

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«ВСЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ И  
ИСПЫТАТЕЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ»  
ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

На правах рукописи

АНДОВЕРОВА АГРИППИНА ГЕОРГИЕВНА

**Научное обоснование управления корпоративным обучением в медицинской  
организации**

**3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения,  
медико-социальная экспертиза**

**Диссертация на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук**

Научный руководитель:  
д.м.н., доцент Иванов Игорь Владимирович

МОСКВА - 2025

## Оглавление

<b>ВВЕДЕНИЕ</b>	<b>4</b>
<b>ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ КОРПОРАТИВНЫМ ОБУЧЕНИЕМ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)</b>	<b>15</b>
1.1. Обоснование необходимости корпоративного обучения в медицинских организациях для обеспечения качества и безопасности медицинской помощи. Понятие корпоративного обучения	15
1.2. Варианты проведения, классификация видов корпоративного обучения	18
1.3. Определение перечня компетенций как тематики и разработка программ обучения сотрудников для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности	24
1.4. Определение преподавателей. Методика подготовки внутренних преподавателей	31
1.5. Существующие методики оценки эффективности корпоративного обучения	33
1.6. Возникающие сложности при организации и проведении корпоративного обучения и возможные пути их устранения	40
1.7. Способы мотивации сотрудников к обучению	43
1.8. Заключение по результатам анализа литературных данных	50
<b>ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ</b>	<b>52</b>
2.1. Программа и основные этапы исследования	52
2.2. Общая характеристика объекта исследования	59
2.3. Методы статистической обработки результатов исследования	66
2.3.1. Программа социологического исследования динамики уровня оценки вовлеченности сотрудников в процесс обучения вопросам качества и безопасности медицинской деятельности с учетом должностных обязанностей	66
2.3.2. Программа социологического исследования оценки мотивационного профиля сотрудников для организации эффективного корпоративного обучения в МО	78
2.3.3. Программа социологического исследования отношения к безопасности в медицинской организации	84
<b>ГЛАВА 3. АНАЛИЗ ИСХОДНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕГО ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ</b>	<b>87</b>
3.1. Описание исходной организации внутреннего обучения в МО Тюменской области	87
3.2. Анализ организации исходного внутреннего обучения в МО Тюменской области	92
<b>ГЛАВА 4. МОДЕРНИЗАЦИЯ И АПРОБАЦИЯ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КОРПОРАТИВНЫМ ОБУЧЕНИЕМ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ</b>	<b>98</b>
4.1. Принципы модернизации организации внутреннего обучения в МО	98
4.2. Определение необходимых компетенций для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности	102
4.3. Определение инструментов, позволяющих сформировать необходимые знания, навыки и умения для каждого сотрудника для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности	111
4.4. Определение мотивационного профиля сотрудников для организации эффективного корпоративного обучения в медицинской организации	136
<b>ГЛАВА 5. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОДЕРНИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ ВНУТРЕННЕГО КОРПОРАТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.</b>	<b>152</b>

<b>5.1. Выбор методики оценки эффективности внутреннего обучения</b>	<b>152</b>
<b>5.2. Результаты оценки первого уровня – реакция (анкетирования для исследования динамики уровня вовлеченности сотрудниками знания необходимых компетенций по своей категории должности для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности)</b>	<b>153</b>
5.2.1. Анализ вовлеченности сотрудниками знания необходимых компетенций по своей категории должности для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности	153
5.2.2. Анализ оценки сотрудниками уровня реализации корпоративного обучения в медицинской организации, в том числе теоретического, практического обучения и наставничества	162
5.2.3. Анализ самооценки сотрудниками своего уровня компетенций для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности	171
5.2.4. Заключение по анкетированию	184
<b>5.3. Результаты оценки второго уровня – научение (анализ результатов теоретического и практического обучения)</b>	<b>187</b>
<b>5.4. Результаты оценки третьего уровня – поведение сотрудников на рабочем месте на примере внутренних аудитов, и в сравнении с самооценкой сотрудников</b>	<b>199</b>
<b>5.5. Результаты оценки четвертого уровня эффективности внутреннего обучения</b>	<b>202</b>
<b>ГЛАВА 6. АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ВНУТРИКОРПОРАТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ НА УРОВЕНЬ КУЛЬТУРЫ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ</b>	<b>209</b>
<b>6.1. Результаты оценки изменения культуры безопасности в МО</b>	<b>209</b>
<b>6.2. Заключение по анкетированию</b>	<b>217</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b>	<b>219</b>
<b>ВЫВОДЫ</b>	<b>224</b>
<b>ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ</b>	<b>227</b>
<b>Список литературы</b>	<b>228</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ</b>	<b>249</b>
<b>Приложение 1</b>	<b>249</b>
<b>Приложение 2</b>	<b>252</b>
<b>Приложение 3</b>	<b>260</b>
<b>Приложение 4</b>	<b>261</b>
<b>Приложение 5</b>	<b>262</b>
<b>Приложение 6</b>	<b>265</b>
<b>Приложение 7</b>	<b>267</b>
<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ</b>	<b>270</b>
<b>СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ</b>	<b>272</b>

## ВВЕДЕНИЕ

### Актуальность темы исследования

Здравоохранение является неизменным приоритетом развития Российской Федерации (Указ, 2018), (Указ, 2024) и определяет долгосрочное стратегическое планирование государственной политики (Указ, 2018) (Мурашко М. А., Самойлова А. В., Швабский О. Р., Иванов И. В., Минулин И. Б., Щерблыкина А. А., Таут Д. Ф., 2022). Несмотря на то, что в стране действует многоуровневый контроль качества и безопасности медицинской деятельности (ФЗ, 2011), (Приказ, 2017), (Приказ, 2020), (И.В. Иванов, О.Р. Швабский, А.А. Щерблыкина, И.Б. Минулин, Д.Ф. Таут, 2022), одной из проблем здравоохранения остается недостаточный уровень качества первичной медико-санитарной помощи, качества подготовки медицинских работников (Указ, 2018), (Бахчёва П. В., 2022). Т.е. на практике контроль не может быть самостоятельным инструментом, способным решить вопросы качества и безопасности медицинской деятельности (Репин В., 2014), (Мурашко, М.А.; Иванов, И.В.; Князюк, Н.Ф., 2020). Поэтому одна из задач для дальнейшего развития здравоохранения в государстве, определенная Указом Президента в 2019 году, предусматривает «создание условий для повышения доступности и качества медицинской помощи» (Указ, 2019). В том числе, «Решение основных задач» (Указ, 2019) запланировано и «по следующим приоритетным направлениям» (Указ, 2019), таким как «совершенствование системы медицинского образования и кадрового обеспечения системы здравоохранения» (Указ, 2019), а также «постоянное повышение профессионального уровня и расширение квалификации медицинских работников» (Указ, 2019). Немаловажная роль отводится «развитию системы управления качеством медицинской помощи» (Указ, 2019).

Качество медицинской помощи (ФЗ, 2011) в нашей стране определено как один из основных канонов охраны здоровья. Под качеством медицинской помощи подразумевается «совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень

достижения запланированного результата» (ФЗ, 2011). Качество медицинской помощи является «управляемым показателем» (Предложения, 2023), а, следовательно, трансформирование отрасли здравоохранения должно быть направлено на усовершенствование комплекса мероприятий, повышающих качество медицинской помощи (Мурашко, М.А.; Иванов, И.В.; Князюк, Н.Ф., 2020), «сохранение населения, укрепление здоровья» (Указ, 2024).

Среди важных элементов, направленных на управление качеством и безопасностью медицинской деятельности выделяют следующие: стандартизация основных процессов в организации, обеспечение ресурсами, в том числе и кадрами, обучение сотрудников, система контроля и мониторинга (Предложения, 2018), (Предложения, 2018), (Предложения, 2023), (ИСО, 2023), (Репин В., 2014), (JCI, 2015).

Задачи, которые стоят перед отечественным здравоохранением, в том числе в рамках национального проекта «Здравоохранение», стратегии (Указ, 2018), требуют не только финансовых ресурсов, но и обеспечения кадрами, обладающими необходимыми знаниями и навыками (Указ, 2018). При этом необходимо осваивать знания и навыки с большей степенью сложности, а также повышать мастерство в отношении ранее приобретенных. Реализация поставленных задач неизбежно приводит к росту требований к уровню подготовки специалистов (Бородина Карина Михайловна, 2020). Непрерывное обучение является одним из этапов комплекса мероприятий, направленного на улучшение организационных основ профессиональной деятельности сотрудника (Смирнова С.А., 2020), (Предложения, 2018), (Hammoud MM, Schoppen Z, Berkowitz LR, Marzano D., 2024), (Namatovu JF, Mubuuke AG, Buwembo W, Nakigudde J, Kiguli S., 2024).

В нашей стране для медицинских работников реализовано базовое образование (высшее и среднее) и непрерывное медицинское и фармацевтическое образование для допуска к профессиональной деятельности<sup>1</sup>.

Утверждены компоненты (и их «долевое распределение») непрерывного образования и соответствующие им образовательные элементы: «формальное

---

<sup>1</sup> <https://edu.rosminzdrav.ru/specialistam/vo/#cz541>

образование (дополнительные профессиональные программы повышения квалификации), неформальное образование (образовательные мероприятия профессиональных некоммерческих организаций), самообразование (интерактивные образовательные модули)» (Приказ, 2017). Создан портал, позволяющий выполнять минимальные требования к обучению для допуска к профессиональной деятельности, а также позволивший использовать широкий спектр возможностей обучения в рамках непрерывного образования. Портал позволяет подготовиться к прохождению первого этапа периодической аккредитации (Приказ, 2022).

Таким образом, в настоящее время в России заложена система непрерывного медицинского образования, предусматривающая необходимость дополнительного обучения за рамками программ повышения квалификации, в том числе путем самообразования. Одним из вариантов самообразования может быть обучение на рабочем месте (С. В. Архипова, 2021).

Существующая система непрерывного медицинского образования ориентирована только на сотрудников, имеющих медицинское образование, а значит, не обеспечивает формирование необходимых компетенций у других участников процесса при осуществлении медицинской деятельности. Кроме того, данная система не может предусмотреть особенности реализации нормативных требований в условиях конкретной МО. Большинство федеральных нормативных актов предусматривают решение организационных вопросов в самих учреждениях, например реализация требований санитарно-эпидемиологической безопасности (СанПиН, 2021), организация оказания экстренной и неотложной помощи в амбулаторных условиях (Приказ, 2012), организация проведения диспансеризации (Приказ, 2021). Реализация нормативных требований связана с особенностями структуры, кадровым обеспечением, используемой медицинской информационной системой (МИС) в конкретном учреждении. Следовательно, возникает потребность формирования системы обучения внутри МО, как одного из инструментов создания условий обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности.

## Степень разработанности темы исследования

В настоящее время создана нормативная база, определяющая требования к проведению «внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации» (далее МО) (ФЗ, 2011), (Приказ, 2017). Также широкое применение начинают находить принципы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности как с использованием национальных стандартов качества (Предложения, 2018), (Предложения, 2018), (Предложения, 2023), так и международных (ИСО, 2023), (JCI, 2015). На протяжении последнего десятилетия ряд ученых, при проведении научных исследований, изучают вопросы улучшения качества медицинской помощи, включая важность вопросов внутреннего обучения в МО при выстраивании отдельных процессов (Латуха О.А., 2024), отдельных уровней оказания медицинской помощи (Латуха О.А., 2024), (Фомичева М.Л., 2023), (Габибулаев Ф.А., 2012), (Гиннятулина Р.И., 2020), отдельных профилей (Гордова Л.Д., 2020), в отношении отдельных категорий сотрудников (Володин А.В., 2023), а также в отношении сотрудников в периоде их адаптации в МО (Завалева Е.В., 2016). Еще одним направлением научного исследования было изучение развития возможных механизмов мотивации для управления персоналом (Канева Д.А., 2019).

В то же время вопросам организации внутреннего обучения на уровне МО с позиции научно-методического подхода уделяется недостаточно внимания. Чаще всего речь идет об отдельных элементах обучения, для отдельных ситуаций или категорий сотрудников. При этом исследователи признают важность такого обучения для повышения качества и безопасности медицинской деятельности МО (ФЗ, 2011), (Приказ, 2020), (Приказ, 2017), (Предложения, 2018), (Предложения, 2018), (Предложения, 2023), (ИСО, 2023), (JCI, 2014), (Латуха О.А., 2024), (Латуха О.А., 2024), (Фомичева М.Л., 2023), (Габибулаев Ф.А., 2012), (Гиннятулина Р.И., 2020), (Гордова Л.Д., 2020), (Володин А.В., 2023), (Завалева Е.В., 2016), (Канева Д.А., 2019).

Таким образом, возникла необходимость сформировать научно-методические подходы управления внутренним корпоративным обучением (да-

лее ВКО) в МО как неотъемлемого компонента системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности.

### **Цель и задачи исследования**

**Цель исследования:** Разработка научно обоснованных подходов к управлению внутрикорпоративным обучением в медицинской организации для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности.

#### **Задачи исследования:**

1. Изучить опыт применения корпоративного обучения в медицинской организации в системе здравоохранения Российской Федерации и за рубежом.
2. Оценить исходное состояние корпоративного обучения в медицинской организации - базе исследования для обеспечения КМПиБМД.
3. Модернизировать и апробировать систему управления корпоративным обучением в медицинской организации для обеспечения КМПиБМД с использованием научно-методических подходов.
4. Разработать критерии оценки эффективности и провести анализ эффективности системы корпоративного обучения.
5. Оценить влияние корпоративного обучения на уровень культуры безопасности в медицинской организации.

### **Научная новизна исследования**

Впервые разработана и внедрена методика формирования матрицы компетенций на основе групповых/индивидуальных образовательных траекторий с использованием автоматизированной информационной системы всех сотрудников организации.

Впервые разработана и апробирована анкета для определения мотивационного профиля сотрудников для организации эффективного корпоративного обучения в медицинской организации.

Впервые в Российской Федерации предложено внедрить корпоративное обучение как обязательный элемент непрерывного медицинского образования.

Впервые разработана и апробирована анкета для оценки вовлеченности сотрудников в процесс обучения вопросам качества и безопасности медицинской деятельности с учетом должностных обязанностей.

Впервые в Российской Федерации адаптирована и апробирована модель Киркпатрика для оценки эффективности корпоративного обучения в медицинской организации с использованием четырех уровней.

### **Теоретическая и практическая значимость работы**

Разработана и апробирована система и методика корпоративного непрерывного обучения всех категорий сотрудников на рабочих местах, направленная на повышение качества и безопасности медицинской деятельности.

Разработана и внедрена АИС «Контроль качества», позволяющая в автоматизированном режиме управлять основными элементами цикла качества в организации. Данная система используется в МО г. Тюмени.

Разработан принцип формирования виртуальных групповых матриц компетенций сотрудников для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности с использованием внутреннего потенциала многопрофильных рабочих групп.

Разработана база нормативно-методических и обучающих материалов по основным процессам, направленным на обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности.

Разработаны и апробированы анкеты оценки вовлеченности сотрудников в процесс обучения вопросам качества и безопасности медицинской деятельности.

Разработанная система обучения была внедрена на уровне отдельных МО. Показана ее эффективность в аспекте обеспечения качества и безопасности медицинской помощи.

На основе использованных научно-методических подходов оптимизирована система ВКО ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5».

Результаты исследования применяются при осуществлении организуемых образовательных мероприятий последипломного образования ФГБОУ ВО Тю-

менский ГМУ Минздрава России, ГАПОУ ТО «Тюменский медицинский колледж», образовательных мероприятий Регионального центра компетенций в области управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в МО Тюменской области.

### **Методология и методы исследования**

В исследовании использованы методы: системный подход и системный анализ, контент-анализ, экспертный метод (метод оценки навыков сотрудников), социологическое исследование (такое как анкетирование), моделирование (групповая виртуальная матрица необходимых компетенций сотрудников с учетом занимаемой должности), методы статистического анализа, методы математической статистики.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Модернизированная с учетом мотивационного профиля сотрудников модель корпоративного обучения, включающая разработанную методику формирования матрицы компетенций на основе групповых/индивидуальных образовательных траекторий с использованием автоматизированной информационной системы всех сотрудников организации; организованное практическое обучение с использованием централизованного подхода, позволяющего обеспечить потребности организации в формировании необходимых знаний, навыков, умений сотрудников с рациональным использованием кадровых, временных ресурсов организации как неотъемлемой составной части системы непрерывного медицинского образования.
2. Адаптированная четырехуровневая модель Киркпатрика, позволяющая определять эффективность корпоративного обучения в медицинской организации за счет оценки изменений: вовлеченности сотрудников в процесс обучения вопросам качества и безопасности медицинской деятельности с учетом должностных обязанностей, результатов теоретического и практического обучений сотрудников; результатов количественных и качественных показателей работы медицинской организации, характеризующих обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности.

3. Проведенная оценка влияния корпоративного обучения на уровень культуры безопасности, выявившая более значимое повышение уровня культуры безопасности в медицинской организации с корпоративным обучением, организованным с использованием научно-методических подходов.

### **Степень достоверности и апробация результатов**

Достоверность полученных результатов, положений и выводов обеспечена наличием достаточной по объему репрезентативной выборки, использованием современных методов исследования и корректным применением методов статистической обработки данных.

Материалы исследования доложены на перечисленных ниже конференциях различного уровня (международного, российского, межрегионального):

Вторая межрегиональная конференция «Медицина и качество. Обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности» (г. Гатчина, 2019), вторая межрегиональная конференция «Медицина и качество. Обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности» (г. Гатчина, 2019), VI Конгресс «Человек и лекарство. Урал-2019» (г. Тюмень, 2019), VI Конгресс «Человек и лекарство. Урал-2019» (г. Тюмень, 2019), Пресимпозиум «Инновации в сестринском деле и образовании для здравоохранения Уральского федерального округа» XI Терапевтический форум (г. Тюмень, 2020), Всероссийская онлайн конференция «Система безопасности и качества медицинской помощи в стоматологии» (г. Тюмень, 2020), VI Всероссийская научно-практическая конференция «Комплексный подход к организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности МО. Региональный опыт – Поволжье» (г. Чебоксары, г. Москва. Онлайн формат, 2020), IX Международный научно-практический форум «Эффективные системы менеджмента: качество и цифровые интеллектуальные системы» (г. Казань, 2021), III Пресимпозиум «Инновации в сестринском деле и образовании для здравоохранения Уральского федерального округа» в рамках Конгресса «Человек и лекарство Урал-2021» (г. Тюмень, 2021), Юбилейная научно-практическая конференция «Современные подходы к управлению МО», посвященная 100-летию со дня рождения Юрия Николаевича Семовских г. Тюмень, в

рамках конгресса «Человек и лекарство. Урал-2021» (г. Тюмень, 2021), 1-я Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Профессиональное совершенствование работников здравоохранения – путь к здоровью нации» на базе ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (г. Москва, онлайн формат, 2022), III Международная научно-практическая конференция «Эффективное управление в здравоохранении: Проекция в будущее» (г. Тюмень, 2022), VI Межрегиональная научно-практическая конференция «Эффективные технологии в управлении качеством медицинской деятельности» (г. Улан-Удэ, 2022), Круглый стол «Практические инструменты системы управления качеством. Опыт практиков» (г. Улан-Удэ, 2022), ВЭФ-2022. Конференция «Формируя здоровое общество на Дальнем Востоке и в Арктике» (г. Владивосток, онлайн формат, 2022), Конференция, приуроченная ко Всемирному дню безопасности пациентов «Международный и российский опыт обеспечения лекарственной безопасности» (г. Тюмень, 2022), Всероссийская научно-практическая конференция «Международный и российский опыт обеспечения лекарственной безопасности» (г. Москва, онлайн формат, 2022), IV Межрегиональный пресимпозиум «Инновации в сестринском деле и образовании для здравоохранения Уральского федерального округа в рамках XII Терапевтического форума «Актуальные вопросы диагностики и лечения, наиболее распространенных заболеваний внутренних органов (г. Тюмень, 2022), Научно-практическая конференция, приуроченная к 60-летнему юбилею ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» (г. Тюмень, 2022), IV Научно-практической конференции «Эффективное управление в здравоохранении: проекция в будущее» (г. Тюмень, 2023), VII Всероссийская научно-практическая конференция «Практика разработки и внедрения системы менеджмента качества в МО», г. Красноярск (г. Красноярск, 2023), 1-я конференция врачей-терапевтов участковых по теме «Качественная и безопасная медицинская помощь как взаимная ответственность медицинских работников и пациентов» (г. Тюмень, 2023), V Пресимпозиум «Инновации в сестринском деле и образовании для здравоохранения Уральского федерального округа» с международным участием в рамках Конгресса «Человек и лекарство. Урал-2023», посвященный 60-

летию ТМУ (г. Тюмень, 2023), IV международная научно-практическая конференция «Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций» (г. Саратов, онлайн формат, 2023), V Всероссийская онлайн конференция «Медицина и качество. Управление рисками» (г. Оренбург, онлайн формат, 2024), Северо - Кавказская конференция «Вершина качества – 2024» (г. Нальчик, 2024), V Научно-практическая конференция «Эффективное управление в здравоохранении: проекция в будущее» (г. Тюмень, 2024), IV-я Межрегиональная конференция «Практические вопросы повышения качества и безопасности медицинской деятельности» (г. Владивосток, онлайн формат, 2024).

### **Публикации**

По теме диссертации опубликовано 17 печатных работ, из них за последние 5 лет опубликовано 6 статей, в том числе в журнале, входящем в Международную базу цитирования Scopus – 1, в журналах, входящих в Перечень ВАК – 5, издана 1 монография, зарегистрирован 1 патент.

### **Личный вклад автора**

Автором лично проведен аналитический обзор отечественных и зарубежных научных публикаций, нормативных правовых актов по изучаемой проблеме. Разработана методика исследования, статистический инструментарий, организован и проведен сбор первичной информации.

Автором научно обоснована рациональность разработки и внедрения универсальных методологических подходов к организации ВКО, направленного на обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности, проанализированы методические и организационные подходы к внедрению централизованно организованного ВКО, разработана и проведена система оценки эффективности ВКО. Автор принимал непосредственное участие в ходе разработки, апробации, организации, проведении и анализе результатов социологических исследований, разработке и внедрении АИС «Контроль качества».

Статистическая обработка данных, полученных в ходе исследования, проводилась с личным участием автора. Автором проведен анализ и интерпретация результатов исследования, сформулированы выводы и практические реко-

мендации, оформлена диссертационная работа. При оформлении диссертации учтены результаты научных работ, выполненных автором лично или в соавторстве.

### **Соответствие паспорту специальности**

Диссертационная работа соответствует пунктам 3, 14, 15, 16, 18 паспорта специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза.

### **Объем и структура диссертации**

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, шести глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений, списка литературы, семи приложений. Работа изложена на 273 страницах машинописного текста и включает 51 рисунок, 46 таблиц. Список литературы состоит из 218 источников, в том числе 131 – публикации зарубежных авторов.

# **ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ КОРПОРАТИВНЫМ ОБУЧЕНИЕМ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

## **1.1. Обоснование необходимости корпоративного обучения в медицинских организациях для обеспечения качества и безопасности медицинской помощи. Понятие корпоративного обучения**

Результат изучения научной литературы в контексте корпоративного обучения (Новиков П.П., Новикова Т.Р., 2016) показал использование ряда схожих по смыслу терминов: «корпоративное обучение» (Новиков П.П., Новикова Т.Р., 2016), (Каштанова Е.В., 2016), «корпоративный университет» (Каштанова Е.В., 2016), «внутреннее обучение» (Соловьёв Д.П., 2019), «производственное обучение», «обучение на рабочем месте» (Соловьёв Д.П., 2019), «внутрифирменное обучение» (Герасимов М. В., 2016), «внутреннее профессиональное обучение работников» (Новиков П.П., Новикова Т.Р., 2016).

В целом под корпоративным обучением понимается непрерывный процесс, инициированный и выстроенный самой организацией, направленный на эффективное достижение ее единых целей с максимальным вовлечением сотрудников (Герасимов М. В., 2016), (Соловьёв Д.П., 2019). Корпоративное обучение приводит к непрерывному профессиональному развитию, как сотрудников, так и организации в целом (Новиков П.П., Новикова Т.Р., 2016).

Значение непрерывного профессионального образования и развития медицинских работников стало темой проведения научных изысканий в нашей стране для разных категорий сотрудников, на различных уровнях оказания медицинской помощи (Екимова Н.А., 2020).

В настоящее время большинство исследователей делают акцент на важности выстраивания системы внутрикорпоративного обучения. Первая и главная задача, которую решает обучение медицинского персонала, – это повышение уровня знаний и компетентности в определённой сфере для максимально эффективного достижения целей МО (Теплова Е., 2021), (Vest TA, Kelm MJ. , 2024).

Значение внутрикорпоративного обучения имеет трансконтинентальный масштаб в сфере здравоохранения, в том числе в связи с имеющимся кадровым дефицитом, как в развивающихся странах (Nantanda R, Kayingo G, Jones R, van Gemert F, Kirenga BJ., 2020), (Andrew A. , 2024), (Trang DTH, Ha BTT, Vui LT, Chi NTQ, Thi LM, Duong DTT, Hung DT, Cronin de Chavez A, Manzano A, Lakin K, Kane S, Mirzoev T., 2024), так и в странах с развитой экономикой (Hanmer SB, Tsai MH, Sherrer DM, Pandit JJ. , 2024), (Gonzalez-Flores A, Henderson MC, Holt Z, Campbell H, London MR, Garnica Albor M, Fancher TL. , 2024).

Кроме применения внутрикорпоративного обучения – обучения на рабочем месте – как способа решения проблем, обусловленных кадровым дефицитом, отмечается необходимость решения проблемы еще одного дефицита – дефицита времени при подготовке специалиста. Указывается, что годы обучения для достижения экспертной компетенции ограничены и могут быть продолжены в профессиональной практике (Ebert TJ, Fox SA., 2014).

Следующий аспект, определяющий специфику работы в здравоохранении, составляет принадлежность сферы к высокорисковым отраслям производства. Одним из решений по снижению рисков, например рисков осложнений и смертности при анестезиологическом пособии, необходимо считать обучение сотрудников МО, в том числе и симуляционное обучение. Авторы приводят доводы того, что симуляционное обучение, направленное на снижение человеческого фактора, и станет жизненно важной частью построения более безопасной системы здравоохранения (Higham H, Vaxendale B. , 2017).

Выстраивание эффективной системы управления и внутреннего контроля качества и безопасности МО с применением риск-ориентированных, системных подходов, во главе с пациентоориентированностью, призвано обеспечить реализацию основных принципов охраны здоровья на уровне каждой МО. Внедрение системы внутреннего контроля невозможно без вовлечения коллектива МО. Слаженная работа хорошо подготовленных специалистов всех уровней во многом определяет качество и безопасность медицинской деятельности в МО (Хрипкова Т.П., 2007), в том числе для поддержания и улучшения навы-

ков (Drake M, Bishanga DR, Temu A, Njozi M, Thomas E, Mponzi V, Arlington L, Msemu G, Azayo M, Kairuki A, Meda AR, Isangula KG, Nelson BD., 2019).

В отечественной и зарубежной литературе достаточно важное место занимает изучение влияния корпоративного обучения на повышение самооценки сотрудников (самоэффективности), уверенно владеющими необходимыми знаниями и навыками (Mat19).

Таким образом, реализация эффективного корпоративного обучения жизненно необходима в современной организации. Корпоративное обучение – неотъемлемая часть достижения цели по обеспечению качества и безопасности медицинской помощи. Эффективно выстроенное обучение призвано решить ряд вопросов:

- оперативное выстраивание и поддержание на необходимом уровне нужных компетенций всех сотрудников определенной МО на определенном рабочем месте;
- при этом сотрудники могут сосредоточиться на большом объеме поступающей профессиональной информации и безошибочно вычленив из нее то, что необходимо для выполнения их непосредственных обязанностей (Мошкина О. А., 2022);
- нивелирует пробелы полученного базового профессионального образования;
- нивелирование воздействия кадрового дефицита, обеспечение взаимозаменяемости;
- командообразование в МО;
- максимальное сокращение периода адаптации новых сотрудников;
- повышение самооценки и лояльности сотрудников к МО.

## **1.2. Варианты проведения, классификация видов корпоративного обучения**

В исследованиях последних лет представлены описание и анализ различных вариантов корпоративного обучения в учреждениях различных отраслей, в том числе в МО.

В статье О. Сырых «Современные методы корпоративного обучения персонала» (СИМАРОВА И.С.1, АЛЕКСЕЕВИЧЕВА Ю.В.1, ЖИГИН Д.В.1, 2022) представлен обзор возможных методов обучения, таких как модульное обучение, дистанционное обучение, наставничество, обучение в рабочих группах, стажировка на рабочем месте. Также автор описал основные характеристики упомянутых им вариантов обучения.

При изучении других источников, в разных странах стали популярными дистанционные формы корпоративного обучения (Мошкина О. А., 2022), (O'Sullivan BG, Giddings P, Gurney R, McGrail MR, Gurney T. , 2024), (O'Sullivan BG, Giddings P, McGrail MR. , 2024), (Horiuchi S, Soller T, Bykersma C, Huang S, Smith R, Vogel JP, 2024), в том числе использование цифровых библиотек (Trang DTH, Ha BTT, Vui LT, Chi NTQ, Thi LM, Duong DTT, Hung DT, Cronin de Chavez A, Manzano A, Lakin K, Kane S, Mirzoev T., 2024), цифровых приложений для контроля за пациентами (Spatz ES, Ginsburg GS, Rumsfeld JS, Turakhia MP., 2024), различных видов тренажеров (Huang C, Wang YY, Zhou JJ, Liu YF, He X., 2020).

Одним из перспективных современных направлений обучения можно назвать мировые наработки по моделированию виртуальной реальности для обучения, в том числе и медицинским мануальным навыкам (Agarwal A, Baitha U, Ranjan P, Swarnkar NK, Singh GP, Baidya DK, Garg R, Gupta N, Choudhury A, Kumar A, Roy A, Naik N, Khan MA, Wig N. , 2024).

Помимо зарубежных систем существуют и отечественные разработки по созданию виртуальной реальности. Одним из таких российских разработчиков считается Институт инновационного развития Самарского государственного медицинского университета. Среди разработок виртуальной направленно-

сти ими представлены: «Виртуальная клиника», «2D виртуальный хирург», «Система дополненной реальности» и ряд других образовательных инструментов<sup>2</sup>.

Использование систем виртуальной реальности и различных вариантов симуляционного и дистанционного обучения стало бы незаменимым для ряда специалистов в том случае, когда ввиду определенных обстоятельств нет возможности поддержания своих навыков из-за редкой практики. Например, навыки проведения сердечно-легочной реанимации у сотрудников амбулаторного звена или оказания помощи в условиях военных действий (Tene T, Vique López DF, Valverde Aguirre PE, Orna Puente LM, Vacacela Gomez C. , 2024).

К бесспорным преимуществам дистанционного обучения исследователи относят реализуемость необходимого одномоментного массового обучения сотрудников, возможность организации учебы на рабочем месте, выбор сотрудником удобного времени обучения, минимальный отрыв сотрудников от исполнения своих обязанностей, возможность применения полученных знаний в максимально короткий срок на практике (Szarek JL, Guilding C, Maxwell S. , 2024). К числу преимуществ дистанционных форм относят также снижение стоимости обучения (СИМАРОВА И.С.1, АЛЕКСЕЕВИЧЕВА Ю.В.1, ЖИГИН Д.В.1, 2022).

Кадровый дефицит, свойственный основной части МО по всему миру, определяет требования к необходимости проведения обучения (без отрыва от производства) частыми, непродолжительными, повторяющимися модулями / циклами (Antonsen KK, Lyhne JD, Johnsen AT, Eßer-Naumann S, Poulsen LØ, Lund L, Timm S, Jensen LH. , 2025), (Yasui A, Hayashi Y, Hinoki A, Amano H, Shirota C, Tainaka T, Sumida W, Makita S, Kano Y, Takimoto A, Nakagawa Y, Takuya M, Kato D, Gohda Y, Liu J, Guo Y, Mori K, Uchida H. , 2025).

Командное обучение является неотъемлемой частью создания культуры сотрудничества, уважения между всеми участниками межпрофессиональных команд, вне зависимости от занимаемой должности (Meisinger K, Wohler D., 2016), (Palmisano F, Santuari N, Moletta C, Ambrosi E, Rizzoli A. , 2024).

---

<sup>2</sup> Сайт Института инновационного развития Самарского государственного медицинского университета <https://smuit.ru/>

Еще одним вариантом корпоративного обучения является наставничество (Ольга Валерьевна Обухова, Александра Николаевна Жукова , 2023), (Романова, 2024). Оно применимо как в процессе адаптации новых сотрудников, так и в обучении потенциальных дублеров (Е. И. Аксенова, Ю. В. Бурдастова, 2023).

Выделяют следующие формы обучения: пассивные (лекции, семинары, видеуроки, инструктаж, вводное обучение) и активные (тренинги, стажировки). Сравнительное исследование по результатам освоения обычной лекции, и занятия с активным вовлечением через работу в группах, и активное обсуждение темы показали более высокие результаты при активном вовлечении в процесс изучения (Hamiduzzaman M, Miles S, Crook S, Grove L, Hewitt J, Barraclough F, Hawkins P, Campbell E, Buster N, Thomson K, Williams C, Flood V. , 2024), (Л. В. Гусева, Л. А. Карасева, 2023).

Выделяемое как отдельный вид, вводное обучение персонала может быть в форме инструктажа или стажировки и применяться в начале трудовой деятельности в организации или введении в новый функционал.

Еще один вид обучения – симуляционное обучение (Palmisano F, Santuari N, Moletta C, Ambrosi E, Rizzoli A. , 2024), (Wittig J, Løfgren B, Nielsen RP, Højbjerg R, Krogh K, Kirkegaard H, Berg RA, Nadkarni VM, Lauridsen KG. , 2024). Данный вид обучения относится к затратным, но более эффективным (Abrams J, Mahoney B. , 2024), так как сотрудниками повышается удержание навыков (Drake M, Bishanga DR, Temu A, Njozi M, Thomas E, Mponzi V, Arlington L, Msemu G, Azayo M, Kairuki A, Meda AR, Isangula KG, Nelson BD., 2019).

В ряде публикаций прослеживается тренд на применение комбинированных способов корпоративного обучения. Например, при оценке динамики команд до и после дистанционного симуляционного обучения с использованием определенной платформы проводилась оценка командной производительности в зависимости от технических и нетехнических навыков, таких как командная работа, лидерство и управление задачами (Wittig J, Løfgren B, Nielsen RP, Højbjerg R, Krogh K, Kirkegaard H, Berg RA, Nadkarni VM, Lauridsen KG. , 2024),

(Eskola L, Silverman E, Rogers S, Zelenski A. , 2024), (Бородина Карина Михайловна , 2020).

По кратности проведения корпоративное обучение может быть разовым или систематическим. Одним из исследований доказано снижение сохранности полученных знаний через 6 месяцев после специальной подготовки педиатрическим навыкам неотложной помощи, с полной потерей через 4 года после тренировки, независимо от опыта. Проведение повторного симуляционного обучения призвано улучшить долгосрочное удержание. В настоящее время оптимальная частота курсов повышения квалификации требует дальнейших исследований (Ansquer R, Mesnier T, Farampour F, Oriot D, Ghazali DA., 2019), (Urade T, Yamasaki N, Uemura M, Hirata J, Okamura Y., 2024)

Применение стратегий когнитивного обучения направлено на более глубокую обработку информации, возможности применять информацию в новых ситуациях и приводить к расширению и улучшению удержания знаний. Ожидается, что полученные знания должны привести к изменениям в поведении (Winn AS, DelSignore L, Marcus C, Chiel L, Freiman E, Stafford D, Newman L., 2019).

По педагогическому обеспечению корпоративное обучение возможно проводить с привлечением как внутренних, так и внешних преподавателей.

Очевидными преимуществами штатных тренеров являются их способность погрузиться в специфику организации, знание сотрудников и возможность предложить оптимальные варианты обучения для каждого сотрудника. При этом такие сотрудники должны быть уполномочены, обладать достаточно высоким профессиональным уровнем и постоянно совершенствовать свои методы обучения. Недостатком данного метода является дополнительная нагрузка на внутренних преподавателей. В настоящее время одной активно применяемой формой корпоративного обучения является каскадное обучение. Данный принцип предусматривает многоступенчатость и позволяет проводить обучение персонала организаций с количеством сотрудников от нескольких сотен до нескольких тысяч человек. Принцип построения обучения заключается в том, что

сотрудники, относящиеся к более высокому уровню, выступают в качестве преподавателей (учителей) для сотрудников нижестоящей ступени (А. Немков, О. Куликов, В. Беленькая, А. Толкачева, А. Юмачиков, 2019), (Gask L, Coupe N, Green G., 2019).

В статье «Интеграция компонентов моделирования улучшает обучение команды в кардиохирургии» основным и самым важным недостатком каскадного принципа обучения обозначена утеря части информации при ее передаче от уровня к уровню.

Достоинства каскадного принципа обучения:

- максимальное вовлечение коллектива и качество оказываемой медицинской помощи (Drake M, Bishanga DR, Temu A, Njozi M, Thomas E, Mponzi V, Arlington L, Msemu G, Azayo M, Kairuki A, Meda AR, Isangula KG, Nelson BD., 2019);
- возможность получить обобщенное понимание об уровне результативности работы сотрудников разных звеньев;
- возможность регулировать организацию работы с учетом анализа результатов оценки на каждом из уровней;
- обеспечивает консолидацию всей организации, в том числе выработку единого видения и понимания определяющих вопросов во всех структурных подразделениях и на всех уровнях.

На основании анализа изученных литературных данных удалось сформировать классификацию (Таблица 1) с учетом возможных вариантов, видов, форм и методов корпоративного обучения. Данные по основным видам обучения систематизированы (Приложение 1).

Форма обучения является внешним проявлением слаженного сотрудничества преподавателя и обучающегося. основополагающий принцип формы обучения включает особенности коммуникативного сотрудничества, обращенного на оптимальное погружение обучающегося в активную деятельность на основе комбинации разных видов обучающих инструментов.

Метод обучения представляет собой способ взаимодействия преподавателя и обучающегося, позволяющий решать поставленные задачи и достигать цели обучения.

**Таблица 1. Классификация видов внутреннего обучения**

<u>Классификация форм корпоративного обучения</u>
1. По форме контакта преподавателя и обучающегося:
1.1. очное обучение,
1.2. дистанционное обучение.
2. По привлекаемым к обучению сотрудников преподавателям: внутренние преподаватели, внешние преподаватели.
3. По количеству обучающихся сотрудников, задействованных в процессе корпоративного обучения: индивидуальное обучение (инструктаж, стажировка), групповое обучение (командное обучение).
4. По форме распространения и последовательности обучения в организации: линейное обучение, каскадное обучение.
<u>Классификация методов корпоративного обучения.</u>
5. По системности набора предоставляемых знаний и навыков: разовое обучение (вводный инструктаж), периодическое, модульное обучение.
6. По исторической длительности реализации метода в корпоративном обучении:
6.1. Традиционные методы корпоративного обучения (лекция, учебная дискуссия, работа с учебником и книгой, демонстрация фильмов, решение ситуационных задач).
6.2. Инновационные методы корпоративного обучения (моделирование производственных ситуаций, метод погружения в виртуальную реальность, интерактивные методы обучения, командное обучение, симуляционное обучение).
7. По методу обучения с учетом необходимости формирования знаний и навыков сотрудников:
7.1. Словесно-наглядные методы обучения позволяют в кратчайший срок передать большую по объему информацию, поставить перед слушателями проблемы и указать пути решения. Виды словесных методов обучения: лекция, беседа, инструктаж. В настоящее время в процессе обучения активно применяются наглядные пособия и технические средства. Возможно, использовать демонстрацию презентаций, а также технические средства, например, просмотр фильмов.
7.2. Практические методы обучения основаны на практической деятельности, направленные на формирование практических умений и навыков. Практические занятия, тренинги, деловые игры, анализ и решение ситуационных задач, симуляционное обучение.

Таким образом:

1. Выбор предпочтительного вида корпоративного обучения в МО продиктован:

- конкретными и актуальными целями и задачами, поставленными перед корпоративным обучением;
- ресурсными возможностями МО (кадровыми, временными, финансовыми).

2. Как правило, достижение поставленных целей обеспечивается применением комбинации оптимальных видов обучения.

3. В настоящее время по данным литературных источников для формирования теоретических знаний оптимальным является применение дистанционных форм обучения. Для формирования практических навыков сотрудников наибольшую эффективность показали симуляционное обучение и командные формы обучения. Такой формат позволяет максимально стирать грань между теорией и практикой.

4. Использование различных форм, видов и уровней познания, образования и обучения позволит сбалансировать развитие медицинских работников (Предложения, 2018).

### **1.3. Определение перечня компетенций как тематики и разработка программ обучения сотрудников для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности**

Классический вариант последипломного обучения предусматривает разработку программы профессионального обучения на основе модульно-компетентностного подхода с учетом профессиональных стандартов и действующего законодательства в сферах образования и труда (В. И. Блинов, Е. Ю. Есенина., 2019).

При проведении профессиональной подготовки формируются общие и профессиональные компетенции. Каждая программа профессионального моду-

ля содержит теоретическую и практическую части (Mueller MR, Croghan IT, Schroeder DR, Bhuiyan MN, Ganesh R, Mohabbat AB, Nanda S, Wight EC, Blomberg DL, Bonnes SL. , 2024).

Еще одним крайне важным компонентом программы являются оценочные средства (КИМ – контрольно-измерительный материал), предназначенные для обеспечения контроля освоенных знаний. Контроль включает в себя оценивание процесса и оценку результата. Правильно проводимый контроль процесса обучения уже сам по себе обладает обучающими и мотивирующими свойствами, а значит контроль крайне необходим (Diaz-Navarro C, Armijo-Rivera S, Prudencio-Palomino C, Velazco-González JG, Castro P, León-Castelao E. , 2024), (N. Plange, N. Feltgen, 2022).

Во главу угла при определении тематик и разработки программ корпоративного обучения сотрудников ставится компетентностный подход (Margrieta Langins, Liesbeth Borgermans, 2015), (Schumacher DJ, 2024), (Н. В. Чистякова, 22).

В рабочем документе ВОЗ «Повышение уровня компетентности медицинских кадров в целях организации согласованного комплексного предоставления медицинских услуг» дается детальное описание компетенций, необходимых сотрудникам МО (Таблица 2. Основные характеристики компетенций).

**Таблица 2. Основные характеристики компетенций**

<u>Сотрудниками ВОЗ приводятся основные характеристики компетенции:</u>
1. Развитие и закрепление компетенции требует времени.
2. Компетенции служат критериями для найма, оценки и обучения персонала.
3. Компетенции поддаются количественной оценке.
4. Компетенции должны быть адаптированными.
5. Компетенция — это не только владение клинико - техническими навыками.
6. Компетенции объединяют медицинских работников.
<u>Также в рабочих материалах приведены кластеры компетенций необходимых для согласованного комплексного оказания медицинских услуг:</u>
1. Защита интересов пациента.
2. Полноценное общение с пациентами.
3. Работа в составе многопрофильной бригады.
4. Медико-санитарная помощь ориентирована на потребности людей.
5. Непрерывное обучение.

Развитие компетенций имеет цикличность (Margrieta Langins, Liesbeth Borgermans, 2015).

Ввиду сложности и трудоемкости перехода на компетентностный подход, на этапе становления возможно использование гибридных форм (Roser D, Nagl S, Ebigbo A. , 2024), (He Z, Li H, Lu L, Wang Q, Wu Q, Lu L. , 2024), (Lee S, Kim HJ, Choi Y, Kim JY, Sun Shin J. , 2024). При формировании перечня компетенций для конкретного специалиста необходимо учитывать априорный список рисков при выполнении им трудовых функций (Glover Takahashi S, Nayer M, St Amant LMM., 2017).

Еще одной неоспоримо важной компетенцией исследователи Пакистана считают устойчивое владение навыками соблюдения преемственности при оказании медицинской помощи, в том числе по вопросам своевременности направления пациентов по результатам сортировки на следующий уровень оказания медицинской помощи. В качестве источника теоретических знаний указываются стандарты направления к специалистам (Aaronson KD, Stewart GC, Stevenson LW,

Richards B, Khalatbari S, Cascino TC, Ambardekar AV, Stehlik J, Lala A, Kittleson MM, Palardy M, Mountis MM, Pagani FD, Jeffries N, Taddei-Peters WC, Mann DL; REVIVAL Investigators. , 2024) и иные вопросы преемственности (Garrison GM, Meunier MR, Boswell CL, Greenwood JD, Nordin T, Angstman KB. , 2024).

Специалисты Южной Африки также уделяют значение формированию компетенций по сортировке пациентов на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи (Sterpu I, Herling L, Nordquist J, Möller A, Kopp Kallner H, Engberg H, Acharya G. , 2024).

Трудно переоценить значение первичного звена в системе здравоохранения. Среди компетенций, необходимых на данном уровне оказания медицинской помощи, исследователи отмечают следующие группы: профессионализм и гуманизм, личностные навыки, ведение электронных медицинских карт, диагностическая проницательность, знание системы здравоохранения, медицинские знания. Проводились сравнения результатов самооценки сотрудников и оценки этих сотрудников коучами. Ожидаемо отмечалась разница между результатами оценки в сторону завышения самооценки, за счет сформированных «слепых зон» сотрудников. В том числе по определению объема необходимой для изучения информации. Что подтверждает потребность формирования программ обучения работодателем, исходя из общей миссии МО, и проведения внешней оценки сотрудников для повышения ее объективности на основании четких критериев (Graddy R, Reynolds SS, Wright SM., 2018).

