители отделений, которые будут оценены положительно, должны будут оценить свой персонал.

На первом этапе Вам будет достаточно оценить заместителей, руководителей отделений, направлений и ведущих специалистов МО.

Оценка проводится на основании личного опыта взаимодействия с персоналом.

Критерии:

#### 1) Обучаемость.

Как мы обычно оцениваем человека? Опыт, знания, навыки, достижения. Но это все прошлое. Как оценить потенциал его в будущем?

Посмотрите, легко ли человек осваивает новый материал, оцените его хобби, как он проводит время.

Какую специальную литературу, журналы читает. Чем интересуется.

Прошлый опыт, знания и т.п. – это штампы. Мы мыслим штампами.

Обучаемость – это способность избавляться от штампов, когда они мешают и становятся не актуальными.

#### 2) Адаптивность.

Способен ли человек решать нестандартные задачи? Применять навыки и знания необычным образом?

Может ли он быстро найти выход из сложной ситуации.

Насколько гибок его интеллект и эмоции? Может ли он использовать эмоции для управления персоналом, общения с пациентами?

Способен ли человек перестроит себя, когда его подходы мешают достижения целей?

#### 3) Энергетическая саморегуляция.

Насколько человек работоспособен? Каков стиль его работы? Он привык работать постоянно с примерно одинаковой скоростью и качеством? Или это

«пробойник», которому проще действовать в режиме аврала и цейтнота? Может ли сотрудник одновременно работать над несколькими задачами и делать это эффективно или он концентрируется на решении одной задачи и прорабатывает ее очень глубоко?

Как часто человек болеет? Жалуется на недомогание?

#### 4) Внутренняя мотивация.

Что ему надо от жизни и от работы? Полезно знать, что волнует и чем живет Ваше ближайшее окружение. Это – основа модели мотивации.

Далее полезно «разложить» Ваших сотрудников по следующим категориям:

	Обучаемость высокая	Обучаемость низкая
Адаптивность высокая	Человеческий капитал	Человеческий ресурс
Адаптивность низкая	Зона риска и активной работы	Зона высокого риска

**Человеческий капитал** – это ядро изменений и движения вперед. Именно эти люди будут двигать проект по внедрению Предложений...

Персонал этого типа обладает внутренней мотивацией, нацелен на развитие, движение вперед. Он обладает большим опытом, но постоянно критично смотрит на себя и окружающих.

Хорошо развито риск-ориентированное мышление. Умеет оценивать возможные последствия предпринимаемых действий.

В управлении этими людьми есть ряд сложностей. Они не любят лишних и пустых разговоров. Получив задание, стремятся его выполнять.

Если рассмотреть процесс контроля, то им комфортно, когда ставится задача по принципу «надо из точки А попасть в точку Я». Если Вы будете ставить задачу так: из точки А перейдите в точку Б, доложите, потому в точку В, доложите... в точку Я, доложите. Это вызовет раздражение и сопротивление.

При этом часто возникает ситуация, когда получив задачу не по SMART, эти люди искажают условия, стремясь оптимизировать и улучшить. С ними надо говорить и договариваться.

Ставить сложные задачи. Работа воспринимается ими как вызов. Им важен интерес и насыщенность в работе, высокая ответственность.

Задача – удерживать таких людей.



**Человеческий ресурс** – это люди с «выключенной» способностью к обучению. За счет высокой, а часто компенсаторно очень высокой способностью к адаптации, могут решать разные задачи, по разному группируя имеющиеся навыки и знания. Опираются на свой опыт и удачные решения в прошлом.

Различают два типа человеческого ресурса: конструктивный и деструктивный.

Конструктивный – это люди, чья способность к обучению «выключена» за счет профессионального выгорания. Часто это происходит потому, что в прошлом человеческий капитал кидали на участки со сверхсложными задачами, с персоналом, не желающим работать (о чем будет сказано ниже) и сотрудник просто психологически «выгорает». Он или она и рад бы был научиться новому, что то освоить – но не получается! С этими людьми необходимо проводить специальную работу в рамках системы управления персоналом, развивать конструктивное мышление. Способность к обучению практически всегда можно включать обратно. И это является основной задачей по их управлению. Включив способность к обучению, Вы пополните ряды человеческого капитала своей организации лояльным сотрудником.

Деструктивный тип – люди, которые сознательно не хотят ничему учиться, считая, что их знаний и опыта достаточно, а тратить время они хотят на отдых, развлечения, хобби и т.д., но не на освоение новых знаний и навыков.

С ними можно работать, но это редко срабатывает. Как бы это ни звучало цинично, здесь мы имеем дело именно с ресурсом, который надо по максимуму эффективно использовать и...

Человеческий ресурс – это костяк организации.

Переходим к зонам риска.

**Высокая обучаемость. Низкая адаптивность.** Знаний ноль, гонора много. Это типичный выпускник ВУЗа. В простонародье менеджмента – «сырье». Что с этим делать? Выбрать наиболее хороших, воспитывать и отправлять работать. Эффективность воспитания будет напрямую связана с действующей системой управления персоналом, а именно – системой наставничества.

В чем опасность данной категории. Их несколько. Во-первых, персонал с еще недостаточной квалификацией и несформированным трудовым сознанием может совершать ошибки. Второй момент – они наиболее других подвержены пагубному влиянию от четвертной категории персонала, о которой мы сейчас поговорим.

**Низкая обучаемость и низкая адаптивность.**

Это люди, сознательно не желающие прилагать хоть какие-либо серьезные усилия в работе. Это плесень, уничтожающая Ваш персонал.

Как это действует.

Это персонал, который не хочет работать и сделает все возможное, чтобы ничего не делать или делать в спокойном, комфортном для себя ритме. Любые изменения им не нужны, ибо нарушают спокойный ритм их жизни. На этапе серьезных изменений, работу этих людей, вольно или невольно придется взять на себя другим сотрудникам. Тем самым Вы перегружаете нормальный персонал, повышая вероятность выгорания, снижая работоспособность и т.д.

Но это еще не все. Такие люди быстро берут под крыло всех новых молодых сотрудников и заражают их вирусом халатности.

Они обожают давить на жалость, они обожают совещания и пустые обсуждения. Они очень любят корпоративные мероприятия. Они маскируются под «своих» и командных, правда под командностью они понимают комфорт и спокойствие.

В этой категории персонала также есть очень опасный тип сотрудников. Это люди, которые также сознательно не хотят работать. Их жизненный цикл в организации простой. Они быстро налаживают связи с руководством, с высшим руководством. Они любят доносить на всех окружающих и обвинять их в нежелании работать, при этом постоянно выставляя себя как лояльного, готового все сделать сотрудника. При этом если поручить им что-то действительно важное, они всегда найдут очень убедительный повод, почему это сделать нельзя.

