

РАЗВИТИЕ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПОДГОТОВКЕ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Найговзина Н.Б., Зимина Э.В.

Федеральный центр подготовки и непрерывного профессионального развития управленческих кадров здравоохранения на базе кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва

Развитие симуляционных технологий в подготовке управленческих кадров здравоохранения должно быть основано на системном подходе при выборе соответствующей методики в зависимости от цели.

Реализация основных направлений развития Российского здравоохранения предъявляет особые требования к уровню компетентности административно-управленческого персонала медицинских организаций. Компетентность руководителя современной медицинской организации складывается не только из управленческого профессионализма, но из понимания специфических особенностей среды здравоохранения и знания требований как пациента, так и заинтересованных лиц в обеспечении качества медицинской помощи, а также из социальной зрелости и личной его ответственности. Область компетентности специалиста является продуктом профессионального стандарта, где четко определены трудовые функции и трудовые действия.

В соответствии с профессиональным стандартом программы подготовки управленческих кадров для сферы здравоохранения включают помимо совершенствования знания компонента, значительное расширение практической части для приобретения умений и формирования навыков принятия и реализации эффективных управленческих решений. В современном управленческом образовании при обучении практическим навыкам целесообразно способствовать развитию симуляционных технологий, которые должны обеспечивать формирование надлежащих компетенций руководителя медицинской организации. Симуляционное обучение в подготовке административно-управленческих кадров здравоохранения предоставляет возможность использования ситуационных задач и моделей профессиональной деятельности для индивидуального формирования навыка конкретных трудовых действий. Т.о. симуляционное обучение в управленческом образовании направлено на снижение негативного влияния человеческого фактора и в большей степени связано с формированием т.н. «нетехнических навыков» эффективно-го руководителя.

Компетентность это комплекс взаимосвязанных знаний, навыков и умений, обеспечивающий способность и готовность к конкретной профессиональной деятельности. Целью симуляционного обучения управленческих кадров в здравоохранении является формирование конкретных компетенций, направленных на минимизацию влияния человеческого фактора при принятии оптимального управленческого решения. Т.о. симуляция в управленческом образовании для сферы здравоохранения – это современная технология обучения и оценки практических знаний, навыков, и умений, основанная на использовании компьютерных моделей процессов деятельности руководителя медицинской организации, максимально приближенной к условиям принятия управленческих решений, имитации коммуникационного взаимодействия в конкретной ситуации для реализации управленческих решений.

Рассматривая две зарубежные классификации симуля-

ционных методик, рекомендуемые для использования при подготовке врачей клинических специальностей Российским обществом симуляционного обучения в медицине РОСОМЕД, можно с уверенностью утверждать о возможности их включения в программы подготовки и непрерывного профессионального развития специалистов в области управления и организации здравоохранения, как «постклинической» специальности.

К примеру, классификация Дэвид Габа (David Gaba) - проф. Стэнфордского университета на основе используемых технологий, м.б. применена почти в полном объеме:

- Вербальные (ролевые) игры
- Стандартизованные пациенты (актеры)
- Тренажеры навыков (виртуальные модели)
- Пациенты на экране (видеофильмы).

За исключением (из-за технической сложности и высокой стоимости их создания):

- Электронные пациенты (манекены в симитированной обстановке больницы).

С определенными ограничениями может применяться и типология симуляционных методик (2007г.) Гильома Алинье (Guillaume Alinier):

0. Письменные симуляции – ситуационные управленческие задачи

1. Низкорреалистичные манекены, фантомы, тренажеры навыков – низкорреалистичные (упрощенные) компьютерные модели
2. Изделия с «экраном» - компьютерные тестовые задания, ситуационные задачи, видеофильмы и т.п.
3. Стандартизованные пациенты и ролевые игры – см. выше. Однако в настоящее время не имеется достаточно возможностей для разработки и эффективного использования в управленческом образовании таких техник, как:
4. Манекены среднего класса – с электронным или компьютерным управлением
5. Роботы-симуляторы пациента – манекены-симуляторы пациента высшей степени реалистичности.