Внедрение электронной медицинской документации привело к востребованности усиления безопасности личных медицинских данных для обеспечения конфиденциальности медицинской помощи. Вопреки техническим мерам безопасности и рекомендациям, которые существуют для защиты безопасности данных о здоровье, наблюдается рост нарушений конфиденциальности персональных данных пациентов в организациях здравоохранения, что во многих слу-

чаях обусловлено недостаточными знаниями требований информационной безопасности (Tariq RA, Hackert PB. , 2025).

Важно подчеркнуть, что любая организация представляет общность бизнес-процессов. В свою очередь, процессы возможно стандартизировать. Данный инструмент позволит ускорить адаптацию сотрудников, т.к. наглядно представленный алгоритм действий можно предоставить работнику для изучения (Мошкина О. А., 2022), (Awad S, Turnnidge J, Cheung JH, Taylor D, Dalgarno N, Schwartz A. , 2024).

Подход, ориентированный на пациента, должен быть в центре внимания службы здравоохранения, где улучшение коммуникативных навыков медицинских работников способствует отличному здоровью и качественной помощи (Mire-Sluis A, Dobbins J, Moore CMV, Pepper T, Rellahan B, Riker K, Roberts M, Schultz T. , 2025), (Hefti L, Boëthius H, Loppow D, Serry N, Martin R, Rupalla K, Krämer D, Juchler I, Masters C, Voelter V., 2024), (Scott R, Monaghan E, Chebsey D, Meighan-Davies S, Gebbett C. , 2024).

Обучение коммуникативным навыкам не может ограничиваться только общением между медицинскими работниками и пациентами или их представителями. Большую роль в обеспечении качества и безопасности медицинской деятельности играют эффективные коммуникации между сотрудниками МО внутри структурных подразделений, между структурными подразделениями, а также с другими МО (Groenen PJTA, Langerak AW, Fend F, van Krieken JHJM., 2020). Также важными являются вопросы правовой грамотности сотрудников (Бородина, 2022).

При разработке комплексной системы ВКО в качестве основных направлений ВКО Тепловой Е. были выделены:

- адаптация новых сотрудников и введение в должность;
- профессиональное обучение;
- организация внутрикорпоративного обмена опытом;
- переквалификация сотрудников.

Перед началом обучения по всем этим направлениям автором были разработаны тематические программы, включающие методические материалы и нормативные документы. При разработке программы соблюдалось требование по согласованности и синергизму обучающих мероприятий между собой (Теплова Е., 2021). Необходимо внедрение клинически эффективной доказательной практики (Lehane E, Leahy-Warren P, O'Riordan C, Savage E, Drennan J, O'Tuathaigh C, O'Connor M, Corrigan M, Burke F, Hayes M, Lynch H, Sahm L, Heffernan E, O'Keefe E, Blake C, Horgan F, Hegarty J., 2019).

Среди универсальных навыков в работе каждого сотрудника МО, по данным многих авторов, особое место занимает готовность к оказанию экстренной помощи (Lamberson M, Collins SC, Axtmayer C, Bisanzo M, Della Grotta K, Fleisher CL, Marsac ML, Mathon CJ, Pulcini CD. , 2024), (Eales OO, Kruger A. , 2024), (Siu JM, Wolter NE, Propst EJ. , 2024), (Вавилов Александр Владимирович, 22) и проведение седации (Munneke W, Demoulin C, Nijs J, Morin C, Kool E, Berquin A, Meeus M, De Kooning M. , 2024). (Cormier NR, Hyman JB, O'Rourke M. , 2024), (L., Yuan, 2024).

При подготовке обучения в МО следует учесть специфику обучения молодых специалистов. Автор говорит, что на стыке тысячелетия произошли существенные изменения качества подготовки специалистов. Сформировался выраженный крен в сторону социальной модели и выстраивания взаимоотношений. Сегодня практическое здравоохранение сталкивается с выпускниками, которые имеют малый практический опыт, а значит остро стоит вопрос о необходимости адаптации на рабочем месте. Еще одной особенностью современных выпускников исследователь считает их завышенные ожидания и повышенную тревожность. Сформировались определенные психологические особенности и культурные сдвиги в ценностях населения, в том числе так называемое клиповое мышление, не позволяющее усваивать большой объем информации, кроме того привитая способность воспринимать только структурированный материал. Автор отмечает высокий уровень профессионального выгорания уже на этапе студента, и, несмотря на высокий интеллект, отмечается низкая мотивация. Большие уси-

лия потребуются для формирования этических принципов и этического кодекса (Buja LM, 2019), (Suliman S, Allen M, Chivese T, de Rijk AE, Koopmans R, Königs KD, 2024).

Непрерывное формирование и поддержание знаний и навыков в области клинической этики – еще одна из важнейших тем, которая касается всех сотрудников МО без какого-либо исключения (Ghimire N, Yadav D. , 2024), (AlRukban M, Alajlan F, Alnasser A, Almousa H, Alzomia S, Almushawah A. , 2024), (Wong V, Hassan N, Wong YP, Chua SYN, Abdul Rahman S, Mohamad ML, Lim S. , 2024), (Sherman L, Kuang M, Yang DD, Chappell K. , 2024).

Большое внимание корпоративному обучению уделяется для всех специалистов с большим удельным весом мануальных, технических навыков и командной работой. В том числе, реализация программ профильного моделирования с определением компетенции участников на основе четкого перечня необходимых компетенций (Farina CL, Moreno J, Schneidereith T. , 2024), (Melo E, Cole R. , 2024), (Рудин В.В., Кабирова Ю.А., Сулимова Н.А. , 2021).

Безусловно, в деятельности врача необходимо владение особым специфическим навыком таким, как клиническое мышление (Guo Y, Li X, Tan H, Xie J, Luo H, Li F. , 2024), (Wang L, Zhao Y, Wang P, Qian A, Hong H, Xu S. , 2024).

По результатам анализа необходимо отметить, что в литературе описаны различные составляющие деятельности МО с учетом профиля, уровня самой организации и функциональных обязанностей отдельных работников. Существующие в настоящее время практические рекомендации по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в МО (далее ПР НИК РЗН), разработанные ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, могут стать действенным способом не только для проведения внутреннего контроля, но и формирования системного перечня необходимых компетенций (матрицы компетенций) всех сотрудников для предупреждения подавляющего большинства возможных рисков как в повседневной работе, так и на уровне стратегического планирования организации (Предложения, 2018),

(Предложения, 2018). Разработка матрицы компетенций предполагает действующие должности МО (Приказ, 2018). Эффективность внедрения системного риск-ориентированного подхода показывает свою состоятельность и на корпоративном, и на региональном (Приказ, 2018), (Немков А.Г., Беленькая В.А., Толкачева А.Г., 2019), (Алексеева Е.Е., 2018), и на государственном уровне (Айыпханова А.Т. и соав., 2019), (Р. Бошкович, И.В. Иванов, Е.Е. Корчагин, О.В. Куликов, В.А. Саркисова, А.Г. Толкачева, 2020).

Таким образом:

При определении тематик и разработки программ обучения сотрудников для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности необходимо соблюдать ряд требований: обеспечение компетентностного подхода; обеспечение подхода, ориентированного на пациента; использование при подготовке стандартизированных, структурированных учебных материалов, визуализированных пособий и контрольно-измерительных материалов для объективной оценки; проведение оценки возможности и соблюдения разумности в объеме проведения обучения собственными ресурсами. Необходимо рассматривать корпоративное обучение как составную часть непрерывного медицинского образования в комплексе с другими видами последиplomного образования и необходимости комплексной оценки перечня компетенций для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности всех специалистов всей МО. Важно формировать программы исходя из потребностей МО.

#### **1.4. Определение преподавателей. Методика подготовки внутренних преподавателей**

Навыки преподавания не могут считаться само собой разумеющимися среди специалистов, получивших медицинское образование. Поиск специалистов, обладающих педагогическим потенциалом, способных овладеть педагогическими техниками требует системного подхода. Привлекаемые в качестве преподавателей сотрудники должны отвечать определенным требованиям к уровню профессиональных знаний, коммуникативных, организационных навыков, обладать должным уровнем культурного развития и иметь авторитет среди

коллег, быть лояльными к основным ценностям МО (Vuja LM, 2019). Еще одной современной особенностью кадрового обеспечения является трудовая миграция, что приводит к необходимости особого подхода наставничества для сотрудников иностранцев. (Duran Luciano P. , 2024)

В публикации, посвященной формированию и поддержанию высокого уровня компетенций бригад парамедиков, описаны мероприятия по отбору инструкторов для отработки навыков по оказанию неотложной помощи. Обучение на рабочем месте определяется как инструмент управления качеством для МО с высокой ответственностью. Необходимо определить критерии, которым должен соответствовать инструктор и наставник для обучения на рабочем месте. Безусловно, необходимо уделять внимание отбору и подготовке наставников. Наставники являются основными преподавателями в период адаптации новых специалистов в МО. Среди группы навыков, необходимых для эффективного применения института или наставничества, отмечены: медицинская дидактика и групповое руководство; предметное обучение; проведение учебных курсов; коллегиальные консультации и размышления о деятельности наставников (Moon SH, Jeong HW, Jung US. , 2024). Еще одно исследование показывает положительное влияние на результаты обучения, подтвержденные более успешной адаптацией и профилактикой выгорания (Winderbaum J, Coventry LL. , 2024).

Для успешной адаптации медицинских работников (врачей, медицинских сестер) требуется особый вид наставничества – клиническое наставничество. Клинические наставники — это ключ к устранению барьеров в лечении и к обеспечению качества ухода за пациентами (Vlerick I, Kinnaer LM, Delbaere B, Coolbrandt A, Decoene E, Thomas L, Vanderlinde R, Van Hecke A. , 2024), (Song J, Wei G, Cheng H, Yan Y, Yang S., 2024).

Второй составляющей для успешности обучения, в том числе и корпоративного, является подготовка корпоративных преподавателей, владеющих педагогическими техниками (Brouwer HJ, Barry M, Kluijtmans M, Damoiseaux RAMJ, de Groot E. , 2024), (Rauzy O, Bouillet L, Chevalier K, Cohen-Aubart F, Delacroix I, Hanslik T, Kaplanski G, Lazaro E, Le Moigne E, Pottier P, Riviere E, Mouthon L. ,

2024), (Fisher K, Patsan I, Klein L, Turner A, Runciman D, Fielding A, Tran M, Pond D, Guppy M, Starling C, D'Amore A, Davey A, Magin P. , 2024). Так в исследовании, проведенном в США, описана многопрофильная междисциплинарная программа обучения наставничества в области паллиативной помощи. Преимущества наставничества заключаются в согласованности ожиданий и действий, профессиональном развитии, поддержании эффективного общения и решения вопросов. Наставников тоже нужно обучать эффективному наставничеству. Кратность и длительность, форма обучения с участием наставников определяются достигнутым результатом, например с применением Cross<sup>3</sup> программы оценки результатов. Описанные в статье инструменты сетевого наставничества, ввод в наставничество, асинхронный процесс обучения наставников могут реализовываться в каждой МО. Джонсон М. говорит о необходимости повышения ценности наставничества (Petit SF, Portik D, Abravan A, Bertholet J, Callens D, Dubois L, Franco P, Horsholt Kristensen M, Montay-Gruel P, Nevens D, Perryck S, Røe Redalen K, Tomasik B, Webster A, Grau Eriksen J, Heukelom J. , 2024).

Таким образом, необходимо осуществлять отбор внутренних преподавателей, наставников с учетом не только их профессиональных качеств, но и психолого-педагогических способностей; необходимо проводить обучение внутренних преподавателей, наставников; обеспечивать процесс обучения наставников с использованием единых, стандартизированных учебных материалов.

### **1.5. Существующие методики оценки эффективности корпоративного обучения**

В научной литературе описан и оценен ряд подходов оценки качества проводимого корпоративного обучения.

Корпоративное обучение, для исключения иллюзии овладения знаниями (Winn AS, DelSignore L, Marcus C, Chiel L, Freiman E, Stafford D, Newman L., 2019), требует всесторонней комплексной оценки эффективности. Одним из компонентов оценки эффективности является отлаженная обратная связь. Продук-

---

<sup>3</sup> Кросс-маркетинг - взаимно выгодная форма сотрудничества несколько участников, совместно продвигающих и дополняющих друг друга.

тивность обучения возрастает, если преподаватель имеет возможность своевременно ответить на вопросы и внести коррективы в навыки ученика (Winn AS, DelSignore L, Marcus C, Chiel L, Freiman E, Stafford D, Newman L., 2019). Методы оценки эффективности обучения:

### **1. Опрос участников**

В литературных источниках часто встречаются ссылки на модель Киркпатрика. Данная модель предусматривает комплексную оценку нескольких уровней:

- Реакция. Для ее оценки рекомендуется после прохождения занятия провести анкетирование с включением следующих вопросов: получили ли работники новые знания, была ли программа ценной для них, как можно ее улучшить.
- Усвоение. Для оценки усвоения рекомендуется проводить один из различных вариантов опроса через несколько дней после обучения. Цель – оценка сохранившихся знаний для их применения на практике.
- Применение. Для оценки применения рекомендуется проводить исследование, позволяющее уточнить, что изменилось в поведении персонала после обучения, проводится спустя 1-6 месяцев.

### **2. Экспертная оценка результатов**

Экспертами могут стать непосредственные руководители работников, ранее прошедших внутреннее обучение, сотрудники кадровой службы, различные советы и потребители услуг. Оценку можно проводить путем анкетирования или иным вариантом устного или письменного опроса.

### **3. Количественная оценка результатов**

Количественная оценка является самой информативной, но при этом и самой трудоемкой по реализации. Следует понимать, что количественная оценка возможна не во всех случаях. Чтобы проанализировать эффект от обучения, нужно знать ожидаемый и фактический результат. Кроме того, внешние факторы должны быть прежними. Реализовать такой вариант развития событий на практике сложно. Более реалистичной для воплощения является воз-

возможность проведения хронометража времени, которое сотрудник потратил на выполнение поставленной задачи до и после обучения, и рассчитать полученную выгоду (Мошкина О. А., 2022).

В диссертационном исследовании Хрипковой Т. «Корпоративное обучение в системе управления персоналом ЛПУ удаленных территорий» применена система рейтинговой оценки знаний, как элемент модели Киркпатрика (Хрипкова Т.П., 2007). Применение данной модели описывается во многих отечественных и зарубежных источниках (Agarwal A, Baitha U, Ranjan P, Swarnkar NK, Singh GP, Baidya DK, Garg R, Gupta N, Choudhury A, Kumar A, Roy A, Naik N, Khan MA, Wig N. , 2024), (Merghani T, Babiker R, O Alawad A., 2024), (Arakida M, Matsuda Y, Aoki E, Takenaka K, Yamashita R, Rokuro K, Yamazaki I, Machida K, Funakawa Y., 2020).

Хрипкова указывает, что оценку необходимо проводить по истечении определенного времени, чтобы можно было определить применение полученных знаний на практике. Ученый в своем исследовании на первом уровне для определения потребности в обучении и удовлетворенности от проведенного обучающего цикла установила ряд позиций:

1. Есть ли у руководителя структурного подразделения потребность в получении знаний и навыков по вопросам организации здравоохранения.
2. Представляет ли обучающий цикл интерес.
3. Устраивает ли используемая форма, режим занятий, степень сложности ориентирования в обучающей программе.
4. Представляют ли обучающиеся перспективу использования полученных знаний и навыков на рабочем месте (Хрипкова Т.П., 2007).

В своей публикации «Сравнительный анализ моделей оценки эффективности обучения персонала» Удовидченко описывает основные характеристики существующих в настоящее время методик оценки.

#### Модель Киркпатрика

Киркпатрик предложил следующую формулу для оценки эффективности обучения: реакция — обучение — поведение — результаты. Данная модель позволяет перевести процесс обучения в плоскость эффективного бизнес-инструмента. Киркпатрик описал правила планирования, постановки целей и способов убеждения руководителей в необходимости обучения. Кроме того, возможность исключить неэффективное обучение<sup>4</sup>.

Первый уровень обучения – реакция. Реакция, позволяющая узнать, как сотрудники оценивают программу. На основании ответов на данном этапе, возможно, вносить коррективы в программу для улучшения (Zeng B, Jeon M, Wen H., 2024). Второй уровень – полученные знания. Для проведения оценки знаний используется тестирование по вопросам изученного материала. Третий уровень – поведение. На указанном уровне происходит оценка изменения поведения в результате обучения. То есть, насколько полученные знания и навыки используются на рабочем месте. Четвертый уровень – результаты. Для оценки реакции ряд исследователей используют различные способы получения обратной связи, например, сбор отзывов (Gask L, Coupe N, Green G., 2019), анкетирование.

На практике чаще всего используются только два уровня: реакция и обучение.

#### Модель Джека Филлипса (JackPhillips)

Данная методика оценки позволяет определить эффективность инвестиций в обучение сотрудников. Модель ROI способствует проведению расчетов возврата инвестиций в людские ресурсы, а также в кадровые программы.

#### Модель Стаффлбима (Stufflebeam) (CIPP)

Данная модель направлена на оценку результатов процесса обучения. Модель Стаффлбима применима для анализа эффективности длительных модульных программ обучения.

#### Модель Берна (Bern) (CIRO)

---

<sup>4</sup> Цитата <https://science-education.ru/ru/article/view?id=16909>

Модель Берна также состоятельна для оценки длительных модульных программ. Наиболее объективным инструментом для оценки обучения предложено использовать систему ключевых показателей эффективности.

Также Удовидченко проводит сравнительную характеристику методов оценки эффективности (Таблица 3). В заключении автор указывает на то, что в настоящий момент нет безукоризненной, включающей все необходимые критерии, модели оценки эффективности обучения (Удовидченко Р.С., Киреев В.С., 2014).

**Таблица 3. Сравнительная характеристика методов оценки эффективности обучения**

Модель	Преимущества	Недостатки
Киркпатрик	Наличие четырех уровней оценки: по реакции участников, по результатам выходного контроля, по изменению в производственном поведении и по изменениям в бизнес-показателях компании. Возможность выбора для оценки эффективности обучения топ менеджера.	Сложность измерения третьего уровня, неготовность топ-менеджеров проходить процедуру оценки или работать с коучами. Отказ от оценки по финансовым показателям.
Филлипс	Развитие модели Киркпатрика. Введение пятого уровня оценки эффективности обучения и развития. Возможность использовать финансовый показатель возврата на инвестиции в обучение и развитие.	Расчёт возврата на инвестиции возможен только при условии ведения полноценного управленческого финансового учёта в организации. В основном применяется для расчёта эффективности тех программ, которые являются длительными, дорогостоящими и комплексными.
Стаффлбим	Возможность оценивать, как процесс так, и результаты обучения и развития в тесной связи с целями компании.	Нечеткость методик и процедуры оценки результатов обучения и развития топ-менеджеров.
Берн	Развитие модели Стаффлбима и частично Киркпатрика. Постановка целей, определение возможностей, выявление мнения участников об обучении и развитии, оценка результатов.	Сложность поддержания постоянной процедуры оценки эффективности обучения и развития топ-менеджеров, применение для долгосрочных программ.

Для выполнения количественной оценки результатов опроса или анкетирования принято использовать шкалу оценки с определением критериев балльности. Многими авторами использовалась шкала Лайкерта. Данный тип шкалы подразумевает нечетное количество баллов (3, 5, 7). Средний балл будет обозна-

чать нейтральный вариант оценки, относительно среднего балла предусмотрено равное количество отклонений к противоположным точкам зрения с разной степенью интенсивности восприятия (Wittig J, Løfgren B, Nielsen RP, Højbjerg R, Krogh K, Kirkegaard H, Berg RA, Nadkarni VM, Lauridsen KG. , 2024), (Shang L, Li R, Xue M, Guo Q, Hou Y. , 2024), (Zeng B, Jeon M, Wen H. , 2024). Анкетирование часто проводится в онлайн-формате (Merghani T, Babiker R, O Alawad A., 2024).

Для оценки полученных знаний, по данным литературы, часто используется тестирование. Ряд авторов указывают на необходимость периодического повторения тестирования для поддержки знаний на должном уровне. Тестирование проводят, в том числе с применением дистанционного формата (Aldana López JA, Serrano Sánchez MDR, Páez Venegas N, Chávez Sánchez AV, Flores Bizarro AD, Blanco Sierra JA, Jarero González CA, Carmona Huerta J. , 2024). Отмечается удобство и гибкость онлайн-формата и обучения, и контроля полученных знаний (O'Sullivan BG, Giddings P, McGrail MR. , 2024). Уровень сохранности знаний оценивался сразу после обучения и через год. Был использован регрессионный анализ<sup>5</sup>. Результат теста для каждого участника был в виде суммы баллов правильных ответов на три вопроса. Данная сумма использовалась в качестве переменной результата во всех регрессионных моделях. Было использовано моделирование множественной линейной регрессии для изучения взаимосвязи между объясняющими и переменными с поправкой на другие варианты (Wu S, Li R, Su W, Ruan Y, Chen M, Khan MS., 2019). Для обеспечения качества оценки эффективности необходима формализация и стандартизация отчетных форм результатов оценки (Dory V, Cummings BA, Mondou M, Young M., 2020).

В работе, описывающей обучение и оценку его результатов, сравнился прирост среднего балла обучающегося «до» и «после» проведения обучения с использованием электронной учебной программы (Karoli P, Mayige M, Kagaruki G, Mori A, Macha E, Mutagaywa R, Momba A, Peter H, Willilo R, Chillo P, Banduka A, Sunguya B, 2024).

---

<sup>5</sup> Под регрессионным анализом понимают набор статистических методов исследования влияния одной или нескольких независимых переменных на зависимую переменную.

Как и в ряде других исследований, использовалась оценка уровня знаний до проведения семинара, после проведения семинара и спустя шесть месяцев после проведения семинара. Выполнен как количественный подсчет, так и качественные индивидуальные телефонные интервью (использование стандартного чек-листа опроса) шестимесячного наблюдения. Отмечено, что спустя 6 месяцев наблюдалось снижение уровня знаний относительно того, который был достигнут сразу после проведения семинара. Необходимо выбрать оптимальный срок повторного обучения/ Часто для оценки знания применяется система тестирования с использованием шкалы оценки знаний и контрольного списка вопросов (O'Sullivan BG, Giddings P, McGrail MR. , 2024), (Teh KH, Lee IL, Hariffadzilah CH. , 2024).

Оценку изменений в поведении сотрудников после проведенного обучения, возможно, сделать по результатам аудита. В Великобритании исследователями проводился аудит результатов обучения подготовки специалистов по вопросам деменции в сфере здравоохранения и социального обеспечения. В ходе аудита проведено сравнение с национальными эталонными стандартами (Merghani T, Babiker R, O Alawad A., 2024). Для аудита необходимо разработать конкретные направления и критерии оценки, характеризующие реализацию данных направлений как контекстно структурированного инструмента (Drake M, Bishanga DR, Temu A, Njozi M, Thomas E, Mponzi V, Arlington L, Msemo G, Azayo M, Kairuki A, Meda AR, Isangula KG, Nelson BD., 2019).

В статье «Интеграция компонентов моделирования улучшает обучение команды в кардиохирургии» (Palmisano F, Santuari N, Moletta C, Ambrosi E, Rizzoli A. , 2024) приводятся критерии, по которым проводилась оценка.

В настоящее время в МО имеется необходимая нормативная база для проведения внутренней оценки качества и безопасности медицинской деятельности (Приказ, 2020), (Приказ, 2017), (Приказ, 2012). Каждой МО предстоит определиться с методологией проведения оценки, в том числе и оценки знаний, навыков сотрудников.

Таким образом:

Корпоративное обучение требует всесторонней комплексной оценки эффективности. В настоящее время нет совершенных и общеприменимых методов оценки. Модель Киркпатрика, по литературным источникам, широко используется для оценки эффективности обучения.

Для оценки на 1 уровне («реакция») в качестве информативного инструмента чаще всего применяется анкетирование обучаемых.

Для оценки на 2 уровне («усвоение/полученные знания») возможно получить объективные данные по результатам тестирования сотрудников.

Для оценки на 3 уровне («поведение/применение») положительно зарекомендовал себя аудит.

Для оценки на 4 уровне («результаты») целесообразно разработать количественные индикаторы, отражающие достижение поставленной цели по конкретному направлению в целом по учреждению.

Применение каждого уровня требует предварительной стандартизации для обеспечения валидности и объективности оценки. На первом и втором уровне часто используются дистанционные форматы.

#### **1.6. Возникающие сложности при организации и проведении корпоративного обучения и возможные пути их устранения**

Исходя из анализа изученных материалов, необходимость постоянного повышения квалификации сотрудников очевидна. Однако в реальности возможно возникновение трудоёмкости его проведения. Несмотря на то, что образование признано как вложение в «завтра», ресурсы на него нужно выделить уже «сегодня». Во многих случаях повседневные рутинные задачи превалируют над корпоративным обучением сотрудников. Существует немало иных проблем, препятствующих эффективному внедрению корпоративного обучения.

1. Предубеждения руководителя. У руководителя организации возникает опасение, что сотрудник после достижения определенного уровня квалификации в результате, в том числе и обучения, может уйти в другую организацию, и вложения в него не оправдаются. Китайские исследователи столкнулись с анало-

гичной проблемой, когда врачи, получив необходимое образование, уходили в более привилегированные клиники (Li X, Shen JJ, Yao F, Jiang C, Chang F, Hao F, Lu J., 2018).

2. Скептическое восприятие сотрудников. Эффективно обучаться может только мотивированный на учебу сотрудник. Сотрудников можно стимулировать с помощью возможностей карьерного роста, а также перспектив увеличения дохода и упрощения их текущей работы. В то же время обучение не должно становиться самоцелью.

3. Избыток корпоративного образования имеет равную степень вреда, как и его недостаточный объем. Необходимо обеспечить соблюдение равновесия между возможностями обучения и потребностями в обучении, следуя золотому правилу медицины QUANTUM SATIS<sup>6</sup>. Все полученные знания при реализации корпоративного обучения должны найти свое применение на практике, включая готовность к действиям в случае необходимости (Мошкина О. А., 2022).

Корпоративное обучение не может заменить собой профессиональное обучение в образовательных организациях, оно призвано дополнять знание навыков с учетом потребностей конкретной организации с соблюдением принципов гибкости и избирательности (СИМАРОВА И.С.<sup>1</sup>, АЛЕКСЕЕВИЧЕВА Ю.В.<sup>1</sup>, ЖИГИН Д.В.<sup>1</sup>, 2022).

Еще одной проблемой при обучении можно назвать противоречие между реальной работой и обучением, а также существующий дефицит квалифицированных преподавателей/наставников и дефицит финансовых средств. По современным представлениям, на протяжении трудовой жизни человека процесс профессионализации<sup>7</sup> проходит следующие стадии: профессиональная адаптация, первичная и вторичная профессионализация и акмеопрофессионализм (стадия мастерства) (Таблица 4).

---

<sup>6</sup> QUANTUM SATIS (лат.) сколько нужно; вдоволь

<sup>7</sup>Профессионализация, -и, ж. Овладение профессией, специализация в какой-л. Области, <http://feb-web.ru/feb/mas/mas-abc/16/ma354013.htm?cmd=0&istext=1>

**Таблица 4. Стадии профессионализации после начала трудовой деятельности**

Стадии профессионализации	Примерный возраст, годы	Примерная продолжительность, годы
1. Профессиональная адаптация	18–23 года	5–6 лет
2. Первичная профессионализация	23–27 лет	4–5 лет
3. Вторичная профессионализация	27–33 года	5–6 лет
4. Акмеопрофессионализм (стадия мастерства)	33–55 лет	20–23 года

На стыке стадий возникают кризисные периоды (Таблица 5). После периода воздействия флуктуации (критические моменты) в профессионализации возникает последующая бифуркация в двух направлениях – рост или стагнация. Считается, что преодоление стагнации зависит, прежде всего, от профессиональной позиции самого работника, а также от организационной политики предприятия, включая систему непрерывного профессионально-ориентированного образования. Кризисы профессионального становления могут быть связаны с внедрением новых технологий, проведением аттестации и так далее (Зеер Э.Ф., 2015).

**Таблица 5. Кризисные периоды профессионализации**

Кризисные периоды профессионализации	Примерный возраст, годы	Примерная продолжительность, годы
Кризис профессионального выбора	16–18 лет или 19–21 год	2–3 года
Кризис профессиональных ожиданий (предполагаемое поведение человека в обществе в зависимости от его социального положения)	18–20 лет или 21–23 года	2–3 года
Кризис профессионального роста	30–33 года	3–4 года
Кризис профессиональной карьеры	38–40 лет	3–4 года
Кризис социально-профессиональной самоактуализации	48–50 лет	2–3 года
Кризис утраты профессиональной деятельности	55–60 лет	2–3 года

Ключевой фактор профессионального развития личности определяется его ведущей деятельностью. Движение личности в развивающемся профессиональном образовательном пространстве определяется следующими факторами: возрастными изменениями, обуславливающими периодизацию развития личности; системой непрерывного образования; ведущей профессионально ориентированной деятельностью.

Равноденствие всех этих 3 факторов определяет профессиональное становление личности.

Периодичность трансформации профессионального образовательного пространства сложно прогнозировать, но можно предвидеть приближение дезинтегративных процессов и вовремя принимать превентивные меры по охране пространства. При проведении регулярного мониторинга возможно формирование групп сотрудников, нуждающихся в психологическом сопровождении.

Большое внимание уделяется индивидуальным образовательным траекториям профессионального развития. Образовательная траектория рассматривается как условие индивидуализации профессионального становления личности в пространстве непрерывного образования.

Таким образом:

Возникновение сложностей при корпоративном обучении неизбежно, но данный факт не должен стать препятствием к реализации существующих потребностей организации, при этом его следует учитывать.

### **1.7. Способы мотивации сотрудников к обучению**

Процесс формирования приверженности сотрудников ценностям организации, в том числе и ценностям знаний, к сожалению, длительный. Катализатором к ускорению данного процесса может стать система мотивации сотрудников с учетом последних достижений психологии, педагогики и менеджмента.

По мнению Кристофера Смита, к мерам мотивации можно отнести следующие (Smith CC, Newman LR, Huang GC., 2018):

1. Поддержка межличностных отношений или отношений посредством взаимодействия и сотрудничества.
2. Демонстрация уважения, вежливости, терпения.
3. Открытость: активное слушание, участие в принятии решений, поощрение вопросов, обсуждений, мнений и предложений.
4. Оценка восприятия пациентами результатов изменений.
5. Учет мнения сотрудников.
6. Значение лидерства руководителя как пример другим.

7. Эффективно формулируя концепцию; упрощение сложных тем, использование невербальных сигналов, активного слушания и эффективных технологий.

8. Гибкость и способность адаптироваться к новым или неожиданным ситуациям, или информации, а также способность выявлять и устранять проблемы, вызывающие беспокойство.

9. Умение расставлять приоритеты, организовывать, готовиться и планировать, а также разрабатывать и использовать системы (Smith CC, Newman LR, Huang GC., 2018).

Существует множество факторов, которые могут повлиять на вовлечение, реализовать поведенческое намерение и достижение результатов обучения. Влияние на восприятие могут оказывать и субъективные факторы, такие как нормы имиджа, актуальность обучения.

Одним из способов убеждения сотрудников может стать регистрация инцидентов или фиксация других статистических данных. Он наглядно показывает наличие ошибок по тому или иному направлению, которое необходимо включить в план обучения.

Для минимизации временного фактора важно обеспечить предоставление возможности гибкого выбора времени и места обучения. Нужно помнить: время является важным ограничительным фактором для слушателей. По данным опроса, проведенного исследователями, отсутствие «защищенного», специально выделенного времени для обучения приводит к отказу от участия в программе и тенденции снижения скорости освоения программы.

Опытные тренеры должны учитывать личные особенности всех участников, в том числе влияние возраста, опыта работы и скорости усвоения информации. Необходимо поддерживать интерес участников и создавать различные положительные стимулы. В качестве примера можно привести использование сертификационных знаков, сертификаты о прохождении обучения, а также и материальные стимулы. Организации могут проводить внутренние оценки, показывающие результаты, достигнутые сотрудниками, а также все пройденные ими курсы и

тренинги. Эффективность обучения повышается, если оно подкрепляется практическим опытом на рабочем месте или в смоделированных ситуациях (Winn AS, DelSignore L, Marcus C, Chiel L, Freiman E, Stafford D, Newman L., 2019).

Немаловажным фактором, мотивирующим сотрудников к обучению, является повышение уровня внутренней удовлетворенности (Wuttke E, Heinrichs K, Koegler K, Just A. , 2024) и уверенности сотрудников после проведенного обучения (Yean LE, Hashim SAB. , 2024), (Yu JC, Rhee KE, Dworsky ZD, Larrow A, Passarelli P, Patel A. , 2024).

### **Мотивационный компонент управления корпоративным обучением в МО**

Все предлагаемые мероприятия, в рамках системы корпоративного обучения в МО, направлены на общий результат в масштабах всей МО по обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности. Однако ориентация на результат всего учреждения является частью организационного поведения сотрудников в МО (Улина С. Л., 2015).

Исследователи Ньюстром и Дэвис вывели формулу роли организационного поведения в достижении результатов деятельности организации (Рисунок 1) (Ньюстром Д.В., 2000), (Улина С. Л., 2015).

**А) Знания x Умения = Способности**

**Б) Позиция x Ситуация = Мотивация**

**В) Способности x Мотивация = Потенциальные результаты индивида (ПРИ)**

**Г) ПРИ x Ресурсы x Возможности = Организационные результаты**

### **Рисунок 1. Роль организационного поведения в организационных системах**

В предложенной формуле мотивация является одним из обязательных множителей, как достижения потенциальных результатов каждого сотрудника, так и обеспечения результата всей организации (Улина С. Л., 2015).

Основополагающая цель системы мотивации в учреждении направлена на максимальную отдачу от использования имеющихся кадровых ресурсов для обеспечения эффективности всей организации (Улина С. Л., 2015). Мотивация корпоративного обучения не является исключением. При его организации необходи-

мо задействовать не только нормативно-принудительную мотивацию, но и предусмотреть поощряющую мотивацию (Улина С. Л., 2015). То есть необходимо было выстроить такую систему корпоративного обучения, включая различные виды мотивации, при которой корпоративные цели по обеспечению компетентными сотрудниками совпадут с личными целями каждого сотрудника по формированию и поддержанию необходимых компетенций и постоянному профессиональному совершенствованию.

В настоящее время существуют десятки теорий (Грин К.Д., 2009), (Ильин Е.П., 2002), (Самоукина Н.В., 2019), (Улина С. Л., 2015), (Ньюстром Д.В., 2000) и классификаций мотивации, но то, что мотивация крайне важна для определения последующих действий, никем неоспоримо. Мотивация — процесс формирования мотива. Ряд ученых утверждают, что извне невозможно сформировать мотив, его может сформировать только сам человек. Мотив (от лат. *movere* — приводить в движение, толкать) — волевой импульс, преимущественно осознанное внутреннее побуждение к определенному поведению, направленному на удовлетворение тех или иных потребностей<sup>8</sup> (Улина С. Л., 2015). Принято считать, что потребность дает толчок к развитию мотива. Сформировать извне можно только мотиватор, который поможет усилить мотив. Мотиватор — фактор, влияющий на принятие решения и формирование намерения. В литературных источниках описывается несколько вариантов хронологической последовательности мотивации и побуждения, но во всех случаях приводящей к выполнению действий человеком (мотив → побуждение → действие (Х. Хекхаузен); мотив (побуждение) → действие (В.И. Ковалев); побуждение → мотив → действие (А.А. Файзулаев)) (Ильин Е.П., 2002).

На протяжении последних 80 лет (с 1943 года) (Грин К.Д., 2009) основная часть авторов публикаций, при описании мотивирующих потребностей человека, ссылается на пирамиду потребностей Абрахама Маслоу. Пирамида потребностей Маслоу содержит 5 (Улина С. Л., 2015) иерархических уровней (в более поздней интерпретации 7 уровней (Ильин Е.П., 2002)), (Рисунок 2).

---

<sup>8</sup> Потребность — недостаток, нужда (Ильин Е.П., 2002).



**Рисунок 2. Существующие варианты пирамиды потребностей А. Маслоу**

Выделяют несколько форм мотивации персонала (Таблица 6). Внутренние формы мотивации учитывают самооценку сотрудниками своих результатов, а внешние формы связаны с оценкой степени успешности работы сотрудников руководством. Положительно трактуется ситуация, когда оценка руководства формирует самооценку сотрудника, это приводит к тому, что внешняя и внутренняя оценки совпадают. Этот факт необходимо учитывать при разработке системы корпоративного обучения (Самоукина Н.В., 2019).

**Таблица 6. Формы мотивации персонала**

Формы мотивации персонала			
Положительная; Отрицательная;	Внешняя; Внутренняя;	Общекорпоративная; Групповая; Индивидуальная;	Самомотивация;

Кроме того, при выстраивании системы мотивации необходимо учесть, что не все мотивы сотрудников могут быть полезными (положительными) для самой организации (Таблица 7).

**Таблица 7. Мотивация сотрудника по отношению к обучению<sup>9</sup>**

Мотивация сотрудника	Полезность мотивов для организации	
	Полезные	Бесполезные или вредные
Положительные мотивы (желание учиться)	Стремление к новым знаниям и умениям. Ощущение доверия и заботы со стороны руководства. Возможность продвижения по службе. Новые контакты Формальное подтверждение собственного уровня как специалиста/руководителя (сертификат).	Учёбомания. Новые контакты. Желание отвлечься/отдохнуть от работы. Неуверенность сотрудника в своей квалификации. Желание сменить работу.
Отрицательные мотивы (нежелание учиться)	Реальная невозможность отвлечься от срочной и/или важной работы. Обоснованная уверенность сотрудника в нецелесообразности обучения (ошибка руководителя).	Нежелание отвлекаться от срочной (важной, интересной) работы. Консерватизм. Излишняя уверенность в своей квалификации. Недостаток навыков обучения. Боязнь продемонстрировать свои недостаточные знания, умения. Неуверенность в прочности своего служебного положения. Отрицательный опыт прохождения обучения.

Также есть определенные сложности при формировании и внедрении системы мотивации:

- Не принимаются во внимание ожидания, в том числе по выбору мотиваторов, самих сотрудников.
- Отсутствует прозрачность информации персонала о формах мотивации.
- Отсутствует стабильность и поддержка действия системы.
- Длительный временной промежуток между достижением хорошего результата и поощрением.
- Отсутствует контроль эффективности и мониторинг системы мотивации (Самоукина Н.В., 2019).

Описанные в публикациях модели (концепции) мотивации и их использование в целях стимулирования персонала основываются на удовлетворении основных потребностей человека: физиологические, потребность в защите и без-

<sup>9</sup> <https://studfile.net/preview/3000225/page:14/>

опасности, социальные потребности, запрос на уважение, самоуважение, самовыражение (Самоукина Н.В., 2019), (Улина С. Л., 2015), (Ильин Е.П., 2002), (Грин К.Д., 2009).

В отношении влияния потребностей для мотивации есть несколько подходов. Согласно теории А. Маслоу, группы потребностей находятся в иерархическом соподчинении. Более высокая группа потребностей становится релевантной для сотрудника в том случае, если удовлетворены потребности предыдущей ступени (Самоукина Н.В., 2019), (Улина С. Л., 2015), (Ильин Е.П., 2002), (Грин К.Д., 2009). Помимо иерархичности влияния потребностей, исследователи выделяют возможность формирования ведущих потребностей с учетом индивидуальности сотрудника, в том числе вида темперамента и интеллекта работника (Самоукина Н.В., 2019), (Ильин Е.П., 2002).

Для разработки эффективной и адресной системы мотивации, ведущие психологи и HR-специалисты рекомендуют изучать мотивационный профиль специалистов организации. Мотивационный профиль – это персональная комбинация наиболее и наименее актуальных потребностей для конкретного индивидуума. Во многих источниках в качестве инструмента изучения мотивационного профиля предлагается использовать опросник Ричи и Мартина. Данный опросник содержит не только потребности, мотиваторы, но и предлагает систему для их измерения (Ш. Ричи, 2017), (Самоукина Н.В., 2019). Опросник включает 12 факторов – потребностей человека, которые составляют его мотивационный профиль (Ш. Ричи, 2017). Каждый из представленных факторов мы соотнесли с иерархической группой по А. Маслоу (Таблица 8). **Таблица 8. Соотношение уровней потребностей по А. Маслоу и двенадцать факторов потребности Ричи и Мартина**

Уровень <sup>12</sup>	Перечень основных потребностей
1	Потребность в высокой заработной плате и материальном вознаграждении.
2	Потребность в хороших условиях работы и комфортной окружающей обстановке.
2	Потребность в четком структурировании работы, наличии обратной связи и информации, позволяющей судить о результатах своей работы, потребность в снижении неопределенности и установлении правил и директив выполнения работы.
2	Потребность формировать и поддерживать долгосрочные, стабильные взаимоотношения, предполагающая значительную степень близости взаимоотношений, доверительности.
3	Потребность в социальных контактах: в общении с широким кругом людей, легкой степени доверительности, связей с коллегами, партнерами и клиентами.
4	Потребность в завоевании признания со стороны других людей, в том, чтобы окружающие ценили заслуги, достижения и успехи индивидуума.
5	Потребность ставить для себя дерзновенные, сложные цели и достигать их.
5	Потребность во влиятельности и власти, стремление руководить другими — показатель конкурентной напористости, поскольку предусматривает обязательное сравнение с другими людьми и оказание на них влияния.
5	Потребность в разнообразии, переменах и стимуляции, стремление избегать рутины.
5	Потребность быть креативным, анализирующим, думающим работником, открытым для новых идей.
5	Потребность в самосовершенствовании, росте и развитии как личности.
5	Потребность в интересной, общественно полезной работе.
Уровни потребностей по А. Маслоу: 1 – физиологические, 2 – потребность в защите и безопасности, 3 – социальные потребности, 4 – потребность в уважении и самоуважении, 5 – потребность в самовыражении.	

Опросник Ричи и Мартина включают следующие блоки вопросов, оцениваемые по 10 балльной системе: факторы, которые могут повлиять на производительность труда, факторы, которые делают работу привлекательной, условия, которые не нравятся в работе. Такая постановка вопросов позволяет оценить профиль с позиции мотивации и демотивации (Ш. Ричи, 2017).

Таким образом, для обеспечения вовлеченности сотрудников в процесс корпоративного обучения необходимо разработать комплекс мотивации мер с учетом достижений психологии, педагогики и менеджмента.

## 1.8. Заключение по результатам анализа литературных данных

1. Подводя итог изучения литературных источников по тематике моего исследования, можно сделать вывод, что реализация корпоративного обучения носит трансконтинентальный и панотраслевой характер. Потребность в кор-

поративном обучении не зависит от уровня экономического развития страны и предприятия.

2. Внедрение корпоративного обучения в МО является неотъемлемым звеном по обеспечению оказания пациентам качества и безопасности медицинской помощи, и реализации целей, стоящих перед медицинской отраслью в целом.

3. Выбор вариантов корпоративного обучения в МО обусловлен целью конкретного обучения, имеющимися ресурсами МО (временными, кадровыми, финансовыми). Наиболее целесообразно подбирать необходимую комбинацию потребных видов корпоративного обучения. Перспективно использование дистанционных и симуляционных форм и методов обучения.

4. Для реализации компетентностного, ориентированного на пациента подхода рационально использовать профильные направления и показатели, изложенные в ПР НИК РЗН по обеспечению внутреннего контроля качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности, с соблюдением принципа разумной достаточности.

5. Для успешной реализации корпоративного обучения необходимо сформировать пул компетентных внутренних преподавателей и наставников и обеспечить их необходимыми стандартизированными обучающими материалами и средствами контроля.

6. Корпоративное обучение немыслимо без сформированной по единым принципам всесторонней комплексной оценки эффективности. В качестве модели оценки, возможно, разработать систему, взяв за основу принципы, погруженные в модель Киркпатрика.

7. Необходимо также предусмотреть комплекс мер, направленных на решение возможных проблем при реализации корпоративного обучения, а также разработать и реализовать систему мотивации сотрудников.

## ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данное диссертационное исследование является комплексным, направлено на формирование единого подхода к изучению роли научно-методического подхода к управлению внутренним корпоративным обучением в МО для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности. Выдвинутая гипотеза исследования заключалась в том, что эффективно выстроенное ВКО положительно влияет как на уровень качества и безопасности медицинской деятельности, так и на уровень культуры безопасности в МО.

Теоретическую и методологическую основу представленного диссертационного исследования составили фундаментальные научные и прикладные исследования отечественных и зарубежных специалистов по проблемам организации и управления ВКО в МО, методологические и методические подходы к оптимизации обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности МО, законодательные нормативные правовые акты, данные официальной статистики и материалы собственных исследований.

### 2.1. Программа и основные этапы исследования

В соответствии с целью и задачами была разработана программа проведения исследования.

**Объектом исследования** стала система непрерывного корпоративного обучения сотрудников МО.

**Предмет исследования** – профессиональные компетенции медицинских работников для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности.