Проведя несложный анализ, сделайте такую таблицу:

Капитал	Ресурс	Молодняк	Мусор
10%	70%	3%	17%
ФИО	ФИО	ФИО	ФИО
ФИО	ФИО	ФИО	ФИО

Проанализируйте каждую категорию. Для категории «Ресурс» определите тех, кто сознательно не хочет идти вперед и тех, кто не может. Первых для начала оставьте в покое. Со вторыми проведите беседу и предложите помощь. Проведите для них тренинги по конструктивному мышлению.

Категория «молодняк» для руководства это странно, но если такие будут – проверьте планы наставничества и обучение для них.

Для четвертой категории определите тех, кого нельзя трогать по политическим соображениям, и изолируйте их. Важно не дать им доступ к нормальным сотрудникам. И загрузить их комфортной для них работой, которая не будет связана с проектом. Главное, чтобы не мешали. Остальные должны стать кандидатами на жесткий контроль и увольнение.

В идеале, сделать такой анализ для всей МО, но для начала проведите его в среде руководства. Попросите тех руководителей, кто попал в первые две категории, провести анализ их подчиненных.

Обратите внимание, если персонала из четвертой категории будет более 40%, Вам необходимы жесткие меры по реорганизации кадров. В противном случае любые изменения будут крайне затруднены.

При формировании рабочих групп помните, что в их числе обязательно должны быть сотрудники разных психологических типов.

Например, очень плохой будет группа, состоящая только из молодых, инициативных, стремящихся к развитию и улучшению сотрудников. Их обязательно надо «разбавить» опытным, консервативным, но лояльным к организации, скорее всего из числа человеческого ресурса, сотрудником, имеющим большой авторитет.

Аналогично, если Вы создадите группу только из опытных бойцов, прошедших огонь, воду и медные трубы, но узко понимающих качество и безопасность, не готовых к признанию возможных пробелов в знаниях, особенно современных, не готовых к изменениям, Вы также не добьетесь успеха.

## Приложение № 2

### Основные этапы «СОПирования»

№	Этап	Описание
1	Анализ того, что уже есть	Изучите существующие документы, которые уже созданы в МО: приказы, распоряжения, положения по отделениям, должностные инструкции и т.д. Все формальные, не имеющие отношения к реальности, устаревшие, непонятные и другие подобные документы лучше уничтожить. Упростите себе жизнь.
2	Обучение	Выберите сотрудников, которые будут отвечать на первом этапе за создание СОПов. Покажите им примеры СОПов по разным направлениям. Используйте сайт <a href="http://medqualitypeople.ru">medqualitypeople.ru</a> , архивы журналов зам. главного врача, главная медсестра и т.д.
3	Первичное описание	Обычно на первом этапе создают описания того, как выполняются работы «сегодня». Эти документы не являются хорошими СОПами. Их задача – анализ. Описания должны быть проанализированы рабочими группами, руководством, коллегами. Не спешите оформлять их красиво и утверждать.
4	Приведите в порядок процессы	Этап, не относящийся к СОПированию, но необходимый. Прежде чем создавать хороший СОП, надо быть уверенными, что работы выполняются правильно, единообразно и оптимально
5	Напишите хорошие СОПы	По каждому направлению у Вас должны быть СОПы. Сделайте их реестр. Сделайте СОП по СОПам – опишите, как в Вашей МО будет принято оформлять СОПы, вводить их в действие и т.д.
6	Создайте алгоритмы	На основе СОПов разработайте алгоритмы – краткие, схематичные, с максимум визуализации краткие справки для персонала для применения на местах
7	Система оценки знаний	Для каждого СОПа разработайте лист оценки знаний. Это может быть перечень вопросов и тестовых заданий, ответив на которые и выполнив который сотрудник допускается (или не допускается) к индивидуальной работе по СОПу
8	Утверждение	Согласуйте и утвердите СОПы
9	Перечень СОПов к должностным инструкциям	Сделайте для каждой должностной инструкции перечень СОПов, которыми должен владеть сотрудник на данной должности

10	Внедрение	Проведите обучение персонала. Проведите оценку знаний персонала. Проводите внутренние аудиты в т.ч. на предмет выполнения СОПов
11	Актуализируйте	СОПы подлежат обязательной периодической актуализации.

### Приложение № 3

#### Методика предварительной быстрой оценки культуры работы с документами в организации

Параметр	Низкая культура	Высокая культура
<p>Взаимодействие между сотрудниками</p>	<p>Взаимодействие между персоналом, в т.ч. с руководством, осуществляется преимущественно в устной форме. Докладные и служебные записки рассматриваются как исключительный вариант, использующийся, когда проводится какое-либо внутреннее расследование, пишется объяснительная и т.д. В рутинных коммуникациях персонал не видит смысла писать служебные записки. В случае, если персонал начинают просить писать «служебки», качество итоговых документов очень плохое. Информация написана непонятно, часто не логично и не структурирована. Документы не имеют подписи и даты.</p>	<p>Сотрудники привыкли все значимые вопросы коммуницировать с помощью служебных записок. Это не означает отсутствие личного контакта и обсуждений. Отнюдь. Обсуждения структурируются и становятся более эффективными, когда перед обсуждением все участники получают написанную на бумаге информацию, которую заранее обдумывают. Служебная записка становится привычной нормой коммуникаций. (Может быть на бумаге, в WhatsApp, скайпе, э-почте и т.д.)</p>
<p>Результаты совещаний, обсуждений</p>	<p>«Поговорили и разошлись». Отсутствует итоговый (неформальный) документ, описывающий принятые решения в виде плана-графика работ с указанием сроков, ответственных и т.д. Либо создается формальная бумага, которые складываются и не используются. Смысла этих бумаг никто не видит. «Так надо, вот и пишем. Вдруг спросят на проверках»</p>	<p>По результатам совещаний, где принимаются решения о каких-либо задачах, особенно затрагивающих несколько сотрудников (врачи, медсестры, it-специалисты, экономисты и т.д.) создаются практико-ориентированные документы, фиксирующие принятые решения в виде задач, с указанием сроков, ответственных, промежуточной отчетности. Эти планы имеют все участники. (Могут быть на бумаге, в эксель таблицах, программах планирования и т.д.)</p>
<p>Результаты внутренних обходов, самопроверок, внутренних аудитов и т.д.</p>	<p>Обсуждаются персоналом на местах. Решения озвучиваются тут же. Отсутствует детальный анализ причин проблем. Решаются только наблюдаемые несоответствия. Информация о происходящем на местах (в отделениях) не сообщается руководству. Информация нигде не фиксируется, или фиксируется в «блокноте» ответственного, чтобы проверить на следующей день, устранена ли конкретная проблема. Отсутствуют планы и программы аудитов.</p>	<p>Результаты самопроверок фиксируются. Существует удобная форма фиксации информации. Для серьезных несоответствий проводится анализ причин. Часто результатом становится массовое обучение сотрудников (внутреннее, тренинг). Зафиксированные результаты сообщаются руководству, инициируется открытое обсуждение проблем, формируются и фиксируются планы-графики устранения.</p>