В мировой практике наиболее часто при подготовке управленческих кадров в сфере здравоохранения используют перечень компетенций, разработанный международной организацией Healthcare Leadership Alliance (HLA, Альянс руководителей здравоохранения) *. Указанный перечень был адаптирован к задачам российского здравоохранения и использован при разработке программы профессиональной подготовки программы, валидизирован на кафедре общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России и включает в себя 19 компетенций, объединенных в пять блоков, для формирования которых уже сегодня необходимо проведение симуляционного обучения:

- I. Профессионализм
- II. Знание среды здравоохранения
- III. Навыки делового администрирования
- IV. Взаимодействие с вышестоящими и партнерскими организациями
- V. Лидерство

Результаты симуляционного обучения могут оцениваться как в баллах соответствующего дифференциального диапазона, так и в аттестации по критерию «компетентен» или «некомпетентен».

Развитие симуляционных технологий в подготовке управленческих кадров здравоохранения должно быть основано на системном подходе в определении цели обучения и выборе соответствующей ей методики.

ВИДЫ ТРЕНИНГОВЫХ ЗАНЯТИЙ И ФОРМАТ ИХ ПРОВЕДЕНИЯ В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ ЗДРАВООХРАНЕИЯ

Кочубей А.В., Конаныхина А.К.

ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова МЗ РФ, Москва

Тренинг – вид практического занятия в интерактивной форме, представляющий собой последовательно выстроенную совокупность различных типов активностей, и нацеленный на формирование навыка. Учитывая, что навыки различны по уровню сложности, то продолжительность тренинга также различная. В тренинге продолжительностью более 1 дня мы выделяем отдельные тренинговые занятия. То есть, один тренинг состоит из различного числа тренинговых занятий, связанных между собой одной целью – формированием определенного навыка. Продолжительность тренинга в первую очередь зависит от того, какой навык преподаватель хочет сформировать у обучающегося. Кроме того, продолжительность тренинга во многом зависит от: уровня участников (новички, специалисты, эксперты); однородности состава участников (по различным признакам: их уровня подготовленности, возрасту, занимаемой должности, месту работы и т.п.); времени, отведенного на образовательный модуль; графика обучения; использования дистанционного обучения и т.п. Следует помнить, что 1 образовательный модуль нацелен на формирование 1 компетенции, и образовательный модуль состоит из различных видов форм учебных занятий, в том числе практических занятий, включая тренинги.

Непосредственно тренинговые занятия мы классифицируем в зависимости от места проведения (на рабочем месте, в образовательной организации, похожей /типовой/ профессиональной организации), типа активности обучающихся на тренинге (кейс, ролевые игры, видеоразбор, компьютерная симуляция и т.д.), типа взаимодействия участников и тренера (индивидуальный, в подгруппах, в группе). Эффективность тренинга напрямую зависит от грамотного выбора вида тренингового занятия. Преподаватель самостоятельно выбирает вид тренингового занятия для формирования того или иного навыка, в первую очередь ориентируясь на уровень участников. Как показывает собственная практика во время программ профессиональной переподготовки по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» для формирования лидерских навыков более эффективны тренинговые занятия в образовательной организации с использованием ролевых игр при взаимодействии в группе. Навыки управления рисками лучше формируются при использовании кейсов при индивидуальном взаимодействии или в подгруппах при проведении тренингового занятия на рабочем месте или похожей организации. Для формирования навыка «ведение переговоров» незаменим видеоразбор, результативна работа в подгруппах на базе образовательной организации.