**Единицами наблюдения**, исходя из решаемых задач, являются научная публикация, нормативный правовой документ, локальный нормативный акт МО, отчет МО, должностная инструкция сотрудников МО, анкета сотрудников МО, журналы теоретического и практического обучения сотрудников, ведомости практического обучения сотрудников, чек-листы результатов внутренних аудитов, отчеты по результатам внутренних аудитов, результаты оценки количественных и качественных индикаторов.

Программа исследования включала реализацию задач, объединенных в последовательные этапы. Программа исследования представлена в Таблица 9.

**На первом этапе** исследования определены цель, задачи, предмет, объекты и методы исследования, в соответствии с рабочей гипотезой разработана программа исследования, проведен анализ научных публикаций.

**На втором этапе** проведена оценка исходного состояния корпоративного обучения в МО для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности по состоянию на начало внедрения ПР НИК РЗН. Для проведения анализа был использован контент-анализ нормативно-правовых актов, регламентирующих исходную организацию ВКО в регионе и в МО, представленные Положением о профессиональном развитии медицинских работников (включающее порядок организации и осуществления обязательных видов обучения в МО), Общебольничным планом профессионального развития медицинских работников. Кроме того, проведено картирование текущего состояния процесса «Организация обучения (теоретического) медицинских работников отделения».

По результатам выполнения первой и второй задач исследования, выявлены особенности реализации ВКО в МО, определены направления и инструменты оптимизации процесса ВКО.

**Таблица 9. ПРОГРАММА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Задачи исследования	Методы исследования	Единицы наблюдения и объём исследования	Источники информации	Сроки
1. Изучить опыт применения корпоративного обучения в медицинской организации в системе здравоохранения Российской Федерации и за рубежом.	Контент-анализ, Системный анализ	Научные публикации (218 источник, из них отечественных – 87, зарубежных – 131)	Зарубежные и отечественные источники литературы по корпоративному обучению, в том числе в МО	2021-2023
2. Оценить исходное состояние корпоративного обучения в медицинской организации - базе исследования для обеспечения КМП и БМД.	Контент-анализ нормативных актов; Системный анализ; Статистический; SWOT-анализ; Методика картирования.	Нормативно-правовые акты, регламентирующие организацию ВКО в регионе и в МО; Отчетные формы по результатам обучения.	Положение о профессиональном развитии медицинских работников, включающее порядок организации и осуществления обязательных видов обучения в МО. Общебольничный план профессионального развития медицинских работников. Карта текущего состояния процесса «Организация обучения (теоретического) медицинских работников отделения».	2021-2022
3. Модернизировать и апробировать систему управления корпоративным обучением в МО для обеспечения качественной и безопасной медицинской деятельности с ис-	Системный подход; Процессный подход; Системный анализ; Методы математической статистики. Методика картирования; Социологический метод (анкетирование)	ЛНА, регламентирующие корпоративное обучение по обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности; ЛНА, определяющие компетенции сотрудников, по определению качества и безопасности медицинской деятельности (от 329 до 345 СОПов); Матрицы компетенций сотрудников для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности (от 1297 до 1305	ПР НИК РЗН; Положение об управлении и порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; Порядок по разработке, внедрению и применению Стандартных операционных процедур (СОП); СОПы (источник информации матрицы компетенций для каждой должности)	2021-2023

Задачи исследования	Методы исследования	Единицы наблюдения и объём исследования	Источники информации	Сроки
пользованием научно-методических подходов.		индивидуальных матриц сотрудников); Результаты оценки мотивационного профиля по повышению заинтересованности сотрудников в обучении вопросам качества и безопасности медицинской деятельности (опрос 529 сотрудников МО); Использование материалов 1,2 этапов	Порядок практического обучения уполномоченными по качеству сотрудников подконтрольных структурных подразделений по вопросам качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности Анализ внутреннего контроля соблюдения требований ПР НИК РЗН в динамике. Карта целевого состояния процесса «Организация обучения (теоретического) медицинских работников отделения». Анкеты сотрудников «Оценка мотивационного профиля сотрудников для организации эффективного корпоративного обучения в МО»	
4. Разработать критерии оценки эффективности и провести анализ эффективности системы корпоративного обучения.	Системный анализ; Социологический метод (анкетирование); Методы математической статистики; Экспертный метод. Применение шкалы Лайкерта; Статистический анализ;	Показатели результатов теоретического (сводные журналы теоретического обучения (16978 журналов) более 1200 сотрудников (от 1297 до 1305)) и практического 9 Сводные журналы практического обучения 1200 сотрудников (от 1297 до 1305)) обучения формированию компетенций для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности; Показатели вовлеченности сотрудников в процесс обучения вопросам качества и безопасности медицинской деятельности (опрос 1215 (сотрудников суммарно в 2 опросах: 505 и 710 соответственно);	Положение об управлении и порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; Порядок по разработке, внедрению и применению Стандартных операционных процедур (СОП); Порядок практического обучения уполномоченными по качеству сотрудников подконтрольных структурных подразделений по вопросам качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности АИС «Контроль качества»;	2021-2023

Задачи исследования	Методы исследования	Единицы наблюдения и объём исследования	Источники информации	Сроки
		<p>Показатели работы МО по обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности (Сводные результаты внутренних аудитов по итогам календарных годов, 45 отделений в формате);</p> <p>Использование материалов 1,2,3 этапов</p>	<p>Сводный отчет за полугодие о результатах внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в динамике;</p> <p>Индикаторы для оценки качества и безопасности медицинской деятельности;</p> <p>Анкеты оценки вовлеченности сотрудников в процесс обучения вопросам качества и безопасности медицинской деятельности</p>	
<p>5. Оценить влияние корпоративного обучения на уровень культуры безопасности в медицинской организации.</p>	<p>Системный анализ;</p> <p>Применение шкалы Лайкерта;</p> <p>Методы математической статистики;</p> <p>Статистический анализ;</p> <p>Социологический метод (анкетирование).</p>	<p>Результаты оценки уровня культуры безопасности сотрудников МО (опрос 12343 респондентов региона (суммарно в 2 опросах: 5117 и 7226 соответственно), в том числе сотрудников ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» 922 респондента (суммарно в 2 опросах: 421 и 501 соответственно))</p>	<p>Анкеты сотрудников «Отношение к безопасности в МО»</p>	<p>2020 и 2024</p>

На третьем этапе сформулирован перечень необходимых компетенций для проведения ВКО с учетом функциональных обязанностей при реализации бизнес-процессов на основе показателей ПР НИК РЗН.

При разработке программы ВКО очерчены возможные и обоснованно необходимые методы приобретения требуемых знаний, методы формирования умений и навыков по применению знаний на практике и методы оценки эффективности обучения проверки и оценки знаний, умений и навыков.

Сформирован оптимальный спектр методов ВКО в том числе: в дистанционном или очном формате, индивидуальное или групповое, линейное или каскадное обучение, теоретическое или практическое, а также комбинация форм и методов ВКО.

Далее были конкретизированы методы формирования умений и навыков по использованию знаний на практике с применением симуляционного обучения, решения ситуационных задач.

Следующим шагом были выбраны методы оценки эффективности обучения, в том числе проверки и оценки знаний, умений и навыков.

Проведено исследование нормативно-правовых актов по теме исследования, в том числе локальных нормативных актов МО, должностных инструкций сотрудников, ПР НИК РЗН. Анализ проведен с использованием различных методов: системный и процессный подход, контент-анализ, метод моделирования матрицы необходимых компетенций, статистический анализ, экспертный метод.

Формализованы существующие бизнес-процессы, выявлены ключевые проблемы в существующей организации бизнес-процессов корпоративного обучения для обеспечения оказания качества и безопасности медицинской помощи в МО на основе требований ПР НИК РЗН.

Для промежуточной оценки эффективности выстроенной системы ВКО проведено картирование целевого состояния процесса «Организация обучения (теоретического) медицинских работников отделения».

По результатам выполнения первой и второй задачи обоснована возможность разработки перечней необходимых компетенций сотрудников с учетом категории должности для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности, а также перечня западающих компетенций по результатам контроля теоретических знаний и практических навыков.

Был применен принцип непрерывного улучшения качества. Вследствие чего проведено определение мотивирующих и демотивирующих факторов для ВКО сотрудников. На основании выявленных факторов проведена коррекция подходов к организации ВКО.

Сформирована база для разработки программы ВКО в МО с применением процессного подхода, а также программа оценки эффективности корпоративного обучения для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности на основе требований ПР НИК РЗН.

– Разработаны методические подходы для внедрения системы непрерывного корпоративного обучения в МО для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности.

– Апробированы разработанные методические подходы к внедрению системы непрерывного корпоративного обучения в МО.

Разработаны и внедрены: индикаторы оценки эффективности корпоративной системы обучения, АИС «Контроль качества», в том числе аналитический модуль, автоматизированно сформированы виртуальные индивидуальные/групповые образовательные траектории для каждой должности МО.

Использованы материалы 1,2 этапов исследования.

**На четвертом этапе** проведена оценка эффективности корпоративного обучения путем проведения анализа статистических показателей деятельности МО, а также проведена оценка вовлеченности сотрудников в процесс обучения вопросам качества и безопасности медицинской деятельности. Данная задача выполнена на основе проведенного в динамике анкетирования самооценки сотрудников по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности. Ан-

кетирование проведено анонимно с применением дистанционных форм опроса с интервалом в 2 года.

Использованы материалы 1,2,3 этапов исследования.

**На пятом этапе** проведена оценка значения влияния внутрикорпоративного обучения на формирование положительной культуры безопасности, включающей в себя необходимые компетенции, мотивацию, вовлеченность, приверженность сотрудников, что приводит к непрерывному улучшению качества и безопасности медицинской деятельности с интервалом в 3 года, и в сравнении с другими МО региона.

## **2.2. Общая характеристика объекта исследования**

Базой исследования явилась ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5».

В соответствии с лицензией и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее ТПГГ)<sup>10</sup> поликлиника оказывает:

- первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара в плановой и неотложной формах;
- первичную доврачебную медико-санитарную помощь;
- первичную врачебную медико-санитарную помощь;
- первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Согласно ТПГГ, в целях соблюдения этапов оказания медицинской помощи, планирования рационального размещения МО в зависимости от административно-территориальной принадлежности и вида медицинской помощи, а также определения дифференцированных нормативов объема медицинской помощи в рамках ТПГГ, МО распределяются по трем уровням. ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» относится к 1 уровню.

В настоящее время поликлиника имеет 12 самостоятельных филиалов.

Структурные подразделения в своем составе имеют: шесть терапевтических отделений (два из которых открыто в 2021 году), пять педиатрических отде-

---

<sup>10</sup> Постановление Правительства Тюменской области постановление от 29 декабря 2022 г. n 1041-п «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Тюменской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов»

лений (одно из которых открыто в 2021 году), также пять отделений узких специалистов (два из которых открыто в 2021 году), стоматологическое отделение; отделение медико-социальной помощи взрослому населению, отделение медико-социальной помощи детскому населению, два отделения для оказания медицинской помощи в образовательных учреждениях (одно из которых открыто в 2021 году), отделение медицинской профилактики и центр здоровья (для взрослого населения), два дневных стационара (один из которых открыт в 2022 году), центр амбулаторной хирургии с центром амбулаторной урологии, клинко-диагностическую лабораторию, отделение функциональной диагностики, рентгенологическое отделение, травматологическое отделение (открыто в 2022 году), отделение неотложной медицинской помощи взрослому (открыто в 2022 году) и детскому населению, женскую консультацию (открыта в 2021 году). В 2022 году в поликлинике открыты два дополнительных филиала.

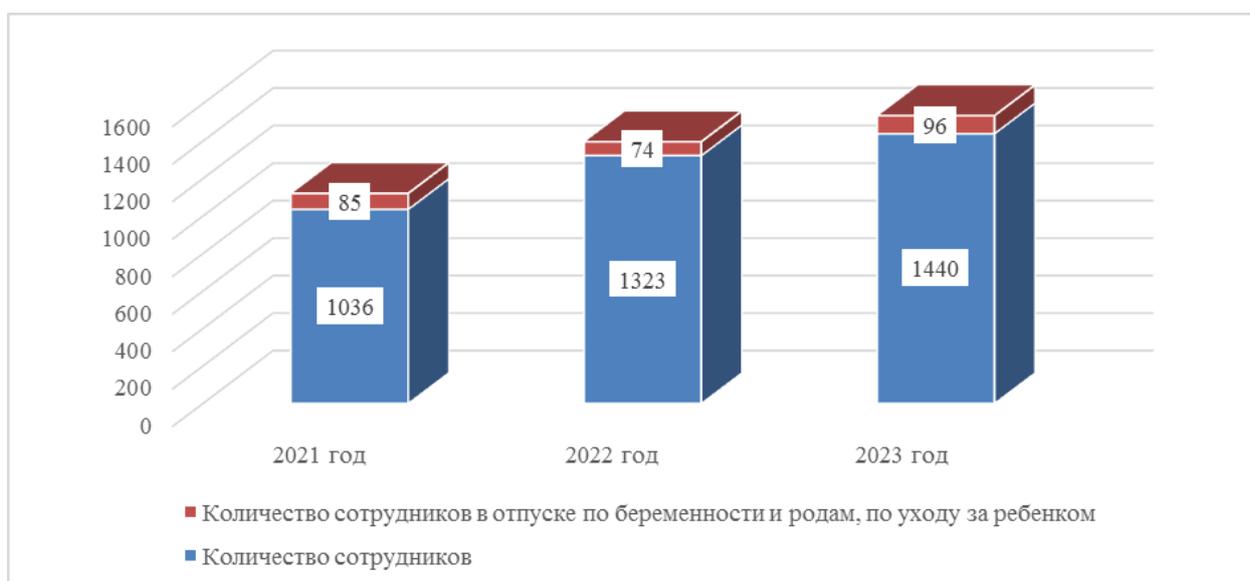
Численность обслуживаемого населения постоянно увеличивается, что подтверждается неуклонным ростом количества прикрепленного населения (Таблица 10).

**Таблица 10. Численность прикрепленного населения ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» за период 2021-2023 гг. (человек)**

Отчетный период	Количество прикрепленного населения, чел.		
	Взрослое население	Детское население	Всего
по состоянию на 01.01.2021	99 143	35 365	134 508
по состоянию на 01.01.2022	102 421	37 216	140 637
по состоянию на 01.01.2023	105 807	39 164	147 045

За три года прирост прикрепленного населения составил 9,3%, в том числе взрослого населения на 6,7%, детского населения на 10,7%.

За этот же период количество сотрудников увеличилось на 37% с 1 121 человек до 1 536 человек (Рисунок 3).



**Рисунок 3. Динамика соотношения количества сотрудников, находящихся в отпуске по беременности и родам и по уходу за ребенком, период 2021-2023 гг. (человек)**

Такой рост численности сотрудников обусловлен рядом факторов: открытием двух филиалов в сентябре, октябре 2021 года, а также усилиями кадровой политики, направленной на устранение кадрового дефицита.

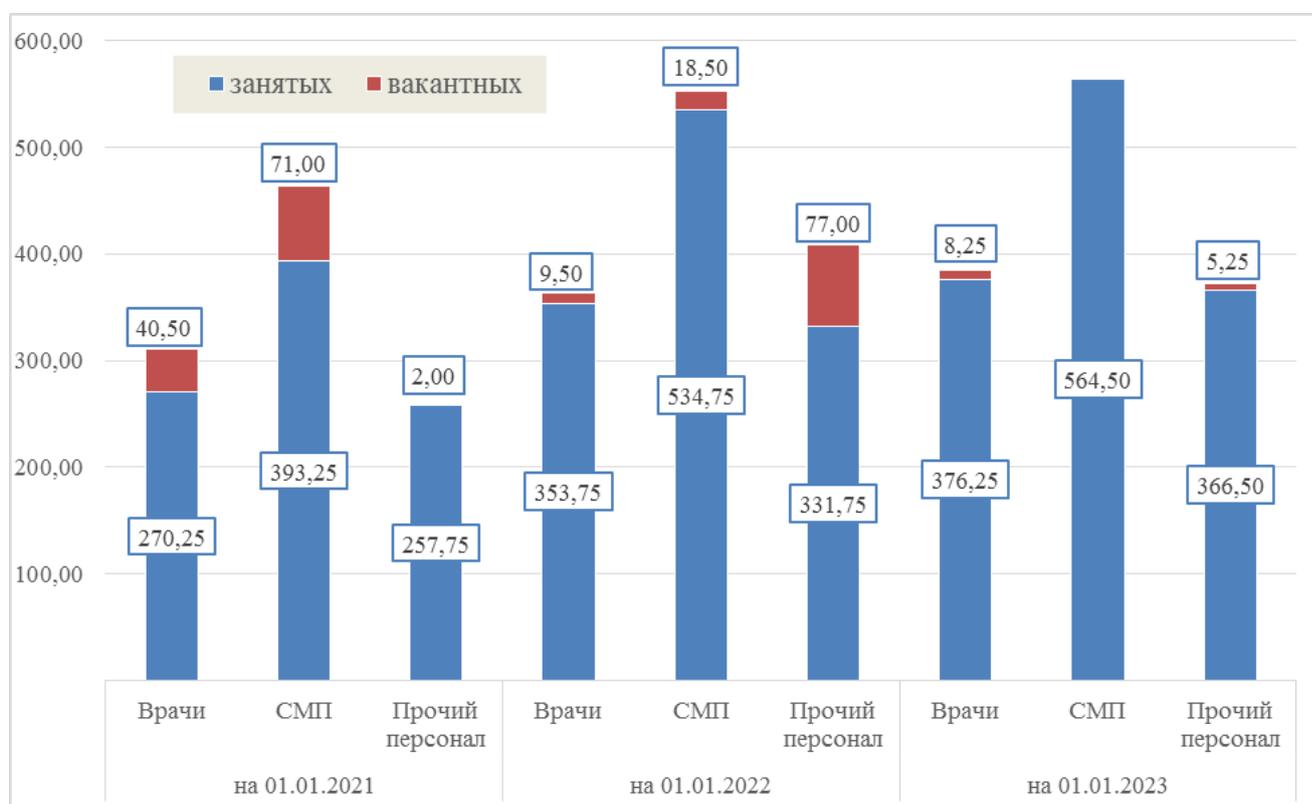
Общая укомплектованность повысилась на 10%, с 89 до 99%. В том числе укомплектованность врачами с 87 до 97,8%, средним медицинским персоналом с 84,7% до полной укомплектованности. Кроме того, удалось преодолеть наметившийся дефицит по всем остальным должностям в 2022 году с 81,2% до 98,6% (Таблица 11, Рисунок 4). В среднем укомплектованность на 10 тысяч прикрепленного населения за период 2021-2023 годов выросла в 1,3 раза. Рост укомплектованности в отношении прикрепленного населения отмечен по всем категориям должностей. Менее всего для врачей (в 1,27 раза), больше всего для СМП (в 1,31 раза).

**Таблица 11. Динамика укомплектованности сотрудниками за период 2021-2023 гг. в разрезе групп должностей (штатные единицы)**

Группы должностей		Врачи	Средний медперсонал	Прочий персонал	Всего должностей
на 01.01.2021	Абс., человек	270,25	393,25	257,75	921,25
	На 10 тыс. прикрепленного населения	20,09	29,24	19,16	68,49
	Укомплектованность, %	87,0	84,7	99,2	89,0
на 01.01.2022	Абс., человек	353,75	534,75	331,75	1220,25
	На 10 тыс. прикрепленного населения	25,15	38,02	23,59	86,77

Группы должностей		Врачи	Средний медперсонал	Прочий персонал	Всего должностей
	Укомплектованность, %	97,4	96,7	81,2	92,1
на 01.01.2023	Абс., человек	376,25	564,50	366,50	1307,25
	На 10 тыс. прикрепленного населения	25,59	38,39	24,92	88,90
	Укомплектованность, %	97,9	100,0	98,6	99,0

Сохраняется дефицит по ряду врачебных специальностей в том числе: неврологи – из 11,25 штатных единиц укомплектованы 9,75, оториноларингологии – из 4,5 штатных единиц укомплектованы 3,5, офтальмологи – из 11,5 штатных единиц укомплектованы 10,5, педиатры – из 79,00 штатных единиц укомплектованы 77,75 (Рисунок 4).



**Рисунок 4. Динамика соотношения вакантных и занятых мест сотрудниками за период 2021-2023 гг. в разрезе групп должностей (штатные единицы)**

Увеличение количества сотрудников произошло преимущественно за счет молодых специалистов. Доля сотрудников в возрасте 20-29 лет имеет склонность к росту на протяжении исследуемого периода с 19,7 (Min-Max 47,95-66,78) до 25,8% (Min-Max 80,3-102,86). Также отмечается уменьшение удельной доли сотрудников старше 50 лет (с Min-Max 31,5-43,76 до 179,18-206,82). (Таблица 12, Рисунок 5, Таблица 13)

**Таблица 12. Динамика соотношения численности сотрудников в разрезе возрастных групп на протяжении 2021-2023 гг.**

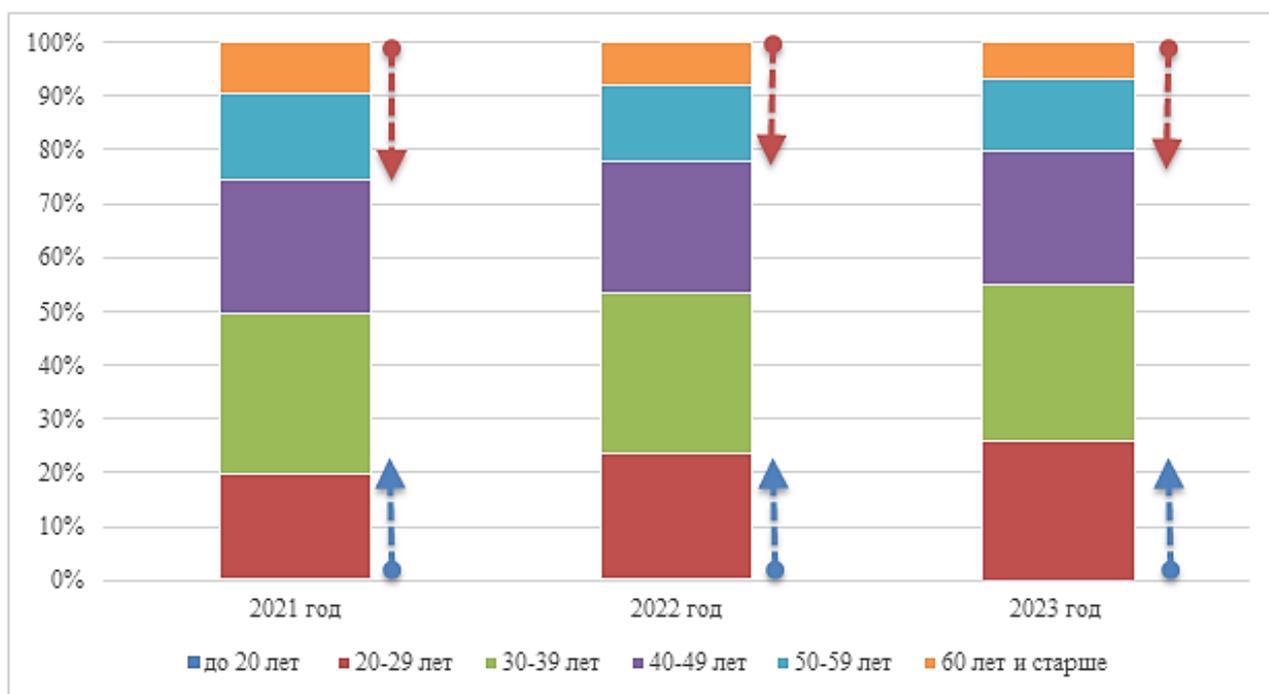
Возрастные группы	2021 год			2022 год			2023 год		
	Доля от общего количества, %	Min-Max	Max/Min	Доля от общего количества, %	Min-Max	Max/Min	Доля от общего количества, %	Min-Max	Max/Min
до 20 лет	0,2	0,64-2,16	3,4	0,2	0,84-2,36	2,8	0,1	0,33-2,47	7,5
20-29 лет	19,7	47,95-66,78	1,4	<b>23,4</b>	63,17-82,93	1,3	<b>25,8</b>	80,3-102,86	1,3
30-39 лет	29,6	66,43-84,1	1,3	29,9	83,44-104,56	1,3	29,2	100,89-125,75	1,2
40-49 лет	25,1	54,65-71,14	1,3	24,3	68,88-88,39	1,3	24,5	83,94-106,58	1,3
50-59 лет	16,0	31,5-43,76	1,4	<b>14,4</b>	38,93-54,02	1,4	<b>13,4</b>	179,18-206,82	1,2
≥60 лет	9,4	20,57-29,18	1,4	<b>7,9</b>	25,27-36,35	1,4	<b>6,9</b>	29,97-42,9	1,4
<b>Общий итог</b>	100	238,12-270,82	1,1	100	299,1-337,95	1,1	100	364,14-409,54	1,1

Наблюдается закономерность снижения среднего возраста сотрудников с 41,1 года до 39,3 лет по всем категориям должностей. Особенно заметно снижение среднего возраста среди врачей с 39,1 до 37,7 лет, при этом отмечается постепенное снижение среднего отклонения для этой группы должностей с  $\pm 9,6$  до  $\pm 8,7$  лет. Еще одна группа должностей также показала снижение среднего возраста – СМП с 40,4 до 38,5 лет. Для группы СМП отмечалось постепенное увеличение среднего отклонения от  $\pm 9,8$  до  $\pm 10,2$  лет (Таблица 13).

**Таблица 13. Динамика среднего возраста сотрудников в разрезе категорий в период 2021-2023 гг.**

Категории должностей	2021 год, лет	2022 год, лет	2023 год, лет
Врачи	39,1 $\pm$ 9,6	37,9 $\pm$ 9,1	37,2 $\pm$ 8,7
СМП	40,4 $\pm$ 9,8	39,2 $\pm$ 10,1	38,5 $\pm$ 10,2
Прочие специалисты	44,4 $\pm$ 10,5	43,2 $\pm$ 10,2	42,8 $\pm$ 9,6
Общие показатели	41,1 $\pm$ 10,1	39,9 $\pm$ 10,0	39,3 $\pm$ 9,8

Такой высокий удельный вес молодых сотрудников задает особую актуальность организации проведения ВКО. Также имеющийся дрейф в сторону молодого персонала и уменьшения удельного веса более возрастных сотрудников потенциально создает дефицит сотрудников, имеющих более длительный опыт работы в отрасли.



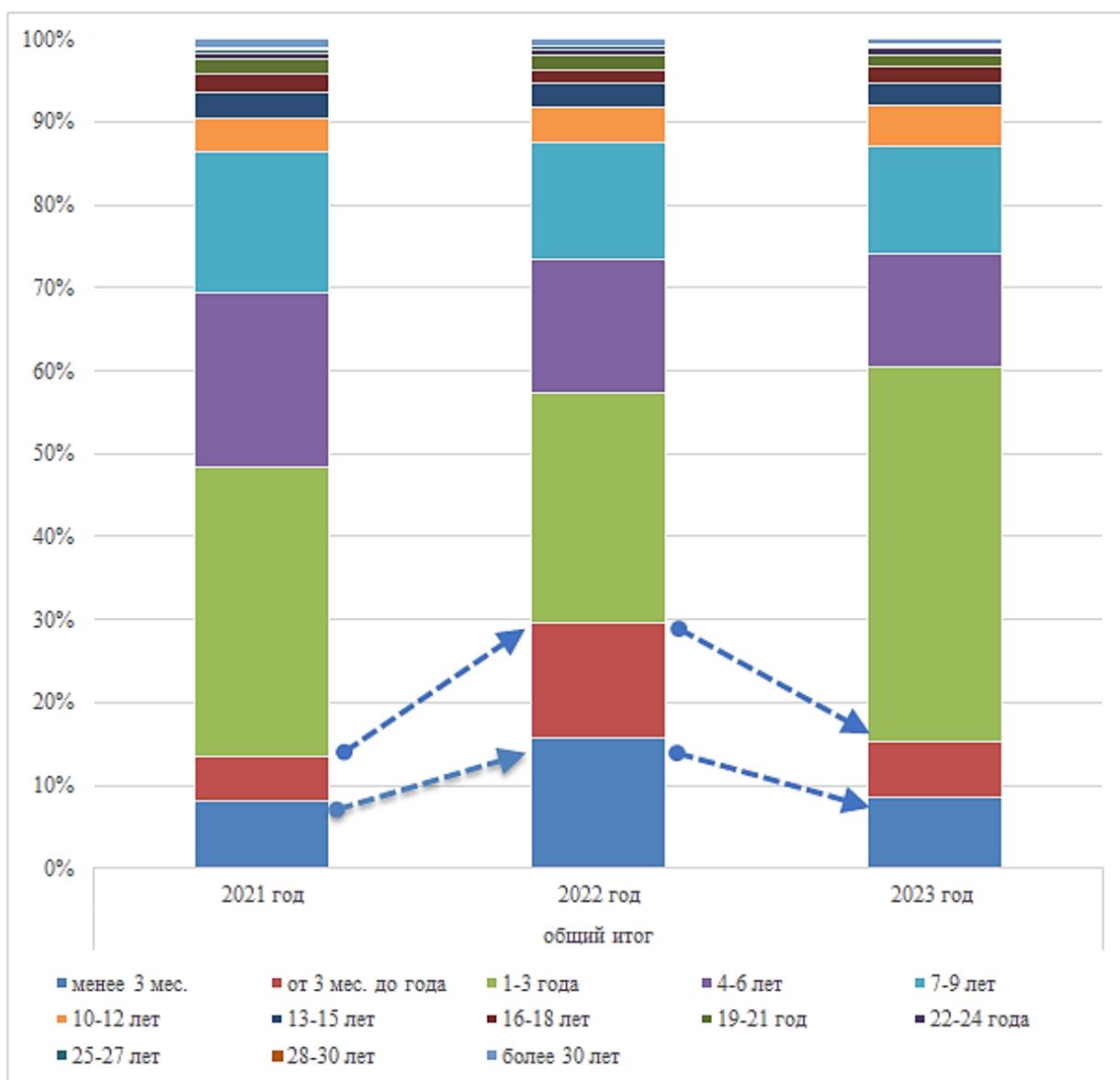
**Рисунок 5. Динамика соотношения количества сотрудников в разрезе возрастных групп за период 2021-2023 гг.**

На начало 2022 года каждый третий сотрудник работал в клинике менее 1 года, а 15% сотрудников (207 человек из 1323) работали менее 3 месяцев (Рисунок 6).

На начало 2023 года доля сотрудников, работающих менее года, практически вернулась к аналогичным показателям 2021 года:

- менее 3 месяцев: на 1 января 2021 года – 8,2%; на 1 января 2022 года – 15,6%; на 1 января 2023 года – 8,5%;
- от 3 мес. до года на 1 января 2021 года – 5,3%; на 1 января 2022 года – 13,8%; на 1 января 2023 года – 6,7%.

Большой удельный вес сотрудников, принятых в конце 2021 года, сказался на статистических показателях, отражающих увеличение доли сотрудников, работающих в клинике от 1 до 3 лет (Рисунок 6).



**Рисунок 6. Динамика соотношения количества сотрудников в разрезе групп стажа в МО за период 2021-2023 гг.**

Анализируя статистические показатели и их динамику, можно сделать следующие выводы о состоянии и тенденциях развития ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» в период 2021-2023 годов:

- рост численности среди прикрепленного населения;
- рост мощности МО, открытие новых филиалов, новых видов медицинской помощи (открыто травматологическое отделение, женская консультация);

- рост показателей численности медицинского персонала в абсолютных величинах и обеспеченности медицинским персоналом обслуживаемого МО контингента;
- рост абсолютного количества и удельного веса специалиста без опыта или с непродолжительным опытом работы в клинике и отрасли здравоохранения в целом, особенно среди медицинского персонала.

Такое динамическое развитие МО и обновление кадрового состава ставит дополнительные вызовы по развитию корпоративного обучения для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности.

### **2.3. Методы статистической обработки результатов исследования**

В рамках научной работы были проведены социологические исследования на базе МО с использованием дистанционных способов опроса. Для определения порогового минимального объема необходимой выборки в медицинских исследованиях использовались методики В.И. Паниотто и К.А. Отдельновой (Наркевич А.Н., Виноградов К.А., 2019). С учетом численности сотрудников МО на период проведения исследования для обеспечения уровня значимости 0,05 необходимое количество респондентов должно было быть не менее 333 человек (методика В.И. Паниотто) или 400 человек (по методике К.А. Отдельновой).

Критерии включения в опрос для каждого исследования были определены индивидуально с соблюдением принципов согласованности полученных данных. Для превенции необходимости исключения анкет, как не полностью заполненных, все вопросы были определены как обязательные. Все анкеты с незаполненными полями не допускались к отправке.

#### **2.3.1. Программа социологического исследования динамики уровня оценки вовлеченности сотрудников в процесс обучения вопросам качества и безопасности медицинской деятельности с учетом должностных обязанностей**

В ходе исследования проводилось анкетирование (Приложение 2) работников ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5» для проведения исследования изменений в динамике уровня оценки вовлеченности сотрудников в процесс обучения вопросам качества и безопасности медицинской деятельности.

В анкету были включены вопросы, объединенные в четыре блока:

1. «Блок А» – паспортная часть предполагала выбор респондентом категории должности, возрастной группы сотрудника, указание длительности стажа работы в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5» и в медицине (для сотрудников с медицинским образованием).

2. «Блок Б» – для оценки вовлеченности сотрудников в процесс обучения вопросам качества и безопасности медицинской деятельности при выполнении своих обязанностей. Каждому сотруднику были предложены обязательные универсальные варианты компетенций для его категории должности. Предлагалось выбрать все нужные ответы.

3. «Блок В» – оценки сотрудниками уровня реализации корпоративного обучения в МО, в том числе теоретического, практического обучения и наставничества. Использован вариант 10 балльной оценки шкалы Лайкерта (каждый балл соответствует 10% шагу, где 1 балл – хуже всего, 10 баллов – лучше всего).

4. «Блок Г» – самооценки сотрудниками своего уровня компетенций, необходимых для осуществления качества и безопасности медицинской деятельности. Каждому сотруднику были предложены обязательные универсальные варианты компетенций для его категории должности. Использован вариант 10 балльной оценки шкалы Лайкерта (каждый балл соответствует 10% шагу, где 1 балл – хуже всего, 10 баллов – лучше всего).

Анкетирование проводилось с применением возможностей онлайн-опроса, с дальнейшей выгрузкой и обработкой данных с использованием технических возможностей Excel (версий 2010 и 2016) в мае 2021 года и в августе 2023 года.

Критерием включения в опрос была принадлежность к одной из категорий должностей (Таблица 14). Анализ проведен в сравнении по ряду критериев, среди них: категория должности сотрудников, группа возраста сотрудников, группа стажа в МО и в медицине (для медицинских работников). Данные критерии учтены в двух временных интервалах 2021 и 2023 гг.

К анкетированию были привлечены основные категории должностей, обеспечивающих реализацию качества и безопасности медицинской деятельности в организации (Таблица 14). Разделение на категории должностей проведено с учетом деления, используемого в штатном расписании МО, и особенностей должностных обязанностей.

Возрастные группы представлены стандартными временными промежутками (Пер. с англ. П. А. Волкова, И. М. Флямер, М. В. Либерман, А. А. Галицына, 2015) в 10 лет: гр. 20-29 лет, гр. 30-39 лет, гр. 40-49 лет, гр. 50-59 лет. Сотрудники пенсионного возраста объединены в одну группу – 60 лет и старше.

**Таблица 14. Перечень должностей сотрудников и соотношение их с категориями должностей, принявших участие в анкетировании**

<i>№</i>	<i>Категория должности<sup>14</sup></i>	<i>Должности сотрудников, включённые в данную категорию должностей</i>	<i>Сокращенный вариант наименования категории</i>
1.	Прочий персонал	администраторы и регистраторы	Регистраторы
2.	Должности специалистов с высшим медицинским образованием (врачи) и должности руководителей структурных подразделений МО	врачи, заведующие отделениями, заведующие поликлиниками, заведующие секторами, врачи клинической лабораторной диагностики, заведующий лабораторией	Врачи
3.	Должности специалистов с высшим (немедицинским) образованием	биологи, врачи-лаборанты, инструктор - методист по ЛФК, инструктор по лечебной физкультуре	СВНМО
4.	Должности специалистов со средним медицинским образованием:	акушерки, гигиенисты стоматологические, зубные врачи, медицинские сестры/братья, медицинские лабораторные техники, рентген лаборанты, старшие медицинские сестры, старшие медицинские сестры поликлиник, старший лаборант, старший фельдшер, фельдшера	СМП
5.	Хозяйственно-обслуживающий персонал	уборщики производственных помещений	УПП

С учетом современных представлений процесса профессионализации (Зеер Э.Ф., 2015) на протяжении трудовой жизни, чередования стадий профессионали-

зации, кризисных периодов и их примерной продолжительности была рассчитана длительность стажа для каждой стадии (Таблица 15).

**Таблица 15. Определение длительности стажа в отношении стадии профессионализации и кризисных периодов**

№	Наименование стадии профессионализации и кризисных периодов	Возраст сотрудников	Длительность стажа
0а.	кризис профессионального выбора	16–18 лет или 19–21 год	меньше года
1	стадия профессиональной адаптации	18–23 года	1-3 года
1а	кризис профессиональных ожиданий	18–20 лет или 21–23 года	4-5 лет
2	стадия первичной профессионализации	23–27 лет	6-10 лет
2а	кризис профессионального роста	30– 33 года	11-13 лет
3	стадия вторичной профессионализации	27–33 года	14-15 лет
3а	кризис профессиональной карьеры	38–40 лет	16-18 лет
4	стадия акмеопрофессионализма (стадия мастерства)	33–55 лет	19-30 лет
4а	кризис социально-профессиональной самоактуализации	48–50 лет	24-26 лет
5а	кризис утраты профессиональной деятельности	55–60 лет	больше 30 лет

Респонденты по стажу работы в МО и в медицине как отрасли (для медицинских работников) были сгруппированы следующим образом:

до 3 месяцев; от 3 месяцев до года; 1-3 года; 4-6 лет; 7-9 лет; 10-12 лет; 13-15 лет; 16-18 лет; 19-21 год; 22-24 года; 25-27 лет; 28-30 лет; больше 30 лет.

При формировании групп стажа был учтен ряд факторов. Возможные сроки начала трудовой деятельности у разных групп категорий должностей значительно разнятся, с учетом требований к уровню квалификации для осуществления их профессиональной деятельности. Так, для администраторов, регистраторов, уборщиков производственных помещений предъявляется требование – наличие среднего образования, а, следовательно, данные сотрудники готовы приступить к работе уже в возрасте 18 лет. Основная часть специалистов со средним медицинским образованием, с учетом длительности сроков обучения, приступают к трудовой деятельности спустя 3 года, а специалисты с высшим медицинским образованием не ранее, чем через 6 лет. Учитывая фактор разницы в начале профессиональной деятельности, за единицу оценки стадий и кризисов профессионализации был взят

не возраст сотрудников, а длительность стажа. Также при отслеживании длительности стадий и кризисных периодов определена закономерность, основная часть периодов кратна числу 3. В связи с этим стаж работы сотрудников был разделён на промежутки с интервалом в 3 года. Кроме того, был выделен период первых трех месяцев работы (как период адаптации) и период первого года работы (как возможная финальная часть кризиса профессионального выбора). Длительность стажа «30 лет и более» выделена в отдельную категорию, как соответствующую периоду кризиса утраты профессиональной деятельности сотрудниками, достигшими пенсионного возраста. Те же принципы временного деления заложены в группировку общего медицинского стажа для сотрудников с медицинским образованием. Таким образом, весь период профессиональной деятельности сотрудника можно представить периодами чередующихся стадий и кризисов профессионализации.

Для каждой группы должностей были предложены обязательные универсальные варианты компетенций для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности вне зависимости от функционала структурного подразделения. С учетом занимаемой должности были предложены группы общих и профессиональных компетенций (В. И. Блинов, Е. Ю. Есенина., 2019). При выборе компетенций учтены ключевые позиции в работе каждой категории должности, с учетом современных требований по обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности на момент проведения исследования. Поиск ключевых компетенций с учетом вызовов, стоящих перед МО в конкретный временной промежуток, является сферой интересов ряда исследователей (Nichani S, Brooks ME, Fitterman N, Lukela M, Marzano N, Sopko K, Sweigart JR. , 2023). Также выбор компетенций для каждой группы должностей обусловлен возможностью сопоставления результатов ответов с результатами внутреннего контроля качества на основе внедрения ПР НИК РЗН, что позволит интегрировать полученные ответы с оценкой эффективности ВКО в соответствии с моделью Киркпатрика на первых трех уровнях (реакция → научение → поведение) по соизмеримым компетенциям

(Хрипкова Т.П., 2007), (Agarwal A, Baitha U, Ranjan P, Swarnkar NK, Singh GP, Baidya DK, Garg R, Gupta N, Choudhury A, Kumar A, Roy A, Naik N, Khan MA, Wig N. , 2024), (Merghani T, Babiker R, O Alawad A., 2024), (Arakida M, Matsuda Y, Aoki E, Takenaka K, Yamashita R, Rokuro K, Yamazaki I, Machida K, Funakawa Y., 2020).

1. Для администраторов и регистраторов предложен выбор шести компетенций:

общие компетенции (безопасность информационных систем; действия в чрезвычайных ситуациях; этика и деонтология в общении с пациентами и его родственниками)

профессиональные компетенции (идентификация пациентов; использование средств индивидуальной защиты; оказание экстренной и неотложной помощи).

2. Для специалистов с врачебным образованием предложен выбор десяти компетенций:

общие компетенции (безопасность информационных систем; действия в чрезвычайных ситуациях; правила общения между медицинскими работниками; этика и деонтология в общении с пациентами и его родственниками;

профессиональные компетенции (гигиеническая обработка рук; идентификация пациентов; использование средств индивидуальной защиты; оказание экстренной и неотложной помощи; применение клинических рекомендаций и протоколов лечения; рациональное назначение антибактериальной терапии).

3. Для специалистов клинико-диагностической лаборатории и кабинетов ЛФК предложен выбор восьми компетенций:

общие компетенции (безопасность информационных систем; действия в чрезвычайных ситуациях; правила общения между медицинскими работниками; этика и деонтология в общении с пациентами и его родственниками);

профессиональные компетенции (гигиеническая обработка рук; идентификация пациентов; использование средств индивидуальной защиты; оказание экстренной и неотложной помощи).

4. Для специалистов со средним медицинским образованием предложен выбор девяти компетенций:

общие компетенции (безопасность информационных систем; действия в чрезвычайных ситуациях; правила общения между медицинскими работниками; этика и деонтология в общении с пациентами и его родственниками);

профессиональные компетенции (гигиеническая обработка рук; идентификация пациентов; использование средств индивидуальной защиты; оказание экстренной и неотложной помощи; рациональное назначение антибактериальной терапии (профессиональная компетенция).

5. Для уборщиков производственных помещений предложен выбор четырех компетенций:

общие компетенции (действия в чрезвычайных ситуациях);

профессиональные компетенции (гигиеническая обработка рук; использование средств индивидуальной защиты; оказание экстренной и неотложной помощи).

Исходя из количества показателей, предложенных по каждой категории должности перечней компетенций, был произведен расчет удельного веса полноты выбранных вариантов ответов, где полностью выбранный по каждой категории должности перечень соответствует 100%. Под полнотой (емкостью) выбора понимается доля выбранных ответов от возможного количества по своей категории должности.

При проведении анализа самооценки сотрудниками уровня своих компетенций, обязательных для качества и безопасности медицинской деятельности, использовалась кодировка вопросов (блок «Г» анкеты) в порядке упоминания в анкете (*Приложение 3*).

### **Характеристика респондентов**

При изучении результатов анкетирования определены основные параметры респондентов.

В 2021 году в анкетировании приняло участие 505 респондентов, что составило 60% сотрудников опрашиваемых групп должностей с разбросом от

48,68±2,95% сотрудников врачебного состава до 79,41±4,04% от общего количества администраторов и УПП. Несмотря на то, что абсолютное количество респондентов в 2023 году увеличилось на 205 человек, удельный вес снизился на 7% среди опрашиваемых групп должностей (Таблица 16). Статистически значимых различий в должностной структуре сотрудников, принявших участие в анкетировании, не установлено ( $p>0,05$ , критерий хи-квадрат Пирсона). Увеличение абсолютной численности сотрудников МО с 2021 г. к 2023 г. на 58%, включая все структурные подразделения, связано с открытием дополнительных крупных филиалов осенью 2021 года и ростом укомплектованности кадрами на 10% в сравнении с началом 2021 и 2023 годов.