<p>Необходимость внести изменения в процесс (работу)</p>	<p>При необходимости что-то изменить сотрудники стараются просто договориться и внедрить изменения.          Высшее руководство при этом ориентировано на приказы (главного врача), но которые пишутся очень формальным языком, перегруженным академичными штампами. Такие приказы содержат очень много информации и тяжело применяются на местах (к примеру, медсестре надо просмотреть несколько страниц текста приказа, чтобы найти два-три абзаца, относящихся к ее работе).          Приказы создаются на уровне руководства. Линейный персонал (врачи, медсестры) не привлекаются к их созданию.</p>	<p>Прежде чем внедрять изменения линейный персонал готовит проект СОПа, инструкции и т.д., обсуждает со всеми участниками изменений и согласует.          После чего готовится служебная записка с приложением в виде описания текущей ситуации, обоснования необходимости изменения и модели планируемого нового способа работы.          При согласовании руководством, проводится этап экспериментального внедрения нового способа работы, документы дорабатываются и утверждаются.          В сознании линейного персонала документ становится рабочим инструментом анализа, планирования и внедрения изменений.          Ключевым тут является то, что документ воспринимается как необходимый и привычный инструмент улучшений и изменений не только руководством, но и линейным персоналом.</p>
<p>Умение грамотно писать и использовать документы, в т.ч. служебные записки, СОПы, регламенты и т.д.</p>	<p>«Исключительный» навык, который зачастую доступен только руководителям.          Персонал не использует и не понимает смысла в наличии СОПов, инструкций и т.д.          Нет понимания рисков невыполнения инструкций.          Нет базовых знаний по стандартизации.</p>	<p>Обычный навык для большинства сотрудников.          Под грамотностью создания документов имеется в виду не владение штампованным бюрократическим языком, а умение структурированно и полно излагать мысли на бумаге, создавать проекты рабочих инструкций, применимых на практике.          Персонал видит практический смысл и использует внутренние документы, знает их содержание, понимает риски не выполнения инструкций, понимает суть стандартизации.</p>
<p>Пример: Применение новой технологии (требующей изменить процедуру).</p>	<p>Все изменения согласуются и внедряются исключительно путем обсуждения.          Вышестоящий персонал объясняет словами подчиненным суть изменений. Затем начинается личный контроль их внедрения.</p>	<p>Перед внедрением изменений создается проект нового СОПа (или актуализируется предыдущий).          Проверяется его пригодность на практике.          Проводится обучение персонала с фиксацией факта обучения и контролем знаний и навыков (допуск к самостоятельному выполнению работы).</p>

Например – новые вакутейнеры в процедурном кабинете)		
Передача приказов, распоряжений и т.д. персоналу	«Под роспись» и дальнейшее самостоятельное изучение (которое нигде не фиксируется и никем не контролируется)	Существует общеизвестная и организации система распространения, разъяснения, при необходимости – обучения и контроля понимания, и в дальнейшем – выполнения приказов, распоряжений и т.д.
Необходимо написать новый СОП	Целая проблема. Сложно найти исполнителя, умеющего грамотно изложить процедуру на бумаге, сделать алгоритм на основе СОПа, визуализировать текст. Отсутствует реально действующая процедура по составлению СОПов и регламентов.	Персонал, непосредственно связанный с выполнением работы, легко создает или готовый к согласованию СОП, или разрабатывает содержание, хорошо структурированное, с визуализацией и т.д. и передает в службу качества для оформления
Применение СОПов и регламентов	Для демонстрации на внешних проверках. До этого СОПы лежат «мертвым грузом» в столах и шкафах	СОПы и алгоритмы используются для ввода нового сотрудника, проведения аттестации (внутренней) персонала, оценки знаний и допуска к работе и т.д. Алгоритмы помогают персоналу на местах правильно и единообразно выполнять работу.
Актуальность документов	Актуальность проверяется перед проверкой. Часто на местах лежат СОПы 3-8 летней давности, давно не имеющих отношения к реальности.	Существует система присвоение каждому типу документов срок годности, после которого документ подлежит актуализации. При изменении в работе документы сразу же актуализируются.
Содержание СОПов	Поверхностное, много лишней (справочной, книжной) информации. СОПы больше напоминают шаблоны. Нет детализации. Нет визуализации.	Содержание и оформление СОПов соответствует решаемой задачи и конкретной процедуре. СОПы понятны персоналу и содержат необходимую и достаточную информацию для правильного и единообразного выполнения работы.
Распространение и хранение	Хаотично. Отсутствует система. Часто на местах сложно найти необходимые документы. Папки с документами не имеет реестров, не оформлены. Конкретный сотрудник затрудняется ответить на вопрос, какими именно СОПами он должен пользоваться.	Внедрена известная система распространения и хранения на местах СОПов (в бумажном и/или э-виде). Документы на местах структурированы. К каждой должностной инструкции сделан перечень СОПов, которыми должен пользоваться сотрудник.



<p>Реестры, номенклатуры и т.д. документов (СМК)</p>	<p>Отсутствует единый реестр документов в э-виде. Возможно, существует номенклатура дел, но работа с ней крайне затруднена.</p>	<p>Ведется продуманный реестр в э-виде, позволяющий знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- версии актуальный документов</li> <li>- куда и кому они передавались</li> <li>- кто и когда их создавал, согласовывал</li> <li>- сроки актуализации конкретного документа и т.д.</li> </ul>
<p>Применение СОПов и регламентов для аттестации персонала.</p>	<p>СОПы не содержат контрольных вопросов. Не проводится обучение персонала по каждому СОПу. Не фиксируется обучение.</p>	<p>В конце СОПа есть перечень контрольных вопросов и заданий, позволяющих проверить понимание и знание персоналом СОПа. Есть система первичного и периодического обучения и контроля знаний. Данные зафиксированы, например в журнале обучения.</p>

Приложение № 4. Технология быстрой оценки организационной культуры

Параметр	Показатели здоровой, конструктивной культуры	Показатели патологической, деструктивной культуры
<p>Страх vs открытость в обсуждении</p>	<p>Персонал не скрывает проблемы, а незамедлительно и открыто обсуждает их, в том числе с руководством (высшим).</p> <p>Персонал прилагает усилия для решения проблем, не ограничиваясь сообщением о них. При это, если проблемы не решаются, персонал снова и снова говорит о них до того момента, пока не будут приняты решения и они начнут реализовываться.</p> <p>Персонал ищет и предлагает различные варианты решения проблем, не заикливаясь на ресурсоемких.</p> <p>Приход высшего руководства в отделение вызывает желание «похвастаться» каким-либо достижением, продемонстрировать довольных пациентов, обсудить зону риска и т.д.</p> <p>Персонал активно просит руководство приходить и обсуждать.</p> <p>Если руководство обнаруживает какую-либо проблемы, которая «прошла мимо внимания персонала», это приводит к активизации сотрудников анализировать причину проблемы и предлагать решение.</p>	<p>Основное стремление персонала – скрыть проблему.</p> <p>Приход высшего руководства вызывает страх и «тремор конечностей».</p> <p>В случае обнаружения проблемы, первая реакция персонала – доказать свою невиновность, переложить ответственность на другие отделения и т.д. Такая ситуация может приводить к бесконечным обсуждениям, кто за что отвечает. Введение алгоритма «сверху» в подобной патологической ситуации ничего не решит, так как проблема лежит не в реально размытых полномочиях и ответственности, а страхе эту ответственность принять. Скорее всего это связано с позицией руководства к поиску и наказанию «виноватых» при возникновении любой проблемы. Причем эта позиция может реализовываться исключительно устно (устные выговоры, постоянные замечания персоналу и т.д.)</p> <p>Персонал не предлагает решений, а ждет указаний сверху. Опять таки, это может означать страх – если решение предложить самостоятельно, то и ответственность за него ложится на персонал. А ответственность может приводить к наказаниям.</p>