В отличие от вида тренингового занятия его формат универсален и подчиняется небольшому набору требований к продолжительности, числу участников, числу тренеров, объему информации к усвоению, к цели и результату тренингового занятия. Считается, что продолжительность тренингового занятия не может быть менее 4 часов и более 10 часов. Частота проведения тренинговых занятий не должна превышать 2 раз в неделю. При обучении без отрыва от производства и проведении тренинговых занятий по выходным при длительном тренинге, состоящем из 4 и более тренинговых занятий, необходимо предусматривать перерыв в 1 неделю. Наш опыт показывает, что во время профессиональной переподготовки организаторов здравоохранения оптимальная продолжительность тренингового занятия 6 часов, частота 1 раз в неделю. В рамках непрерывного образовательного модуля результативность тренинговых занятий возрастает, если чередовать их с

другими видами и формами учебных занятий (лекции, семинары и т.п.), а не проводить несколько тренинговых занятий подряд. Число участников на тренинговом занятии не должно быть менее 6 и более 20. Собственный опыт подтверждает, что лучше разбить группу обучающихся более 20 человек на две и вести тренинговое занятие в разных аудиториях каждому тренеру, чем проводить тренинговое занятия двум тренерам в одной большой группе. Ведут тренинговое занятие 1-2 тренера-преподавателя. Второй тренер необходим при продолжительном тренинговом занятии и/или длительном тренинге для формирования сложного навыка; при использовании различных типов активностей и взаимодействий; необходимости наблюдения с позиции «третьего лица» и иных особенностях. Число участников также влияет на число тренеров. В группе более 15 человек следует предусмотреть второго тренера. Но, тренеров-преподавателей на одном тренинговом занятии не может быть больше двух. Одним из главных требований к формату тренингового занятия является требование к объему информации, которые должны усвоить участники занятия. Информации должно быть мало, она должна быть простой и практичной. В процессе тренингового занятия дается только та информация, без которой невозможно достижение цели данного тренингового занятия. Не более 10% времени тренингового занятия на изложение информации, 90% на иные типы тренинговой активности, нацеленные на отработку навыка. Наконец, главное требование к любому тренинговому занятию: соблюдение правила «результат тренингового занятия есть цель занятия, достигнутая при проведении тренингового занятия». Обязательно в начале каждого тренингового занятия тренер формулирует перед участниками цель данного занятия. При завершении тренингового занятия тренер-преподаватель обязан объявить результат, который достигнут к концу занятия. Проведение на кафедре тренинговых занятий с соблюдением данного требования демонстрирует повышение интереса к тренингам у обучающихся и рост их активности на последующих тренинговых занятиях.

ТРЕНИНГ КАК ТЕХНОЛОГИЯ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ПРИ ПОДГОТОВКЕ АДМИНИСТРАТИВНО-УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ ЗДРАВООХРАНЕИЯ

Конаныхина А.К., Кочубей А.В.

ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова МЗ РФ, Москва

Подготовка управленческих кадров здравоохранения основана на применении компетентностного подхода в обучении, который нацелен на формирование готовности и способности слушателя успешно осуществлять профессиональную деятельность руководителя сферы здравоохранения, что сегодня трудно представить без использования технологий симуляционного обучения.

Для формирования учебных модулей и отдельно взятых тем в подготовке руководителей здравоохранения на кафедре общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России используется перечень управленческих компетенций, объединенных в пять блоков:

1. «Взаимодействие с вышестоящими и партнерскими организациями» - способность общаться ясно и лаконично с внутренними и внешними партнерами с целью решения конкретной проблемы, устанавливать и поддерживать взаимоотношения, содействовать конструктивному взаимодействию с отдельными лицами и группами:

- коммуникативные навыки.
- ведение переговоров,
- управление взаимоотношения с партнерами;

2. «Лидерство» - способность вдохновлять персонал и окружающих на достижение наилучших результатов деятельности медицинской организации, а также успешно управлять

изменениями для реализации стратегически важных целей:

- реализации философии (идеологии) организации,
- управлении изменениями,
- демонстрация лидерских навыков и поведения лидера;

3. «Профессионализм» - способность осуществлять профессиональную деятельность в соответствии с этическими и профессиональными нормами, включая ответственность перед пациентом, коллегами и обществом, с ориентацией на качество услуг; обязанность непрерывного образования и профессионального развития:

- профессиональное развитие и непрерывное образование,
- вклад в развитие профессии и общества,
- реализация личной и профессиональной ответственности;