**Таблица 16. Структура полноты охвата респондентов анкетированием в разрезе групп должностей**

Группа должностей	Количество сотрудников данной группы должности (генеральная совокупность), чел.		Количество респондентов (выборка), чел.		Доля сотрудников, принявших участие в анкетировании, %	
	2021 г.	2023 г.	2021 г.	2023 г.	2021 г.	2023 г.
Регистраторы	102	148	81	116	79,41±4,04%	78,38±1,66%
Врачи	304	488	148	202	48,68±2,95%	41,39±2,07%
СВНМО	9	24	6	17	66,67±12,5%	70,83±7,11%
СМП	390	609	240	336	61,54±1,71%	55,17±1%
УПП	38	66	30	39	78,95±4,76%	59,09±2,01%
<b>Общий итог</b>	<b>843</b>	<b>1335</b>	<b>505</b>	<b>710</b>	<b>59,91±0,84%</b>	<b>53,18±0,7%</b>

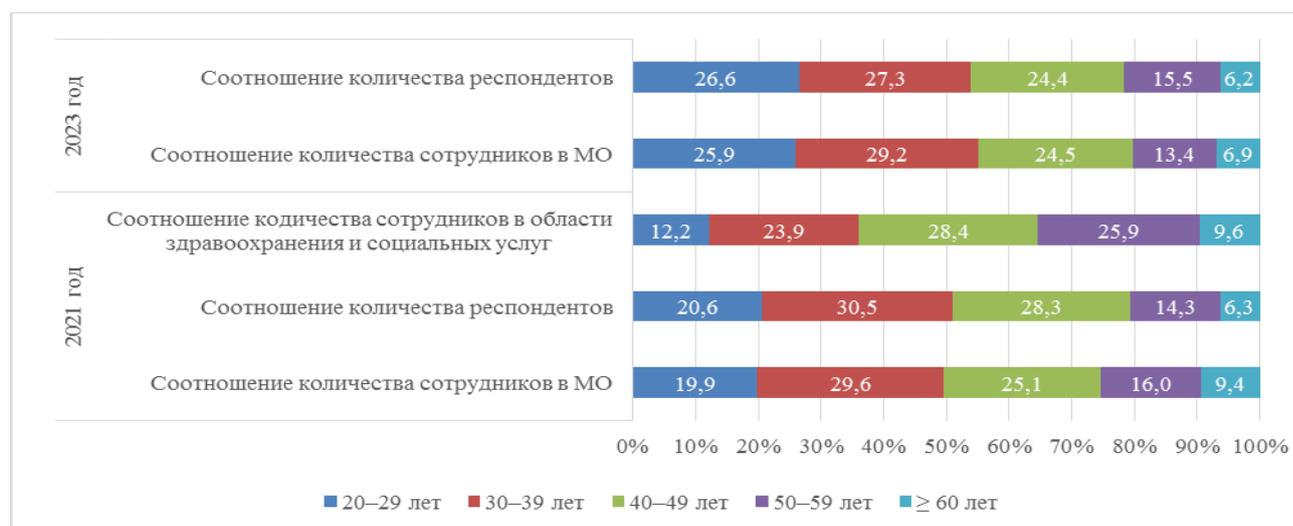
При сравнении возрастного контингента респондентов, участвовавших в опросах, отмечается увеличение удельного веса сотрудников в возрастной группе 20-29 лет на 6% за счет сопоставимого уменьшения удельного веса респондентов двух возрастных групп: 30-39 лет на 3,2% , а в группе 40-49 лет на 4,1%. Соотношение возрастных групп 50-59 лет и 60 лет и старше соотносим в обоих опросах (Таблица 17). Данные изменения соотношения возрастных групп симметричны общему изменению соотношения количества сотрудников в этих возрастных группах в эти временные промежутки и отражают повышение привлекательности МО для молодых сотрудников. Особо следует отметить увеличение активности среди более старших возрастных групп среднего медицинского персонала старше

50 лет, несмотря на то, что общее количество сотрудников этих возрастных групп практически осталось неизменным за период 2021-2023 годов.

**Таблица 17. Структура респондентов в разрезе групп должностей и возраста**

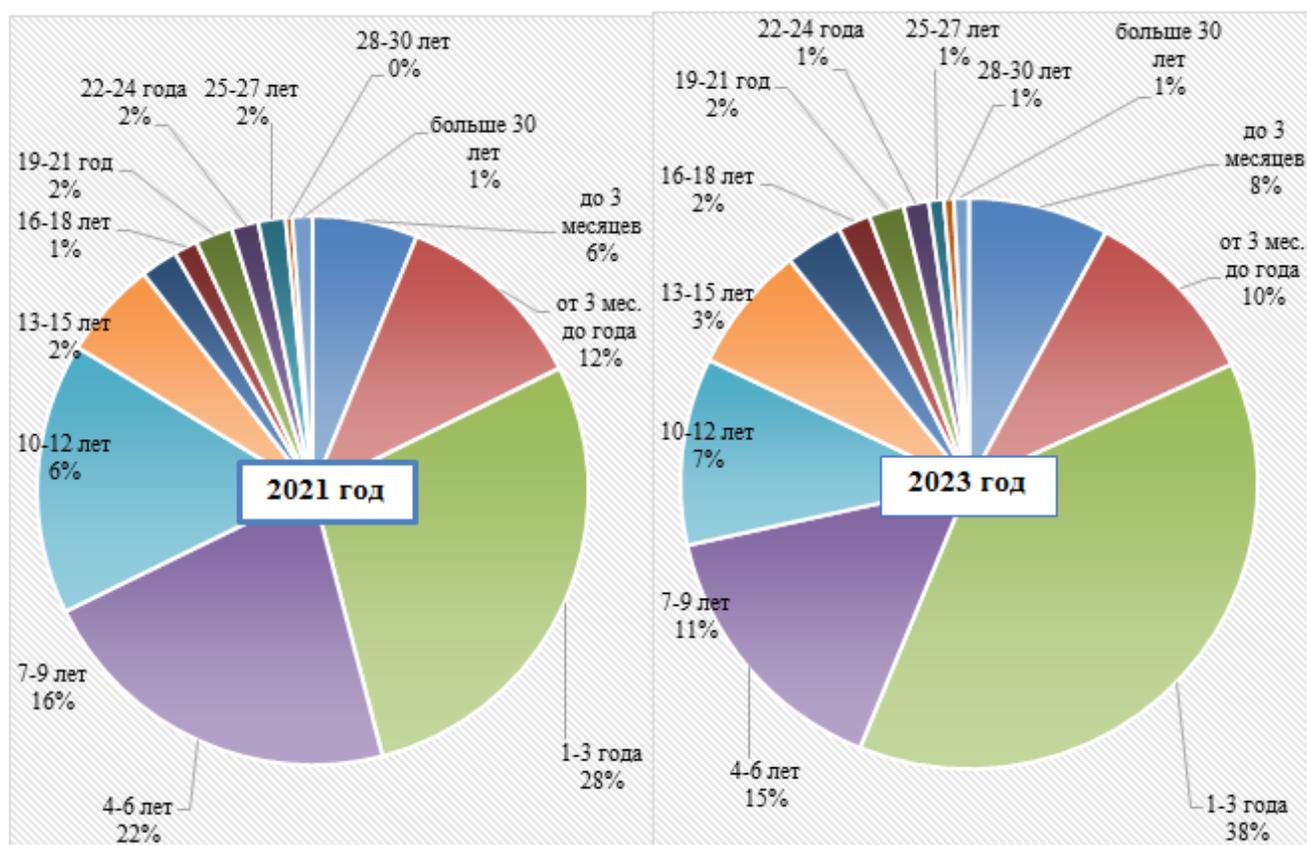
Группа должности	Возрастные группы, чел.									
	20-29 лет		30-39 лет		40-49 лет		50-59 лет		≥60 лет	
	2021 г.	2023 г.	2021 г.	2023 г.	2021 г.	2023 г.	2021 г.	2023 г.	2021 г.	2023 г.
Регистраторы	9	14	29	39	20	36	15	19	8	8
СВНМО	–	4	2	3	3	4	–	4	1	2
Врачи	42	67	56	76	27	37	14	12	9	10
СМП	52	102	62	67	81	87	34	59	11	21
УПП	1	2	5	9	12	9	9	16	3	3
<b>Общий итог</b>	<b>104</b>	<b>189</b>	<b>154</b>	<b>194</b>	<b>143</b>	<b>173</b>	<b>72</b>	<b>110</b>	<b>32</b>	<b>44</b>
Доля от общего количества респондентов, %	20,59± 4,07	26,62± ±2,9	30,5± 2,87	27,32± 2,05	28,32± 2,37	24,37± 2,54	14,26± 3,65	15,49± 3,75	6,34± 5,73	6,2±4 ,01

При оценке удельного веса активности сотрудников разных возрастных групп отмечается соизмеримое соотношение доли участия сотрудников к общей доле сотрудников, работающих в МО в этой возрастной группе (Рисунок 7). Сотрудники МО представлены более молодыми возрастными группами, чем в целом по отрасли здравоохранения и социальных услуг (Росстат, 2021), что связано со значительным притоком молодых специалистов при увеличении количества филиалов МО.



**Рисунок 7. Соотношение возрастных групп отрасли здравоохранения и социальных услуг**

Респонденты с учетом стажа работы в МО распределялись следующим образом. На долю сотрудников, имеющих стаж работы в МО от одного года до 6 лет, приходится примерно равный удельный вес (66% в 2021 году и 34% в 2023 году). В 2023 году на 10% выше удельный вес длительности стажа от года до 3 лет, что связано с открытием крупных филиалов осенью 2021 года, и соответствует соотношению стажа работы в поликлинике в целом на момент проведения второго опроса (Рисунок 8).



**Рисунок 8. Структура распределения респондентов по группам стажа в МО**

При оценке активности сотрудников разных групп должностей, в зависимости от стажа работы, обращал на себя внимание следующий тренд: сотрудники, работающие в МО в период внедрения ВКО и погруженные в данный непрерывный процесс с момента трудоустройства (с длительностью стажа до 3 лет), более активно приняли участие в опросе в 2023 году, по сравнению с аналогичной длительностью среди респондентов 2021 года практически по всем группам должностей. Если в абсолютных цифрах прирост респондентов составил 43%, то для групп стажа до 3 лет – 69%. Данный тренд отмечается среди группы администра-

торов. Количество респондентов этой группы увеличилось более чем в 2 раза. Среди врачей данная закономерность затронула более длительный стаж работы (до 6 лет). Прирост респондентов среди врачей со стажем до 6 лет составил 48%. Увеличение количества респондентов группы СВНМО произошло в 4 раза, при этом стоит отметить малое количество респондентов в обоих случаях даже в условиях 70% вовлеченности данной группы работников от всех работающих в организации. Увеличение количества респондентов среди среднего медицинского персонала составило 77% со стажем до 3 лет. Минимальный прирост (22%) отмечается только среди группы УПП (Таблица 18).

**Таблица 18. Распределение респондентов по группам стажа в МО и группам должностей**

Категория стажа работы в МО	Абс.		Min-Max		Max/ Min	
	2021 г.	2023 г.	2021 г.	2023 г.	2021 г.	2023 г.
< 3 мес.	31	56	6,96-8,54	12,43-15,57	1,23	1,25
от 3 мес. до года	58	73	12,76-16,24	12,42-16,78	1,27	1,35
1-3 года	143	270	24,68-32,52	49,56-58,44	1,32	1,18
4-6 лет	110	109	18,71-25,29	18,47-25,13	1,35	1,36
7-9 лет	81	75	13,81-18,59	13,01-16,99	1,35	1,31
10-12 лет	29	51	5,7-8,8	10,66-14,84	1,54	1,39
13-15 лет	11	23	2,62-4,72	6,13-9,21	1,80	1,50
16-18 лет	7	13	2-2,66	3-5,66	1,33	1,89
19-21 год	11	14	2,62-4,72	2,06-4,94	1,80	2,40
22-24 года	8	10	3,31-4,69	2,64-4,02	1,42	1,52
25-27 лет	8	6	3,31-4,69	1,4-4,6	1,42	3,29
28-30 лет	2	4	2-2	0,9-1,76	1,00	1,96
> 30 лет	6	6	2,2-3,8	1,4-4,6	1,73	3,29
<b>Общий итог</b>	<b>505</b>	<b>710</b>	<b>94,51-107,49</b>	<b>134,53-149,47</b>	<b>1,14</b>	<b>1,11</b>

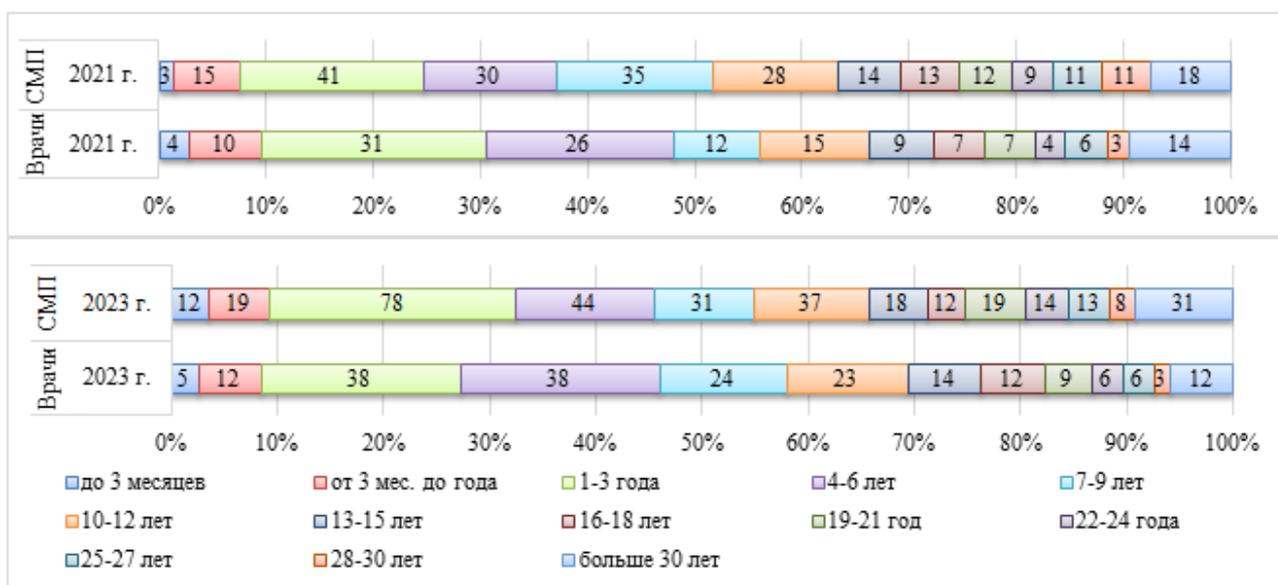
Сложившийся тренд показал бóльшую лояльность к изучению мнения среди сотрудников, работавших в период активного внедрения системы ВКО. Более низкая лояльность среди группы УПП связана с меньшим объемом обучающих программ, рассчитанных на данную группу сотрудников, а также недостаточной укомплектованностью по сравнению с другими категориями должностей. Следовательно, необходимо пересмотреть подходы к обучению УПП, наряду с мерами, направленными на повышение укомплектованности.

Полученные данные подтверждают положительное влияние формирующейся внутренней среды, культуры непрерывного ВКО на повышение лояльности сотрудников. Следует отметить, что подобные результаты были получены М. Молдестат (Moldestad M, Sayre G, Rinne S, Kaboli PJ, Reddy A, Sanders KM, Mao J, Henrikson NB, Sterling R, Nelson KM, Wong ES. , 2022) с коллегами, изучавшими перспективы влияния обучения и работы на последствия найма и удержания врачей первичной медико-санитарной помощи. Исследователи пришли к выводу, что культура рабочего места играет важную роль в привлекательности МО и удовлетворенности работой врачей.

По результатам изучения влияния стажа работы в медицине для медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала) отмечалось равномерное увеличение количества участников опроса в различных группах стажа работы в медицине (Рисунок 9). Уровень увеличения количества респондентов соотносится с общим увеличением количества сотрудников этих групп должностей. При более детальном рассмотрении групп стажа респондентов отмечалось, что среди врачей различных групп стажа в медицине на 55% фактический прирост среди тех сотрудников, которые работают менее 3 лет в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5». В отношении врачей, у которых стаж работы в медицине включает работу только в означенной организации, этот прирост составил 22%.

Более выраженная зависимость активности респондентов с учетом длительности стажа в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» отмечалась среди среднего медицинского персонала. Так, на 74% отмечен прирост среди сотрудников, имеющих различный стаж работы в медицине, но работавших в поликлинике менее 3 лет. А среди тех СМП, которые имели опыт работы только в поликлинике, рост составил 89%.

Полученные данные еще раз подтвердили ранее сделанный вывод о повышении лояльности сотрудников поликлиники, изначально при трудоустройстве погрузившихся в непрерывный процесс внедрения ПР НИК РЗН и ВКО.



**Рисунок 9. Структура распределения респондентов (медицинских работников) по группам стажа в медицине и группам должностей**

Аналогичные результаты по зависимости уровня лояльности к ВКО непосредственно в МО не найдены в доступных источниках информации. При изучении динамики уровня вовлеченности персонала, в зависимости от стажа работы в фармацевтической организации, отмечается рост вовлеченности по вопросам обучения и развития: в группе стажа от 1 до 3 лет до 67%, с последующим снижением от 3 до 10 лет (до 58%) и ростом после 10 лет стажа работы до 68% (Якимова Зоя Владимировна, Пушкина Анастасия Сергеевна, 2018).

### **2.3.2. Программа социологического исследования оценки мотивационного профиля сотрудников для организации эффективного корпоративного обучения в МО**

С учетом подходов, использованных в опроснике Ричи и Мартина, был разработан опросник «Оценка мотивационного профиля сотрудников для организации эффективного корпоративного обучения в МО» (Приложение 4).

В опросник были включены 6 вопросов. Пятый и шестой вопросы оценивают возможную мотивацию и демотивацию с учетом всех уровней потребности по А. Маслоу. В качестве эквивалента материальной мотивации выбран учет результатов ВКО в системе непрерывного медицинского образования (НМО). Балльная оценка позволила провести вычисление мотивационного профиля.

На основании анализа изученной информации, касающейся мотивации сотрудников, в том числе мотивации корпоративного обучения, необходимо было выполнить следующие мероприятия:

1. Изучить мотивационный профиль сотрудников МО с использованием разработанного опросника (Приложение 4).
2. Разработать систему мотивационных мероприятий, интегрированную в общую систему внутрикорпоративного обучения, с учетом:
  - 2.1. Приоритизации потребностей сотрудников по результатам опроса (физиологические, потребность в защите и безопасности, социальные потребности, потребность в уважении и самоуважении, потребность в самовыражении).
  - 2.2. Форм мотивации (общекорпоративная, групповая, индивидуальная).
  - 2.3. Реалистичности реализации (возможностей материальных, технических, организационных).
  - 2.4. Видов мотивации (материальная, нематериальная).
  - 2.5. Системы регулярного информирования сотрудников на всех уровнях о действующей системе мотивации.
  - 2.6. Возможности непрерывного мониторинга эффективности системы мотивации.
3. При разработке системы мотивации была минимизирована возможность влияния отрицательной мотивации, демотивации.

## **Перечень возможных мотиваторов с учетом уровней потребностей**

### **1 уровень (физиологические потребности):**

- Достаточный временной лимит для обучения.
- Равномерное распределение учебной нагрузки.
- Успешным сотрудникам абонемент в зал ЛФК/реабилитация, массаж.

### **2 уровень (потребность в защите и безопасности):**

- Доведение плана обучения, плана внутренних аудитов.
- Равномерное распределение учебной нагрузки.

### **3 уровень (социальные потребности):**

- Внутренний бенчмаркетинг.
- Доска почета, Доска почета в АИС.
- Клуб молодого терапевта/педиатра.
- Конкурсное движение.
- Организовывать обеспечение работы в условиях симуляционной площадки (техническое и методическое обеспечение).
- Ординаторская во всех филиалах.
- Привлечение общительных сотрудников как внутренних преподавателей.
- Проведение практических занятий в условиях симуляционной площадки (отдельное помещение).
- Работа профильных рабочих групп с привлечением активных сотрудников.
- Централизованный контроль своевременности обучения.

### **4 уровень (потребность в уважении и самоуважении):**

- «Чай с главным врачом».
- Внутренний бенчмаркетинг.
- Выступления на планерках.
- Доска почета, Доска почета в АИС «Контроль качества».
- Дублиеры Уполномоченных по качеству (УПК).
- Ежеквартальные конференции «День безопасности», привлечение сотрудников с докладами.
- Конкурсное движение.
- Направление на конференцию за пределы Тюмени.
- Постоянство, непрерывность как залог формирования культуры безопасности.
- Работа профильных рабочих групп с привлечением активных сотрудников.
- Регулярное доведение информации до сотрудников о результатах всех этапов оценки эффективности ВКО, от тестирования до количественных индикаторов.
- Система виртуальных призов в АИС «Контроль качества».
- Тренинги с психологом.

- Футболки, ручки, компьютерная мышь с корпоративной символикой.

#### **5 уровень (потребность в самовыражении):**

- Внутренний бенчмаркетинг.
- Выступления на планерках.
- Доска почета, Доска почета в АИС «Контроль качества».
- Ежеквартальные конференции «День безопасности», привлечение сотрудников с докладами.
- Конкурсное движение.
- Предложения по улучшениям.
- Привлечение к комиссии внутренних аудитов, к наставнической работе.
- Привлечение сотрудников к обучающим циклам.
- Работа профильных рабочих групп с привлечением активных сотрудников.
- Регистрация инцидентов.
- Регулярная актуализация КИМ, обучающих материалов.
- Ротация дублеров УПК.
- Система виртуальных призов в АИС «Контроль качества».
- Стажировки на рабочем месте.

Анкетирование проводилось в марте 2023 года с использованием возможностей дистанционного опроса, инфокоммуникационной сети Интернет. Вопросы предполагали как выбор ответа из предложенных вариантов, так и открытые формы. Опрос проводился в течение 9 дней с 09.03.23 по 17.03.23. После достижения заключительной даты доступ к анкете был закрыт.

Критерий включения респондентов – сотрудники «ГАУЗ ТО Городская поликлиника №5», по своей должности, принадлежащие к одной из пяти категорий: специалисты с врачебным образованием, специалисты со средним медицинским образованием, специалисты с высшим немедицинским образованием, администраторы или регистраторы, уборщики производственных помещений.

Статистические расчеты проводились с помощью технических возможностей Excel 2016 версии, а также онлайн-калькулятора расчета доверительного интервала<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> <https://socioline.ru/rv.php>

Для оценок ответов сотрудников использован вариант десятибалльной шкалы Лайкерта (каждый балл соответствует 10% шагу, где 1 балл – меньше всего, 10 баллов – больше всего).

### Характеристика респондентов

В анкетировании приняло участие 529 респондентов, что составило 45% от общего количества сотрудников на момент анкетирования, в том числе 47% сотрудников от общего количества работников с медицинским образованием и 34% сотрудников от общего количества без медицинского образования (Таблица 19).

**Таблица 19. Структура полноты охвата респондентов анкетированием в разрезе групп должностей**

Группа должности	Генеральная совокупность, чел. <sup>12</sup>	Количество респондентов (выборка), чел.	Доля анкетированных сотрудников, %	Доверительный интервал, %
Специалисты с медицинским образованием				
Врачи <sup>13</sup>	388	174	45%	±5,52%
СМП <sup>14</sup>	572	280	49%	±4,19%
<i>Итого медицинских работников:</i>	960	454	47%	±3,34%
Специалисты с немедицинским образованием				
СВНО <sup>15</sup>	18	13	72%	±14,74%
Администраторы, регистраторы	154	49	32%	±11,6%
УПП <sup>16</sup>	50	13	26%	±23,62%
<i>Итого работников без медицинского образования:</i>	222	75	34%	±9,23%
<b>Общий итог</b>	<b>1182</b>	<b>529</b>	<b>45%</b>	<b>±3,17%</b>

С учетом сложившейся выборки за счет сотрудников, принявших участие в анкетировании, результаты анализа полученных данных с высокой долей надежности (95%) можно было распространять на всех работников, так как доверительный интервал составляет 3%.

<sup>12</sup> Количество сотрудников данной группы должности

<sup>13</sup> Врачи -Специалисты с врачебным образованием

<sup>14</sup> СМП – средний медицинский персонал (Специалисты со средним медицинским образованием)

<sup>15</sup> СВНО - Специалисты с высшим немедицинским образованием

<sup>16</sup> УПП - Уборщики производственных помещений

Для оценки влияния различных факторов среди респондентов были выделены группы по должности, по длительности стажа работы в МО и по возрасту.

Должности представлены следующими группами: «врачи», включающая специалистов с высшим медицинским образованием, «СМП» – средний медицинский персонал (специалисты со средним медицинским образованием), «СВНО» – специалисты с высшим не медицинским образованием, группа администраторов и регистраторов, а также группа хозяйственного обслуживающего персонала, представленного уборщиками производственных помещений («УПП»).

Для оценки влияния различных факторов среди респондентов были выделены группы по должности, по длительности стажа работы в МО и по возрасту.

Должности представлены следующими группами: «врачи», включающая специалистов с высшим медицинским образованием, «СМП» – средний медицинский персонал (специалисты со средним медицинским образованием), «СВНО» – специалисты с высшим не медицинским образованием, группа администраторов и регистраторов, а также группа хозяйственное обслуживающего персонала, представленного уборщиками производственных помещений («УПП»).

Оценка стажа работы проведена по следующим временным промежуткам: стаж до 3 месяцев, от 3 месяцев до 3 лет, от 4 лет до 14 лет, от 15 до 18 лет, 18 лет и более.

Оценки по возрастным группам строились в контексте, представленном в таблице (Таблица 17).

Данная градация по группам (категория должности, стаж работы в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5», возрастная группа) уже использована при проведении предыдущего анкетирования для возможности сопоставления полученных результатов.

### 2.3.3. Программа социологического исследования отношения к безопасности в медицинской организации

Для оценки уровня культуры безопасности использовали адаптированный опросник SAQ-Short- Form-2006 «Отношение к безопасности»<sup>17</sup> (Таут Д.Ф., Швабский О.Р., Толкачёва А.Г., Беленькая В.А., Минулин И.Б., Зиновьева Е.В, 2021).

В 2020 году в опросе приняли участие 5117 работников из 24 МО Тюменской области, в том числе 421 из ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5». В 2024 году количество принявших участие в опросе возросло до 7226 из 37 МО Тюменской области, в том числе 501 человек из ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5». Опрос проводился с использованием дистанционных форм. МО, не принявших участие в контрольном опросе, не было.

Критерием включения было определено место работы в МО Тюменской области.

#### Характеристика респондентов

Респонденты были разделены на группы по должности (Рисунок 10), возрасту, стажу работы и этапу внедрения ПР НИК РЗН.

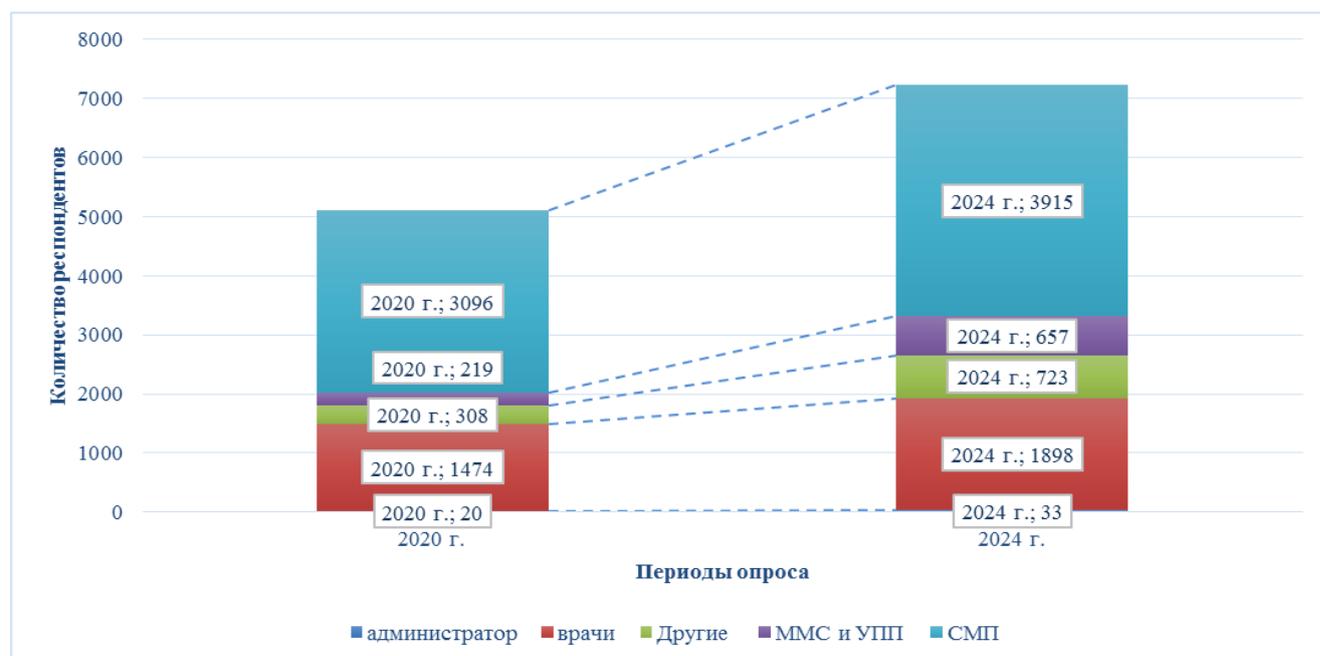


Рисунок 10. Количество респондентов по должности в 2020 и 2024 годах

<sup>17</sup> <https://ru.scribd.com/document/337376126/SAQ-Short-Form-2006>

Рост количества респондентов произошел как за счет увлечения числа МО, так и за счет более активного вовлечения сотрудников организаций, принявших участие в первом опросе.

Для оценки использовался принцип шкалы Лайкерта. В дальнейшем для удобства расчетов ответы были переведены в балльную оценку: «Полностью согласен» – 5 баллов, «Скорее согласен, чем не согласен» – 4 балла, «Нейтрален» – 3 балла, «Скорее не согласен, чем согласен» – 2 балла, «Полностью не согласен» – 1 балл. Результаты, когда сотрудники выбирали ответ «Неприменимо», для математических расчетов не учитывались.

Кроме того, вопросы были объединены в блоки, отражающие разные аспекты культуры безопасности: приоритет пациентоцентризма (Т. В. Капустина, О. В. Горшкова, Р. В. Кадыров, 2024), показатели командной работы, преемственность, критерии эффективного наставничества, оценка обратной связи с сотрудниками, отношение к ошибкам, влияние интенсивности работы и перенапряжения, удовлетворенность выполняемой работой (Приложение 5).

Были объединены группы стажа респондентов:

до 1 года; от 1 года до 3 лет; от 3 до 5 лет; от 5 до 10 лет; от 10 до 20 лет; более 20 лет.

В Тюменской области все МО внедрили ПР НИК РЗН. Следует отметить, что уровень внедрения различен. Ряд медицинских организаций находится на этапе внедрения, часть прошла процедуру добровольной сертификации на соответствие критериям качества, несколько МО с учетом длительности внедрения ПР НИК РЗН достигли периода и успешно прошли процедуру ресертификации. Еще одна группа МО проходила процедуру сертификации, но, по истечении срока действия сертификата, ресертификацию не проходила. С учетом этих факторов также проведена группировка результатов анкетирования (Таблица 20).

**Таблица 20. Динамика уровня культуры безопасности с учетом стадии внедрения ПР НИК РЗН**

Стадия внедрения ПР НИК РЗН	Количество МО за весь период, ед.	Оценка уровня культуры безопасности в МО		
		2020 г.,	2024 г.,	Прирост,

		<b>балл</b>	<b>балл</b>	<b>балл</b>
На этапе внедрения	16	3,78±0,68	3,76±0,7	-0,03
На предсертификационном этапе	4	3,62±0,69	3,73±0,66	0,11
Истекший срок действия сертификата	5	3,78±0,67	3,76±0,7	-0,03
Прошедшие ресертификацию	6 <sup>18</sup>	3,73±0,67	3,87±0,64	0,14
Прошедшие сертификацию	8	3,81±0,65	3,83±0,66	0,02
<b>Среднее значение по региону</b>	<b>37</b>	<b>3,74±0,67</b>	<b>3,8±0,67</b>	<b>0,06</b>

Также ответы были сгруппированы по должности респондентов: врачи, СМП, младший медицинский персонал (ММП) и УПП, администраторы. Должности сотрудников, не подходившие под указанные категории, были объединены в группу «другие категории».

Следует отметить, что в 2020 году анкетирование проводилось в период значительного роста количества заболевших пациентов новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в регионе. Этот факт (Sun JJ, Hsiao CT, Lou MF, Liu TY. , 2024), а также стрессовый характер работы, как в период пандемии, так и вне его, оказал свое отрицательное влияние на уровень культуры безопасности в МО (Sani MM, Jafaru Y, Ashipala DO, Sahabi AK. , 2024).

По этим же критериям был проведен анализ данных анкет сотрудников ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5». С учетом того, что данная МО имела длительный опыт внедрения ПР НИК РЗН и прошла ресертификацию, сравнение результатов ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» проводилось как в целом с результатами по всей области, так и с МО, прошедшими процедуру ресертификации, т.е. соизмеримыми по срокам, уровню внедрения ПР НИК РЗН и уровню оказания медицинской помощи (пять из шести ресертифицированных МО являются поликлиниками).

<sup>18</sup> В том числе пять поликлиник

## **ГЛАВА 3. АНАЛИЗ ИСХОДНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕГО ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

### **3.1. Описание исходной организации внутреннего обучения в МО Тюменской области**

До реализации ПР НИК РЗН в Тюменской области была разработана и внедрена образовательная концепция для МО, с целью обеспечения непрерывного профессионального развития медицинских работников региона.

Для достижения данной цели МО необходимо было решить ряд задач:

1. Создание руководителями МО условий для выполнения медицинскими работниками индивидуальных планов профессионального развития.
2. Совершенствование профессиональной деятельности медицинских работников и улучшение качества оказания медицинской помощи.
3. Стимулирование работников к самосовершенствованию.

В каждой МО было утверждено Положение о профессиональном развитии медицинских работников, включающее порядок организации и осуществления обязательных видов обучения в учреждении. Данный нормативный документ определял кратность обучения для врачей и специалистов со средним медицинским образованием – 1 раз в неделю. Ответственным за проведение обучения назначался непосредственный руководитель (заведующий отделением или старшая медицинская сестра отделения).

Обучение проводилось в соответствии с общебольничным планом профессионального развития медицинских работников. Общебольничный план подлежал согласованию с Департаментом здравоохранения Тюменской области. Основой для разработки плана МО служил региональный план, разработанный с участием главных внештатных специалистов Департамента здравоохранения Тюменской области, профессиональных ассоциаций (Ассоциации «Тюменское региональное медицинское общество», Тюменской областной профессиональной сестринской ассоциации, региональных профильных ассоциаций, Тюменской областной организации Профсоюза работников здравоохранения РФ) и медицинских образовательных организаций региона (ФГБОУ ВО «Тюменский государ-

ственный медицинский университет» Минздрава России, ГАПОУ ТО «Тюменский медицинский колледж»).

Также был обозначен перечень рекомендуемых информационных ресурсов, в том числе для самообразования медицинских работников.

На основании общебольничного плана в учреждении утверждались индивидуальные планы развития и повышения квалификации на каждого медицинского работника по утвержденной форме (Таблица 21). Индивидуальный план, так же как и общебольничный план, утверждался сроком на 1 год. Возможность **коррекции** плана была привязана к региональным тенденциям в сфере здравоохранения.

**Таблица 21. Отчетные формы МО при реализации Положения об организации профессионального развития медицинских работников**

№	Наименование отчетной формы	Ответственный	Вид отчетной формы	Кратность
1.	План профессионального развития медицинских работников по форме утвержденной Департаментом здравоохранения Тюменской области	Организационно-методический отдел	Бумажный и электронный	1 раз в год
2.	Индивидуальный план профессионального развития и повышения квалификации сотрудника (на каждого медицинского работника)	Заведующий отделением/старшая медицинская сестра отделения	Бумажный и электронный	1 раз в год
3.	Учет посещаемости мероприятия (обучения) (на отделение с учетом каждого медицинского работника)	Заведующий отделением/старшая медицинская сестра отделения	Бумажный	1 раз в неделю
4.	Чек-лист об итогах обучения (на каждого медицинского работника)	Все медицинские работники	Бумажный	1 раз в неделю
5.	Оценка качества усвоения материала медицинским работником по итогу обучения и применения им полученных знаний на практике (на каждого медицинского работника)	Заведующий отделением/старшая медицинская сестра отделения	Бумажный	1 раз в неделю
6.	Мониторинг по выполнению индивидуальных планов профессионального развития и повышения квалификации (на каждого медицинского работника)	Заведующий отделением/старшая медицинская сестра отделения	Бумажный и электронный	1 раз в неделю
7.	Сводный мониторинг выполнения индивидуальных планов профессионального развития и повышения квалификации	Отдел кадров	Бумажный и электронный	1 раз в неделю

Проводимое обучение сопровождалось отчетными формами, заполняемыми как самими медицинскими работниками по итогам каждого еженедельно-

го обучения, так и их непосредственными руководителями, на каждого сотрудника. Были утверждены критерии оценки обучения, которые включали в себя, в том числе оценку полноты и качества заполнения чек-листа обучения медицинских работников, журнал учета посещаемости мероприятия (обучения).

Кроме того, проводилась оценка практического применения полученных знаний по следующим позициям: изученный материал работником стал применяться в практической деятельности, качество выполнения трудовой функции работника после обучения изменилось, обучение помогло решить задачи, поставленные перед работником.

Автоматизированного заполнения отчетов и учета образовательной активности не было.

Возможность объективной оценки практического применения в день проведения обучения вызывала большие сомнения.

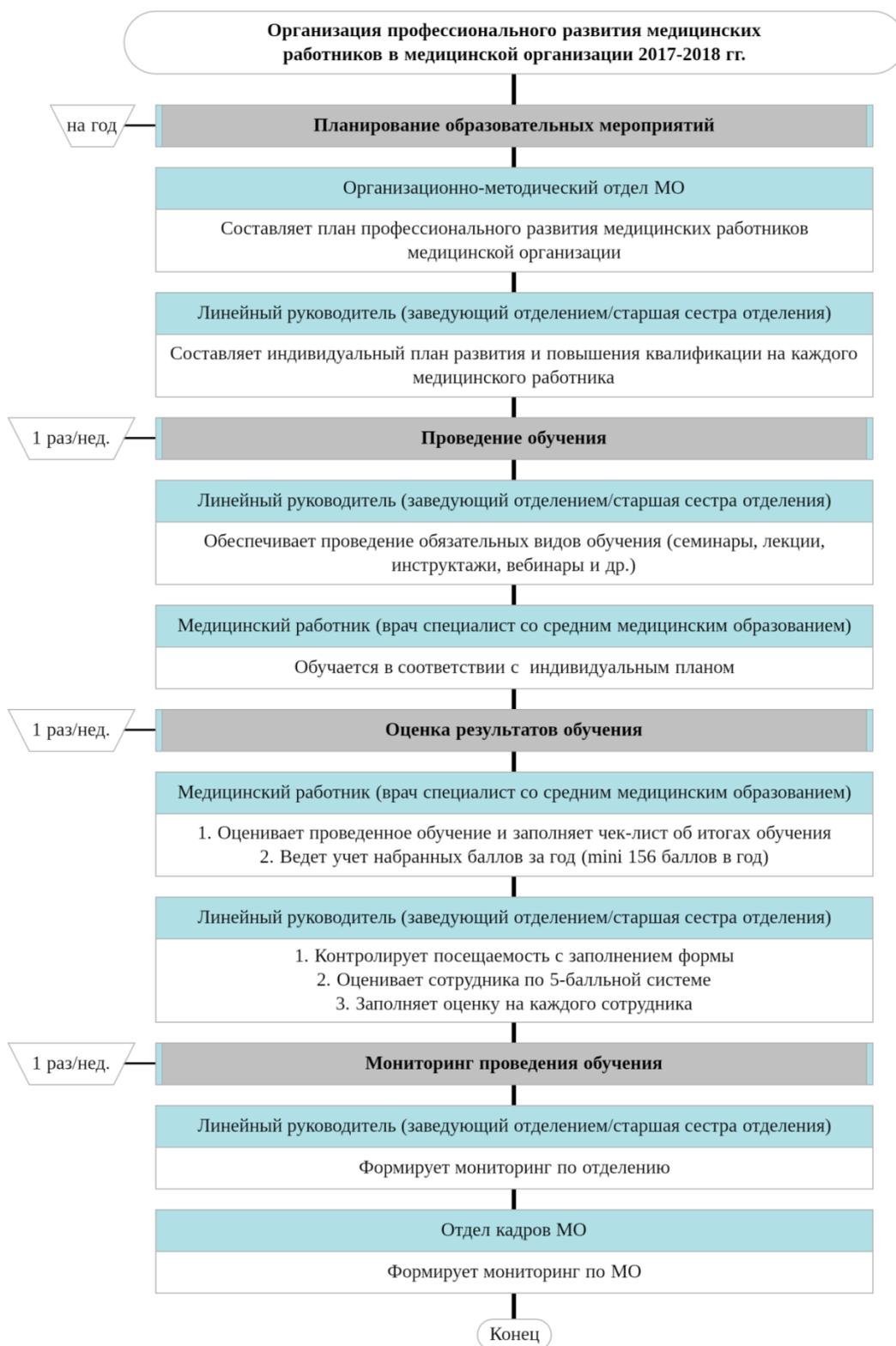
Руководители структурных подразделений оценивали по 5-бальной системе качество усвоения материала медицинскими работниками по итогу обучения и применения ими полученных знаний на практике. Был определен минимальный порог успеваемости – 3 балла (не менее 156 баллов в течение учебного года). Сотрудник должен был вести учет набранных баллов под контролем руководителя.

Все отчетные формы содержали много полей и требовали значительных временных ресурсов всех участников, что неизбежно приводило к формальному подходу их заполнения.

Невыполнение всех условий Положения подлежало разбору Комиссией по распределению стимулирующих выплат решения вопроса о размере стимулирующих выплат по критериям эффективности деятельности работника.

Все заполненные формы ложились в основу еженедельного мониторинга, из которого отделом кадров формировался сводный мониторинг выполнения индивидуальных планов профессионального развития и повышения квалификации. Все данные передавались в еженедельном режиме в ГАУ ТО «МИАЦ» для

дальнейшего анализа и оценки специалистами Департамента здравоохранения (Рисунок 11).



**Рисунок 11. Алгоритм исходной организации процесса развития медицинских работников в МО**

Помимо этого, сектор кадровой политики в здравоохранении и медицинского образования Департамента здравоохранения Тюменской области был вправе не чаще 1 раза в полугодие осуществлять аудит системы непрерывного профессионального развития медицинских работников учреждения здравоохранения. По итогу аудита специалистами сектора подготавливалась аналитическая записка на заместителя директора Департамента здравоохранения Тюменской области для принятия управленческих решений.

Формы мониторинга предусматривали также учет количества набранных баллов как индивидуально по каждому сотруднику, так и в целом по категории специалистов (врачи, специалисты со средним медицинским образованием).

Отчетный год обучения был синхронизирован с учебным годом и длился с сентября по август.

Региональный план профессионального развития медицинских работников состоял из 3 самостоятельных планов: для врачей, оказывающих помощь взрослому населению, для врачей, оказывающих помощь детскому населению, для работников со средним медицинским образованием (Таблица 22).

**Таблица 22. Количественный анализ исходного регионального плана профессионального развития медицинских работников Тюменской области**

Категория слушателей	Количество учебных недель в году, неделю	Количество предложенных тем обучения, единиц	Среднее количество тем в учебную неделю, единиц	Количество, привлеченных лекторов, человек	Удельный вес теоретического контента, %
врачи, оказывающие помощь взрослому населению	37 из 53	344	9,29±5,41	62	88,1%
врачи, оказывающие помощь детскому населению	19 из 53	283	14,89±10,30	38	82,2%
работники со средним медицинским образованием	46 из 53	573	12,46±5,10	33	89,3%

Основная часть привлеченных лекторов, в том числе и главных внештатных специалистов Департамента здравоохранения Тюменской области, является

действующими преподавателями медицинских образовательных организаций высшего и среднего профессионального образования.

Темы и недели проведения занятий определялись преподавателями самостоятельно, с учетом региональных потребностей и временных возможностей преподавателей. Отмечалась неравномерная нагрузка в течение года с разбросом от 3 до 35 тем в неделю и загруженностью от 19 (для врачей, оказывающих помощь детскому населению) до 46 недель в году (для среднего медицинского персонала).

### **3.2. Анализ организации исходного внутреннего обучения в МО Тюменской области**

С началом внедрения ПР НИК РЗН в МО появилась потребность проведения оценки действовавшей системы ВКО для выстраивания понимания ее рациональности и эффективности в вопросах, касающихся деятельности организации с позиции качества и безопасности.

Было проведено картирование текущего состояния процесса (Методические рекомендации, 2019) обучения (Рисунок 12).

По результатам картирования ВКО 12 отделений в течение одного месяца, было определено, что минимальное время протекания процесса (далее ВПП min) составило  $17,6 \pm 1,7$  часов в месяц, максимальное время протекания процесса (далее ВПП max) составило  $31,6 \pm 2,3$  часов в месяц. С учетом периода отпусков, суммарные затраты в год у отделения составляли от  $193,6 \pm 12,4$  до  $347,6 \pm 15,6$  часов. Часть времени затрачивалась сотрудниками на перемещение и ожидание. При этом коэффициент эффективности процесса не превышал  $22,7 \pm 3,4\%$ .