	<p>Персонал спокойно принимает на себя ответственность, в том числе на нарушения, и предлагает пути решений.</p>	<p><b>Что делать?</b>  <b>В первую очередь пересмотрите свою позицию к поощрениям и наказаниям.</b>  <b>Если в МО принято «искать виноватых» - прекратите эту практику немедленно.</b>  <b>Вы и Ваши замы должны спуститься к персоналу и начать решать проблемы на местах, применяя системное мышление. Т.е. искать системные ошибки.</b></p>
<p>Эмоциональное выгорание и методы работы с ним</p>	<p>Система работы с персоналом включает в себя периодическую оценку профессионального выгорания наиболее загруженных сотрудников, персонала с большим стажем, персонала с повышенной ответственностью (реанимации, приемный покой, хирургии, работающие с тяжелыми больными и т.д.)</p> <p>В организации проводятся специальные мини-тренинги по взаимодействию с коллегами с симптомами выгорания.</p> <p>Выгорание принимается как нормальность и рассматривается как один из периодов профессиональной деятельности.</p> <p>Персонал осведомлен о сути выгораний, может проводить самодиагностику и обращается в службу работы с персоналом за помощью.</p>	<p>Персонал «работает на износ».  Перегрузка, сверхурочная работа, перенапряженность поощряется и считается показателем «хорошего» работника.  Считается, что подобное отношение к работе является нормальным в тех сложных условиях, в которых находится организация.</p> <p>Специальных технологий работы с выгоранием нет.</p> <p>Персонал часто раздражителен, депрессивен.</p> <p>В отношении к пациентам отсутствует «человечность». Сотрудники просто оказывают медицинскую услугу (в данном случае с нами можно поспорить, указав, что действительно МО оказывает медицинские услуги и пациент в первую очередь это гражданин, нуждающийся в мед</p>

	<p>Существуют специальные программы работы с выгоранием.</p>	<p>услугах. Подобная культура характерна для МО ЕС и США. Но мы считаем, что ментальные особенности России должны быть учтены и нормальная оргкультура медицинской организации должна включать поощрения человечности и доброты в отношении к пациентам).</p> <p><b>Что делать?</b>  <b>Пересмотрите ответственность и полномочия и проанализируйте реальную эффективность работы каждого. Нет ли среди подчиненных тех, кто занимается «имитацией бурной деятельности» (см. приложение по оценке персонала).</b></p> <p><b>Сделайте систему работы с выгоранием частью задач рабочей группы по персоналу.</b></p> <p><b>Стимулируйте сотрудников открыто говорить в т.ч. о подобных проблемах.</b></p>
<p>Стандартизация vs инициативность</p>	<p>Все медицинские процедуры стандартизованы и выполняются персоналом одинаково.  Один из инструментов – СОПы и алгоритмы.</p> <p>Взаимодействие между подразделениями регламентированы.</p> <p>Выполняются клинические рекомендации.</p>	<p>Персонал запуган и мыслит очень узко, стараясь просто выполнять работу в заданных рамках.</p> <p>Отсутствуют, или присутствуют в очень малых количествах, предложения от персонала по оптимизации.</p>

	<p>При этом персоналу присуще риск-ориентированное мышление.</p> <p>Интересы пациента ставятся выше любых страхов «не выполнить стандарт». В подобных случаях привлекаются различные специалисты МО, в т.ч. юристы, для поиска решения оптимального для пациента.</p> <p>Персонал понимает, что стандартизация – это механизм снижения рисков.</p> <p>В организации присутствуют механизмы, позволяющие снизить отрицательный эффект стандартизации (шаблонное мышление) путем ротации кадров, создания кадрового резерва, применения тренинговых технологий развития мышления, постоянного обучения и т.д.</p>	<p>Персоналу проще выполнять неудобные рутинные процедуры (вести множество журналов и т.д.), чем предложить решение проблемы.</p> <p>Персонал приходит к руководству без предложений, а ждет, что руководитель сам будет решать возникающие сложности.</p> <p>В организации присутствует множество постоянно повторяющихся проблем. Они возникают снова и снова, не оставляя ни руководителям, ни подчиненным времени на системную работу. Проще ситуацияционное управление и «затыкание дыр».</p> <p>В организации все перегружены работой, постоянно «бегают», цейтнот. При этом реальных улучшений нет. «Не виден свет в конце тоннеля».</p> <p>Чувство безысходности.</p> <p><b>Что делать?</b> <b>Установите правило: сотрудник должен приходить к Вам со своей проблемой и минимум двумя вариантами решений. Заставьте людей начать думать над решениями, а не ждать их «сверху».</b></p>
--	---	---

		<p><b>Остановитесь.</b> Иногда для того, чтобы решить проблемы, надо перестать бегать и решать то, что возникает на поверхности. Задумайтесь над реальными причинами и системными ошибками.</p> <p><b>Иницируйте</b> проведение фотографии рабочего дня, хронометража и т.д.</p> <p><b>Регламентируйте работы.</b> Только сделайте это правильно (см. приложение по СОПированию)</p>
<p>Отношение к интригам в коллективе</p>	<p>Интрига является исключением из нормы жизни персонала.</p> <p>Интриганство не поощряется. Если в коллективе появляется склонный к интригам сотрудник, его отторгают и не принимают.</p> <p>На уровне руководства с интригами борются открытым совместным обсуждением. Если кто-то из персонала приходит к руководителю и начинает рассказывать что-то о коллегах, то иницируется совместное открытое обсуждение, сбор фактов. Причем тот сотрудник, про которого шли рассказы, не чувствует себя в роли обвиняемого, не должен защищаться.</p> <p>За необоснованную информацию и явную ложь интриганы наказываются, в т.ч. выговором. Подобные случаи разбираются на общих собраниях.</p>	<p>Интриги являются нормой жизни коллектива.</p> <p>«На коне» тот, кто владеет искусством интриги идеально.</p> <p>Интриги пронизывают коллектив и встречаются на всех уровнях иерархии.</p> <p>Владение методами интриг является необходимым условием для продвижения по карьерной лестнице, получения дополнительных благ.</p> <p>Персонал оценивается не по достижениям, а по личным связям с руководством.</p> <p><b>Что делать?</b></p> <p><b>Если Вы пришли в подобный коллектив, будут нужны достаточно жесткие меры и уверенная позиция по демонстрации того, что Вы против и будете активно уничтожать сложившуюся практику интриганства.</b></p>