4. «Знание среды здравоохранения» - способность понимать особенности системы здравоохранения и внешнюю среду медицинской организации и осознавать свою роль в ней:

- знание системы здравоохранения,
- знание потребностей пациентов,
- знание структуры кадрового состава и особенностей деятельности отдельных категорий работников;

5. «Навыки делового администрирования» - способность осуществлять деловое администрирование с учетом знаний среды здравоохранения:

- навыки общего управления,
- навыки финансового управления,
- навыки управления информационными ресурсами,
- навыки управления персоналом,
- навыки стратегического управления,
- навыки управления рисками,
- навыки управления качеством продукции/услуг.

Формирование компетенций в процессе обучения традиционно осуществляется посредством овладения знаниями, умениями и навыками. На каждом этапе образовательного процесса используются различные виды, формы, методы, средства и технологии обучения. «Навык» рассматривается как автоматизированное действие, доведенное до высокой степени совершенства. И с этой целью, мы полагаем, рационально использовать тренинги, нацеленные на практическую подготовку слушателей.

В различных источниках литературы представлено множество определений тренинга разными авторами. На наш взгляд, тренинг – это вид практического занятия в интерактивной форме, представляющий собой последовательно выстроенную совокупность различных типов активностей и нацеленный на формирование навыка. Особенность тренинга, как вида практического занятия, заключается в том, что это имеющее сценарий целостное произведение с элементами драматургии.

В тренингах выделяют различные типы активностей (изложение теоретического материала, как правило, в формате инструктажа, кейсы, дискуссии, игровое проектирование, разработка реального продукта и др.), ряд из которых представляют собой бизнес-симуляции.

Безусловно, тренинг может и часто должен сочетать в себе различные типы активностей, но качественная подготовка современных руководителей здравоохранения должна быть основана на применении в образовательном процессе бизнес-симуляций.

Выбор оптимального типа активности в тренинге определяется поставленной целью – овладение определенным навыком, необходимым для формирования определенной компетенции.

Формируя такие компетенции руководителя здравоохранения как «Взаимодействие с вышестоящими и партнерскими организациями», «Навыки управления персоналом» и др., по нашему опыту успешны ролевые игры, представляющие собой симуляционное обучение, направленное на отработку вариантов поведения в определенных ситуациях.

Для овладения навыками общего управления, финансового

управления, стратегического управления и т.д. целесообразно использовать деловые игры, позволяющие имитировать содержание профессиональной деятельности.

Если в играх заложена имитация практики поведения или деятельности, то в кейс-методе – имитируется ситуация, требующая решения. Это создает условия разностороннего применения кейсов для отработки навыков как в качестве отдельного типа активности, так и в сочетании с игровым проектированием.

Бесспорно, приведенные примеры представляют собой не полный список применения симуляционного обучения на тренинговых занятиях при подготовке административно-управленческих кадров здравоохранения.

Однако, необходимо отметить, что тренинг, как «целостное произведение», содержащее в себе симуляционные педагогические технологии, требует соблюдения требований к формату проведения тренингового занятия, выбора его оптимального вида, позволяющего достичь цель занятия, и тщательной проработки сценария.

ПОДГОТОВКА СЦЕНАРИЯ ТРЕНИНГА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИИ СОВРЕМЕННОГО РУКОВОДИТЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Наваркин М. В.

ГБОУ ВПО МГМСУ им А.И. Евдокимова МЗ РФ, москва

Успешность тренинга для формирования компетенций современного руководителя в сфере здравоохранения в первую очередь определяется качеством его организации. Ключевым моментом в подготовке организации любого тренинга является проработка сценария. В основу сценария тренинга закладывается его цель и групповая динамика. Управление групповой динамикой должно стать фундаментом сценария тренинга.

Цель должна быть поставлена не только для всего тренинга, но и для каждого отдельно взятого его структурного элемента – стадии, этапа, действия.