В ходе картирования были определены проблемы (Рисунок 12) для формирования дальнейших направлений по выстраиванию ВКО в МО. Все выявленные проблемы снижали эффективность ВКО и мотивацию, как линейных руководителей, так и сотрудников для проведения обучения. Максимально большой объем времени линейными руководителями был отведен на подготовку к проведению занятия и заполнение различных отчетных форм.

			1	2	3	4	5	6	7	8	Сумма, (час)	ВПП min, (час)	ВПП max, (час)	
Время, (час)	Операции, (час)	max	8	6	0,8	0,8	2	0,4	8	0,4	26,4	17,6	31,6	
		min	2	4	1,2	1,2	1,2	0,4	6	0,4	16,4			
	Ожидания, (час)	max		1,2							1,2			
		min		0,8							0,8			
Перемещения, (час)	max		4							4				
	min		0,4							0,4				
Участники процесса	1	Заведующий отделением/старшая медицинская сестра отделения	Подготовка к проведению занятия с учетом сформированных индивидуальных планов профессионального развития и повышения квалификации сотрудников отделения   	Проведение занятия    	Заполнение отчетной учета посещаемости  	Заполнение чек-листа об итогах обучения  	Мониторинг по выполнению индивидуальных планов профессионального развития и повышения квалификации сотрудников отделения  	Направление отчета по мониторингу 						
	2	Все медицинские работники отделения		Присутствие на занятии  скопление до 30 сотрудников      	Заполнение отчета оценки качества материала медицинскими работниками  								4	6
	3	Отдел управления персоналом								Подготовка сводного мониторинга по всей МО  	Направление отчета в ДЗТО 			
												22,7%	19,0%	

№	Наименование проблемы
1	Необходимость самостоятельного поиска обучающего материала, подготовка лекции, презентации
2	Преимущественно лекционный формат обучения, формальность обучения
3	Необходимость собрать всех сотрудников в одном месте
4	Необходимость отмены /переноса части приемов
5	Необходимость выделить время для очного проведения занятия
6	Затрата времени и бумаги на Заполнение отчетных форм
7	Необходимость дополнительной уборки в местах проведения обучения, освещения, работы оборудования
8	Недостаточная мотивация сотрудников к обучению



Рисунок 12. Карта текущего состояния процесса "Организация обучения (теоретического) медицинских работников отделения" в расчете на 1 месяц

Оценка действующей системы обучения в МО была выполнена с использованием принципов SWOT-анализа (А.А. Томпсон, А.Д. Стрикланд. , 1998) (Таблица 23).

Для проведения анализа определены задачи:

1. Выявить сильные и слабые стороны ВКО.
2. Выявить перспективы и угрозы со стороны внешней среды.
3. Связать внутренние и внешние факторы (сильные и слабые стороны с возможностями и угрозами).
4. Понять основные направления развития ВКО.

Анализ сильных и слабых сторон ВКО, определение направлений дальнейшего развития.

**Таблица 23. SWOT-анализ исходной организации обучения в МО**

	<p><b>Возможности:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Привлечение преподавателей ОО<sup>19</sup></li> <li>2. Формирование единой региональной базы обучающих материалов.</li> <li>3. Возможности использовать ресурсы ОО, в том числе и для симуляционного обучения.</li> <li>4. Опосредованное влияние на качество подготовки специалистов в региональных ОО.</li> </ol>	<p><b>Угрозы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Изменение нормативной базы быстрее, чем формируется программа обучения на год.</li> <li>2. Изменение подхода к обучению врачей в ординатуре, приводящее к частой смене врачебного состава.</li> </ol>
<p><b>Сильные стороны:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Фактор постоянного равномерного обучения.</li> <li>2. Понятные правила и требования к обучению.</li> <li>3. Массовая вовлеченность в процесс обучения.</li> <li>4. Достоверность/авторитетность используемого обучающего материала, за счет привлечения главных внештатных специалистов и ОО региона высшего и среднего медицинского образования к формированию образовательного контента.</li> <li>5. Заложено принцип индивидуальной образовательной траектории.</li> </ol>	<p><b>Как пользоваться возможностями?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Создание базы обучающих материалов под потребности МО;</li> <li>2. Сокращение временных затрат на подготовку занятий.</li> <li>3. Выстраивание конструктивного взаимодействия с образовательными организациями.</li> <li>4. Активное участие в формировании образовательных программ в образовательных</li> </ol>	<p><b>За счет чего можно снизить угрозы?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформировать программу обучения для конкретной должности.</li> <li>2. Разработать механизм оперативной актуализации обучающих программ.</li> </ol>

<sup>19</sup> ОО - образовательных организаций

<p>6. Предусмотрена возможность корректировки программы с учетом региональных потребностей.</p>	<p>организациях региона.</p>	
<p><b>Слабые стороны:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определение непрерывного профессионального развития, как самоцель.</li> <li>2. Перечень критериев оценки качества занятия разнородный и несопоставимый. Введенная балльная оценка приравнивает по «весу» и заполнение чек-листа, и практическое использование полученных знаний и навыков.</li> <li>3. Не предусмотрено соотнесение обучения с результатами работы конкретной МО, или структурного подразделения, или сотрудника.</li> <li>4. Формальность оценки практического применения полученных знаний. Оценка предусмотрена в еженедельном формате, по окончании конкретной темы, текущей недели.</li> <li>5. Контроль со стороны ДЗТО, акцентированный на наборе баллов и не привязанный к результату деятельности.</li> <li>6. Фрагментарный набор тем обучения без системного подхода.</li> <li>7. Предложены внешние ресурсы, имеющие слабую связь с непосредственной повседневной работой.</li> <li>8. Необходимость присутствия на конкретной лекции в конкретное время, в конкретном месте всем заинтересованным сотрудникам.</li> <li>9. Максимальная теоретизация обучения.</li> <li>10. Большой объем бумажной отчетной документации для всех участников образовательного процесса.</li> <li>11. Трудоемкость контроля на всех уровнях.</li> <li>12. Возможность ошибок при ручном анализе полученных результатов больших объемов данных.</li> <li>13. К обучению привлекались только медицинские работники.</li> <li>14. Репрессивный принцип мотивации (привязка выполнения объема обучения к стимулирующим выплатам).</li> <li>15. Отсутствие навыков преподавания у линейных руководителей.</li> </ol>	<p><b>Что может помешать воспользоваться возможностями?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Снижение мотивации сотрудников к обучению за счет: <ul style="list-style-type: none"> <li>тематики отдаленной от непосредственной деятельности;</li> <li>большой трудоемкости отчетных форм;</li> <li>отсутствия системности обучающей программы;</li> <li>репрессивных методов;</li> <li>больших временных затрат;</li> </ul> </li> <li>2. Потеря первоначального смысла за счет недостаточных педагогических навыков линейных руководителей, необходимых педагогических техник.</li> <li>3. Трудности отработки на практике полученных знаний</li> </ol>	<p><b>Как преодолеть самые большие угрозы?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Повысить практикоприменимость обучающих программ.</li> <li>2. Оптимизировать процесс учета результатов обучения.</li> <li>3. Реализовать возможность индивидуального графика обучения.</li> <li>4. Вовлечь в процесс обучения всех сотрудников МО.</li> </ol>

Несмотря на наличие слабых сторон реализуемой концепции внедрения системы непрерывного профессионального развития медицинских работников в МО, данная концепция определила вектор стратегии развития, основанной на осознанной потребности в проведении непрерывного обучения в МО региона. Был заложен фундамент корпоративного обучения, основанный на обеспечении медицинских работников достоверной образовательной информацией, и управляемого самообучения сотрудников. Данный подход в период начала реализации в стране непрерывного профессионального обучения (включающего самообразование, как обязательный компонент) оказал существенную помощь сотрудникам в поиске образовательного контента с высоким уровнем достоверности.

При проведении анализа сильных и слабых сторон, угроз и возможностей стало возможным определить направления для внутреннего преобразования и снизить вероятность потенциальных ограничений в развитии при организации корпоративного обучения (Рисунок 13).



**Рисунок 13. Схема связи направлений для внутреннего преобразования с выявленными слабыми сторонами исходного процесса развития медицинских работников в МО**

Итак, при выстраивании системы корпоративного обучения в МО, как составной части системы управления качеством медицинской помощи и безопасностью медицинской деятельности, необходимо было предусмотреть:

А. Цель корпоративного обучения – формирование и поддержание уровня компетентности и компетенций, направленных на обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности каждым сотрудником и организацией в целом.

В. Разработать и внедрить систему обучения с учетом выполняемых трудовых функций конкретного сотрудника через призму решения общих задач, стоящих перед МО. При формировании системы обучения использовать этапность в образовательной подготовке сотрудников, включающую формирование знаний, навыков, умений и последующего формирования культуры безопасности.

С. Разработать и внедрить систему оценки эффективности корпоративного обучения применительно к каждому этапу обучения с высоким уровнем валидности, в том числе используя отечественный и зарубежный передовой опыт.

Д. Максимально автоматизировать процесс обучения с возможностью свободного доступа для сотрудников в удобное время, в удобном для них месте, с возможностью автоматического формирования отчетных форм для последующего анализа и мониторинга.

Е. Воспитать пул внутренних преподавателей для максимального подключения внутренних ресурсов при проведении обучения с постоянным формированием необходимых педагогических техник.

## **ГЛАВА 4. МОДЕРНИЗАЦИЯ И АПРОБАЦИЯ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КОРПОРАТИВНЫМ ОБУЧЕНИЕМ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ**

### **4.1. Принципы модернизации организации внутреннего обучения в МО**

Модель современной и эффективной МО предусматривает неограниченное применение принципов и инструментов системы менеджмента качества (СМК), бережливого производства, информатизации. Кроме того, все сотрудники клиники должны обладать необходимыми видами и уровнем компетенций, а руководители каждого уровня управления – навыками по формированию, поддержанию и развитию компетентности у подчиненного персонала. Повышение уровня компетентности сотрудников, обеспечивающих качество и безопасность медицинской деятельности, требует развития в МО корпоративного обучения как части непрерывного профессионального развития и общей системы управления качеством и безопасностью.

При формировании модели корпоративного обучения необходимо использовать передовые и эффективные методы профессионального обучения, применимые в условиях производственной среды.

Компетентностный подход к профессиональному образованию, в том числе и в рамках корпоративного обучения, включает возможность оценки эффективности всех элементов структуры обучения: «знать», «уметь», «владеть». Соответственно, обучение должно включать в себя возможности по формированию знаний, умений и владению необходимыми компетенциями. Исследователи считают, что опыт эффективной трансформации медицинского образования, в том числе и через компетентностный подход, необходимо реализовывать и при внедрении ВКО (Ambler SB, Burlis TL, Clark BR, Holtzman GW, McGee PN, Frost JS, Randolph JL, Norton BJ, Holleran CL. , 2024), (Sharma N, Steinhagen E, Marks JM, Ammori JB. , 2024).

Другим обязательным требованием для выстраивания эффективного ВКО служит ориентация на результат. При выстраивании системы ВКО необхо-

димо сформировать систему, позволяющую оценить ее эффективность, чтобы не превратить ВКО в самоцель. Также выстраиваемая система должна быть достаточно гибкой для возможности непрерывного совершенствования, с учетом новых вызовов и потребностей по достижению целей организации с использованием принципов PDCA (Деминг Э., 2022). Выстраиваемая система обучения представляет собой бизнес-процесс (Репин В., 2014) со всеми присущими элементами. Реализация ВКО в МО как бизнес-процесса представлена на схеме (Рисунок 14).

При планировании реализации ВКО Дональд Киркпатрик предлагал учитывать следующие факторы: определение потребностей организации, правильная постановка целей, определение содержания обучения, верный отбор участников, выстраивание оптимального расписания, наличие подходящих условий, в том числе помещений, подбор отвечающих запросам преподавателей, наличие обучающих материалов, в том числе аудиовизуальных, возможность координации обучения, и, наконец, проведение оценки обучения (Kirkpatrick D.L., 2009).

Развитие бизнес-процессов нацелено на формирование зрелой системы, имеющей ряд отличительных особенностей (Мошкина О. А., 2022) (Таблица 24).

**Таблица 24. Признаки зрелости управления процессами в организации (Репин В., 2014)**

<b>Показатель уровня зрелости</b>
Актуальная архитектура бизнес-процессов;
Система стандартизации (регламентации);
Поддержка жизненного цикла нормативно-методических документов (регламентов, положений, инструкций);
Рабочая система показателей (индикаторов) для мониторинга, анализа, улучшения;
Наличие компетентных специалистов в области моделирования, анализа и регламентации в каждом функциональном подразделении;
Наличие отдела по организационному развитию с представителями в каждом отделении с функциональным подчинением;
Автоматизация наиболее важных сквозных процессов.

Таким образом, современное, научно обоснованное ВКО – это непрерывно совершенствующийся бизнес-процесс на основе системного, процессного,

компетентного подходов, направленный на достижение единой корпоративной цели по обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности.

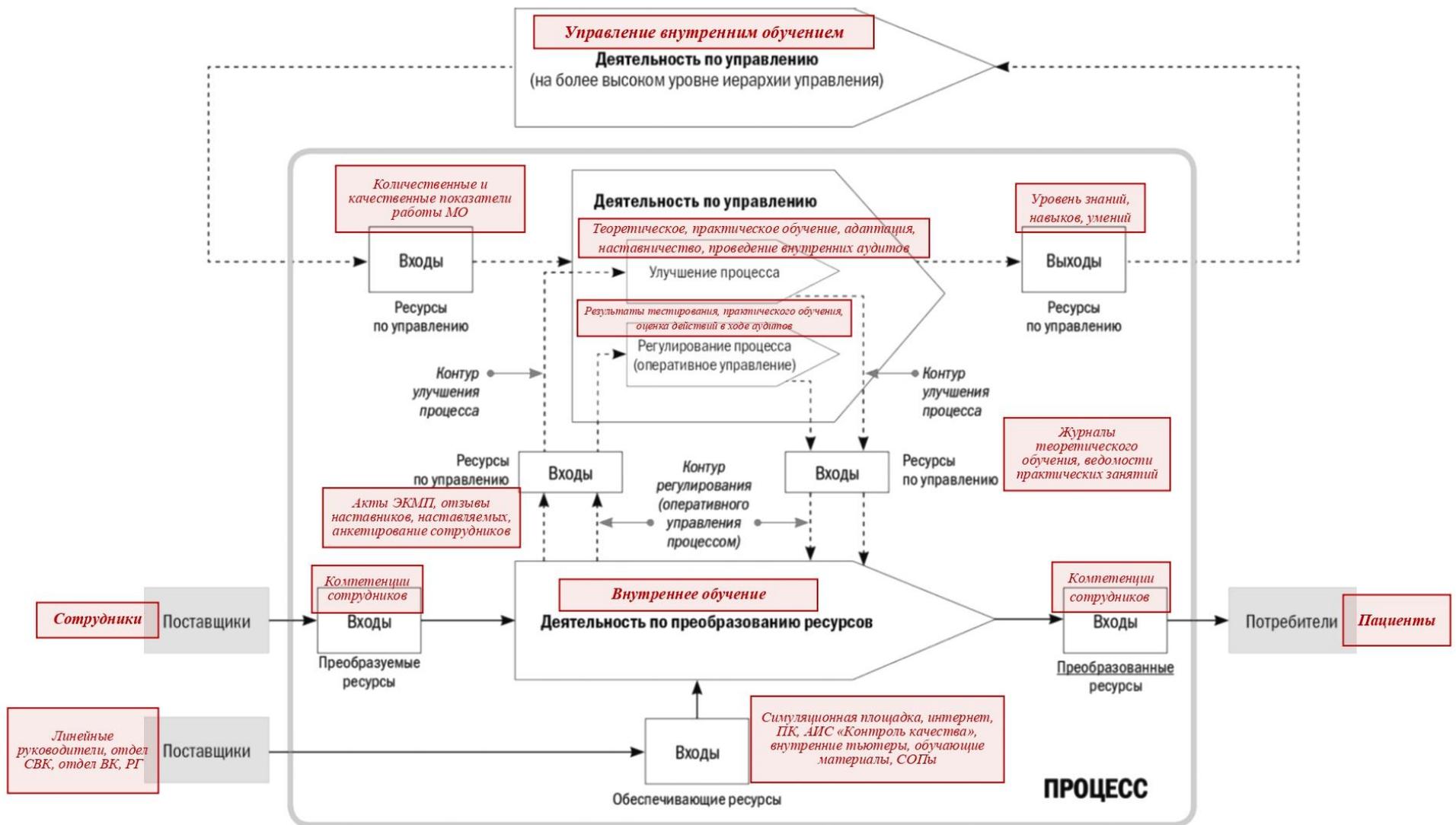


Рисунок 14. Реализация ВКО в МО как бизнес процесса (Репин В., 2014)

При организации ВКО с учетом всех факторов (Kirkpatrick D.L., 2009), на основе зарекомендовавших себя научно-методических подходов, необходимо было решить ряд задач:

1. Определить компетенции, необходимые каждому сотруднику для выполнения своих должностных обязанностей в рамках общей цели обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности, также принимая во внимание их индивидуальные компетенции.

2. Определить инструменты (обучающие материалы, контрольно-измерительные материалы и техническое обеспечение), позволяющие сформировать необходимые знания, навыки и умения для каждого сотрудника.

3. Определить систему мониторинга и оценки эффективности процесса ВКО.

#### **4.2. Определение необходимых компетенций для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности**

Следует отметить, что основная цель ВКО в МО – сформировать необходимые компетенции (знания, умения, навыки, изменения производственного поведения) для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности. Данная цель и определяет потребности при формировании предмета ВКО. Полученные знания, навыки и умения сотрудников составляют добавленную ценность в процессе ВКО (Репин В., 2014).

В научной литературе описывается использование модульного обучения как пакета материалов обучения, объединенных единой целью и направленных на решение конкретной бизнес-задачи, для формирования необходимых знаний и навыков. Модульное обучение включает в себя отдельные тематические блоки (СИМАРОВА И.С.1, АЛЕКСЕЕВИЧЕВА Ю.В.1, ЖИГИН Д.В.1, 2022).

В качестве надлежащей практики по обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности в настоящее время себя зарекомендовало использование ПР НИК РЗН. (Предложения, 2018), (Предложения, 2018). Кроме того, необходимо руководствоваться требованиями к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (приказ

№785н) (Приказ, 2020). ПР НИК РЗН и требования приказа позволяют сформировать основные направления по обеспечению качества и безопасности в МО (Таблица 25).

Использование данного подхода позволило нам не ограничиться фрагментарным обучением, а выстроить уникальную систему ВКО, объединённую единой стратегической целью – оказание качественной медицинской помощи и безопасной медицинской деятельности. Реализованная система включила во взаимосвязанное обучение всех сотрудников МО, а также позволила максимально широко учесть возможные риски в работе, как отдельного сотрудника, так и всего коллектива.

**Таблица 25. Перечень основных направлений для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности в МО**

<i>Перечень основных направлений медицинской деятельности и разделов внутреннего контроля при оказании первичной медико-санитарной помощи</i>	
1.	Управление персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенции.
2.	Организация профилактической работы. Формирование здорового образа жизни среди населения.
3.	Организация работы регистратуры.
4.	Идентификация личности пациента.
5.	Организация экстренной и неотложной помощи в поликлинике.
6.	Диспансеризация прикрепленного населения.
7.	Диспансерное наблюдение за хроническими больными.
8.	Стационарзамещающие технологии.
9.	Преемственность оказания медицинской помощи. Передача ответственности за пациента.
10.	Эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП)).
11.	Лекарственная безопасность. Фармаконадзор.
12.	Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий.
13.	Безопасность среды в МО. Организация ухода за пациентами. Профилактика пролежней. Профилактика падений.
14.	Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами.
15.	Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины. Соответствие клиническим рекомендациям (протоколам лечения).
<i>Перечень дополнительных направлений медицинской деятельности и разделов внутреннего контроля в клинико-диагностической лаборатории:</i>	
2.	Обеспечение ресурсами.
3.	Идентификация и прослеживаемость.
4.	Производственная среда и безопасность.
5.	Управление информацией и информационная безопасность.
6.	Управление преаналитическими процедурами.
7.	Управление аналитическими процедурами.
8.	Управление постаналитическими процедурами.

Реализация каждого направления проводится в соответствии с действующими федеральными и региональными нормативно-правовыми актами с учетом специфики функционирования МО. Внедрение ПР НИК РЗН и требований в клинике давало возможность формирования системы стандартизации (регламентации) и поддержки жизненного цикла нормативно-методических документов (регламентов, положений, инструкций) (Репин В., 2014).

Важным аспектом явилась необходимость оценки возможности ВКО в условиях самой МО (Рисунок 15). Учет возможностей ВКО «своими силами» за-  
ложен в одной из публикаций (Vlerick I, Kinnaer LM, Delbaere B, Coolbrandt A,  
Decoene E, Thomas L, Vanderlinde R, Van Hecke A. , 2024).

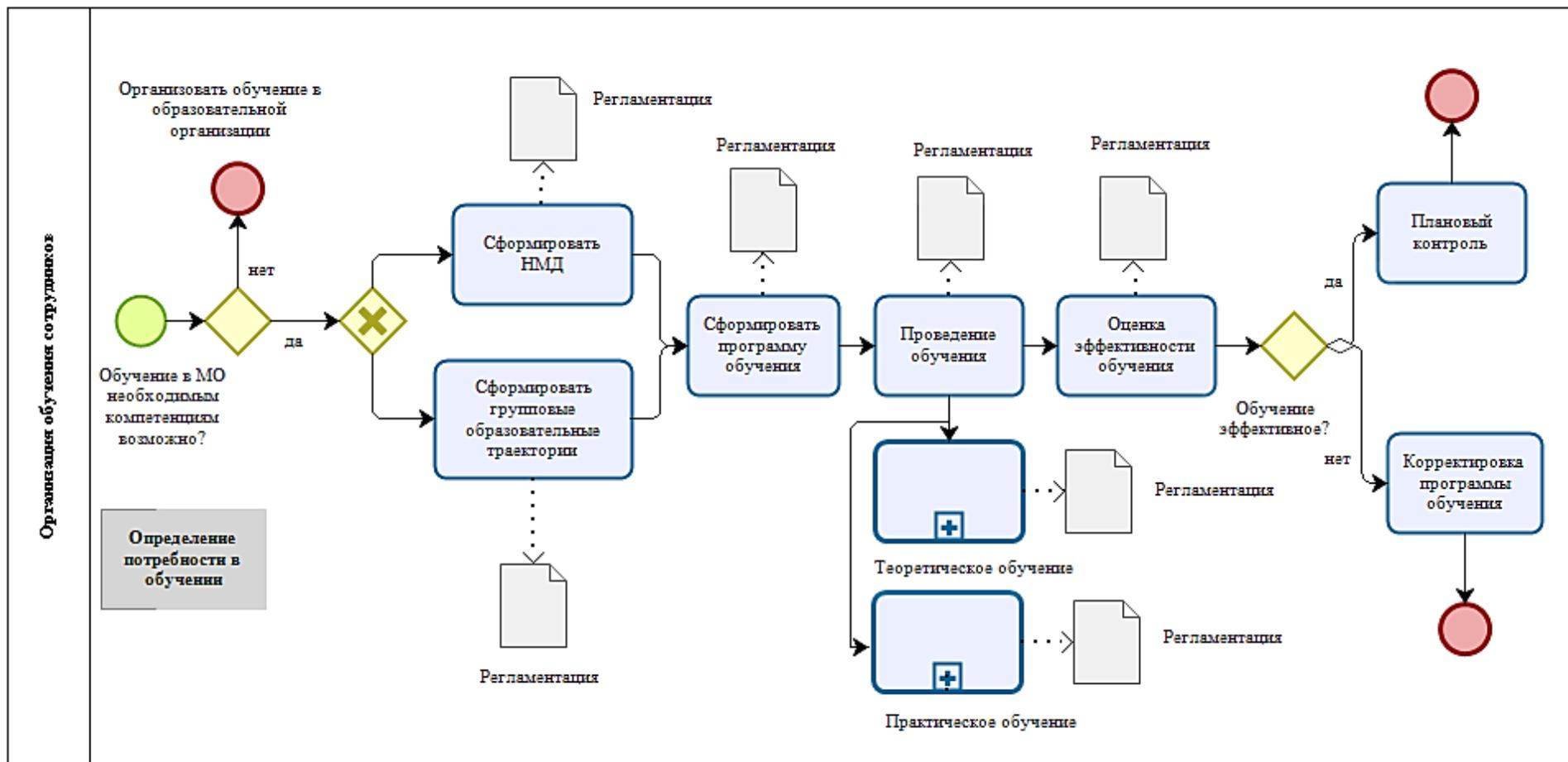


Рисунок 15. Блок-схема организации ВКО в МО

Есть ряд аспектов по формированию групп сотрудников для проведения обучения, в том числе с учетом плавного и внепланового режимов.

Организация обучения в отношении сотрудников в период вхождения в должность (испытательного периода) (Рисунок 16) и после его завершения (Рисунок 17) имеет определенные отличия.

Необходимость особого подхода к молодым сотрудникам, включая обязательность их обучения на рабочем месте, в том числе через наставничество (также используется понятие клиническое наставничество) (Vlerick I, Kinnaer LM, Delbaere B, Coolbrandt A, Decoene E, Thomas L, Vanderlinde R, Van Hecke A. , 2024), отмечается в трудах ряда авторов (Мошкина О. А., 2022), (Garrison GM, Meunier MR, Boswell CL, Greenwood JD, Nordin T, Angstman KB. , 2024), (Moon SH, Jeong HW, Jung US. , 2024), (Petit SF, Portik D, Abravan A, Bertholet J, Callens D, Dubois L, Franco P, Horsholt Kristensen M, Montay-Gruel P, Nevens D, Perryck S, Røe Redalen K, Tomasik B, Webster A, Grau Eriksen J, Heukelom J. , 2024). Отдельно предусматривается обучение при ротации кадров, а также при восстановлении на работе после длительного перерыва (Е. И. Аксенова, Ю. В. Бурдастова, 2023). Проблеме необходимости комплексной адаптации молодых сотрудников уделяют внимание и на уровне субъектов страны, и на уровне конкретных МО (А. Г. АНДОВЕРОВА 1, О. П. ГОРБУНОВА 2, А. Г. НЕМКОВ 2, М. В. СКОЧИНА 2, 2022). Потребность в сопровождении на начальном этапе работы высказывали и студенты медицинских образовательных организаций (Oshodi TO, Sookhoo D. , 2024).

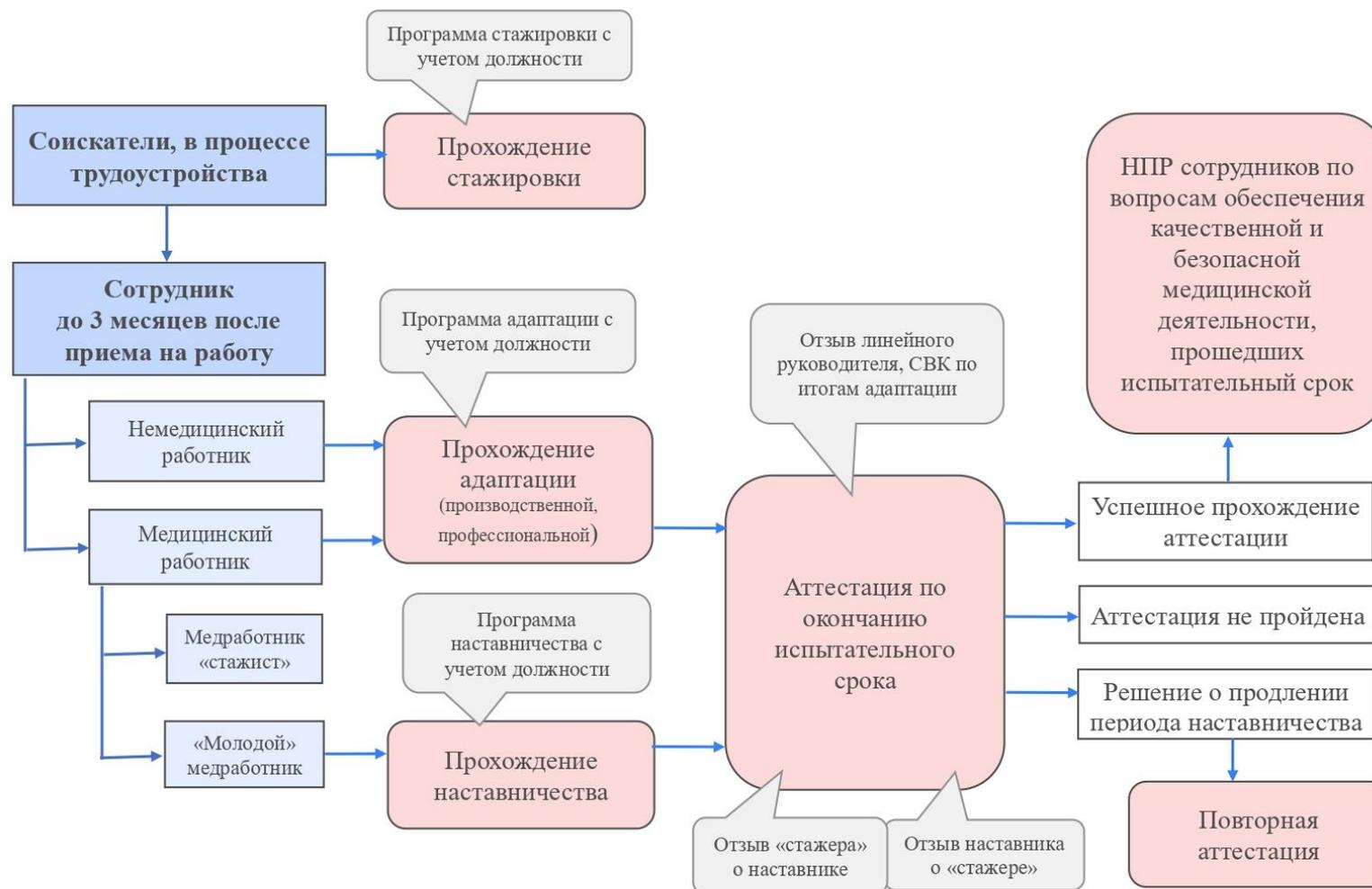
Также в ряде клиник предусмотрена сдача экзаменов по окончании периода адаптации (Winderbaum J, Coventry LL. , 2024).

Направления, включенные в ПР НИК РЗН и требование Приказа 785н, определяют тематику как планового, так и внепланового ВКО.

Основанием для проведения внепланового обучения служат результаты внутренних аудитов и результаты проведенной экспертизы качества медицинской помощи (Приказ, 2017), отзывы наставников, а также результаты анализа зарегистрированных нежелательных событий (Рисунок 14), (Репин В., 2014).

Такой подход к определению потребностей в обучении (Kirkpatrick D.L., 2009) позволяет обеспечить поддержание процесса в стабильном воспроизводимом состоянии за счет выявления и устранения причин отклонений (вариаций) (Репин В., 2014).

**Процесс управления входением в должность сотрудников по вопросам обеспечения качественной и безопасной медицинской деятельности**



**Рисунок 16. Организация обучения сотрудников в период вхождения в должность**

Процесс обучения сотрудников, прошедших испытательный срок

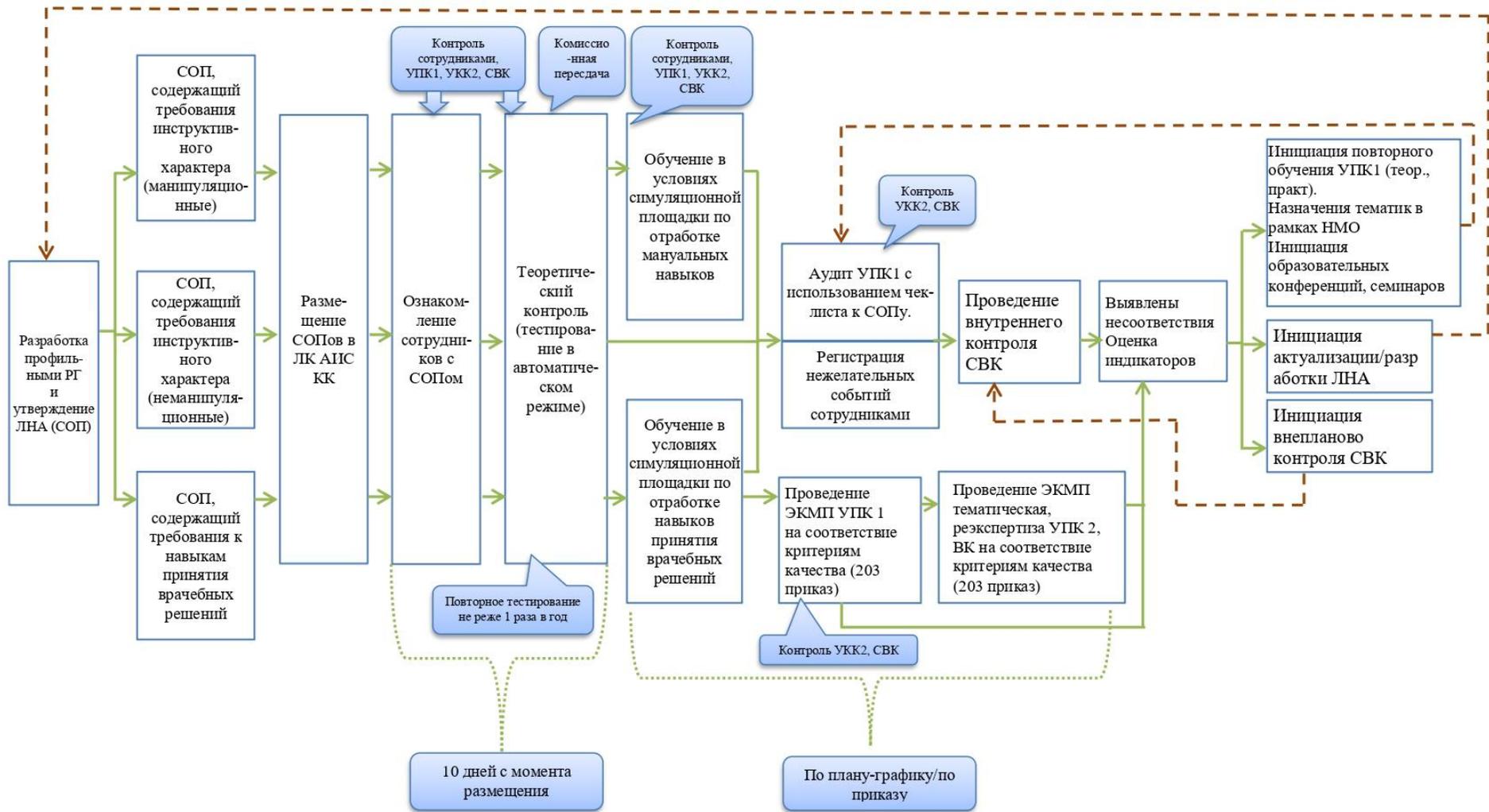


Рисунок 17. Организация обучения сотрудников, прошедших испытательный срок

### 4.3. Определение инструментов, позволяющих сформировать необходимые знания, навыки и умения для каждого сотрудника для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности

Возникает потребность в формировании индивидуальных или групповых образовательных траекторий.

По данным литературных источников, используется понятие каталога учебных целей в виде набора компетенций (N. Plange, N. Feltgen, 2022), (Margrieta Langins, Liesbeth Borgermans, 2015).

В клинике разработана и используется методика, позволяющая формировать виртуальные образовательные траектории с учетом занимаемой должности (обусловленные должностными обязанностями, разработанными с учетом профессиональных стандартов) и непосредственного функционала сотрудника, с использованием потенциала профильных мультидисциплинарных рабочих групп (Рисунок 18).



**Рисунок 18. Схема используемой методики формирования индивидуальных/групповых образовательных траекторий по должности на основе матрицы компетенций**

Основная цель рабочих групп – обеспечение успешной реализации внедрения системы внутреннего контроля в МО в установленные сроки под персо-

нальную ответственность руководителя группы, в том числе посредством разработки профильных локально-нормативных актов (ЛНА). ЛНА имеют двойное применение: нормативно-распорядительный акт и методический (обучающий) материал для сотрудников. Это позволяет сделать процесс обучения с использованием таких материалов максимально приближенным непосредственно для исполнения трудовых обязанностей каждым сотрудником.

При формировании ЛНА рабочие группы определяют порядок реализации, участников исполнения в отношении конкретных структурных подразделений и должностей с выстраиванием архитектуры взаимоотношений в рамках конкретных действий (Рисунок 18) на основе процессного подхода.

Выстроенная система, при внедрении процессного подхода, позволила описать основные процессы и сформировать репозиторий процессов организации, а также обеспечить актуальность информации (Репин В., 2014).

СОПы были определены в МО как основной локальный нормативно-методический акт при выполнении производственных операций и были созданы на производственные операции, такие как:

обращение, идентификацию, обеспечивающие преемственность, этапность при оказании медицинской помощи, маркировку, отбор проб, обработку, использование и хранение исследуемых и стандартных веществ; обслуживание, калибровку измерительных приборов, оборудования; приготовление реактивов/растворов, питательных сред; порядок взаимодействия между структурными подразделениями МО, также по взаимодействию организации с различными элементами внешней среды (взаимодействие с пациентами, страховыми МО, органами управления здравоохранением, другими МО, поставщиками ресурсов и т.д.); внесение записей, отчетов и их хранение; обслуживание помещений; прием, транспортировку, размещение, описание, идентификацию, уход; обезвреживание или утилизацию; осуществление программы по обеспечению качества и др.

Разработка СОПов проводилась с учетом принципа первоочередной важности. Создание приоритетных СОПов «увязывалось» с наиболее проблемными областями жизнедеятельности МО (Рисунок 19). Так, например, для опре-

деления первоочередных тематик разработки протоколов ведения пациентов на основе клинических рекомендаций был применен принцип Парето. С учетом фактических поводов для обращения на прием (70-80% случаев от общего количества нозологий) были определены приоритетные нозологии по специальностям. В среднем по каждой специальности сформировался так называемый ТОП-5 нозологий, определяющий подавляющее большинство оказываемой помощи. Следующим критерием для включения в приоритетный список стали нозологии, выявленные по результатам оценки качества медицинской помощи.

Рабочая группа коллективно разрабатывала СОП, тест и, при необходимости, чек-лист. Чек-листы разрабатывались на все виды манипуляций (постановка инъекций, обработка рук, проведение СЛР и др.). Для оценки лечебного процесса (диагностика, лечение, профилактика, оформление медицинской документации, выполнение организационных требований) в качестве чек-листа использовались карты экспертной оценки. При необходимости детализации оценки использовались и другие чек-листы, на основе СОПов.

Тесты, чек-листы, карты экспертной оценки являются контрольно-измерительными материалами (КИМ) для единых подходов к оценке знаний и навыков. КИМы являются обязательным компонентом обучения, в том числе и профессионального, о чем говорится в методических рекомендациях по подготовке профессиональных образовательных программ (В. И. Блинов, Е. Ю. Есенина., 2019).

Рабочая группа разрабатывала СОП с учетом применения актуальных нормативных документов и устанавливала участников процесса, область применения. Такой подход позволяет формировать матрицу компетенций (Рисунок 18) при стечении информации от всех рабочих групп к конкретному сотруднику, с учетом его должности. То есть, сформирована групповая матрица необходимых компетенций для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности. Кроме того, рабочая группа определяла показания к применению, необходимое оснащение, особенности выполнения процедур или работ,

разрабатывала тесты к СОПу для осуществления автоматизированной проверки теоретических знаний сотрудников, определяла срок пересмотра СОП.

Для запуска процесса согласования в АИС «Контроль управления качеством» руководителем рабочей группы выбирался «ответственный разработчик» из числа УПК1. «Ответственный разработчик» направлял СОП на согласование контролирующему его УПК2 одновременно с предоставлением как самого СОПа, так и тестов, и чек-листов с учетом требований, в электронном виде или на бумажном носителе.

УПК2 по результатам изучения, в случае необходимости, СОПы отправляли на доработку «ответственному разработчику», или на согласование в отдел по управлению качеством медицинской помощи и безопасностью медицинской деятельности (отдел качества). Согласование УПК2 проводилось в пределах 5 рабочих дней.

Согласование в отделе по управлению качеством медицинской помощи и безопасностью медицинской деятельности проводилось в срок, не превышающий 3 рабочих дня.

По итогам процедуры согласования выносилось решение о необходимости доработки (при этом СОП возвращается разработчикам с указанием причин доработки) или одобрения.

В ситуации, когда документ одобрялся, СОПу определялся уникальный идентификационный номер. Каждый согласованный СОП был заверен разработавшими и согласовавшими его сотрудниками. Впоследствии проводилось утверждение главным врачом. Утвержденный СОП через личный кабинет АИС «Контроль управления качеством», вместе с тестами и чек-листами к данному СОПу, доводился до сведения заинтересованных, с учетом их должности, сотрудников. Сводный реестр СОПов создавался в автоматическом режиме в АИС «Контроль управления качеством».

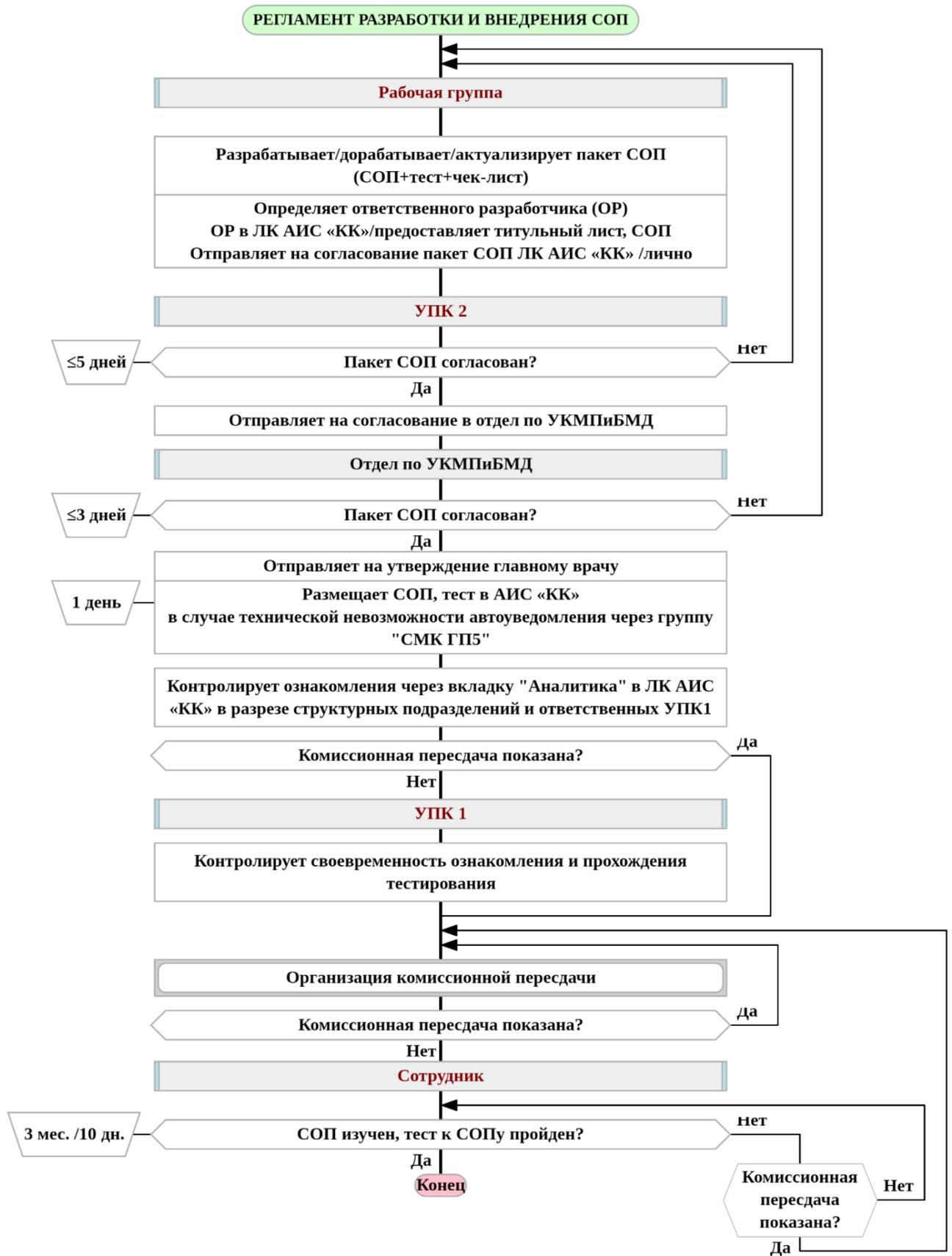
Обучение сотрудников СОПам было возложено на УПК1. О факте размещения новых СОПов сотрудники информировались автоматически, в момент раз-

мещения, через указанную ими электронную почту, а при ее отсутствии сотрудники извещались курирующими их УПК1.

По истечении 10 рабочих дней с момента размещения СОПов в личных кабинетах сотрудники должны были ознакомиться с ними, к тому же пройти теоретический контроль (тестирование). Далее УПК1 проводили контроль практического освоения (с использованием контрольных списков – чек-листов).

Для успешного преодоления теоретического контроля в АИС «Контроль управления качеством» было предусмотрено не более 3 попыток (1 попытка в сутки). Проходной балл – 75% и более верных ответов. Величина проходного балла (75%) выбрана с учетом уровня, определенного в ПР НИК РЗН как неактивного, требующего существенных изменений (Предложения, 2018).