	<p>Негативное отношение к интригам зафиксировано в этическом кодексе сотрудников организации.</p> <p>Продвижение по карьерной лестнице связано с достижениями, личными и деловыми качествами.</p>	<p><b>Если подобная ситуация сложилась при Вашем присутствии, необходимо спросить себя, не слишком ли Вы неуверены в себе? Почему мнения людей, окружающих Вас, так важны?</b></p>
<p>Трудовая дисциплина</p>	<p>В целом коллектив придерживается установленных норм и правил трудового распорядка.</p> <p>Сотрудники понимают цели и задачи организации, отделения, свои собственные и оценивают себя и коллег с позиции достижения поставленных целей и задач.</p>	<p>Нормой являются опоздания, частые отсутствия на рабочем месте (пусть и по «уважительным причинам»).</p> <p>Много времени тратится на пустые разговоры, много времени проводится «в курилке».</p> <p>При вынесении данных проблем на обсуждение персонал всегда находит очень убедительные оправдания, которые можно сгруппировать следующим образом:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Мы и так слишком перегружены!</li> <li>2) Купите нам оборудование (мебель, сделайте ремонт и т.д.)</li> <li>3) Мы же тоже люди! (у нас дети, родители и любимый котик) и т.д.</li> </ol> <p><b>Что делать?</b></p> <p><b>Подобный коллектив «заражен» вирусом тунеядства (см. приложение по персоналу). При этом «носителей» вируса можно обнаружить. Их не так много. С теми, кто разлагает коллектив, необходимо работать очень жестко. Если по каким-либо причинам Вы не можете себе этого</b></p>

		<p>позволить, изолируйте их от потенциально нормального персонала, поручив рутинную работу и окружив людьми, которые скорее всего уже вряд ли поддаются «лечению» в краткосрочном периоде. Важно не допустить распространение «вируса» дальше.</p> <p><b>После этого Вам надо обновить коллектив. Для быстрой победы необходимо минимум 40% нового персонала на всех уровнях иерархии.</b></p> <p><b>Если это невозможно, возьмите себе несколько грамотных «персональщиков», которые будут постепенно выявлять потенциально «нормальных» сотрудников.</b></p>
<p>Трудовое сознание (место, роль и социальная значимость) vs карьера, деньги, власть</p>	<p>Система вознаграждений сбалансирована. Сотрудники понимают, почему и сколько они получают.</p> <p>Отсутствует дискриминация в любом виде.</p> <p>Несоответствующее вознаграждение вызывает негатив, причем большее по сравнению с ожиданиями и принятой системой вызывает чувство вины у персонала.</p> <p>Ключевым фактором является самодисциплина на рабочем месте.</p> <p>Достижение целей в области власти, финансов, карьеры являются важными для части работников, но тем не менее второстепенными</p>	<p>Деньги, власть и карьера являются ключевыми факторами в сознании людей.</p> <p>Персонал, не допущенный к власти реализует данные задачи на местах, интригуя, разрушая нормальное трудовое сознание у новых сотрудников.</p> <p>Практикуется не этическое финансовое взаимодействие с пациентами.</p> <p><b>Что делать?</b></p> <p><b>По аналогии с предыдущим пунктом.</b></p>



	<p>по отношению к текущим и стратегическим трудовым задачам.</p> <p>Пациент-ориентированное и риск-ориентированное мышления являются ключевым для всего персонала.</p>	
<p>Ценность роли врача, медсестры</p>	<p>Пациент-ориентированное мышление и самоуважение.</p> <p>Понимание собственной значимости, социальной значимости профессии, параллельно с уважительным и человеческим отношением к пациентам.</p> <p>Понимание психологических особенностей людей, находящихся в роли «пациента» (страх, неуверенность, боль, что вызывает повышенную агрессивность, раздражительность и т.д.)</p> <p>Умение вести конструктивный диалог и владение техниками управления конфликтами.</p>	<p>Ценность профессии не осознается или значительно занижена в сознании персонала.</p> <p>Уважение к себе как к профессионалам системы здравоохранения отсутствует. Отсюда взаимодействие с пациентами также патологично.</p> <p>Пациенты вызывают раздражение, недовольство и другие негативные эмоции, что ведет к повышению рисков по безопасности и качеству.</p>

## Приложение № 5

Применение ISO 9001 и Предложений ФГБУ «ЦМИКЭЭ» РЗН для построения комплексной системы менеджмента качества медицинской организации

Одним из работающих подходов к построению комплексной СМК является одновременное применение двух стандартов. Ниже мы предложим модель управления МО, совмещающую требования Предложений и ISO 9001.

В первую очередь система менеджмента качества (СМК) – это управление взаимосвязанными процессами. ISO 9001 требует от организации определить процессы и управлять ими в соответствии с требованиями стандарта, законодательства, потребителей. Обычно на этом этапе возникают сложности.

Для определения процессов МО полезно использовать Предложения ФГБУ «ЦМИКЭЭ» РЗН.

Мы рекомендуем выделить три основных типа процессов в стационаре (аналогично это можно сделать для амбулатории):

- 1) «Сквозные» процессы:
  - a. Идентификация личности пациентов (п.2.2 Предложений...)
  - b. Эпидемиологическая безопасность (п. 2.3 Предложений...)
  - c. Лекарственная безопасность (п.2.4 Предложений...)
  - d. Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий (п. 2.5 Предложений...)
  - e. Организация экстренной и неотложной помощи в стационаре. Организация работы приемного отделения (п. 2.6 Предложений...)
  - f. Преемственность медицинской помощи (п. 2.7 Предложений...)
  - g. Хирургическая безопасность (п. 2.8 Предложений...)
  - h. Профилактика рисков связанных с донорской кровью (п. 2.9 Предложений...)
  - i. Безопасность среды МО (п.2.10 Предложений...)
  - j. Организация ухода за пациентами (п.2.10 Предложений...)
  - k. Профилактика пролежней и падений (п.2.10 Предложений...)
  
- 2) Процессы, специфичные для деятельности отделений  
Основу для организации данных процессов можно взять из п. 2.11 Предложений...

- 3) Управленческие процессы

Далее полезно применить ISO 9001, но не «классическим путем», а более практико-ориентированным.

Основная идея в том, что требования ISO 9001 нужно применять не последовательно и рассматривать указанные там требования как процессы, а применять практически каждое требование ISO 9001 к каждому выделенному процессу.

Рассмотрим «сквозные процессы», то есть те, которые детализированы в Предложениях...