Необходимо учитывать в сценарии тренинга, что с одной стороны - в начале тренинга слушатели определяют уровень экспертности преподавателя, а с другой - работоспособность и сплоченность обучающихся увеличиваются к середине учебного дня, что требует соблюдения трех основных правил управления групповой динамикой:

1. В начале и в конце тренинга необходимо использовать относительно простые, не требующие глубокой проработки активности;

2. В середине тренинга необходимо использовать динамичные, конструктивные активности, требующие высокой вовлеченности слушателей в образовательный процесс;

3. Если в тренинге заложены длительные (более 15 минут) перерывы, то динамика групповой активности после перерыва существенно снижается, вследствие чего возникает необходимо заново повышать энергичность группы.

Классический тренинг включает в себя четыре основных стадии групповой динамики:

1. Знакомство;
2. Распределение ролей;
3. Устойчивая групповая работа;
4. Завершение процесса работы.

На стадии знакомства необходимо разделять следующие этапы:

- знакомство преподавателя с группой,
- знакомство слушателей между собой в группе,
- знакомство с целями, планом, продолжительностью

тренинга и др.

На стадии распределения ролей возрастает энергетика группа, повышается динамика активности обучающихся, что предполагает в качестве основного элемента использование разминочных заданий. Разминка способствует развитию

эмоционального контакта слушателей между собой и преподавателем.

На стадии устойчивой работы группы, когда достигается наивысшая работоспособность и сотрудничество обучающихся, необходимо соблюдение таких этапов, как четкий инструктаж перед выполнением задания, работа в группах, обсуждение результатов групповой работы, обобщение достигнутых результатов и формулировка выводов.

И наконец, на стадии завершения групповой работы, когда снижается динамика и слушатели максимально раскованы, необходимо организовать эффективную обратную связь. Обратная связь в себя включает: подведение итогов тренинга, оценка достижения слушателями целевой установки тренинга.

Все стадии, этапы и действия тренинга строго определяются по времени. В сценарии отдельно закладывается время на перерывы и организационные вопросы, подробно прописываются все действия как преподавателя, так и слушателей. Описывается используемая аппаратура, раздаточные материалы, наглядные пособия и пр. средства, необходимое для успешного проведения тренинга.

Необходимо помнить, что удачная импровизация – это хорошо спланированный сценарий.

ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ ФАКТОР В МЕДИЦИНСКОЙ СРЕДЕ

Завитаева А.В.

ЧОУ ДПО «Академия медицинского образования им.Ф.И.Иноземцева». Санкт-Петербург

То, что персонал является ключевым ресурсом, на уровне слогана затвердил себе каждый, кто имеет основания называться руководителем. Более продвинутые управленцы готовы развить этот тезис, вспомнив о коллективной компетентности, о носителе технологии, о том, что именно персонал является тем, кто, в конце концов, обеспечивает нам конкурентное преимущество. В большинстве секторов экономики к вопросам управления персоналом подходят вполне осознанно и инвестируют в эту сферу немалые средства. Совсем иная ситуация в здравоохранении. И если коммерческая медицина всё больше разворачивается лицом к этой проблеме, то в государственных лечебных учреждениях вопросы сохранения, развития и преемственности кадров на всех уровнях последовательно игнорируются. Давайте попробуем разобраться в причинах, последствиях и возможностях оптимизации этой драматической ситуации. И аналитикам, и потребителям медицинских услуг очевидно – качество медицинского продукта в целом по больнице оставляет желать существенно лучшего. Причины повсеместного снижения качества оказания медицинской помощи коренятся в разрушении системы высшего и среднего медицинского образования. Если конкретнее: вымывание специалистов экстра-класса из профессорско-преподавательского состава медицинских вузов и колледжей, коррупционность всей системы образования от этапа поступления, до выдачи дипломов непонятно кому, рост числа псевдообразовательных коммерческих медицинских «ВУЗОВ», отмена системы распределения, формальная система повышения квалификации раз в пятилетку, скромное финансирование. Следствие – крайне низкий уровень подготовки специалистов. Соответственно всё острее перед медицинскими предприятиями любой формы собственности встают вопросы привлечения и удержания в коллективах востребованных результативных профессионалов и создания внутренней системы повышения компетентности специалистов. Усугубляет эту проблему то, что в равной, если не большей степени, дефицит профессиональных кадров актуален для сферы управления медициной. Причин тому несколько. Первая причина – это то, что медицинскими предприятиями управляют не менеджеры, не экономисты, а врачи, то есть люди совсем иной профессии, преимущественно не обладаю-