В ситуации, когда сотрудник трижды не сдавал тестирование, УПК1 проводили повторное обучение сотрудника, и инициировали проведение комиссии для коллегиальной оценки теоретических и практических знаний работника.



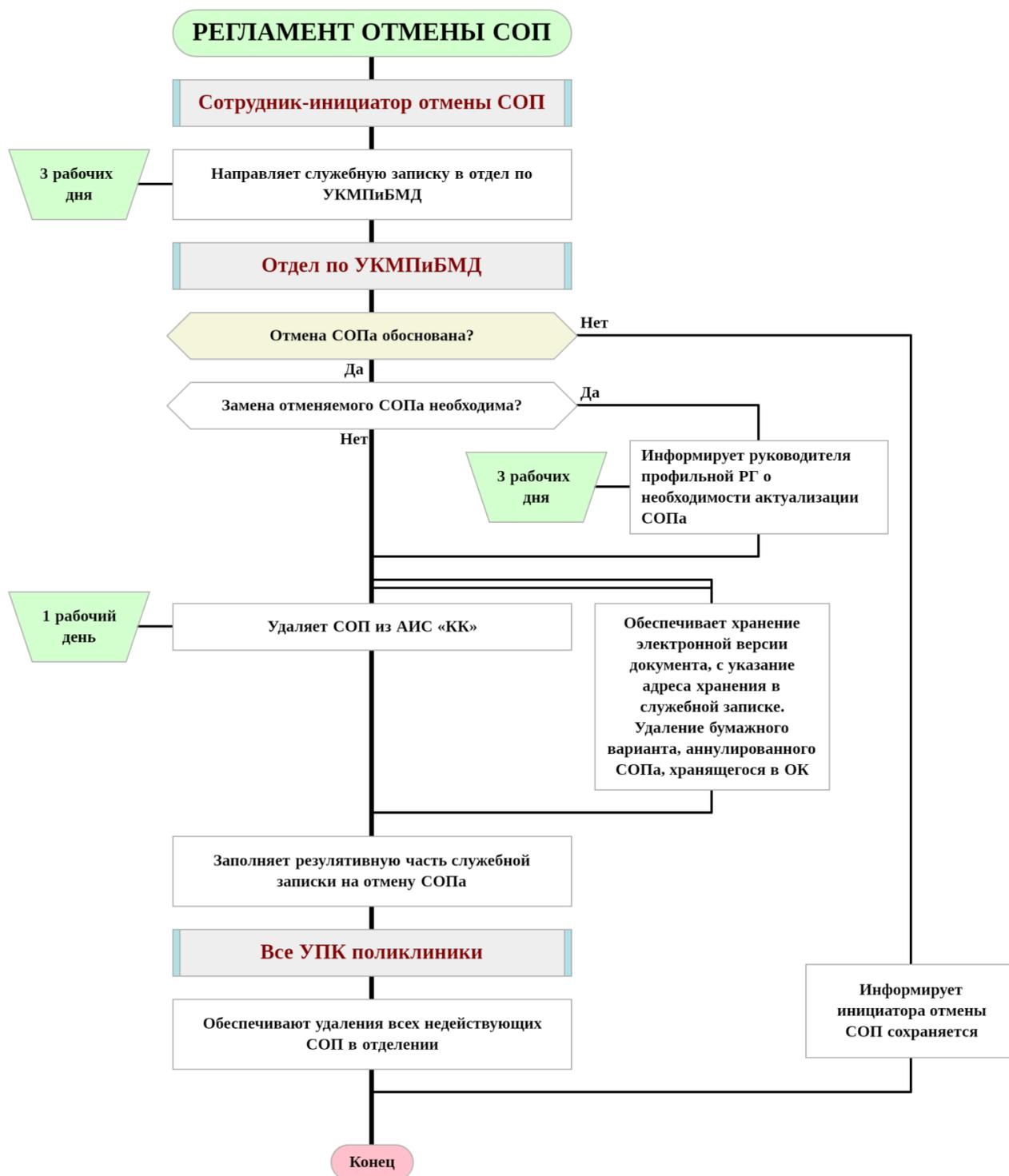
**Рисунок 19. Регламент разработки и внедрения СОПов**

Для вновь устроившихся сотрудников был определен срок, в течение которого они должны были ознакомиться, персонально пройти тестирование на знание СОПов, размещенных в их личных кабинетах, до окончания периода испытательного срока (3 месяца). Данное требование являлось необходимым критерием успешного прохождения испытательного срока.

УПК1 оценивали применимость в контролируемом ими отделении недавно утвержденных методов работы и отслеживали на месте правильность выполнения утвержденных СОПов. Реализация мероприятий по внедрению СОП была возложена на УПК 1-ого уровня, а контроль – на УПК 2-ого уровня.

Была учтена процедура поддержания СОПов в постоянно актуальном состоянии (Рисунок 20). Руководители рабочих групп (не реже 1 раза в год) оценивали сохранение актуальности СОП. При выявлении несоответствия работник, обнаруживший данное несоответствие, в течение ближайших трех рабочих дней информировал отдел качества в письменном виде с обоснованием.

Сотрудник отдела качества проверял обоснованность фактов, изложенных в служебной записке, в течение 3-х дней информировал руководителя профильной рабочей группы о поступившем запросе на отмену СОПа, координировал дальнейшие мероприятия (например, замена/отмена СОП/оставление СОПа без изменений). Аннулированный СОП он удалял из АИС «Контроль управления качеством» в течение 1 рабочего дня. Такой подход позволил оперативно содержать электронный репозиторий в актуальном состоянии.



**Рисунок 20. Регламент отмены СОПов**

Теоретическое обучение реализуется через специально разработанную, автоматизированную информационную систему «Контроль качества» (АИС «Контроль качества»<sup>20</sup>). Данная программа обеспечивает дистанционный компонент

<sup>20</sup> свидетельство о государственной регистрации программ для ЭВМ № 2018666509 правообладатель: Толкачева Агриппина Георгиевна, Попов Алексей Евгеньевич

обучения и контроль обучения. Заложенные технические характеристики позволяют осуществлять различные комбинации рассылки как на конкретные должности, так и на группы должностей, что позволяет существенно сократить временные затраты на рассылку. Вновь принятые сотрудники обеспечивались всем «комплексом» документов одновременно при трудоустройстве с учетом их должности. Было обеспечено централизованное поддержание актуальной базы данных у всех сотрудников – пользователей личных кабинетов. Реализован принцип «Доступ и актуальность в режиме онлайн».

Электронная версия репозитория была размещена в личных кабинетах сотрудников АИС «Контроль качества». Кроме того, в личном кабинете размещена и другая информация, необходимая в работе. Всего в программе более 1,2 тысячи документов с использованием адресной рассылки по должности.

Из них: 56 коротких обучающих видеороликов в категории «Медиатека», в том числе по разделу «Пропедевтика», 38 обучающих презентаций, большая часть из которых представлена в видеоформате. Дополнительно реализован вход в личный кабинет сотрудника через корпоративный рабочий стол «Служба здоровья».

Использование дистанционных форм обучения описывается многими авторами (O'Sullivan BG, Giddings P, McGrail MR. , 2024), (Horiuchi S, Soller T, Bykersma C, Huang S, Smith R, Vogel JP, 2024). Особую актуальность данная система повсеместно приобрела в период пандемии (Мошкина О. А., 2022). Дистанционные формы обучения формируют образовательную среду сотрудников (Trang DTH, Ha BTT, Vui LT, Chi NTQ, Thi LM, Duong DTT, Hung DT, Cronin de Chavez A, Manzano A, Lakin K, Kane S, Mirzoev T., 2024), (Spatz ES, Ginsburg GS, Rumsfeld JS, Turakhia MP., 2024), (Huang C, Wang YY, Zhou JJ, Liu YF, He X., 2020).

Для того чтобы безошибочно проводить рассылку ЛНА, например, СОПов (стандартных операционных процедур), на конкретные должности был определен единый порядок обозначения «адресатов» с указанием подразделений и должностей.

Система личных кабинетов играет роль «мобильного наставника», постоянно доступного, что особо важно в условиях самостоятельной работы как при ведении приема в поликлинике, так и при оказании помощи на дому, и соответствует изменениям подходов к наставничеству, например, с использованием масштабных веб-платформ (Succi MD, Ghoshal S, Cheng D, Alvarez C, Bredella MA. A, 2023).

Таким образом, в личный кабинет каждого сотрудника «стеклись» документы, разработанные всеми рабочими группами с учетом его должности (А. Г. Андоверова, В. А. Беленькая, Ю. Н. Юмачиков, Ю. С. Решетникова, 2022).

Это привело к формированию виртуальной индивидуальной/групповой образовательной траектории с учетом занимаемой должности. Система личных кабинетов позволила централизованно обеспечить проведение теоретического обучения. По итогам проведенного обучения в автоматическом режиме были сформированы «Журналы теоретического и практического обучения», в которых фиксируется дата и время ознакомления и прохождения тестирования по СОПам, в разрезе наименования СОПов, и курирующий линейных руководителей.

Положительные стороны централизованного теоретического обучения: адресное обучение сотрудников, проведение обучения в удобное для сотрудника время (гибкость выбора времени оценивается как положительный аспект в ряде публикаций (Zhao Y, Chen R, Wang B, Wu T, Huang Y, Guo A., 2014)), возможность автоматизированного учета результатов обучения, сокращение временных затрат у руководителей всех уровней для проведения и контроля обучения, единообразная подача обучающей информации, централизованная актуализация обучающих материалов, постоянный доступ к обучающим материалам.

Помимо обучения, в личных кабинетах сохранена возможность проведения теоретического обучения в условиях внутренних конференций, планерок (как поликлинических, так и отделенческих). Такие формы имеют признаки самоорганизации процесса обучения.

Следует учесть, что для того, чтобы путем самоорганизации можно было добиться результата, требуется наличие: высококвалифицированного руководителя, готового организовать обучение надлежащим образом, компетентных сотрудников (чаще всего, в избыточном количестве), обладающих необходимыми знаниями, а также достаточной мотивации сотрудников (Репин В., 2014).

Следовательно, использование централизованных форм ВКО позволило снизить затраты на результат, в отличие от самоорганизации.

Система теоретического обучения была нацелена на формирование знаний сотрудников. Для формирования навыков реализована система практического обучения. Вектор реализации комбинированных/гибридных форм обучения прослеживается в публикациях (Eskola L, Silverman E, Rogers S, Zelenski A. , 2024), (Roser D, Nagl S, Ebigbo A. , 2024).

Обучение проводилось уполномоченными по качеству 1 уровня (УПК1) сотрудниками подконтрольных структурных подразделений МО. Предусмотрены групповая или индивидуальная формы обучения. Занятия имели практическую направленность с отработкой навыков (в том числе мануальных), обсуждением клинических ситуаций (в том числе решением ситуационных задач). Для проведения обучения сотрудников использовали симуляционную площадку в отведенные дни (согласно графику), либо помещения структурных подразделений, при наличии технической возможности.

При решении ситуационных задач происходило активное вовлечение сотрудников в обсуждение клинических ситуаций, что, по данным литературы, обеспечивает вовлеченность в процесс обучения со стороны сотрудников (Hamiduzzaman M, Miles S, Crook S, Grove L, Hewitt J, Barraclough F, Hawkins P, Campbell E, Buster N, Thomson K, Williams C, Flood V. , 2024), (Saidkhani V, Albooghobeish M, Rahimpour Z, Haghizadeh MH. , 2024).

Обучение проводилось в сроки, установленные утвержденным графиком, содержащим следующую информацию: наименования структурных подразделений, категории слушателей, сроки проведения, указание обязательных тем для обучения. В случае отсутствия сотрудника в день проведения занятия по гра-

фику, занятие с ним проводилось в другие сроки по согласованию. При отсутствии УПК1 в день проведения занятия по графику, занятие проводил дублер, исполняющий обязанности УПК1.

Тематика практического обучения включала вопросы качества и безопасности медицинской деятельности. Обязательными темами являлись:

1. Обработка рук (обучение проводится ежеквартально всеми медицинскими работниками, возможно обучение «на рабочем месте»).
2. Оказание неотложной помощи (темы экстренной и неотложной помощи определяются особенностями выполняемых трудовых функций сотрудников: для медицинских работников обязательной является отработка навыков СЛР в условиях симуляционной площадки, для немедицинских работников обязательным является отработка оказания экстренной помощи с моделированием ситуации «на рабочем месте»).

Во многих источниках сделан вывод о важности командного обучения и образовательных преимуществах по отработке многих навыков (Palmisano F, Santuari N, Moletta C, Ambrosi E, Rizzoli A. , 2024), (Abrams J, Mahoney B. , 2024), (Sterpu I, Herling L, Nordquist J, Möller A, Kopp Kallner H, Engberg H, Acharya G. , 2024), (Теплова Е., 2021), особенно при обучении оказанию экстренной помощи (Wittig J, Løfgren B, Nielsen RP, Højbjerg R, Krogh K, Kirkegaard H, Berg RA, Nadkarni VM, Lauridsen KG. , 2024).

В утвержденные даты обучения без закрепленных обязательных тем тематику определял УПК1 с учетом требований к практическому обучению и потребностями структурного подразделения.

Привлечение своих же сотрудников для проведения обучения является мировым трендом, вне зависимости от отрасли организации с внедрением каскадного принципа обучения (А. Немков, О. Куликов, В. Беленькая, А. Толкачева, А. Юмачиков, 2019), (Winderbaum J, Coventry LL. , 2024).

Каскадное обучение мы использовали при обучении различным мануальным навыкам, а также при формировании навыков принятия врачебных реше-

ний. В классическом варианте каскадного обучения предусмотрено поэтапное, многоступенчатое обучение «по нисходящей» (Киеня Е.А. , 2016).

Мы реализовали прямой (нисходящий) каскадный путь с соблюдением всех ступеней, или с пропуском 1 или 2 ступеней, а также для контроля обучения использовали обратную каскадную модель (Рисунок 21), (Рисунок 22). Описания реализации аналогичных вариантов каскадной модели в литературных источниках не встречались.

## 1 Путь от ступени к ступени

## 2,3 Путь с пропуском последовательностей ступеней



**Рисунок 21. Структура каскадного обучения в МО (1 – прямой путь от ступени к ступени, 2,3 – пути с пропуском последовательности ступеней)**

### Реализация «прямого» каскадного пути

**Первая ступень.** Обучение административно-управленческого персонала (главного врача, заместителей главного врача, руководителей укрупненных служб МО, специалистов службы внутреннего контроля (СВК)) осуществлялось непосредственно разработчиками ПР НИК РЗН, сотрудниками ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, на конференциях (в том числе ежегодная конференция «Медицина и качество»), семинарах, циклах повышения квалификации. Особое внимание следует уделить обучению «смысловых» специалистов. Под формулировкой «смысловых» специалистов мы подразумевали сотрудников организации, имеющих углубленные знания и навыки

ки по определенным компетенциям, так же необходимым для работы других сотрудников. Например, к «смысловым» специалистам мы отнесли сотрудников организационно-методического отдела, врача-эпидемиолога, врача клинического фармаколога, сотрудника отделения неотложной помощи, сотрудников, прошедших обучение проектному управлению или бережливым технологиям, специалиста по охране труда, психолога и т.д. Под руководством главных внештатных специалистов департамента здравоохранения Тюменской области в нашем регионе работала «Школа эпидемиолога», проводились круглые столы для врачей-кардиологов, врачей-клинических фармакологов и т.д. Было организовано централизованное обучение на станции скорой медицинской помощи для сотрудников отделений неотложной помощи поликлиник.

На второй ступени проводилось обучение специалистами СВК или «смысловыми» специалистами сотрудников, включенных в рабочие группы, линейных руководителей. На указанной ступени организованы следующие ключевые обучающие мероприятия: школы УПК1 (уполномоченных по качеству 1 уровня), также школы руководителей рабочих групп, инструктажи УПК1 по работе в АИС «Контроль качества», практические занятия по различным мануальным навыкам, проводимые «смысловыми специалистами», школы наставников.

Первоочередная задача на данном уровне каскадного обучения предусматривала необходимость формирования должных компетенций руководителей рабочих групп и линейных руководителей для дальнейшей передачи (трансляции).

Третья ступень каскадного обучения (оперативный уровень) включала непосредственных участников процессов. В качестве преподавателей выступали руководители рабочих групп или структурных подразделений/уполномоченных по качеству.

Сформированная система уполномоченных по качеству была направлена на 100%-ый охват обучением и контролем всех сотрудников МО.

При реализации данной ступени были учтены два обстоятельства – это недостаток каскадного принципа обучения в виде утери смысла при передаче от уровня к уровню, и повышенная загруженность, как руководителей рабочих

групп, так и линейных руководителей. Снижение влияния данных факторов достигалось за счет формирования единой базы обучающих материалов, собранных в тематические кейсы, размещения информации в личных кабинетах сотрудников для возможности предварительного изучения ими информации по нужной теме, выведения части обучения с «прямого пути» каскадной формы.

Сокращение потерь смысла обучающих материалов достигалось за счет сокращения кратности передачи информации при обучении. Не последнюю роль в возможности сокращения ступеней передачи играли информатизация процесса обучения и использование дистанционных форм обучения сотрудников, что позволило адресно доносить информацию в первоначальном виде.

В нашей поликлинике усилиями 87 уполномоченных по качеству регулярно проводилось обучение всех сотрудников МО (более 1400 человек). Для обеспечения непрерывности была предусмотрена система дублеров уполномоченных по качеству.

Четвертая ступень была предусмотрена в тех случаях, когда была необходимость проводить обучение пациентов или их законных представителей. В этой ситуации врачи, специалисты со средним медицинским образованием также выступали в роли преподавателей. И в данной ситуации снижению вероятности искажения информации, единообразию ее доведения до пациентов служила система стандартизации и выработка единой программы обучения, единых раздаточных материалов, использование единых проверенных источников информации.

#### Реализация каскадных путей с пропуском последовательности ступеней

Одним из примеров практического обучения с пропуском последовательности ступеней, возможно, привести проведенное обучение акушерок (кабинетов раннего выявления заболеваний) врачом-терапевтом (тема: «Техника пальпации лимфатических узлов»), врачом-хирургом (тема: «Техника пальцевого исследования прямой кишки»).

#### Централизованный контроль обучения

Разветвленность (12 филиалов) структуры нашей МО определяет особенности выстраивания работы и по обучению, и по контролю. АИС «Контроль каче-

ства» позволила в режиме обратной каскадной модели проводить контроль ознакомления и прохождения тестирования сотрудников с формированием журналов теоретического и практического обучения. При этом информацию об ознакомлении и прохождении тестирования видел сам сотрудник, его линейный руководитель, руководитель укрупненного<sup>21</sup> структурного подразделения, СВК и главный врач в режиме онлайн.

Результаты практического обучения также регистрируются линейными руководителями, вся информация собирается лаборантом симуляционной площадки, являющимся сотрудником службы внутреннего контроля. После анализа результаты доводились до главного врача.

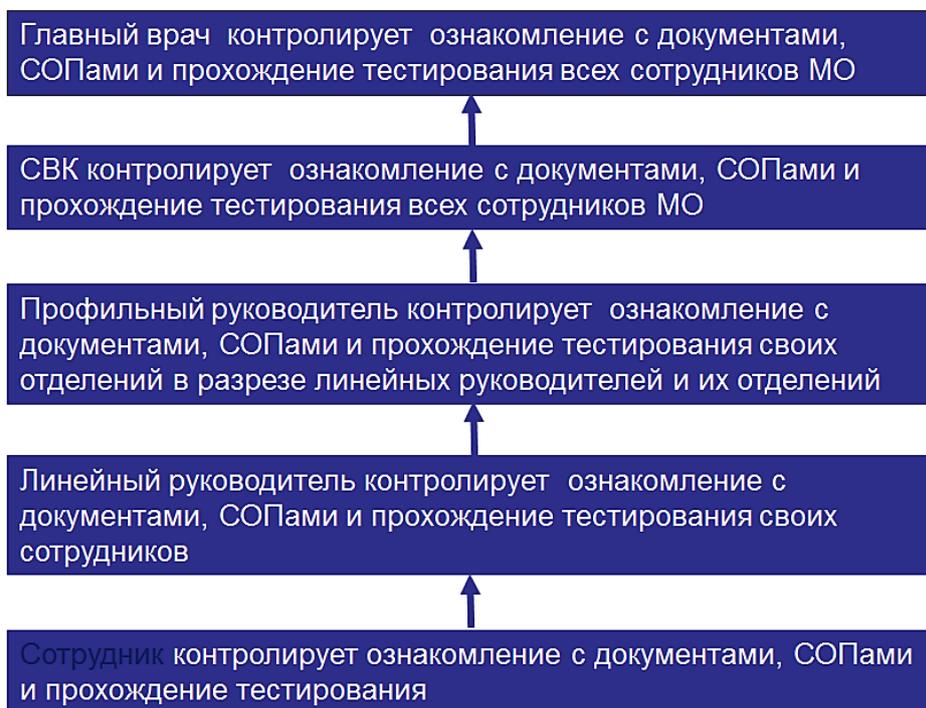
Форма аттестации по итогам обучения и сдачи практических навыков – недифференцированный зачет с оформлением зачетной ведомости, либо с использованием тематического журнала, формируемого в АИС «Контроль качества». Определены критерии оценки результатов зачета. К ним относятся правильное выполнение практического навыка и верное решение ситуационной задачи.

---

<sup>21</sup>С учетом структуры ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» к укрупненным структурным подразделениям относятся: во взрослой поликлинике - поликлиника 1, 2, 3; в детской поликлинике- консультативно-диагностическое отделение и профилактическое отделение

## Централизованный контроль обучения

Использование АИС «Контроль качества» - контроль в режиме обратной каскадной модели



**Рисунок 22. Структура централизованного контроля обучения по принципу обратной каскадной модели**

Зачетные ведомости для нас являлись источником информации при проведении внутренних проверок (аудитов). Контроль своевременности и качества обучения возлагался на курирующее структурное подразделение УПК2.

Определение кратности обучения – еще одна сфера интересов исследователей. Кратность обучения не имеет единого понимания, в публикациях встречаются варианты с кратностью ежемесячно (Brandstorp H, Halvorsen PA, Sterud B, Haugland B, Kirkengen AL., 2016), раз в 6 месяцев (Ansquer R, Mesnier T, Farampour F, Oriot D, Ghazali DA., 2019), 1 раз в год. Но все авторы сходятся в том, что обучение должно быть регулярным (Brandstorp H, Halvorsen PA, Sterud B, Haugland B, Kirkengen AL., 2016), (Ansquer R, Mesnier T, Farampour F, Oriot D, Ghazali DA., 2019).

В литературе описывается такое явление, как «кривая забывания» (Салливан, Б., Томпсон, Х., 2014). Данная кривая показывает положитель-

ную зависимость запоминания от количества повторений с достижением плато после 5 повторений.

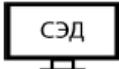
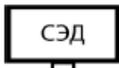
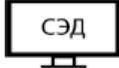
Достигнуть снижения возможности наступления плато можно за счет обеспечения осмысленности информации, четкого структурирования материала, соблюдения логичности в подаче, а также включения ассоциативного компонента и, конечно же, повторения изученного.

Влияние повторения на качество обучения описывается при реализации педагогического подхода в виде интервального обучения, или интервального повторения, которое включает в себя изучение нового материала больше, чем один раз, и последующее его повторение через определенные промежутки времени (Price DW, Wang T, O'Neill TR, Morgan ZJ, Chodavarapu P, Bazemore A, Peterson LE, Newton WP. , 2024).

Предлагаемые авторами сроки повторения были изучены на анализе техники запоминания фактов, слов или формул. При выборе интервалов ВКО было учтено, что речь шла о более сложной информации.

Следует отметить, что крайне значимым компонентом реализации эффективного бизнес-процесса является непрерывное улучшение – реализация принципа PDCA (Деминг Э., 2022).

Для оценки эффективности изменений в системе ВКО повторно было проведено картирование в 20 отделениях (Рисунок 23).

			1	2	3	4	5	Сумма, (час)	ВПП min, (час)	ВПП max, (час)
Время, (час)	Операции, (час)	max	3	1,5	0,6	0,6	0,6	6,3	3	6,3
		min	1,5	0,6	0,3	0,3	0,3	3		
	Ожидания, (час)	max						0		
		min						0		
	Перемещения, (час)	max						0		
		min						0		
Участники процесса	1	Заведующий отделением/старшая медицинская сестра отделения			Контролирует наличие "Задолжников" в личном кабинете по отделению 				ВЦС min, (час)	ВЦС max, (час)
	2	Все медицинские работники отделения	Изучает локально-методические документы размещенные в личном кабинете  	Проходит тестирование в личном кабинете  				2,1	4,5	
	3	Отдел по управлению качеством и безопасностью медицинской деятельности				Контролирует наличие "Задолжников" в личном кабинете по МО 	Формирует рейтинги в разрезе УПК 1 		Кэф min, (час)	Кэф max, (час)
								70,0%	71,4%	
Коэффициент эффективности процесса										
№	Наименование проблемы									
1	Недостаточная мотивация сотрудников к обучению									



проблема



автоматизированная информационная система

**Рисунок 23. Карта целевого состояния процесса «Организация обучения (теоретического) медицинских работников отделения» в расчете на 1 месяц**

При сравнении текущего (Рисунок 12) и целевого (Рисунок 23) состояния процесса выявлена положительная динамика. Повысился коэффициент эффективности процесса от 3,1 до 3,8 раза. Сокращение временных затрат в месяц в разных отделениях составило от 14,6 до 25,3 часов в месяц, что в годовом выражении составило от 160,6 до 278,3 часов (в зависимости от отделения). Удалось устранить временные потери, связанные с перемещением и ожиданием сотрудников. Исключены бумажные отчетные формы, линейные руководители не занимаются подготовкой проведения теоретических занятий.

При этом следует отметить, что сохраняется недостаточная мотивация рядовых сотрудников к ВКО.

На протяжении всего периода внедрения ПР НИК РЗН и формирования системы ВКО проводились мероприятия, направленные на повышение его эффективности (Рисунок 24).

## Процесс: Непрерывное улучшение обучения



Рисунок 24. Хронология процесса непрерывного совершенствования системы ВКО

Так был реализован проект «Комплексный подход для повышения заинтересованности сотрудников в непрерывном профессиональном развитии с использованием практического обучения». Целью данного проекта была определена потребность сформировать систему внутреннего практического обучения с долей вовлечения сотрудников МО не менее 80% в течение 6 месяцев.

Для достижения данной цели определены и реализованы пять задач:

1. Проанализирована оценка системы практического обучения сотрудниками МО в динамике.
2. Разработана система мотивации обучения сотрудников.
3. Разработана система формирования обучающих кейсов, технического и кадрового обеспечения обучения.
4. Разработана система контроля полноты, качества обучения и оценки проводимого практического обучения.

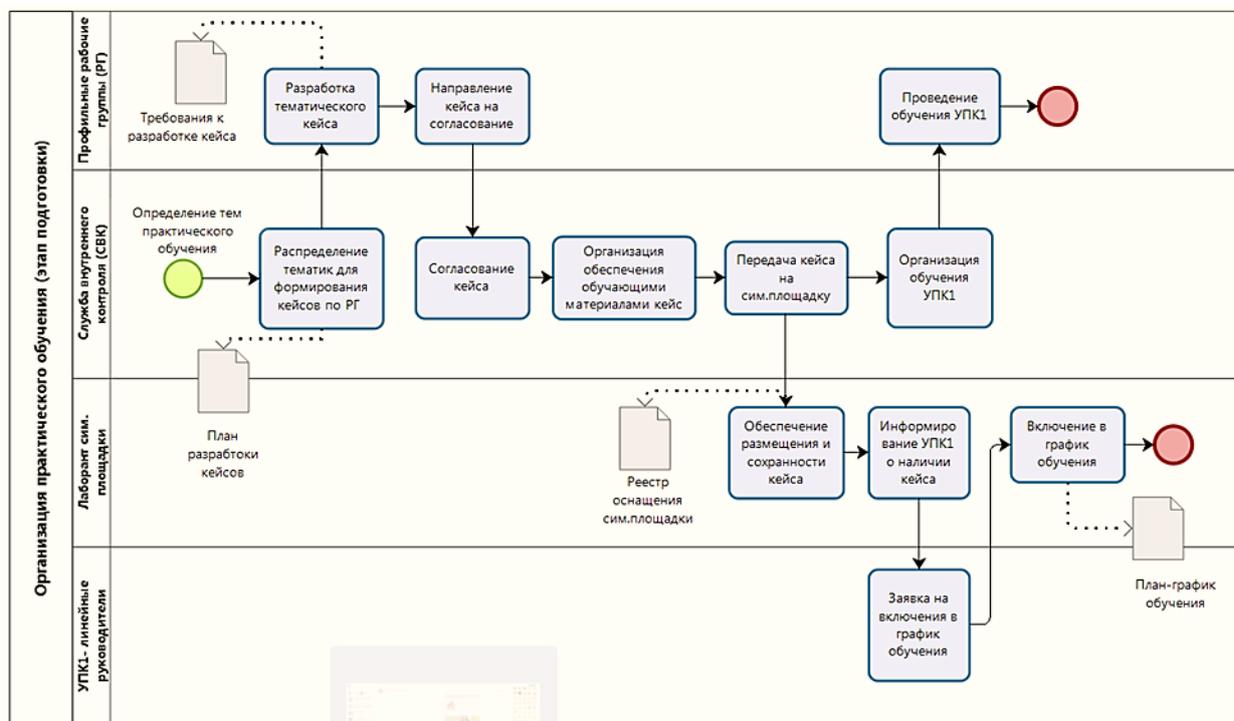
Для определения подходов к достижению целей были определены проблемы, приводящие к недостаточной заинтересованности сотрудников (Рисунок 25).

Для каждой проблемы были определены причины и возможные пути решения (Приложение 6).

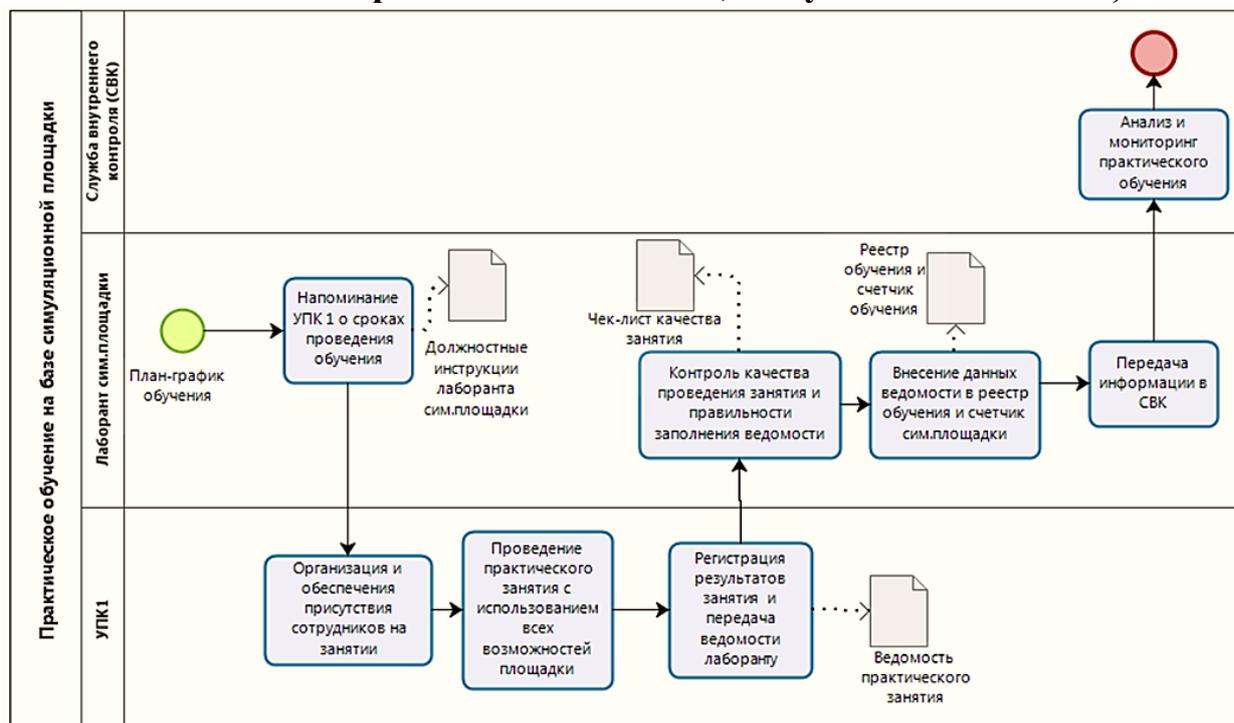


**Рисунок 25. Использование диаграммы Исикавы для определения проблем, приводящих к недостаточной заинтересованности сотрудников при проведении практического обучения**

Была внедрена организационная структура практического обучения в МО. Данная структура включала в себя подготовительный этап (Рисунок 26) и непосредственно этап проведения и оценки практического обучения (Рисунок 27).



**Рисунок 26. Подготовительный этап практического обучения (формирование/поддержание ментальных, мануальных навыков)**



**Рисунок 27. Этап проведения и оценки практического обучения**

Был изменен методический подход к проведению практического обучения, и реализован принцип практического занятия «под ключ». Проведена приоритизация тем с определением (для разработки) первоочередных обучающих кейсов.

Организован сбор заявок на укомплектование симуляционной площадки через лаборанта. Был предусмотрен анализ заявки для определения возможности использования внутренних ресурсов, или необходимости составления плана закупок. В статье Йеета с соавторами указывается, что симуляционное обучение относится к затратным формам обучения (Abrams J, Mahoney B. , 2024).

Кроме того, было организовано обучение линейных руководителей методике проведения практических занятий с использованием единых тематических кейсов. Важность обучения внутренних преподавателей отражена в ряде статей (Vlerick I, Kinnaer LM, Delbaere B, Coolbrandt A, Decoene E, Thomas L, Vanderlinde R, Van Hecke A. , 2024), (Brouwer HJ, Barry M, Kluijtmans M, Damoiseaux RAMJ, de Groot E. , 2024), (Rauzy O, Bouillet L, Chevalier K, Cohen-Aubart F, Delacroix I, Hanslik T, Kaplanski G, Lazaro E, Le Moigne E, Pottier P, Riviere E, Mouthon L. , 2024), (Fisher K, Patsan I, Klein L, Turner A, Runciman D, Fielding A, Tran M, Pond D, Guppy M, Starling C, D'Amore A, Davey A, Magin P. , 2024).

Сформирована и постоянно обновляется образовательная среда (Шавалиев, Ю. М. Саматошенкова, Д. М. Игнатъев, 24) симуляционной площадки с учетом тематик, включенных в кейсы.

Разработана система мотивации на основе изучения мотивационного профиля по итогам анкетирования сотрудников, в том числе за счет развития конкурсного движения: ранжирование результатов обучения (с использованием чек-листа оценки) (Таблица 26), рейтинг уровня квалификации сотрудников, счетчик симуляционной площадки, конкурс оформления столов симуляционной площадки «История в моей профессии».

**Таблица 26. Чек-лист оценки качества практических занятий в МО<sup>22</sup>**

№	Критерий оценки	Мах оценка
---	-----------------	------------

<sup>22</sup> Чек-лист заполняет лаборант симуляционной площадки

№	Критерий оценки	Мах оценка
1	Своевременность проведения практического занятия (+/- 30 дн. от даты графика)	1 балл
2	Проведение практического занятия на базе симуляционной площадки	1 балл
3	Охват обучением (2 балла - 100% состава отделения, 1 балл - 75-99 %, 0 баллов меньше 75%)	2 балла
4	Доля положительных оценок сотрудников после занятия больше 50%)	1 балл
5	Использование кейсов/пособий при проведении практического занятия	2 балла
6	Своевременное предоставление ведомости по итогам проведения занятия (не позднее 7 календарных дней с даты проведения)	1 балл
7	Активное участие сотрудников отделения в проводимом занятии	2 балла
	<b>Итого:</b>	<b>10 баллов</b>

#### **4.4. Определение мотивационного профиля сотрудников для организации эффективного корпоративного обучения в медицинской организации**

Для возможности поиска компонентов мотивации сотрудников к ВКО был выполнен опрос сотрудников. Проведена оценка уровня знаний системы непрерывного медицинского образования (НМО).

Для данной оценки был сформирован ряд вопросов. Данные вопросы были включены в оценку ответов медицинских работников – врачей и среднего медицинского персонала.

Для оценки понимания структуры НМО сотрудникам был предложен вопрос правильного выбора вида образовательных мероприятий, обеспечивающего формальную часть НМО. Только третья часть респондентов дала правильные ответы, в том числе среди врачей – 27,6%, а среди СМП – 37,1% (Таблица 27).

**Таблица 27. Результаты опроса на вопрос: «Определите, пожалуйста, что относится к формальному образованию в рамках НМО»**

Варианты ответов	Результаты опроса, чел.		
	Врачи	СМП	Общий итог
Дополнительные профессиональные программы повышения квалификации, человек	48	104	152
Интерактивные образовательные модули, человек	70	92	162
Образовательные мероприятия профессиональных некоммерческих организаций (образовательные мероприятия), человек	56	84	140
<b>Общий итог, человек</b>	<b>174</b>	<b>280</b>	<b>454</b>
Доля правильных ответов, %	27,59±6,36	37,14±1,68	33,48±2,83

Следующий вопрос был направлен на оценку знания объёма программ повышения квалификации НМО (Таблица 28). Общая доля правильных ответов составила 37%, в том числе среди врачей – 43,7%, среди СМП доля правильных ответов ниже 32,9%. Данный результат может свидетельствовать о необходимости проведения дополнительных образовательных мероприятий, направленных на разъяснение правил и требований системы НМО.

Кроме того, проведена оценка погружённости медицинских работников в обучение в рамках НМО, в том числе регистрация на портале НМО. Подавляющее большинство врачей (97,13%) в настоящий момент уже зарегистрированы на портале НМО. Доля зарегистрированных сотрудников среди СМП составляет 88,93%. Это может быть связано с более поздним включением СМП в систему НМО (Таблица 28).

**Таблица 28. Результаты опроса на вопрос: «Какой рекомендуется объем по программам повышения квалификации за пятилетний период?»**

Варианты ответов	Результаты опроса, чел.		
	Врачи	СМП	Общий итог
не менее 144 ЗЕТ	76	92	168
не менее 180 ЗЕТ	12	21	33
не менее 250 ЗЕТ	86	167	253
<b>Общий итог</b>	<b>174</b>	<b>280</b>	<b>454</b>
Доля правильных ответов, %	43,68±9,58	32,86±6,34	37,00±5,8

Среди врачей один человек ответил, что он не зарегистрирован на портале и не планирует этого делать (Таблица 29). Данный врач работает в клинике менее 3 месяцев и входит в возрастную группу 30-39 лет. Среди СМП двое человек также не зарегистрированы в системе НМО и не планируют этого делать. Данные сотрудники в клинике работают менее трёх лет и входят в возрастную группу 20-29 лет. Также пять медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ответили, что не знают, зарегистрированы ли они на портале НМО.

Из них один сотрудник в возрасте старше 60 лет, трое сотрудников со стажем работы от 3 месяцев до 3 лет и возрастной группы 20-29 лет, еще по одному сотруднику возрастной группы 40-49 лет со стажем работы от 3 месяцев до 3 лет. Один сотрудник из этой же возрастной группы, но имеющий более длительный стаж работы (15-18 лет) в нашей МО.

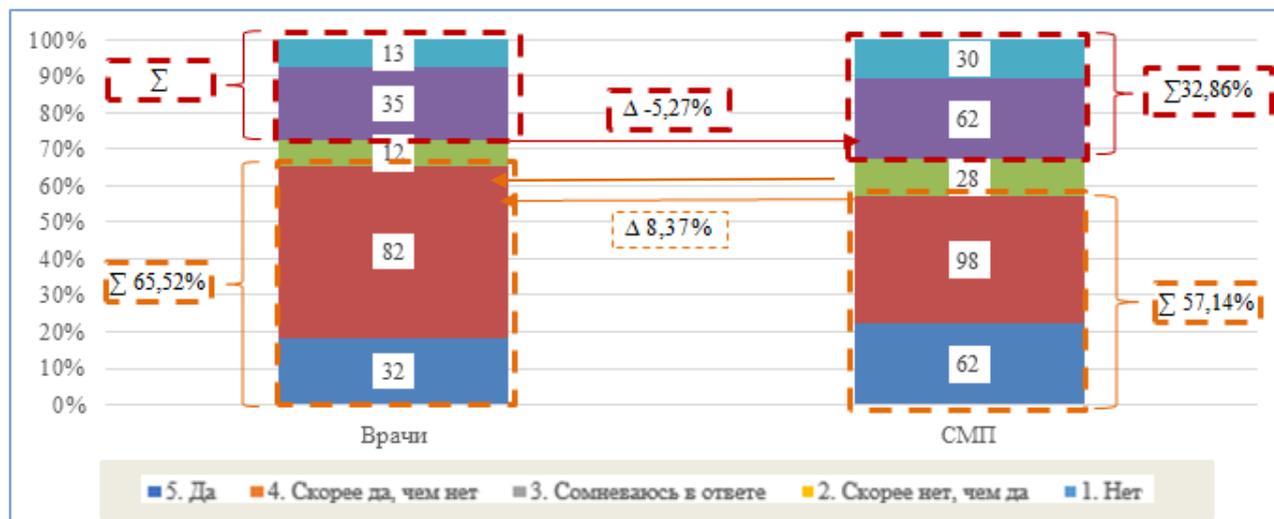
**Таблица 29. Результаты опроса на вопрос: «Вы зарегистрированы на портале НМО?»**

Варианты ответов	Результаты опроса, чел.		
	Врачи	СМП	Общий итог
Да	169	249	418
Не знаю	–	8	8
Нет и не планирую	1	2	3
Нет, но планирую	4	21	25
<b>Общий итог</b>	<b>174</b>	<b>280</b>	<b>454</b>
<b>Доля сотрудников, зарегистрированных на портале НМО, %</b>	<b>97,13±4,02</b>	<b>88,93±2,13</b>	<b>92,07±0,69</b>

Помимо этого, медицинским работникам было предложено оценить свои навыки работы на портале НМО. Была использована пятиуровневая система оценки Лайкерта со следующими вариантами ответа (где 5 – самый высокий уровень владения, а 1 – самый низкий): 5 баллов – Да; 4 балла – Скорее да, чем нет; 3 балла – Сомневаюсь в ответе; 2 балла – Скорее нет, чем да; 1 балл – Нет. Средняя оценка своих навыков работы на портале НМО среди врачей составила 3,49 балла, среди СМП – 3,36 балла.

Суммарно положительный ответ по владению навыками работы на портале (выбрав ответ «да» и «скорее да, чем нет») составил 65,52% среди врачей и 57,14% среди СМП (уровень самооценки владения у врачей больше на 8,37%, чем

у СМП). Что же касается результатов самооценки, обозначенной как низкое владение навыками работы на портале, то среди врачей данный показатель ниже, чем среди СМП на 5,27%, и составил 27,59 и 32.86% соответственно (Рисунок 28).



**Рисунок 28. Результаты опроса на вопрос: «Считаете ли Вы себя уверенным пользователем портала НМО?»**

Следующий блок вопросов был посвящен самооценке сотрудников своих профессиональных знаний и навыков, а также определению потребности в повышении уровня знаний и навыков для качественной и безопасной работы.

По результатам проведенного анкетирования сотрудники достаточно высоко оценивают уровень своих профессиональных знаний (7,76 балла) и навыков (7,98 балла). Уровень оценки имеет достаточное сходство среди респондентов, среднее отклонение показателя составляет 1,2 балла. Несмотря на высокую стартовую оценку своих знаний, и навыков, сотрудники также отмечают существенную потребность в повышении уровня своих знаний (7,77 балла) и навыков (7,68 балла). Потребность в повышении навыков оценивается сотрудниками несколько ниже, чем в знаниях. Отклонение в оценке потребности в знаниях и навыках выше, чем отклонение в самооценке своих знаний и навыков, и находится в пределах 1,81–1,92 балла (Рисунок 29).

Анализ результатов опроса определил самую низкую оценку своих знаний и навыков среди врачей. Также врачи показывают самую значимую потребность в повышении своих знаний и навыков. При этом разница не превышает 0,04 балла

самооценки между всеми категориями должностей и 0,06 балла в оценке потребности в повышении знаний.

Оценка влияния стажа работы выявила постепенное, прямо пропорциональное повышение уровня самооценки от 7,77 балла при стаже менее 3 месяцев до 7,79 баллов со стажем более 18 лет. Потребность в повышении своих профессиональных знаний и навыков имеет обратно пропорциональную связь: чем больше стаж, тем ниже потребность. Но, аналогично с ситуацией с категорией должностей, речь идет о разнице в несколько сотых балла.

При оценке влияния возраста респондентов на результаты анализа, обращает на себя внимание более низкая оценка своих профессиональных знаний и навыков среди возрастной группы 50-59 лет, эта же возрастная группа имеет более высокую потребность в повышении своих профессиональных знаний. Как и в предыдущих случаях в отношении влияния категории должности и стажа работы, разница в оценке в баллах не превышает 0,08 (Рисунок 29).

Такое единодушие в оценке уровня своих знаний и потребностей может позволить применять единые универсальные требования к организации проведения ВКО в клинике.