Итак. Для каждого данного процесса необходимо применить основные требования ISO 9001. А именно. Определить индикаторы качества, по которым можно судить о качестве выполнения

данного процесса, определить необходимые ресурсы, обозначить риски, определить уровень документирования (по сути – какие СОПы, алгоритмы, чек-листы нужны для управления данным процессом), разработать методы внутренних проверок данных процессов (внутренние аудиты), определить необходимый объем записей (в МИС или на бумажных носителях), определить систему отчетности, анализа и улучшений. Улучшения в первую очередь будут базироваться на данных по индикаторам качества, риск-менеджмента и внутренних аудитов. Конечно, для каждого процесса возникнут специфические требования к компетентности персонала, системы обучения и оценки квалификации; требования к оборудованию, расходным материалам, условиям среды. То есть здесь будут актуальны требования ISO 9001 (версии 2015г) разделов 4, 5, 6, 7, 9, 10. И эти требования мы будем применять к каждому процессу!

Далее. Такие «базовые» принципы ISO как лидерство руководителя, принятие решений основанное на фактах и т.д. тоже надо применять не только к МО в целом в лице Главного врача, но и к каждому выделенному процессу. Ответственный за эпидемиологическую безопасность не может не быть лидером в рамках управления данным процессом, не может не вовлекать персонал, не может принимать решений без наличия фактов и т.д.

Как это выглядит на практике.

Предложения... построены в виде чек-листа. Обычно работа по Предложениям строится путем формирования 11 рабочих групп (по числу разделов Предложений...) после чего проводится комплексный аудит МО (внутренний, силами рабочих групп). После этого проводится внешняя оценка МО силами аудиторов ФГБУ «ЦМИКЭЭ» РЗН. И МО остается с перечнем несоответствий и рекомендаций.

Для дальнейшей работы и полезно применить ISO 9001.

Точнее, применить его надо на этапе формирования рабочих групп и первичного обучения членов этих групп.

Итак. В каждой рабочей группе должен быть сотрудник, имеющий хорошие навыки менеджера. Либо, если это сложно, руководитель всего проекта должен быть в первую очередь организатором, хорошо владеющим технологиями управления проектами.

Члены рабочей группы должны пройти обучение (можно внутреннее) по технологии проведения внутреннего аудита. И тут классический подход ISO 9001, заключающийся в анализе документов, только навредит. Аудит по Предложениям в первую очередь проходит в виде наблюдением за работой персонала в реальных условиях, выполнении тестовых заданий, опросе пациентов, анализе записей по лечению совместно с интервью врачебного персонала и т.д. Подобной технике проведения аудита нужно научить членов рабочей группы.

Далее, после того, как по каждому направлению получен перечень несоответствий необходимо применить техники поиска причин несоответствий («пять почему», FTA анализ). На практике мы видим, что большинство проблем лежит в двух направлениях: недостаточная квалификация персонала и отсутствие системы контроля за выполнением работ.

Квалификация персонала потребует привлечение внешних экспертов и внешнего обучения. Система контроля – это те самые внутренние аудиты, которые на этапе становления необходимо будет проводить регулярно; а также комплексная система индикаторов качества.

Следующим шагом будет разработка и внедрение в практику СОПов, алгоритмов и чек-листов. Основная ошибка этого этапа – писать документы «для надзорщиков», а не для себя. И здесь необходимо создание культуры работы с документами в МО. Важно показать, что СОПы и другие документы создаются для снижения рисков в процессе оказания медицинской помощи. Если Вы встречаете сопротивление персонала на этапах создания и внедрения СОПов, полезно пригласить коллег из других МО, практиков, которые простым языком расскажут, что это действительно работает. Например, часто вызывает отторжение хирургов внедрять хирургический чек-лист. Вместо того, чтобы объяснять и доказывать, проще пригласить простого хирурга из МО, где это уже сделано. Он расскажет «на своем языке» своим же «коллегам по цеху», что это, зачем, и как работает.

Далее для каждого процесса нужно определить перечень рисков. И здесь важно понимать, что риски будут практически одинаковы для разных МО!!! Не надо изобретать велосипед. Если говорить о деятельности мед сестры процедурного кабинета, то при выполнении процедуры взятия венозной крови риски давно известны: это ошибки в идентификации пробирки, неверная последовательность взятия крови в разные пробирки, неправильное выполнение технологии (наложение жгута, дезинфекция и ввод в вену иглу в мокрую поверхность после дезинфекции, неверное перемешивание пробирки и т.д.) Управление рисками предполагает определение наиболее актуальных именно для данной МО рисков из уже известных, и направленное приложение усилий для их исправления. Например, если наблюдается большой процент гемолизированных образцов биоматериала или большое количество пробирок со сгустками, это говорит о нарушениях в технологии, а значит – недостаточная квалификация медсестры или отсутствие мотивов в правильном выполнении процедуры (а это говорит о недостаточной системе контроля и наказаний).

Аналогично можно выделить риски по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Элементарные процедуры – мытье рук, обеспечение чистоты одежды, как ни странно продолжают оставаться основными зонами риска. Например, отсутствие одноразовых халатов часто приводит к тому, что «гостевой» халат становится одним из основных источников переноса инфекций. Об этом полезно задуматься.

Для того, чтобы сделать управление рисками более управляемым, необходимо использовать специальные индикаторы качества, которые будут выявлять наличие проблем в процессах. Как уже говорилось, процент гемолизированных проб и пробирок со сгустками будет являться хорошим индикатором, отражающим правильность выполнения технологии взятия биоматериала. Наличие этой информации у Главной мед сестры позволит ей принимать решения, основанные на фактах (как того требует ISO 9001).

Для создания базы рисков для каждого процесса можно воспользоваться Предложениям...

Но для того, чтобы система риск-менеджмента заработала, необходимо признать себе, что у нас есть и могут быть ошибки. Это нормально! Не ошибается лишь тот, кто ничего не делает! Реальная информация об инфекциях, связанных с оказанием медицинской помощи, позволит определить, насколько высоки риски данного процесса.

Когда данные по индикаторам качества начнут собираться по всем процессам МО, мы получаем модель индикаторов качества, позволяющую мониторить происходящее во всей МО.

Управление специальными процессами, специфичными для каждого отделения, требуют отдельного рассмотрения. Именно здесь наиболее часты ошибки применения ISO 9001. Ключевое отличие системы стандартизации в сфере здравоохранения в том, что львиная доля стандартизации работы врача лежит на медицинских университетах и профессиональных ассоциациях. Клинические рекомендации, по сути, это СОПы по работе с пациентом. МО не должна разрабатывать никаких дополнительных требований. Важно выполнять клинические рекомендации. Когда они войдут в стандарты обучения, когда профессиональные ассоциации будут аккредитовывать специалистов разных направлений, в том числе по применению клинических рекомендаций, большинство проблем организации деятельности отделений в части врачебной работы отпадет. Это путь, по которому идет весь мир.