щие необходимыми знаниями и компетенциями. И подготовка этих специалистов на федеральном уровне осуществляется фрагментарно, не последовательно, вне преемственности и аккумулирования управленческих технологий и решений единую систему. Вторая причина в том, что во все времена во врачебной среде управление было деятельностью не престижной, малоинтересной и всегда вторичной по отношению к Её Величеству Медицине. Медики – сообщество крайне консервативное и настороженное ко всем внешним знаниям. Третья причина – наличие в любом медицинском предприятии двух управленческих подсистем – врачебной и сестринской, которые взаимодействуют крайне неэффективно и не способствуют обмену идеями, совместной выработке и аудиту решений, обмену опытом, и в целом росту профессионализма управленческих команд. Т.е., в высокотехнологичной сфере производства налицо дефицит квалифицированных кадров, а также специалистов, способных эту проблему вычленив, проанализировать и найти наиболее оптимальное решение. Однако есть еще одна категория специалистов, которые могут влиять на решение вопросов по управлению персоналом – это HR специалисты, вроде бы им и карты в руки. Но, увы, и здесь мимо – в государственных лечебных учреждениях функции отдела кадров сведены лишь к кадровому делопроизводству и не более. В результате – уровень специалистов и качество услуги последовательно снижается, управление предприятием осуществляется на интуитивно-эмпирическом уровне, внутреннее взаимодействие управленческих команд не эффективно, современные технологии управления персоналом используются в минимальном объёме.

Несколько фактов, которые позволят создать более объёмное представление о ситуации. Медицина крайне заформализованная отрасль с очень низким уровнем самостоятельности в распределении ресурсов и принятии базовых управленческих решений на местах. Российская медицинская система последние 15 лет находится в состоянии постоянного реформирования, и правила игры постоянно меняются. Доминирующий тип организационных культур в государственных медицинских учреждениях авторитарно-профессиональный (по Ч. Хэнди) – эдакая жёсткая армейская структура, в которой рядовыми предполагаются высококлассные специалисты. Информационная система большинства предприятий несовершенна и непрозрачна. Стратегия и перспективы неочевидны для персонала. Престижность профессии врача – средняя, медсестры – низкая. Доход – средне-низкий у врачей и низкий у среднего медицинского персонала. Карьерная лестница плоская в обоих случаях. Средний возраст продуктивных специалистов: врачей - 35-45, медсестёр - 40-50 лет. Из выпускников медицинских училищ в медицину приходит не более 5%. А теперь попробуем заглянуть немного вперёд, к чему это может привести в самом ближайшем обозримом будущем. Исходя из среднего возраста специалистов, буквально в ближайшие 5-10 лет Россия столкнётся с острым дефицитом специалистов со средним медицинским образованием. Переход на Болонскую систему образования, который уже идёт и вызывает шквал неприятия у специалистов, с очень большой вероятностью приведёт к лавинообразному снижению уровня знаний выпускников медицинских вузов. Экономический кризис и последствия Украинских событий, скорее всего будут способствовать снижению финансирования отрасли, или, в лучшем случае, стабилизации финансирования на текущем, увы, недостаточном уровне. Так что же, коллапс? Ну, если не коллапс, то весьма серьёзный кризис, который делает вопрос эффективного управления медицинским предприятием и персоналом, в частности, наиболее актуальным. Так что же делать? Осознать роль управления персоналом в экономической эффективности предприятия. Принять, что невозможно обеспечить систему качества без таких ключевых систем управления человеческими ресурсами, как система развития персонала и др.