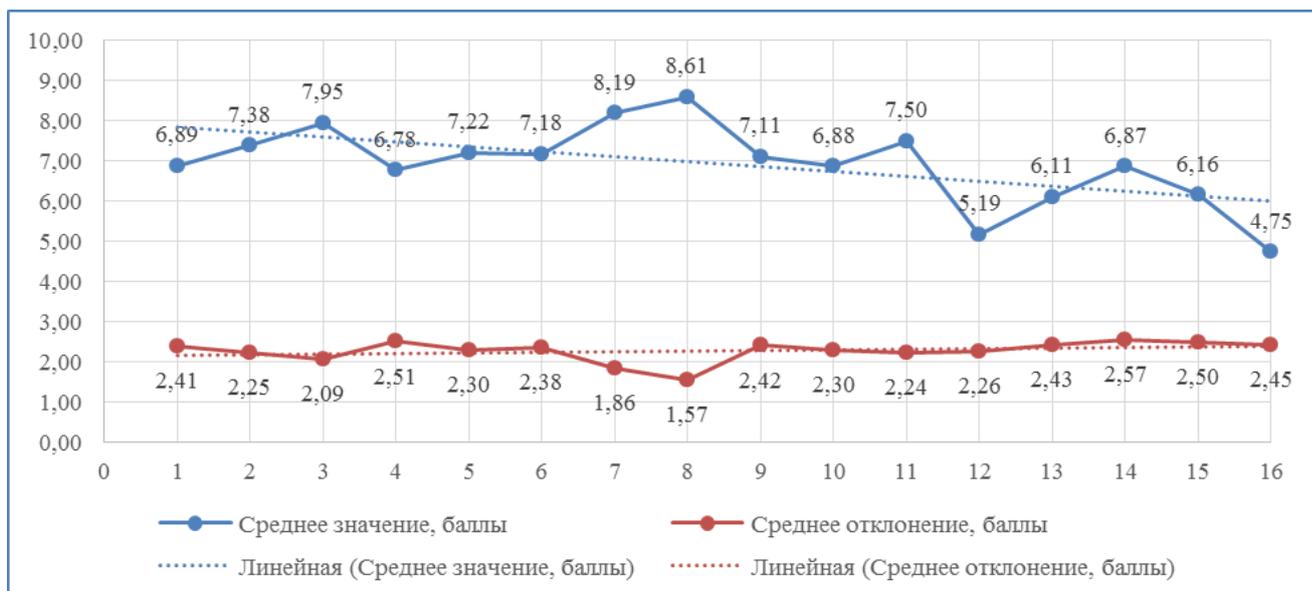


**Рисунок 29. Самооценка сотрудников и определение потребностей сотрудников по вопросам знаний и навыков с учетом различных факторов**

Далее был проведён анализ влияния 16 различных факторов – мотиваторов (в количестве 11) и демотиваторов (в количестве 5) – на желание ВКО. Уровень средней оценки предложенных факторов был определен в диапазоне от 4,75 балла до 8,61 балла. Уровень среднего отклонения был в диапазоне от 1,57 балла до 2,57 балла. Чем выше отмечалась средняя оценка, тем ниже был уровень среднего отклонения (Рисунок 30, Рисунок 31).



**Рисунок 30. Результаты оценки (средний балл) факторов, влияющих на мотивацию и демотивацию сотрудников для ВКО, среди всех респондентов**



**Рисунок 31. Соотношение среднего балла и среднего отклонения оценки факторов, влияющих на мотивацию и демотивацию сотрудников для ВКО, среди всех респондентов**

1. Возможность учета результатов обучения на рабочем месте в системе НМО; 2. Равномерное распределение учебной нагрузки по объему в течение года; 3. Наличие возможности обучаться в удобное время; 4. Наличие возможности обучаться в специально выделенном месте; 5. Наличие необходимого технического оснащения места обучения (симуляционная площадка); 6. Помощь руководителя, коллег, при обучении; 7. Выбор темы для обучения, непосредственно связанной с моей работой; 8. Желание расширить свои профессиональные знания и навыки; 9. Желание продвигаться по службе; 10. Оценка результатов моей учебы руководителем и коллегами; 11. Желание делиться с коллегами своими знаниями; 12. Отсутствие учета ВКО в рамках НМО; 13. Авральный (очень короткий срок) темп ВКО; 14. Отсутствие свободного времени для ВКО; 15. Отсутствие качественного оснащения симуляционной площадки (муляжи, обучающий материал); 16. Безразличие руководителей к результатам моего обучения.)

Детально проведён анализ влияния мотиваторов и демотиваторов с учётом различных сопутствующих обстоятельств.

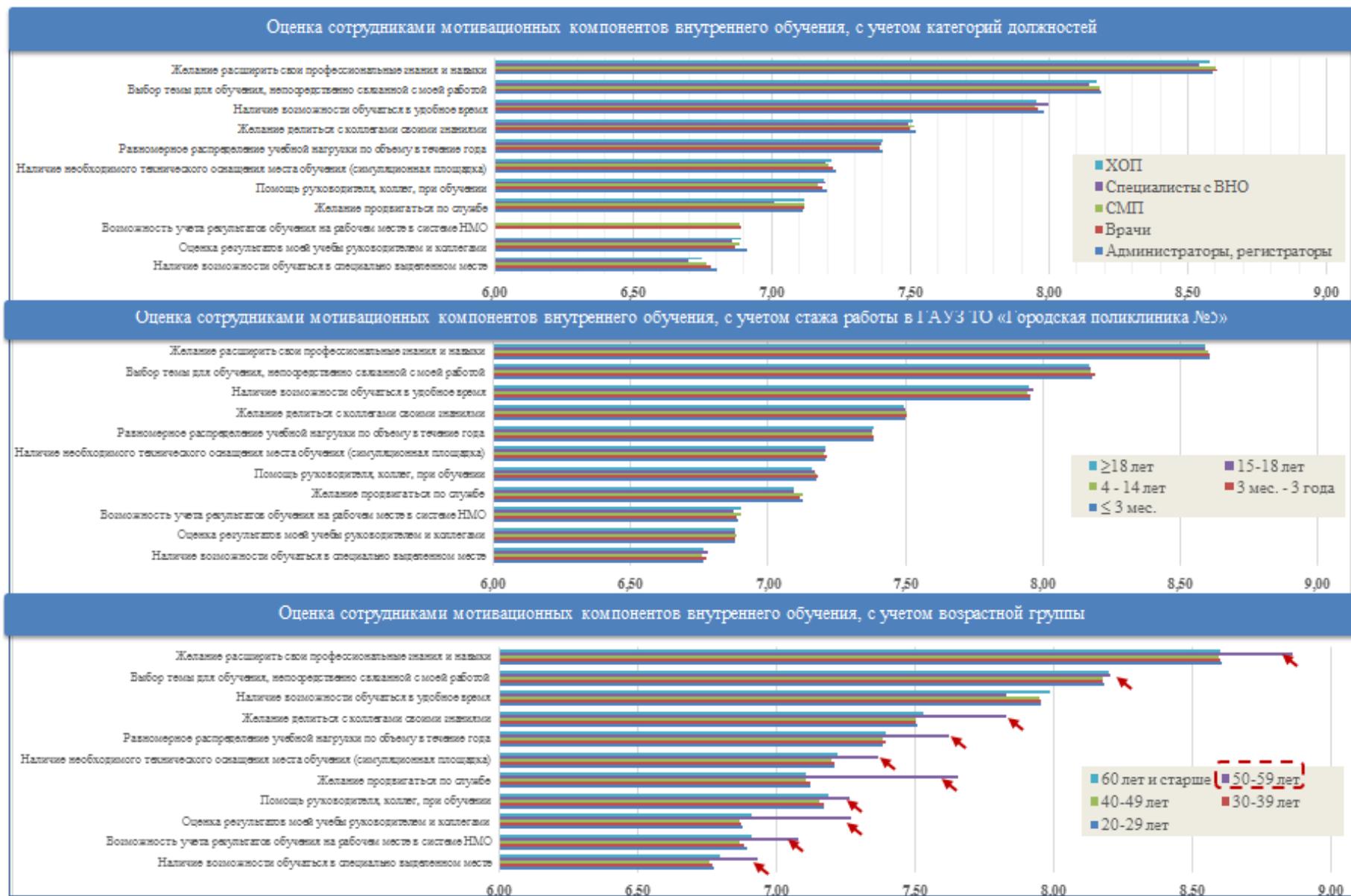
Средний уровень влияния мотиваторов для администраторов, регистраторов составил 7,49 балла, для врачей – 7,43, для СМП – 7,42, для специалистов с высшим немедицинским образованием – 7,45 и для уборщиков производственных помещений – 7,48 балла.

Наибольшая разница в уровне оценки влияния факторов среди разных категорий должностей отмечается по следующим мотиваторам: «Наличие возможности обучаться в специально выделенном месте» (2,9%), «Желание продвигаться по службе» (3,3%), «Желание расширить свои профессиональные знания и навыки» (1,8%). Данная разница сформировалась за счёт более низкой оценки указанных мотиваторов специалистами с высшим немедицинским образованием. Наиболее значимыми мотиваторами для сотрудников, вне зависимости от стажа, явились следующие: «Желание расширить свои профессиональные знания и навыки» (7,95 балла), «Выбор темы для обучения, непосредственно связанной

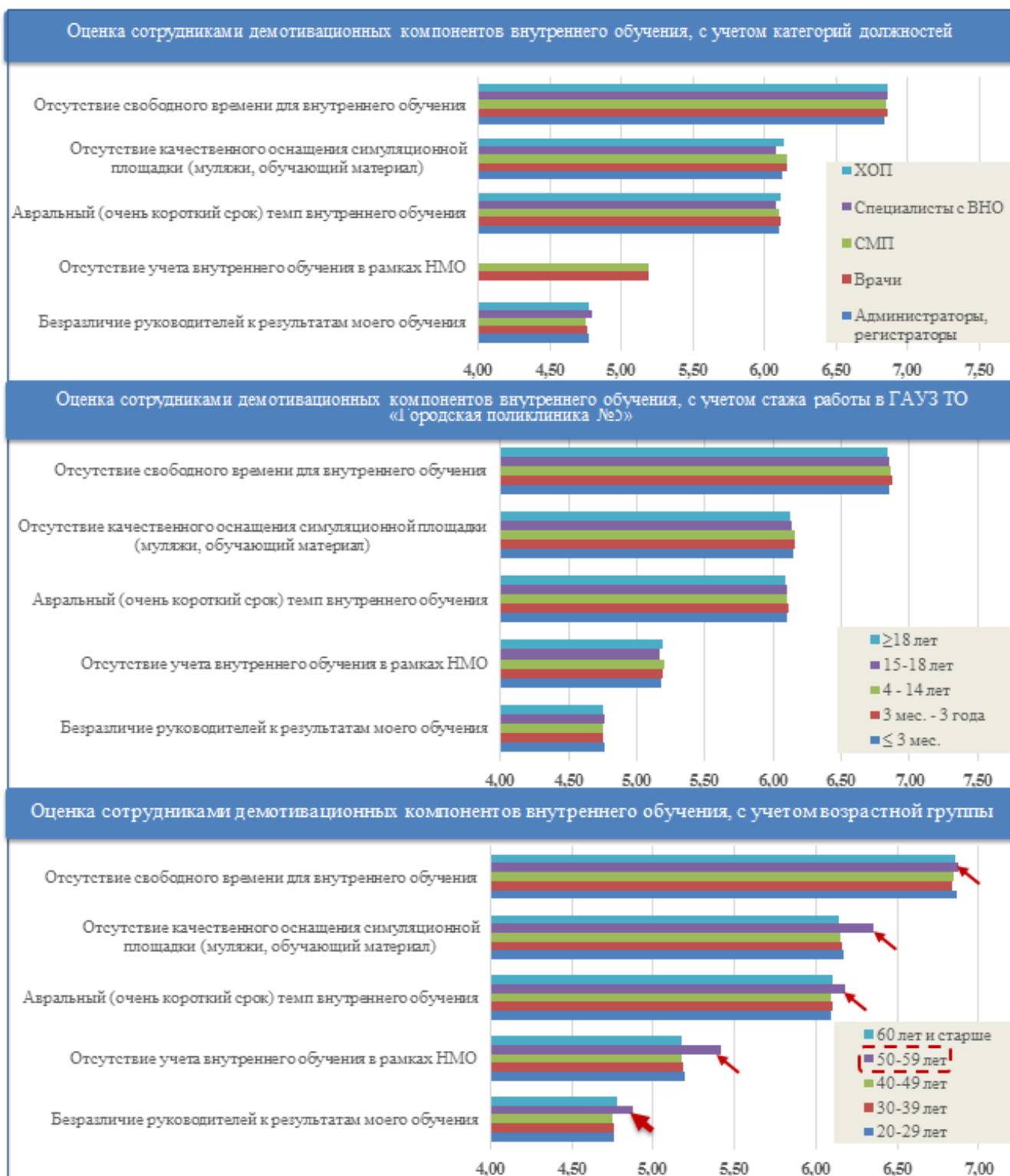
с моей работой» (8,18 балла), «Наличие возможности обучаться в удобное время» (8,6 балла). Наименьшее мотивационное влияние оказывают следующие факторы: «Наличие возможности обучаться в специально выделенном месте» (6,77 балла), «Оценка результатов моей учебы руководителем и коллегами» (6,88 балла), «Возможность учета результатов обучения на рабочем месте в системе НМО» (6,89 балла). Наличие возможности обучаться в специально выделенном месте имеет самое разноречивое влияние со средним отклонением 2,51 балла во всех группах стажа.

Отмечается более высокий уровень мотивации среди возрастной группы 50-59 лет практически по всем предложенным мотиваторам (Рисунок 32).

Наибольшее отличие данная возрастная группа имеет по ряду мотиваторов, средняя оценка которых выше, чем по всем остальным возрастным группам: «Желание продвигаться по службе» на 0,54 балла, «Оценка результатов моей учебы руководителем и коллегами» на 0,39 балла, «Желание делиться с коллегами своими знаниями» на 0,32 балла.



**Рисунок 32. Оценка сотрудниками мотивационных компонентов ВКО в зависимости, с учетом различных факторов**



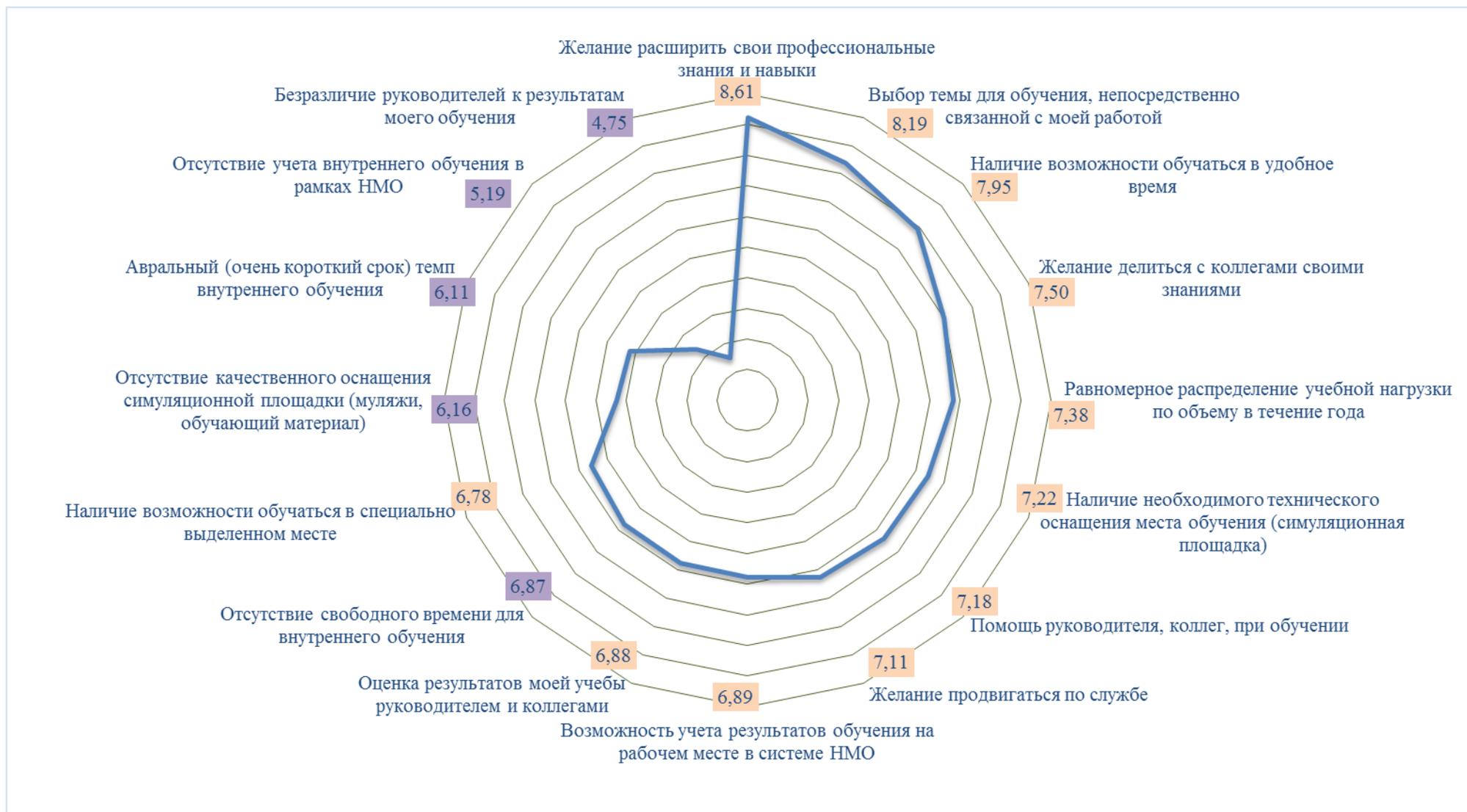
**Рисунок 33. Оценка сотрудниками демотивационных компонентов ВКО в зависимости, с учетом различных факторов**

Значимого влияния категории должности и стажа работы на уровень оценки демотиваторов не выявлено. Самым сильным демотиватором является «Отсутствие свободного времени для ВКО» (6,87 балла). Примерно равное демотивирующее влияние оказывает «Отсутствие качественного оснащения симуляционной

площадки (муляжи, обучающий материал)» (6,16 балла) и «Авральный (очень короткий срок) темп ВКО» (6,11 балла). «Безразличие руководителей к результатам моего обучения» оказывает наименьшее демотивирующее действие и составляет 4,75 балла.

Влияние мотивирующих факторов сотрудниками оценивается выше (средний балл всех факторов во всех группах – 7,42 балла), чем влияние демотивирующих (средний балл всех факторов во всех группах – 5,81 балла). Среднее же отклонение в оценке ниже у мотивирующих факторов (2,21 против 2,45 балла) (Рисунок 31, Рисунок 33).

Как и в случае с мотиваторами, наиболее острая реакция на демотиваторы отмечается в возрастной группе 50-59 лет. Особенно по следующим демотиваторам: «Отсутствие учета ВКО в рамках НМО» на 0,23 балла, «Отсутствие качественного оснащения симуляционной площадки (муляжи, обучающий материал)» на 0,2 балла, «Безразличие руководителей к результатам моего обучения» на 0,11 балла по сравнению с остальными возрастными группами.



**Рисунок 34. Мотивационный профиль сотрудников с учетом преобладания факторов**

Оцениваемые мотиваторы и демотиваторы «перекрывают» все уровни мотивации с учётом теории А. Маслоу: 1 уровень – физиологические потребности; 2 уровень – потребность в защите и безопасности; 3 уровень – социальные потребности; 4 уровень – потребность в уважении и самоуважении; 5 уровень – потребность в самовыражении. Данное распределение позволило сформировать матрицу соответствий оцениваемых факторов уровню мотивации по А. Маслоу (Таблица 30).

**Таблица 30. Матрица соответствий оцениваемых факторов уровню мотивации по А. Маслоу**

№ п/п	Критерии, включенные в опрос сотрудников	Соответствие критерия уровню мотивации по А. Маслоу <sup>23</sup>				
		1	2	3	4	5
<b>Мотивирующие факторы</b>						
1	Возможность учета результатов обучения на рабочем месте в системе НМО	√				
2	Равномерное распределение учебной нагрузки по объему в течение года		√			
3	Наличие возможности обучаться в удобное время		√			
4	Наличие возможности обучаться в специально выделенном месте		√			
5	Наличие необходимого технического оснащения места обучения		√	√		
6	Помощь руководителя, коллег, при обучении			√		
7	Выбор темы для обучения, непосредственно связанной с моей работой		√	√		
8	Желание расширить свои профессиональные знания и навыки					√
9	Желание продвигаться по службе				√	√
10	Оценка результатов моей учебы руководителем и коллегами				√	
11	Желание делиться с коллегами своими знаниями			√		√
<b>Демотивирующие факторы</b>						
12	Отсутствие учета ВКО в рамках НМО	√				
13	Авральный (очень короткий срок) темп ВКО		√			
14	Отсутствие свободного времени для ВКО		√			
15	Отсутствие качественного оснащения симуляционной площадки		√	√		
16	Безразличие руководителей к результатам моего обучения				√	

<sup>23</sup> 1 - физиологические потребности; 2 - потребность в защите и безопасности; 3 - социальные потребности; 4 - потребность в уважении и самоуважении; 5 - потребность в самовыражении

При определении мотивационного профиля проведён расчёт среднего арифметического значения всех мотиваторов/демотиваторов (с максимально возможным значением – 10 баллов) (Рисунок 34).

ТОП-5 факторов, оказывающих максимальное влияние на определение мотивационного профиля, составили следующие: «Желание расширить свои профессиональные знания и навыки» – 8,61 балла, «Выбор темы для обучения, непосредственно связанной с моей работой» – 8,19 балла, «Наличие возможности обучаться в удобное время» – 7,95 балла, «Желание делиться с коллегами своими знаниями» – 7,50 балла, «Равномерное распределение учебной нагрузки по объёму в течение года» – 7,38 балла. Это говорит о преобладании потребности в самовыражении, социальных потребностей, а также потребностей в безопасности. Преобладание потребности в самовыражении (моральное удовлетворение, желание приносить пользу людям, возможность делать то, что ты умеешь лучше всего) было отмечено и в исследовании, проведенном в Санкт-Петербурге (Юрьев В.К., Тарханов В.С., 2014).

ТОП-5 факторов, оказывающих минимальное влияние на определение мотивационного профиля, составили следующие: «Наличие возможности обучаться в специально выделенном месте» – 6,78 балла, «Отсутствие качественного оснащения симуляционной площадки (муляжи, обучающий материал)» – 6,16 балла, «Авральный (очень короткий срок) темп ВКО» – 6,11 балла, «Отсутствие учета ВКО в рамках НМО» – 5,19 балла, «Безразличие руководителей к результатам моего обучения» – 4,75 балла.

Минимальное значение имеет физиологический уровень (в описании). Даже с учетом того, что в качестве материальной мотивации был взят эквивалент возможности учета результатов в системе НМО, у сотрудников было право дополнить своим вариантом ответа. Повышение заработной платы, как элемент мотивации, указали 10 сотрудников, что составляет 1,89% от всего числа респондентов (Рисунок 34).

**Таким образом, по результатам анализа, проведенного в ходе исследования, опроса можно сделать следующее заключение:**

1. Разработанная анкета «Оценка мотивационного профиля сотрудников для организации эффективного корпоративного обучения в МО» позволила сформировать мотивационный профиль сотрудников МО.

2. Мотивационный профиль позволил установить, что ведущим уровнем мотивации сотрудников стал уровень «потребности в самовыражении» по всем исследуемым категориям должностей, возрастным группам и группам стажа работы в МО. К подобным выводам пришла команда исследователей Морозовской городской детской клинической больницы (Корнилов М.Н., 2022).

3. Более чувствительной к мотиваторам была возвратная группа 50-59 лет. Мотивирующие и демотивирующие факторы для них более значимы, чем для других возрастных групп.

4. Среди уровней мотивации самое низкое значение имели показатели, характеризующие физиологический уровень, а самые высокие показатели – характеризующие потребность в самовыражении. С учетом иерархического соподчинения теории А. Маслоу, это свидетельствовало об удовлетворении потребностей сотрудников физиологического уровня, в том числе по вопросам заработной платы, условий труда.

5. Определение мотивационного профиля позволило сосредоточить усилия по мотивации сотрудников на мероприятиях по реализации потребности в самовыражении.

Используя потребности в самовыражении как ведущего мотиватора в непрерывном обучении сотрудников, проводилось формирование необходимых компетенций для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности МО.

## ГЛАВА 5. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОДЕРНИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ ВНУТРЕННЕГО КОРПОРАТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.

### 5.1. Выбор методики оценки эффективности внутреннего обучения

С учетом опыта многих исследователей для оценки эффективности ВКО выбрана модель Киркпатрика (Kirkpatrick D.L., 2009), (Хрипкова Т.П., 2007), (Agarwal A, Baitha U, Ranjan P, Swarnkar NK, Singh GP, Baidya DK, Garg R, Gupta N, Choudhury A, Kumar A, Roy A, Naik N, Khan MA, Wig N. , 2024), (Merghani T, Babiker R, O Alawad A., 2024), (Arakida M, Matsuda Y, Aoki E, Takenaka K, Yamashita R, Rokuro K, Yamazaki I, Machida K, Funakawa Y., 2020). Выстроенная на основе научно-методических подходов система ВКО, как неотъемлемая часть системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности, позволила провести оценку эффективности обучения на всех четырех уровнях (Таблица 31).

**Таблица 31. Реализация модели Киркпатрика в МО для оценки эффективности ВКО**

<b>Уровни модели Киркпатрика</b>	<b>Реализация уровня модели Киркпатрика в МО</b>
Уровень 1 (Реакция)	Проведено анкетирование сотрудников: Анкета для исследования динамики уровня вовлеченности сотрудниками знания необходимых компетенций по своей категории должности для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности.
Уровень 2 (Научение)	Проведено тестирование, проведены зачеты по итогам практических занятий.
Уровень 3 (Поведение)	Проанализированы результаты внутренних аудитов, зарегистрированных нежелательных событий сотрудниками, проведено анкетирование для оценки уровня культуры безопасности.
Уровень 4 («Результаты»)	Оценена динамика количественных и качественных индикаторов.

Анализ результатов оценки первого уровня – реакции сотрудников – описан в пятой главе (Bergqvist L, Berner A, Darbellay-Fahroumand P, Coen M. , 2024).

## 5.2. Результаты оценки первого уровня – реакция (анкетирования для исследования динамики уровня вовлеченности сотрудниками знания необходимых компетенций по своей категории должности для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности)

### 5.2.1. Анализ вовлеченности сотрудниками знания необходимых компетенций по своей категории должности для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности

При сравнении двух опросов обращает на себя внимание тот факт, что в среднем по всем категориям респондентов выросла доля выбора всех возможных компетенций для выполнения своих должностных обязанностей с позиции качества и безопасности медицинской деятельности на 8,8% (Таблица 32).

**Таблица 32. Динамика уровня полного выбора всех необходимых компетенций с учетом группы должности**

Группа должности	Доля выбора всех необходимых компетенций, %		Min-Max		Max/ Min	
	2021 г.	2023 г.	2021 г.	2023 г.	2021 г.	2023 г.
Регистраторы	61,32	77,44	16,67-100	16,67-100	6,00	6,00
Врачи	68,92	79,7	0-100	30-100	–	3,33
СВНМО	79,17	84,56	25-100	12,5-100	4,00	8,00
СМП	75,38	81,81	11,11-100	11,11-100	9,00	9,00
УПП	60	71,79	0-100	25-100	–	4,00
<b>Общий итог</b>	<b>71,18</b>	<b>80,4</b>	<b>0-100</b>	<b>11,11-100</b>	<b>–</b>	<b>9,00</b>

Наблюдался рост доли полного выбора ответов в 2023 году, по сравнению с 2021 годом, как в целом по всем участвовавшим в опросе с 71,2 до 80,4%, так и по каждой категории должностей. Наибольший рост наблюдался по результатам опроса регистраторов – 16,1%, в группе УПП рост составил 11,8%, следующей по увеличению доли прироста полноты выбора ответов является группа врачей – 10,8%. В меньшей степени отмечался прирост среди группы СВНМО (на 5,4%) и СМП (на 6,4%). При этом последние две группы должностей еще в 2021 году показывали наиболее высокий удельный вес выбранной полноты правильных ответов и сохранили лидерство по данному показателю в контрольном опросе. Также обращает на себя внимание тот факт, что в 2021 году в двух катего-

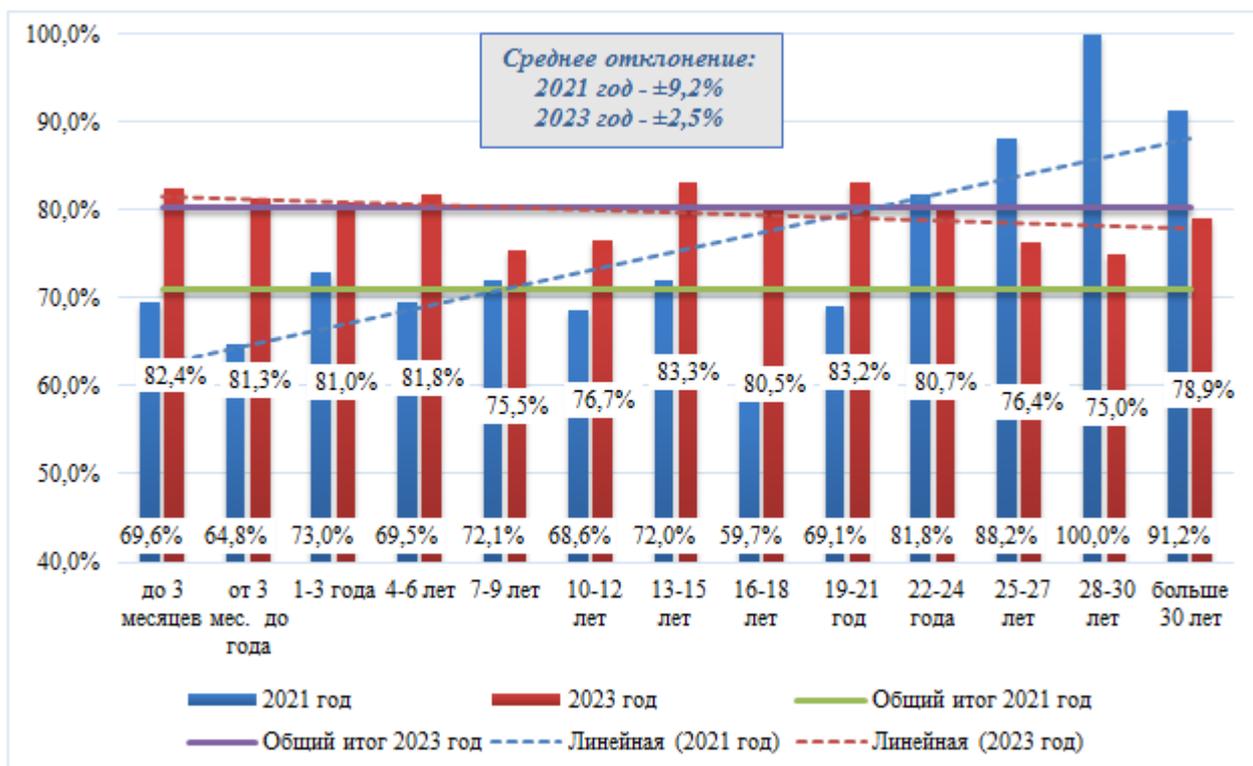
рий должностей (врачи и УПП) Min объем правильной выборки составлял 0%, а уже в 2023 году нулевой выборки не было.

Данные, полученные по результатам анализа, свидетельствовали о формировании большей вовлеченности в процесс обучения, направленный на обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности, среди всех категорий должностей.

При оценке влияния стажа работы на полноту выбора ответов в 2021 году определилась ломаная кривая с периодами подъема и спада степени полноты выбора ответов (Рисунок 35). Максимальное снижение полноты выбора ответов регистрировалось у сотрудников со стажем работы 16–18 лет, что соответствовало периоду кризиса профессиональной карьеры.

Также в 2021 году зафиксировано снижение степени полноты выбора ответов сотрудниками со стажем от 3 месяцев до года, что соответствует периоду кризиса профессионального выбора. Максимальный удельный вес полноты выбора ответов дан сотрудниками со стажем 28–30 лет, что соответствует стадии мастерства. Закономерно наблюдалось снижение полноты выбора сотрудниками со стажем более 30 лет, данный стаж соответствовал кризису утраты профессиональной деятельности.

В исходном опросе линия тренда демонстрировала зависимость увеличения доли полного выбора с увеличением длительности стажа в поликлинике. В 2023 году влияние длительности стажа на полноту выбора необходимых компетенций минимизировалось. Среднее отклонение полноты выбора сократилось почти в 4 раза (в 3,7 раза).



**Рисунок 35. Результаты оценки вовлеченности сотрудников в процесс обучения вопросам качества и безопасности медицинской деятельности в разрезе стажа работы в МО**

Таким образом, выстраивание системы ВКО позволило не только повысить уровень компетенций, но и снизить влияние длительности стажа работы (через снижение влияния кризисных периодов профессионального становления) на полноту выбора необходимых компетенций.

Для изучения предположения о влиянии на приверженность сотрудников к ВКО на фоне внедрения ПР НИК РЗН проведена следующая оценка. Рассмотрена взаимосвязь между длительностью стажа, соответствующей срокам внедрения ПР НИК РЗН (в 2021 году стаж работы составил 4 года, в 2023 году – 6 лет), и высоким уровнем выбора всех необходимых компетенций (80% и более) (Таблица 33).

**Таблица 33. Соотношение более полного выбора необходимых компетенций и длительности стажа работы в поликлинике с учетом внедрения ПР**

<b>Полнота (ёмкость) выбора</b>	<b>Сотрудники работали только в период, когда уже внедрялись ПР<sup>24</sup></b>	<b>Сотрудники начали работать еще до начала внедрения ПР</b>
---------------------------------	--	--

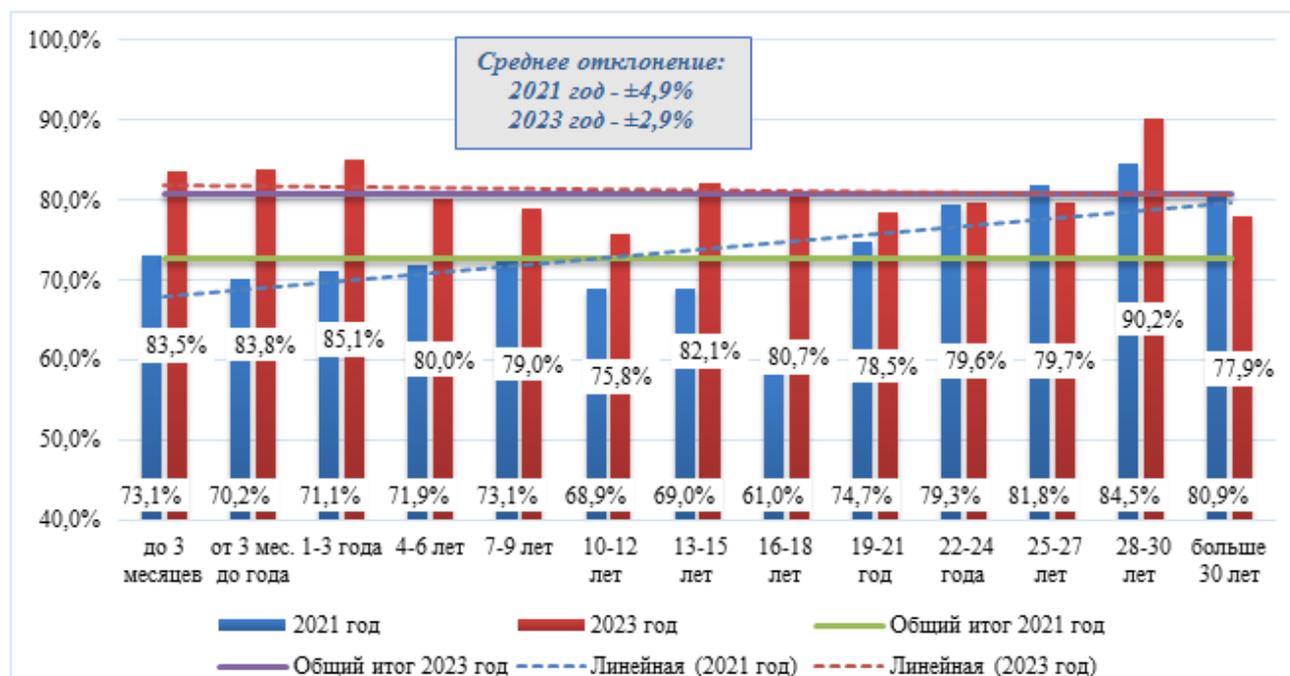
<sup>24</sup> Практические рекомендации НИК РЗН

Полнота (ёмкость) выбора	Сотрудники работали только в период, когда уже внедрялись ПР <sup>24</sup>		Сотрудники начали работать еще до начала внедрения ПР	
	Абс., чел.	Доля, %	Абс., чел.	Доля, %
<b>2021 год</b>				
≥80%	94	40,34±3,11	124	45,59±7,87
<80%	139	59,66±6,71	148	54,41±7,05
<b>Количество респондентов по году</b>	<b>233</b>	–	<b>272</b>	–
<b>2023 год</b>				
≥80%	307	60,43±3,47	101	50,00±9,04
<80%	201	39,57±5,32	101	50,00±9,04
<b>Количество респондентов по году</b>	<b>508</b>	–	<b>202</b>	–

Отмечается увеличение доли выбора (80% и более) среди респондентов 2023 года, начавших работу в МО исключительно в период внедрения ПР НИК РЗН. Разница превышает 20% по сравнению с 2021 годом, и в 3 раза больше, чем у сотрудников, трудоустроившихся еще до начала внедрения ПР НИК РЗН. Следует обратить внимание, что при сравнении групп сотрудников, работавших только в период внедрения ПР НИК РЗН в 2021 году, не установлено статистически значимое различие между группами (Хи-квадрат, критерия Фишера составил 1,41 (OR = 0,81 (0,57 до 1,15) F = 0.242744  $\chi^2 = 1.41$  [Достоверной разницы нет])), а в 2023 году данная разница уже стала достоверной и составила 6,44 (OR = 1,53 (1,1 до 2,12) F = 0.011752  $\chi^2 = 6.44$  [Есть достоверная разница]). Это свидетельствует о формировании приверженности у сотрудников, изначально погружающихся в определенную корпоративную культуру, качества и безопасности с достаточным временным промежутком.

При оценке влияния длительности стажа работы в медицине (Рисунок 36) обращает на себя внимание тот факт, что, как и в случае с оценкой влияния длительности стажа в МО, самое большое снижение уровня полноты выбора в 2021 году отмечалось у сотрудников группы стажа 16-18 лет. По результатам опроса 2023 года, влияние кризиса профессиональной карьеры нивелировалось. Сохраняется незначительное снижение в группе стажа 10-12 лет в пределах 2% от

среднего значения. Данный период длительности стажа также соответствует кризисному периоду – кризису профессионального роста.



**Рисунок 36. Результаты оценки вовлеченности сотрудников в процесс обучения вопросам качества и безопасности медицинской деятельности в разрезе стажа работы в медицине**

При сравнении результатов влияния стажа работы в МО и в медицине следует отметить, что если изначально (в 2021 году) среднее отклонение по группам стажа работы в поликлинике было выше в 1,9 раза, то в 2023 году среднее отклонение по группам стажа работы в поликлинике не только сравнялось с таковым по группам стажа в медицине, но и стало ниже на 0,4%.

Данные результаты еще раз подтверждают, что выстраивание системы ВКО позволяет не только повысить уровень компетенций, но и снизить влияние кризисных периодов профессионального становления.

Проведена оценка динамики выбора в разрезе компетенций (Рисунок 37). Доля полноты (ёмкости) выбора ответов ранжирована в порядке убывания по состоянию на 2023 год. По всем оцениваемым компетенциям отмечается рост. При этом, чем ниже были показатели в 2021 году, тем больше случился прирост в контрольной оценке.



**Рисунок 37. Динамика доли полноты выбора ответов в разрезе компетенций**

Так по ряду компетенций рост составил более 10%:

- «Рациональное назначение антибактериальной терапии» – 21,2%;
- «Безопасность информационных систем» – 16,3%;
- «Действия в чрезвычайных ситуациях (обнаружение бесхозных вещей, пожар)» – 14,8%;
- «Оказание экстренной и неотложной помощи» – 11,0%.

Тем не менее, данные темы по-прежнему требуют дополнительного включения в индивидуальные/групповые образовательные траектории, так как, несмотря на значимый прирост, уровень выбора данных компетенций по-прежнему самый низкий. Обращает на себя внимание и тот факт, что при сравнении групп медицинского и немедицинского персонала в 2023 году установлено статистически значимое различие между группами (критерий Хи-квадрат с поправкой Йейтса составил 52,076, уровень значимости различий  $p < 0,001$ , число степеней свободы 2). Полученные результаты свидетельствуют о наличии статистически значимых различий между группами, и подтверждают возросшее значение готовно-

сти к оказанию экстренной и неотложной помощи среди медицинских работников.

При этом следует обратить внимание, что при сравнении групп медицинского и немедицинского персонала в 2023 году установлено статистически значимое различие между группами при оценке выбора компетенции «Идентификация пациентов» (критерий Хи-квадрат составил 7,925, уровень значимости различий  $p=0,005$ , число степеней свободы 2). Полученные результаты свидетельствуют о наличии статистически значимых различий между группами и наметившейся тенденции к снижению значимости идентификации для медицинских работников. Данная ситуация связана с сопротивлением пациентов проведению идентификации и защитной реакцией сотрудников для снижения конфликтных ситуаций в ходе оказания медицинской помощи. Следовательно, необходимы дополнительные мероприятия по повышению информированности пациентов о важности и порядке проведения идентификации на всех этапах оказания медицинской помощи.

Несмотря на незначительный рост выбора компетенции «Использование средств индивидуальной защиты» как в 2021 году, так и в 2023 году, сохраняется статистически значимое различие в преимуществе данной компетенции, по мнению медицинских работников в сравнении с немедицинскими. Так, в 2021 году критерий Хи-квадрат составил 118,339, уровень значимости различий  $p < 0,001$ , число степеней свободы 2, а в 2023 году критерий Хи-квадрат составил 12,071, уровень значимости различий  $p < 0,001$ , число степеней свободы 2. Стоит также обратить внимание, что разница значимости между медицинским и немедицинским персоналом снизилась, что говорит о возросшем внимании к данному вопросу среди немедицинского персонала, что является следствием как прошедшей пандемии новой коронавирусной инфекции, так и проводимыми мероприятиями, в том числе и обучающими повышению приверженности использования средств индивидуальной защиты сотрудниками МО.

Еще одно статистически значимое изменение наблюдается при определении важности компетенции «Действия в чрезвычайных ситуациях (обнаружение бесхозных вещей, пожар)». Если в 2021 году критерий Хи-квадрат составил 12,719, уровень значимости различий  $p < 0,001$ , число степеней свободы 2, что свидетельствовало о большем предпочтении выбора данной компетенции среди немедицинских работников, то в 2023 году, при возросшем общем значении данной компетенции в целом по МО, сократилась разница между предпочтениями немедицинских и медицинских работников. Критерий Хи-квадрат составил 0,137, уровень значимости различий  $p = 0,712$ , число степеней свободы 2. Данные изменения связаны с регулярно проводимыми учениями по действиям в чрезвычайных ситуациях, а также внешними изменениями в стране в целом, на фоне возросшей террористической угрозы.

Аналогичное снижение разницы в значимости между немедицинскими и медицинскими работниками произошло по компетенции «Безопасность информационных систем». В 2021 году критерий Хи-квадрат составил 6,926, уровень значимости различий  $p = 0,009$ , число степеней свободы 2, что говорило о наличии статистически значимой разницы и большем предпочтении данной компетенции немедицинскими работниками по сравнению с медицинскими. В 2023 году данная разница нивелировалась: критерий Хи-квадрат составил 0,137, уровень значимости различий  $p = 0,712$ , число степеней свободы 2. Данные переменны связаны как с проводимым обучением, так и постоянным контролем при проведении внутренних аудитов на рабочих местах.

Сохраняется высокое значение для сотрудников по компетенции «Гигиеническая обработка рук», вне зависимости от наличия медицинского образования (в 2021 году – критерий Хи-квадрат составил 0,800, уровень значимости различий  $p = 0,372$ , число степеней свободы 2; в 2023 году – критерий Хи-квадрат составил 0,363, уровень значимости различий  $p = 0,547$ , число степеней свободы 2).

При сравнении данных двух отчетных периодов сохраняется сложившийся тренд на снижение уровня среднего отклонения. Среднее отклонение в разрезе выбора компетенций снизилось почти в 2 раза.

## 5.2.2. Анализ оценки сотрудниками уровня реализации корпоративного обучения в медицинской организации, в том числе теоретического, практического обучения и наставничества

### Оценка возможности получения теоретических знаний «на рабочем месте» (в том числе с использованием возможностей личного кабинета)

В ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» с 2018 года начата модернизация системы ВКО всех сотрудников. Корпоративное обучение включает в себя комплекс мероприятий, в том числе теоретическое, практическое обучение и наставничество. В ходе проведенного анкетирования изучалось мнение сотрудников о степени реализации указанных компонентов обучения. Вовлеченность сотрудников в онлайн обучение (Skrupky LP, Stevens RW, Virk A, Tande AJ, Oyen LJ, Cook DA. , 2024).