Роль вспомогательных служб в рамках построения комплексной СМК МО также значительно меняется, особенно это касается деятельности отдела кадров. На сегодня мы находимся на этапе изменения самой системы здравоохранения. Поэтому на местах мы наблюдаем ситуации, когда квалификации персонала недостаточно, знания и понимания сути применения клинических рекомендаций не хватает, да и сами клинические рекомендации еще во многом «сырые». Поэтому часть задач по обучению персонала, которые в будущем будут решать медуниверситеты и профессиональные ассоциации, сейчас МО вынуждены решать самостоятельно. Именно здесь резко возрастает роль сотрудников, отвечающих за персонал. Это уже не кадровая работа, а намного шире.

Итак. Для руководителей отделений и руководителей рабочих групп по Предложениям... необходимо четко определить требования к управленческим компетенциям. Это задача высшего руководства МО, реализовать которую должны помочь сотрудники, отвечающие за персонал. В каждой МО важно принять решение, какими именно компетенциями управленца должен обладать руководитель отделения. Важно, что все таки руководители отделений это в первую очередь врачи-профессионалы и их управленческие компетенции должны точно отвечать задачам управления такими же профессионалами. Это означает, что ключевое внимание полезно уделять простым управленческим навыкам: управление конфликтами, целеполагание по SMARTу, бюджетирование деятельности отделения, навыки коммуникаций с коллегами и пациентами, технологии стандартизации и т.п.

Сотрудники, отвечающие за работу с персоналом, должны работать с руководителями отделений в тесном контакте для управления квалификацией линейного персонала (врачи, медсестры). И если профессиональные компетенция находятся в руках руководителей отделений, то на «персональщики» ложится не менее важная задача – постоянная оценка и управление четырьмя ключевыми «надпрофессиональными» характеристиками персонала МО:

- 1) Обучаемость
- 2) Адаптивность
- 3) Работоспособность
- 4) Самомотивация

Обучаемость отвечает за способность персонала постоянно обновлять знаний и навыки, применять новые медицинские технологии, использовать новое оборудование, возможности МИСов и другого специального программного обеспечения.

Адаптивность – это гибкость IQ (интеллект) и EQ (эмоциональный интеллект).

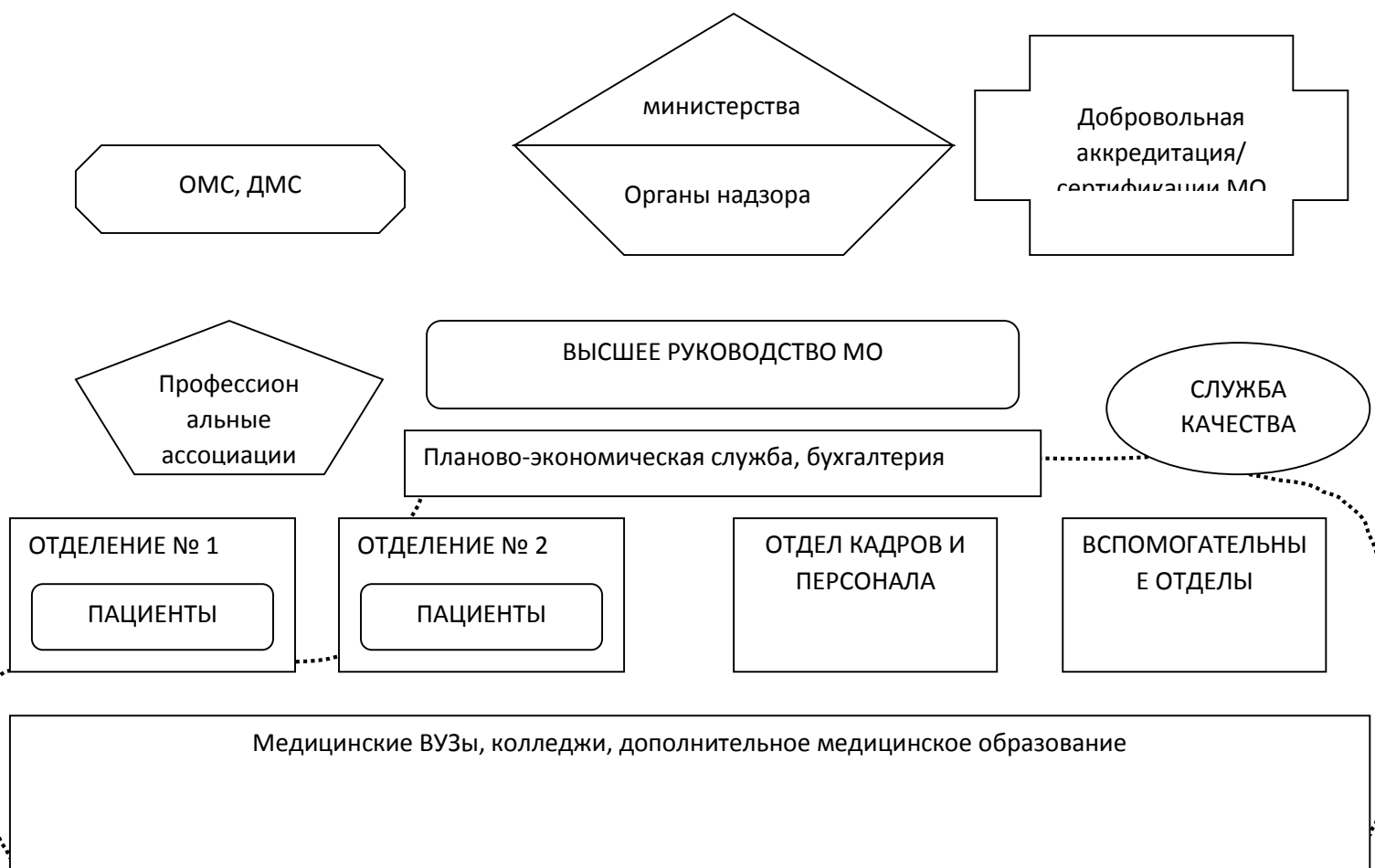
Работоспособность – внутренний энергетический ресурс организма человека.

Обучаемость, адаптивность и работоспособность можно развивать и повышать. «Персональщики» должны владеть соответствующими методами и работать с персоналом.

Профессиональное выгорание, о котором много говорят, в первую очередь «выключает» обучаемость и работоспособность. Но существуют технологии, позволяющие «включить» их обратно. Это – базовая задача «персональщика».

Следующая ключевая задача, которую должны решать персональщики вместе с высшим руководством МО, а далее - с руководителями отделений – управление смыслами. Высокопрофессиональный персонал, к которому естественно относятся сотрудники МО, внутренне сопротивляется любым видам работ, целям и задачам, смысла которых не понимает. Это ключевая причина сопротивления, особенно на этапе внедрения комплексной СМК. Даже задействовав инструменты мотивации, сложно будет добиться вовлеченности персонала, если мы не дадим людям смысл (IQ) и идеалы (EQ).

По сути, разговоры «за лидерство руководства», если не говорить о базовых вещах (целеполагание, ресурсы, власть, контроль, безопасность), ходят вокруг управления смыслами. Для эффективности проекта по менеджменту качества это является необходимым.



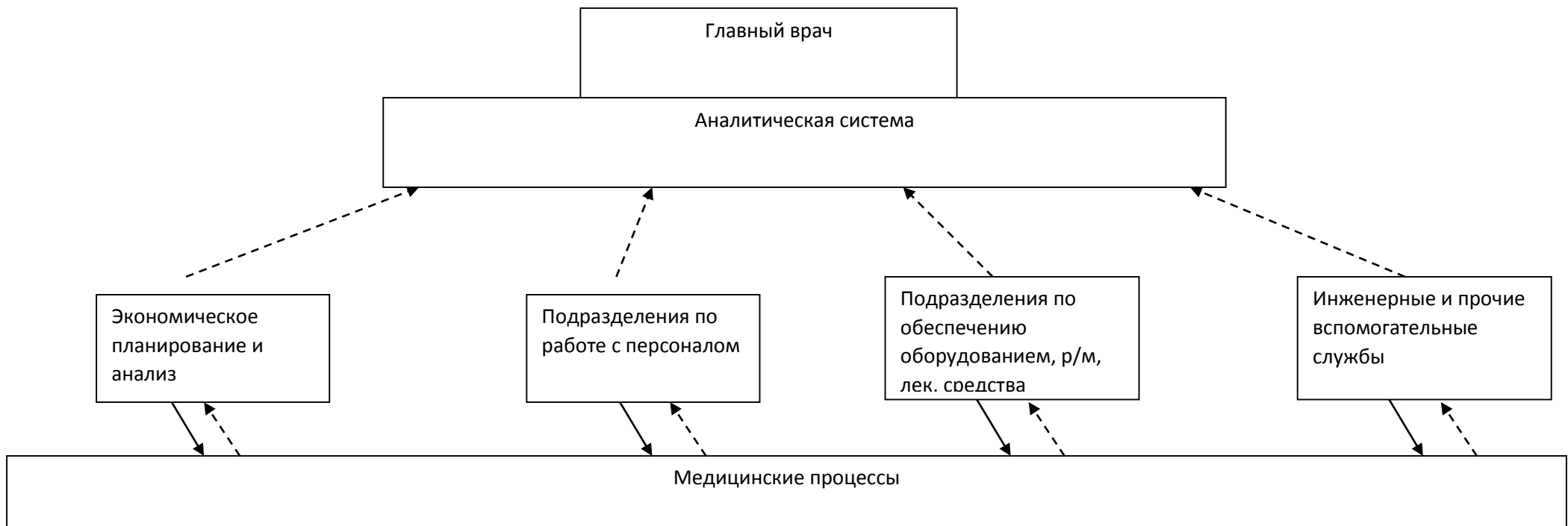
Итак. Рассмотрим модель системы менеджмента качества МО.

Начнем с внешних сторон.

- 1) Пациенты. По сути их требования формулируются через деятельность других структур (МЗ РФ, РЗН, Роспотребнадзор и т.д.), так как сам по себе пациент не является профессионалом. Тем не менее, в эпоху конкуренции за ресурсы, конкуренция за пациента также является важным аспектом системы менеджмента. Как ни странно, внедрение даже только тех стандартов, которые акцентируют внимание на безопасности, уже повышает уровень доверия пациентов к МО. Если же к этому добавить аспекты качества, связанные со стандартами обслуживания, удобства и комфорта, скорости и т.д., имидж МО в глазах пациентов еще больше возрастает. Для пациента работа МО в рамках стандартов ISO 9001 и Предложений... должно (и в будущем будет) рассматриваться как «подтверждение нормальности».
- 2) Деятельность МЗ РФ (а также других министерств) – формулировка законов высокого уровня, устанавливающих необходимый МИНИМУМ требований ко всем МО. Надзорные органы служат проверкой выполнения данного минимума требований.
- 3) Системы добровольной сертификации / аккредитации должны служить (и в будущем будут) проводить постоянный внешний аудит МО не только и не столько в части выполнения требований законодательства, но и более жестких стандартов по качеству и безопасности, управлению, развитию МО. На первых этапах данные структуры могут брать на себя часть функций по проверке выполнения законодательных требований (по согласованию с органами надзора).  
Важно, что цель данных аудитов во многом отлична от целей проверок органами надзора. Основная цель добровольных систем – оценка рисков, экспертная помощь МО, оказание поддержки в улучшениях деятельности.

Результаты подобных аудитов могут рассматриваться страховыми компаниями как один из факторов выбора МО для сотрудничества.

- 4) Профессиональные ассоциации проводят разработку клинических рекомендаций, а также в будущем – аккредитацию специалистов по специальности, тем самым стандартизируют навыки и знания. Они же участвуют в разработке более общих стандартов по менеджменту качества, которые используются в системах добровольной аккредитации и сертификации.
- 5) Система медицинского образования использует, в т.ч., разработки профессиональных ассоциаций в виде клинических рекомендаций, а также актуальные стандарты по добровольной аккредитации/ сертификации, также стандартизируют знания и навыки персонала МО.
- 6) Наконец, внутри МО, работа по СМК может быть организована следующим образом. На этапе, когда профессиональная деятельность уже стандартизирована, то есть персонал обучен ЗА ПРЕДЕЛАМИ МО (ВУЗы, профессиональные ассоциации, постдипломное образование), основной задачей становится обеспечение условий для работы медицинского персонала, в т.ч. обеспечение ресурсами, контроль за выполнением стандартов и законодательства, управление рисками и постоянные улучшения.



Важно, чтобы ВСЕ подразделения точно понимали свою роль в обеспечении бесперебойного выполнения именно медицинских процессов, которые являются ключевыми.

Управление всеми вспомогательными подразделениями (экономические, персонал, закупки и обеспечение, инженерные, безопасности) могут осуществляться с применением классических инструментов.

Управление медицинскими процессами кардинально отличается и основывается на признании профессионализма исполнителей – врачебного персонала МО в их главенствующей роли в организации. При этом мы говорим не о роли личности врача, а о роли профессиональных объединений, выполняющих основные функции по стандартизации деятельности.

В рамках аналитической системы реализуются, в том числе, все процессы, которые ранее узко считались системой менеджмента качества: управление внутренними аудитами, риск-менеджмент, технологии работы с несоответствиями, управление улучшениями.



## Предложения ЦМИКЭЭ РЗН

Терапевтическое отделение

Внутренние процессы  
регламентированы клиническими  
рекомендациями и стандартами

Эпидемиологическая безопасность

Лекарственная безопасность

Идентификация пациентов

Профилактика пролежней и падений

Стандартизация деятельности  
через профессиональные  
ассоциации

## ISO 9001 и Предложения...