При оценке динамики средней оценки возможности теоретического обучения в МО отмечался рост как в среднем по поликлинике (на 0,49 балла), так и по четырем категориям должностей в отдельности (Таблица 34).

**Таблица 34. Структура соотношения средней оценки сотрудников уровня реализации теоретического корпоративного обучения в МО в разрезе групп должностей**

Категория должности	2021 год, баллы	2023 год, баллы	Прирост, баллы
Регистраторы	8,07±2,01	7,81±1,90	-0,26
Врачи	7,30±2,08	7,64±1,90	0,34
СВНМО	7,50±1,67	7,94±1,02	0,44
СМП	7,79±2,1	8,50±1,56	<b>0,71</b>
УПП	7,70±2,14	8,97±1,43	<b>1,27</b>
Средний балл	7,69±2,1	8,18±1,73	0,49

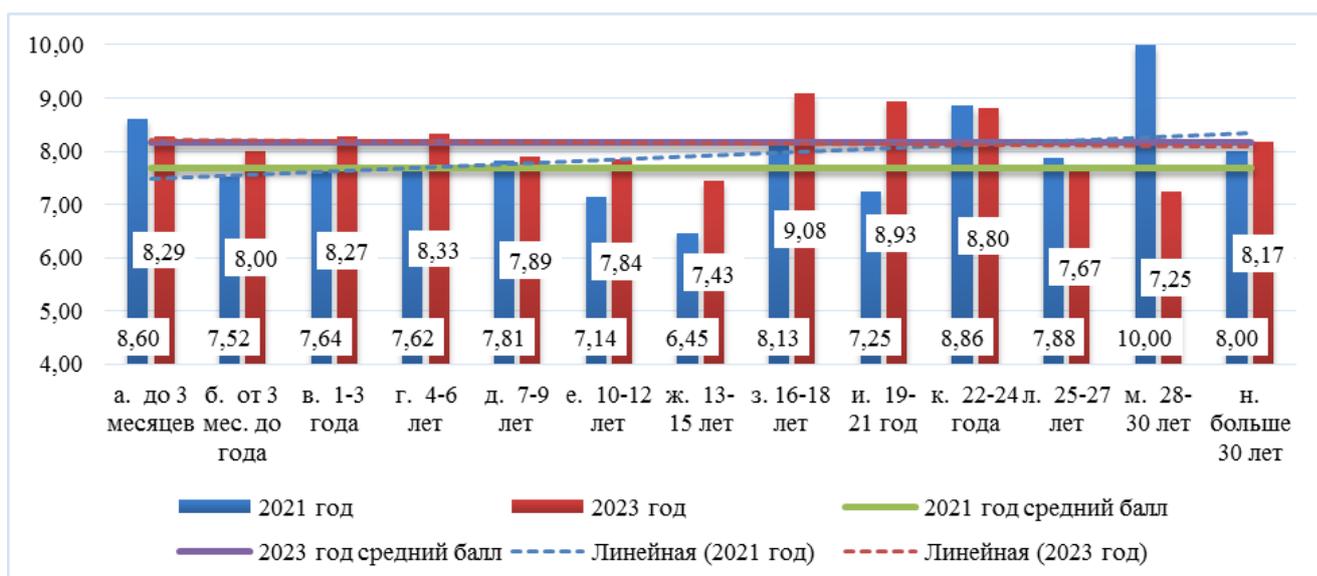
Самый большой прирост отмечался в оценке группы УПП (на 1,27 балла) и группы СМП (на 0,71 балла). Отрицательный прирост оценки теоретического обучения отмечен у группы регистраторов (на 0,26 баллов). Кроме того, по всем группам отмечается снижение среднего отклонения в выборе оценки.

Общий рост оценки связан с изменением подходов к контролю и мотивации теоретического обучения, таких как: регулярное публичное ранжирование в

разрезе структурных подразделений результатов теоретического обучения, внедрение оценки личных достижений при входе в личный кабинет с элементами геймификации, мероприятия по дополнительному контролю сотрудников в период адаптации, переоценка наполнения индивидуальных/групповых образовательных траекторий, регулярная обратная связь с сотрудниками (учет мнений сотрудников).

При этом следует обратить внимание, что при сравнении групп медицинского и немедицинского персонала не установлено статистически значимое различие между группами. Отсутствие статистически значимой разницы подтверждает правильный выбор централизованной организации теоретического обучения сотрудников.

При отслеживании влияния стажа работы на оценку возможности получения теоретических знаний, из 13 промежутков стажа только в 4 отмечается снижение уровня оценки (Рисунок 38). По результатам опроса, в 2021 году отмечалось чередование повышения и понижения уровня оценок теоретического обучения.



**Рисунок 38. Динамика средней оценки сотрудниками уровня реализации теоретического корпоративного обучения в МО в разрезе групп должностей и стажа работы в МО**

Со стажем менее 3 месяцев – 0,31 балла, во всех группах стажа от 22 лет до 30 лет (группа стажа 22-24 года – на 0,06 балла, группа стажа 25-27 лет – на 0,21 балла, самое большое снижение в группе 28-30 лет – на 2,75 балла). Периоду снижения оценки предшествовал период стажа с самым высоким ростом уровня оценки, со стажем 19-21 год (на 1,68 балла).

Вслед за тем, усиление контроля дистанционного теоретического обучения позволило наблюдать снижение уровня оценки организации теоретического обучения сотрудниками с длительностью стажа более 25 лет, что обусловлено возрастными особенностями восприятия использованных дистанционных форм обучения. Данная тенденция свидетельствует о меньшей лояльности возрастных сотрудников к дистанционным формам обучения. Для возрастных сотрудников необходимо предусмотреть чередование классических форм теоретического обучения с использованием дистанционных форм обучения. Кроме того, целесообразным считаем отслеживание динамики их лояльности к теоретическому обучению, так как для восприятия данной формы обучения им понадобится более длительный промежуток времени.

При оценке линии тренда следует отметить, что в 2021 году увеличение уровня оценки связано с увеличением стажа работы. В 2023 году тренд сложился практически в прямую линию. Это обстоятельство обусловлено несколькими аспектами: во-первых, большой удельный вес сотрудников, трудоустроившихся на работу в период, когда использование теоретического обучения стало рутинным, и для них изначально было данностью; во-вторых, сотрудники, работающие более длительный период времени, начали воспринимать внутреннее теоретическое обучение частью своей работы. Кроме того, постоянный характер обучения минимизировал влияние критических периодов в профессиональной деятельности. Время и постоянство являются одними из залогов результативности ВКО. К такому же выводу пришли исследователи из Японии, оценивавшие результаты двухлетней программы обучения врачей первичного звена (Seki

M, Fujinuma Y, Matsushima M, Joki T, Okonogi H, Miura Y, Ohno I, Hiramoto J. , 2022).

Положительно воспринималось сотрудниками наличие постоянной доступной базы нормативно-методических материалов по исполняемым ими должностным обязанностям. О положительном значении наличия базы информации указывают в статье «Влияние образовательной программы на отношение медсестер к принятию общих решений: рандомизированное контролируемое исследование» (Hsu HC, Lin MH. , 2022).

Оценка возможности отработки практических навыков «на рабочем месте»

При оценке динамики возможности практического обучения в МО отмечался рост как в среднем по поликлинике (на 0,26 балла), так и по четырем категориям должностей в отдельности (Таблица 35).

**Таблица 35. Структура соотношения средней оценки сотрудников уровня реализации практического корпоративного обучения в МО в разрезе групп должностей**

Категория должности	2021 год, баллы	2023 год, баллы	Прирост, баллы
Регистраторы	8,51±1,62	7,85±1,79	-0,66
Врачи	7,42±1,92	7,53±1,92	0,11
СВНМО	7,00±1,33	8,76±1,22	<b>1,76</b>
СМП	7,87±2,07	8,43±1,75	0,56
УПП	8,33±1,91	9,00±1,33	<b>0,67</b>
Средний балл	7,86±1,97	8,12±1,83	0,26

Самый большой прирост отмечается в оценке группы СВНМО – на 1,76 балла, УПП на 0,67 балла, для группы СМП на 0,56 балла. Как и в случае с теоретическим обучением, отмечается отрицательный прирост уровня оценки среди регистраторов. Данный факт является поводом для пересмотра программы практического обучения регистраторов.

В целом, полученные результаты обусловлены изменением подхода к проведению практических занятий, в том числе улучшением укомплектованности симуляционной площадки, формированием образовательной среды, включе-

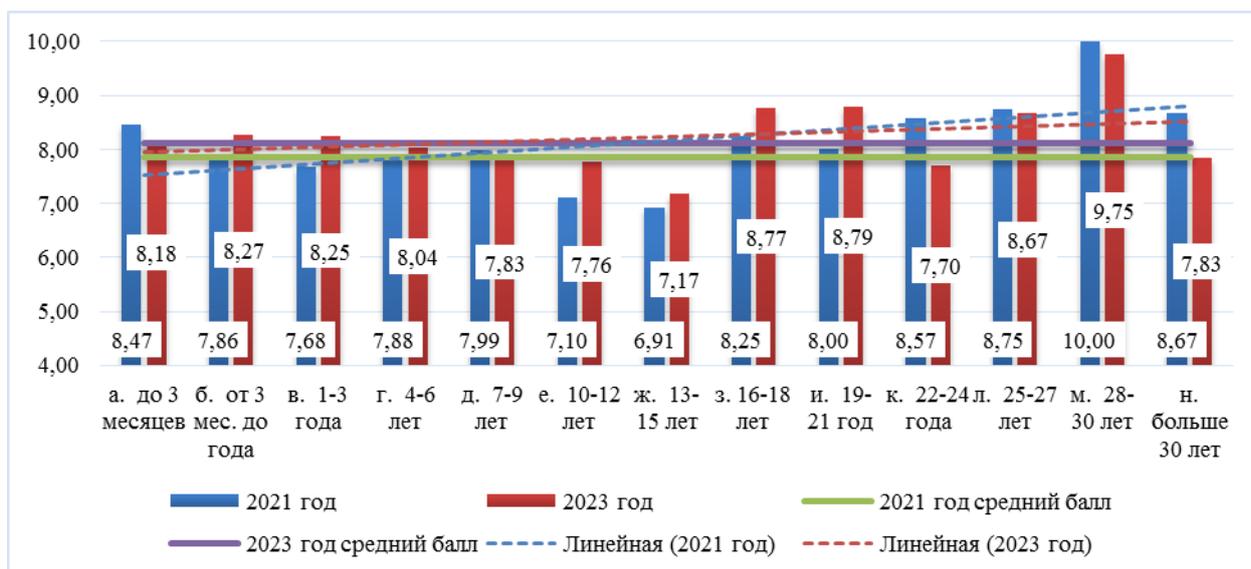
нием в обучение тематик результатам разбора неблагоприятных событий, непосредственно связанных с работой сотрудников, включением мотивационного компонента в практическое обучение, внедрением регулярности проведения практических занятий с максимальным вовлечением всех групп сотрудников.

Следует отметить, что важность обеспечения симуляционного компонента при проведении практических занятий описана исследователями как составляющая изменения отношения к сотрудничеству в командах (Ehilawa PI, Woodier N, Dinning A, O'Neil V, Poyner F, Yates L, Baxendale B, Madan C, Patel R., 2022), (Soetikno RM, Maulahela H, Nguyen-Vu T, Kaltenbach T. , 2024).

Кроме того, результативность централизации практического обучения подтверждается тем, что если в 2021 году отмечалась статистически значимая разница между медицинскими и немедицинскими работниками (Т-критерий Стьюдента составил -2,812, уровень значимости различий  $p=0,033$ , число степеней свободы 503), то в 2023 году данная разница нивелировалась: Т-критерий Стьюдента составил -0,570, уровень значимости различий  $p=0,568$ , число степеней свободы 708.

Еще одним важным компонентом стало внедрение каскадного практического обучения, формирование практического занятия «под ключ» и обязательного обучения линейных руководителей для формирования у них необходимых преподавательских компетенций. Т.е. внедрение комплексного подхода при проведении практических занятий привело к формированию возможности закрепления теории путем развития практических навыков под руководством и во взаимодействии с непосредственным руководителем. К такому же выводу пришли исследователи из Великобритании (университетские больницы Бристоля и Вестона), выяснив, что плохое сотрудничество с консультантом-стажером представляет собой серьезную потерю в возможностях практического обучения с обратной связью в режиме онлайн (Singhal P, Craig S, Boyd G, Sandhu D. , 2022).

При отслеживании влияния стажа работы на оценку возможности получения практического обучения отмечается снижение уровня оценки во всех группах стажа более 22 лет. (Рисунок 39). При этом и в 2021, и 2023 годах отмечается тренд на увеличение уровня оценки организации практического обучения с увеличением стажа работы.



**Рисунок 39. Динамика средней оценки сотрудников уровня реализации практического корпоративного обучения в МО в разрезе групп должностей и стажа работы в МО**

Кроме того, в обоих временных промежутках отмечалось чередование увеличения и снижения уровня оценок, что обусловлено менее длительным периодом изменения системы практического периода (2022 год против 2018 года). Данный период оказался еще недостаточным для глубокой адаптации сотрудников к изменениям, но, тем не менее, динамика в сторону улучшения восприятия организации практического обучения налицо.

Оценка организованной системы наставничества для новых сотрудников «на рабочем месте»

При изучении динамики отмечается, что средняя оценка наставничества в МО имеет рост как в среднем по поликлинике (на 0,11 балла), так и по четырем категориям должностей в отдельности (Таблица 36). Самый большой прирост отмечается в оценке группы СВНМО – на 2,32 балла. Знаковым является увеличение оценки в группе врачей, практически на балл (0,91). Среди регистраторов,

как и по предыдущим компонентам ВКО, отмечается снижение уровня оценки – на 0,45 балла.

При этом средняя оценка наставничества – самая низкая в обоих изменениях и имеет статистически значимое различие, по оценке в группах медицинских и немедицинских работников, как в 2021 году (Т-критерий Стьюдента составил -2,973, уровень значимости различий  $p=0,031$ , число степеней свободы 503), так и в 2023 году (Т-критерий Стьюдента составил -2,530, уровень значимости различий  $p=0,011$ , число степеней свободы 708). Наличие организационных проблем с наставничеством отражается и в литературных источниках (Porto V, Vetterli D, Nendaz M. , 2024), (Wu L, Zhang J, Wang W, Liu J, Zou C, Ren Z, Li B, Wu J, Yu X, Yu Y, Zhou X, Wang J, Zhou Y, Mao L, Tong Y, Guo Y, Song Z, Xu Z. , 2024).

**Таблица 36. Структура соотношения средней оценки сотрудников уровня реализации наставничества в МО в разрезе групп должностей**

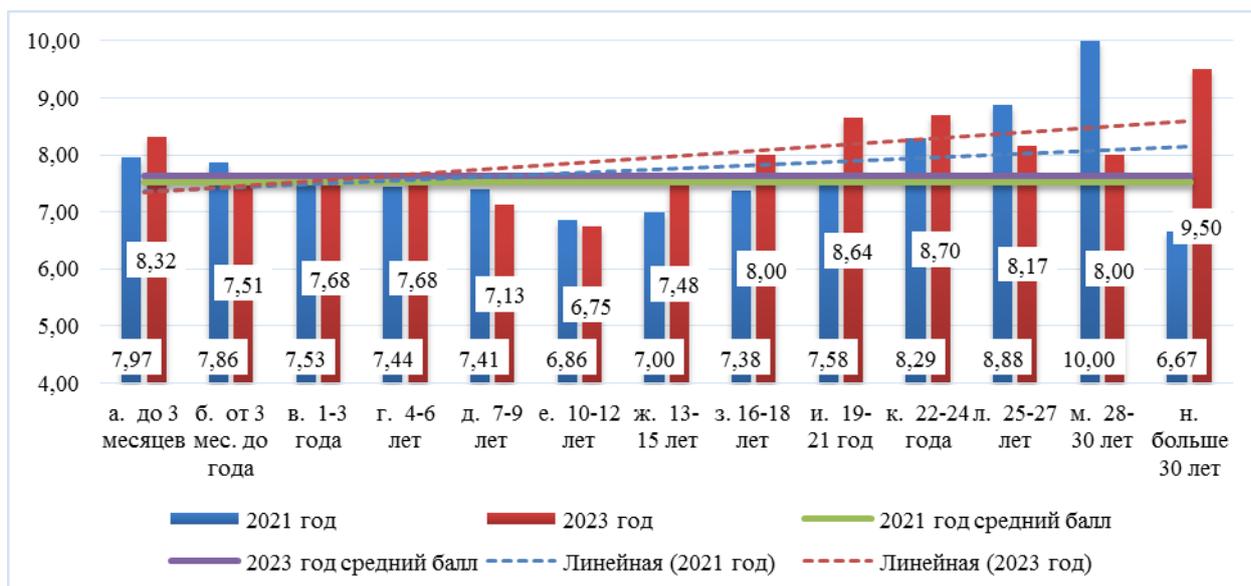
Категория должности	2021 год, баллы	2023 год, баллы	Прирост, баллы
Регистраторы	8,21±1,83	7,76±1,93	-0,45
Врачи	6,84±2,49	7,08±2,24	0,24
СВНМО	5,50±2,33	7,82±1,45	<b>2,32</b>
СМП	7,65±2,31	7,76±2,20	0,11
УПП	8,63±1,82	9,10±1,38	<b>0,47</b>
Средний балл	7,53±2,34	7,64±2,17	0,11

Следовательно, наставничество содержит большой потенциал для улучшения ВКО сотрудников, особенно если учесть большой удельный вес молодых сотрудников в МО, в том числе с целью снижения текучести кадров. Тезис о наставничестве, как инструменте снижения текучести кадров, поддерживается коллегами со всей страны, о чем указано в Атласе лучших российских практик наставничества в сфере здравоохранения (Атлас, 2020).

При отслеживании влияния стажа работы на оценку наставничества отмечались более высокие показатели оценки у сотрудников с непродолжительным стажем и у сотрудников с самым продолжительным стажем, как в 2021, так и в 2023 годах (Рисунок 40). Это обусловлено тем, что данные группы сотрудни-

ков активно были вовлечены в процесс наставничества как наставляемыми, так и наставниками.

В пяти группах стажа отмечалось снижение уровня оценки. Среди сотрудников с длительностью стажа от 3 мес. до года на 0,36 балла, затем в группах 7-9 лет на 0,27 балла, группа 10-12 лет на 0,12 балла. Существенное снижение отмечалось среди респондентов групп 25-27 лет на 0,71 балла и в группе 28-30 лет на 2 балла, с 10 до 8 баллов. Самый большой прирост в группе стажа более 30 лет – практически на 3 балла (2,83).



**Рисунок 40. Динамика средней оценки сотрудниками уровня реализации наставничества в МО в разрезе групп должностей и стажа работы в МО**

Как и в случае с оценкой практического обучения и в 2021, и в 2023 году, чем дольше стаж, тем выше оценка уровня наставничества. Это свидетельствовало о том, что более высоко наставничество оценивают наставники, нежели стажеры. Следовательно, необходимо пересматривать подходы к организации наставничества. Так как «потребителями» наставничества являются стажеры, а значит, их оценка более объективна в оценке качества наставничества.

При оценке влияния стажа работы отмечается снижение уровня среднего отклонения по всем оцениваемым видам ВКО. Самое большое снижение среднего отклонения отмечается в отношении теоретического обучения – с  $\pm 0,62$  баллов в 2021 году до  $\pm 0,43$  в 2023 году. Разница среднего отклонения оценки наставничества и теоретического обучения составила 0,12 баллов.

Разница в оценке уровня организации каждого элемента корпоративного обучения также связана с разными временными периодами типичной психологической реакции людей, сталкивающихся с изменениями, согласно теории Д. Джафи и С. Скотт (Богдашиц Е. А., 2023).

Наиболее короткий опыт модификации имеет наставничество. По данному виду ВКО самая низкая оценка. Наставничество проводится уполномоченными специалистами структурных подразделений. В настоящее время наставничество имеет самый большой резерв для повышения уровня качества ВКО.

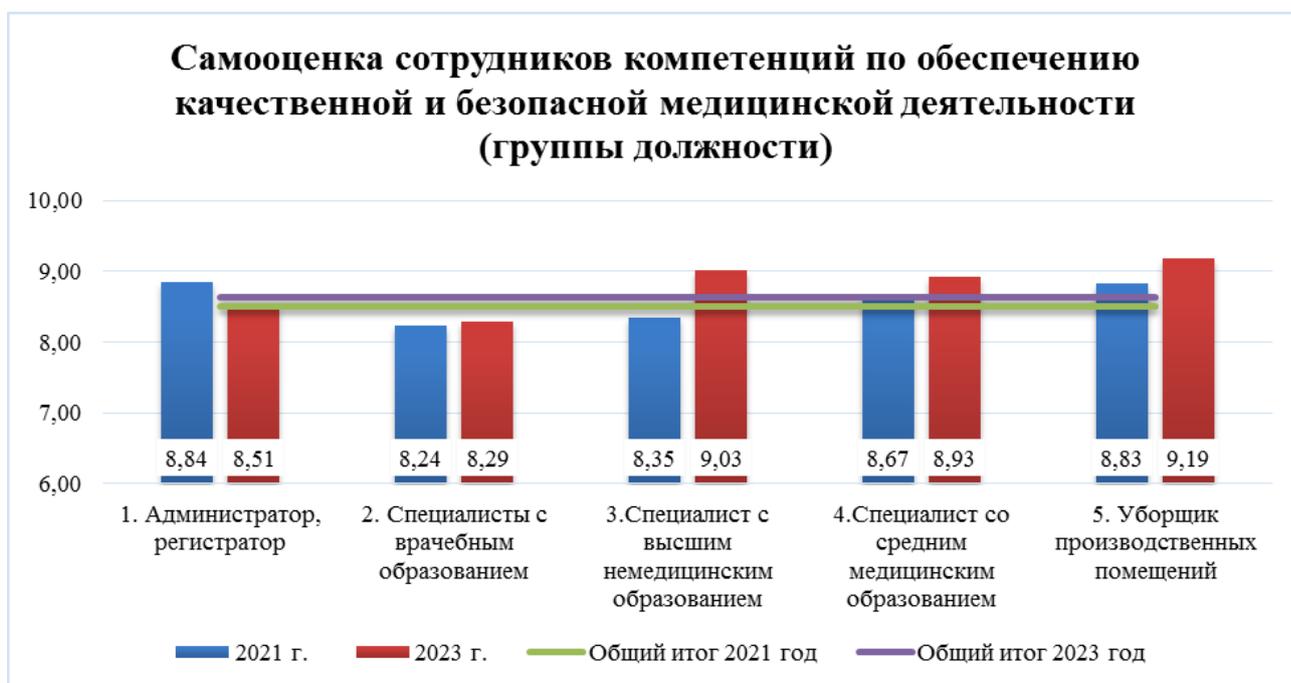
Снижение уровня среднего отклонения свидетельствует о более единообразной оценке выстроенной системы ВКО вне зависимости от категории должности, возраста и стажа работы в МО за счет внедрения стандартизации и единых подходов к реализации во всех структурных подразделениях.

В статье «Влияние пола, возраста и трудового стажа на образовательные предпочтения врачей общей практики в России» отмечено, что указанные факторы не оказывают значимого воздействия, но имеют определенные характеристики, связанные с этими факторами. Авторами выдвигается предположение, что влияние других внутренних и внешних факторов может служить формированию научно обоснованного подхода к выбору персонализированной траектории обучения сотрудников (Volnukhin AV, Morozova TE, Skvirskaya GP, Pomytkina TE, Zhernakova NI, Stremoukhov AA, Zaugolnikova TV, Samokhina EO, Reze AG, Rodkina EG., 2023).

### 5.2.3. Анализ самооценки сотрудниками своего уровня компетенций для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности

При изучении блока ответов «Самооценка сотрудников компетенций по обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности» наблюдался высокий уровень самооценки по всем категориям должностей. В обоих измерениях по всем категориям должностей средняя оценка была выше 8 баллов (Рисунок 41).

Максимально высокую среднюю оценку своих компетенций определили специалисты с высшим немедицинским образованием, регистраторы, уборщики производственных помещений, а наиболее низкую оценку определили специалисты с врачебным образованием.



**Рисунок 41. Структура показателей самооценки сотрудников компетенций по обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности в разрезе групп должностей**

Более низкая самооценка уровня компетенций медицинских работников обусловлена более высокими требованиями к медицинским работникам, как со стороны руководства, так и со стороны пациентов, а также их работой в условиях многозадачности. Немедицинские работники имеют меньший или непродолжительный контакт с пациентами по ограниченному кругу вопросов, а также для них свойственна работа планового характера. Так, среди немедицинских

работников наибольший контакт с пациентами имеют регистраторы (администраторы), и среди остальных групп немедицинских работников у них самая низкая оценка. Помимо более плотного контакта с пациентами, работа администратора предусматривает потребность решения постоянно возникающих вопросов, в том числе и нестандартного свойства. Т.е. уровень стрессовости работы влияет на уровень самооценки сотрудников. Также на уровень самооценки оказывает влияние степень реалистичности восприятия разных групп сотрудников.

Более критичное отношение к своим навыкам отражено и в публикации, описывающей результаты изучения самооценки клинической компетентности в области эхокардиографии, китайских реаниматологов. После базового обучения эхокардиографии был сделан вывод о необходимости проведения дальнейшего обучения. Более опытные врачи давали своим знаниям и навыкам более низкую оценку (He W, Zeng XY, Zhang HM, Wang XT, Chao YG, 2023).

При проработке аспектов динамики изменения среднего показателя самооценки сотрудников компетенций по обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности в разрезе стажа работы в МО наблюдается в среднем по всем респондентам незначительное увеличение среднего балла на 0,1. Кроме того, снизилось среднее отклонение в целом на 0,08 балла. (Таблица 37). При детальной оценке различных групп категорий стажа работы необходимо отметить снижение оценки в группах стажа до 3 лет, 7-9 лет и во всех группах стажа от 22 до 30 лет. Максимальное снижение уровня оценки в группе стажа 22-24 года на 1,23 балла, а в группе 28-30 лет на 1,46 балла. Практически во всех упомянутых группах стажа идет выравнивание мнения внутри группы, что отражается снижением среднего отклонения по группе.

Снижение уровня самооценки произошло в тех группах стажа, которые изначально были переоценены сотрудниками при опросе в 2021 году (в 4 группах из 7 оценка была выше 9 баллов).

**Таблица 37. Динамика изменения среднего показателя самооценки сотрудников компетенций по обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности в разрезе стажа работы в МО**

Категория стажа работы в поликлинике	Средняя оценка по категории, балл		Разница в средней оценке, балл	Среднее отклонение, балл		Разница среднего отклонения, балл
	2021 год	2023 год		2021 год	2023 год	
< 3 мес.	9,01	8,67	-0,34	±0,42	±0,44	0,02
от 3 мес. до года	8,39	8,67	0,28	±0,62	±0,48	-0,14
1-3 года	8,78	8,73	-0,05	±0,50	±0,45	-0,05
4-6 лет	8,37	8,65	0,28	±0,70	±0,44	-0,26
7-9 лет	8,67	8,52	-0,15	±0,51	±0,68	0,17
10-12 лет	8,28	9,02	0,73	±0,42	±0,36	-0,05
13-15 лет	8,66	8,86	0,20	±0,79	±0,29	-0,50
16-18 лет	8,71	9,19	0,47	±0,56	±0,48	-0,08
19-21 год	7,93	8,99	1,06	±1,10	±0,51	-0,60
22-24 года	9,46	8,23	-1,23	±0,40	±0,80	0,39
25-27 лет	9,75	9,72	-0,03	±0,26	±0,42	0,16
28-30 лет	9,68	8,23	-1,46	±0,58	±1,04	0,46
> 30 лет	8,65	8,65	0,00	±0,62	±1,02	0,40
<b>Общий итог</b>	<b>8,63</b>	<b>8,73</b>	<b>0,10</b>	<b>±0,50</b>	<b>±0,42</b>	<b>-0,08</b>

Еще одной особенностью динамики стало снижение зависимости высоты самооценки от стажа работы в МО.

При оценке изменений с учетом двух факторов (стажа работы и должности) (Таблица 38) следует отметить, что среди регистраторов, практически по всем группам стажа, выявлено снижение уровня оценки, также в 2 раза выросло среднее отклонение среди респондентов «регистраторов». Среди групп стажа уровень оценки снизился больше, чем на 0,5 балла (5% от максимально возможной оценки) – группа стажа до 3 месяцев со снижением на 0,92 балла, 4-6 лет со снижением на 0,88 балла. Еще более выраженное снижение отмечалось у «стажистов»: в группе стажа 16-18 лет максимальное снижение в 2 раза, в группе 19-21 год – 1,33. Резкое снижение уровня оценки в группе 16-18 лет объясняется малым количеством участников этой группы в 2023 году (1 человек).

Среди врачей равное количество групп, имеющих как снижение, так и повышение уровня самооценки на 0,5 балла и выше, причем с чередованием увеличения и снижения. В целом среднее отклонение в группе респондентов врачей

снизилось на 0,08. Максимальный рост самооценки случился в группе стажа 19-21 год – на 1,24 балла, а максимальное снижение (на 2,21 балла) в группе стажа 22-24 года. Такое чередование может быть объяснимо выраженным первоначальным влиянием оценки кризисных периодов профессионализации на мнение врачей.

Специалисты с высшим немедицинским образованием представлены тремя группами стажа. По всем группам отмечался рост самооценки (максимальный в группе 4-6 лет – на 1,06 балла). Стандартное отклонение в этой категории работников выросло на 0,04.

В категории средний медицинский персонал отмечалось увеличение уровня самооценки практически во всех группах стажа, за исключением незначительного снижения среди сотрудников с продолжительностью стажа менее 3 месяцев, а также стажа в диапазоне 25-27 лет, и более выраженного при стаже 28-30 лет (на 0,96 балла). Зафиксировано, что среднее отклонение в результатах ответов дало снижение практически в 2 раза. Рост средних баллов выявлен при длительности стажа в диапазоне 13-21 год в пределах 0,72-1,34 балла. Самое выраженное увеличение у сотрудников со стажем более 30 лет – 1,68 балла. Данная разница также может быть объяснима количеством респондентов данной группы: 1 участник в 2021 году и 5 участников в 2023 году.

Отслежена зависимость степени самооценки в разрезе применимых компетенций (Таблица 39). Наметился стабильно высокий показатель самооценки по всем компетенциям у специалистов всех групп должностей. Средний балл начинается с уровня 7,58 балла по результатам опроса врачей в 2021 году по компетенции «Г15 Использование в своей работе правила передачи вербальных назначений (назначения на словах)».

**Таблица 38. Динамика среднего показателя самооценки сотрудников компетенций по обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности в разрезе стажа работы в МО и групп должностей, балл**

Категория стажа	Регистраторы		Врачи		СВМО		СМП		УШ	
	2021 г.	2023 г.	2021 г.	2023 г.	2021 г.	2023 г.	2021 г.	2023 г.	2021 г.	2023 г.
< 3 месяцев	8,57±0,7	7,66±1,72	9,18±1,2	8,65±1	–	–	8,95±1,07	8,9±0,95	7,15±0,64	9,04±1
от 3 мес. до года	8,93±1,1	9,11±0,76	8,17±1,7	8,17±1,43	–	7,94±0,5	8,52±1,17	8,87±0,95	5,78±0	9,27±1,01
1-3 года±	8,84±1,17	8,57±1,02	8,34±1,11	8,28±1,33	8,78±0,78	9,28±0,46	8,68±1,18	8,99±1,02	9,22±0,94	9,11±0,76
4-6 лет	9,18±0,9	8,3±1,63	7,7±1,68	8,28±1,61	8,22±0	9,28±0,49	8,71±1,31	8,74±1,18	9,18±0,75	9,83±0,21
7-9 лет	8,69±1,48	9,23±0,87	8,34±1,25	7,68±1,7	8,5±0,28	8,63±0,82	8,72±1,31	8,93±1,01	8,74±1,27	8,47±1,28
10-12 лет	8,11±1,65	8,11±1,28	7,92±1,29	8,7±1,08	7,33±0	–	8,35±1,56	8,78±0,96	–	8,89±0,87
13-15 лет	8±0	7,83±0,83	8,63±0,83	8,49±1,62	–	–	7,75±1,17	8,68±1,28	–	–
16-18 лет	9,58±0,26	4,56±0	8,36±0,95	9,34±0,78	–	–	8±0,86	9,34±0,63	–	–
19-21 год	9,22±0	7,89±0	7,32±1,7	8,56±0,64	–	9,11±0	8,75±0,79	9,47±0,75	–	–
22-24 года	–	–	9,33±0,94	7,21±0,96	–	–	9,21±0,29	9,31±0,55	–	9,78±0,22
25-27 лет	–	–	1–	1–	–	–	9,24±0,49	9,04±0,8	8,89±0	–
28-30 лет	–	–	–	7,77±0	–	9,78±0	9,75±0,25	8,79±0,71	–	–
> 30 лет	–	–	9±0,73	8,11±0,19	–	–	7,82±1,66	9,5±0,52	–	–
Среднее значение по году	8,84±1,22	8,51±1,3	8,24±1,43	8,29±1,41	8,35±0,69	9,03±0,72	8,67±1,25	8,93±1,03	8,83±1,21	9,19±0,93
Среднее отклонение по году	0,40	↑0,83	0,59	↓0,51	0,44	↑0,48	0,43	↓0,24	1,13	↓0,37

**Таблица 39. Динамика среднего показателя самооценки сотрудников компетенций по обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности в разрезе применимых компетенций и групп должностей, балл**

Код вопро-са само-оценки блока Г	Регистраторы		Врачи		СВНМО		СМП		УПП		Все респонденты	
	2021 г.	2023 г.	2021 г.	2023 г.	2021 г.	2023 г.	2021 г.	2023 г.	2021 г.	2023 г.	2021 г.	2023 г.
Г01	8,85±1,54	8,74±1,33	–	–	–	–	–	–	–	–	8,85±1,54	8,74±1,33
Г02	9,42±1,05	8,97±1,42	9,21±1,19	9,04±1,41	8,67±0,94	9,41±0,6	8,99±1,39	9,17±1,26	9,07±1,67	9,15±1,37	9,12±1,31	9,1±1,33
Г03	9,52±0,89	9,18±1,26	9,2±1,32	9,04±1,44	9,33±0,94	9,47±0,85	9,25±1,37	9,43±1,09	–	–	9,28±1,29	9,27±1,24
Г04	8,74±1,94	8,39±1,89	8,26±1,73	8,24±1,78	8,83±0,9	8,94±1,3	8,84±1,66	9,04±1,43	7,6±2,3	8,33±2,2	8,58±1,8	8,67±1,7
Г05	9,49±1,02	9,15±1,56	9,28±1,35	9,02±1,56	1–	9,41±0,91	9,56±1,24	9,67±0,9	9,8±0,6	9,62±0,95	9,49±1,21	9,39±1,28
Г06	8,79±1,75	8,75±1,58	8,61±1,62	8,36±1,8	9±1,15	9,06±1,11	9,18±1,46	9,26±1,23	9±1,67	9,05±1,8	8,93±1,59	8,9±1,55
Г07	–	–	8,41±1,74	8,43±1,63	–	–	–	–	–	–	8,41±1,74	8,43±1,63
Г08	–	–	7,88±2,67	8,32±2,05	–	–	–	–	–	–	7,88±2,67	8,32±2,05
Г9	–	–	8,03±2,27	8,25±1,99	–	–	–	–	–	–	8,03±2,27	8,25±1,99
Г10	–	–	8,09±2,21	8,19±1,88	–	–	–	–	–	–	8,09±2,21	8,19±1,88
Г11	–	–	8,22±2,12	8,31±1,88	–	–	–	–	–	–	8,22±2,12	8,31±1,88
Г12	–	–	7,95±2,27	8,02±1,95	–	–	8,23±2,29	8,51±1,83	–	–	8,12±2,29	8,32±1,89
Г13	–	–	7,91±2,4	8±2,22	–	–	–	–	–	–	7,91±2,4	8±2,22
Г14	–	–	8,34±2,19	8,35±1,99	–	–	–	–	–	–	8,34±2,19	8,35±1,99
Г15	–	–	7,58±2,71	7,71±2,47	–	–	8,04±2,6	8,46±2,25	–	–	7,86±2,65	8,17±2,37
Г16	–	–	7,79±2,36	7,87±2,16	–	–	8,22±2,25	8,62±1,77	–	–	8,05±2,3	8,34±1,96
Г17	–	–	8,62±2,15	8,92±1,53	–	–	–	–	–	–	8,62±2,15	8,92±1,53
Г18	–	–	8,79±1,84	8,77±1,69	–	–	–	–	–	–	8,79±1,84	8,77±1,69
Г19	–	–	9,03±1,52	8,9±1,84	9,33±0,94	9,41±0,84	9,59±1,07	9,64±0,89	9,57±0,92	9,64±0,89	9,39±1,26	9,38±1,34
Г20	–	–	8,4±1,91	8,33±2,11	–	–	8,6±2,14	8,97±1,64	–	–	8,53±2,06	8,73±1,86
Г21	–	–	–	–	–	–	9,53±1,25	9,6±1,07	–	–	9,53±1,25	9,6±1,07
Г22	–	–	–	–	–	–	–	–	9,77±0,5	9,82±0,5	9,77±0,5	9,82±0,5
Итого по должности	8,84±0,37	8,51±0,41	8,24±1,71	8,29±1,61	8,35±0,22	9,03±0,26	8,67±0,85	8,93±0,7	8,83±0,35	9,19±0,35	8,42±1,85	8,58±1,65

Средняя оценка по результатам опроса в 2023 году увеличилась на 0,16 балла, а среднее отклонение наоборот снизилось на 0,06 балла. Снижение средней оценки отмечалось только среди регистраторов (на 0,33 балла), при этом среднее отклонение уменьшилось на 0,1 балл (Таблица 40). По всем остальным категориям должностей зафиксирован рост среднего балла самооценки: на 0,05 среди врачей, на 0,67 среди специалистов с высшим немедицинским образованием, на 0,27 балла среди среднего медицинского персонала и на 0,36 балла среди уборщиков производственных помещений.

**Таблица 40. Ранжирование самооценки сотрудниками (медицинские работники) своего уровня компетенций, необходимых для осуществления качества и безопасности медицинской деятельности**

<b>Медицинские работники</b>				
Код вопроса самооценки блока Г	2021 г.		2023 г.	
	Баллы	Ранг	Баллы	Ранг
<b>ВРАЧИ</b>				
Г03	9,2±1,32	3	9,04±1,44	1
Г02	9,21±1,19	2	9,04±1,41	2
Г05	9,28±1,35	1	9,02±1,56	3
Г17	7,91±2,4	6	8±2,22	4
Г19	8,62±2,15	4	8,92±1,53	5
Г18	9,03±1,52	5	8,9±1,84	6
Г07	8,79±1,84	8	8,77±1,69	7
Г06	8,41±1,74	7	8,43±1,63	8
Г14	8,61±1,62	10	8,36±1,8	9
Г20	8,34±2,19	9	8,35±1,99	10
Г08	8,4±1,91	17	8,33±2,11	11
Г11	7,88±2,67	12	8,32±2,05	12
Г09	8,22±2,12	14	8,31±1,88	13
Г04	8,03±2,27	11	8,25±1,99	14
Г10	8,26±1,73	13	8,24±1,78	15
Г12	8,09±2,21	15	8,19±1,88	16
Г13	7,95±2,27	16	8,02±1,95	17
Г16	7,79±2,36	18	7,87±2,16	18
Г15	7,58±2,71	19	7,71±2,47	19
<b>СМП</b>				
Г05	9,56±1,24	2	9,67±0,9	1
Г19	9,59±1,07	1	9,64±0,89	2
Г21	9,53±1,25	3	9,6±1,07	3
Г03	9,25±1,37	4	9,43±1,09	4

<b>Медицинские работники</b>				
Код вопроса самооценки блока Г	2021 г.		2023 г.	
	Баллы	Ранг	Баллы	Ранг
Г06	9,18±1,46	5	9,26±1,23	5
Г02	8,99±1,39	6	9,17±1,26	6
Г04	8,84±1,66	7	9,04±1,43	7
Г20	8,6±2,14	8	8,97±1,64	8
Г16	8,22±2,25	10	8,62±1,77	9
Г12	8,23±2,29	9	8,51±1,83	10
Г15	8,04±2,6	11	8,46±2,25	11

Самый высокий уровень самооценки, применимый ко всем категориям респондентов и в 2021, и в 2023 годах, определен по компетенции «Г05/ Соблюдение требований к использованию СИЗ (средств индивидуальной защиты): масок, перчаток, щитков и др.».

Помимо общей оценки, проведен еще анализ самооценки для медицинских (Таблица 39) и немедицинских работников (Таблица 40) в разрезе применимых к должности компетенций. В ТОП-3 с самой высокой оценкой среди врачей с небольшой разницей в рангах вошли следующие:

- Г03 Соблюдение алгоритма идентификации личности пациента. По данному показателю нет статистически значимой разницы между медицинскими и немедицинскими работниками ни в 2021 году (Т-критерий Стьюдента составил -1,562, уровень значимости различий  $p=0,526$ , число степеней свободы 503), ни в 2023 году (Т-критерий Стьюдента составил 0,588, уровень значимости различий  $p=0,556$ , число степеней свободы 708). Обе группы высоко оценивают свои компетенции в данном вопросе;

- Г02 Соблюдение этики и деонтологии при общении с пациентами и его родственниками. По данному показателю нет статистически значимой разницы между медицинскими и немедицинскими работниками ни в 2021 году (Т-критерий Стьюдента составил -1,778, уровень значимости различий  $p=0,075$ , число степеней свободы 473), ни в 2023 году (Т-критерий Стьюдента составил 0,588, уровень значимости различий  $p=0,556$ , число степеней свободы 708). Данный факт вступает в определенные противоречия с оценкой значимости иденти-

фикации для медицинских работников, и еще раз подтверждает необходимость вовлечения пациентов в процесс повышения приверженности идентификации;

– Г05 Соблюдение требований к использованию СИЗ (средств индивидуальной защиты) маски, перчатки, щитки и др. Большое влияние на обучение и изменение поведения сотрудников, связанного с применением СИЗ, оказал период пандемии. При этом самооценка по данному критерию не имеет статистически значимой разницы между медицинскими и немедицинскими работниками ни в 2021 году (Т-критерий Стьюдента составил -1,13, уровень значимости различий  $p=0,258$ , число степеней свободы 503), ни в 2023 году (Т-критерий Стьюдента составил 1,32, уровень значимости различий  $p=0,186$ , число степеней свободы 708). Данный факт, вместе с уровнем оценки более 9 баллов и высоким удельным выбором данной компетенции сотрудниками как обязательной по обеспечению безопасности медицинской деятельности, подтверждает как хорошие результаты проводимого обучения среди сотрудников по тематике использования СИЗ (по сформировавшемуся опыту обязательности использования СИЗ в период пандемии), так и результат постоянного внутреннего контроля.

Высокая приверженность сотрудников МО вне зависимости от должности, стажа и возраста показана в публикации, описывающей навыки работников EMS. Авторы считают, что знания сотрудников и выявление факторов, влияющих на отношение и сложившуюся практику обеспечения надлежащей защиты, могут стать основой более глубоких изменений по улучшению, а также стать базой для формирования рекомендаций по дальнейшему обучению для улучшения качества выполнения обязанностей сотрудников (Ebrahimi B, 2019).

Существенное продвижение в рангах отмечается только по одной компетенции в 2023 году – Г08 Оформление листков временной нетрудоспособности (с 17-ой на 11-ую позицию). Самую низкую самооценку врачи определили по следующим компетенциям: Г13 Исполнение алгоритма по отбору и направлению пациентов в дневной стационар, Г16 Знание перечня СОС (стандартное опреде-

ление случаев) по своей специальности и порядка действий при выявлении случаев СОС, Г15 Использование в своей работе правила передачи вербальных назначений (назначения на словах). Следует отметить, что в 2023 году среди компетенций с самой низкой оценкой отмечается прирост по каждой из позиций. Еще одним знаковым моментом следует отметить, что количество средних оценок с баллом ниже 8 сократилось с 4 до 2.

При оценке ответов среднего персонала было определено следующее. Изменения позиций при ранжировании в пределах 1-2 рангов. Наиболее высокую самооценку средний медицинский персонал определил по следующим компетенциям: Г05 Соблюдение требований к использованию СИЗ (средств индивидуальной защиты) маски, перчатки, щитки и др., Г19 Соблюдение алгоритма гигиенической обработки рук постоянно, Г21 Соблюдение требований условий хранения лекарственных средств (соблюдение условий хранения по температуре и влажности, учитывая сроки хранения). А наиболее низкую по следующим компетенциям: Г16 Знание перечня СОС (стандартное определение случаев) по своей специальности и порядка действий при выявлении случаев СОС, Г12 Исполнение алгоритмов динамического наблюдения за маломобильными пациентами, страдающими хроническими заболеваниями, Г1 Использование в своей работе правила передачи вербальных назначений (назначения на словах). При этом как по компетенциям с самой низкой самооценкой, так и по всем остальным, средний медицинский персонал дал более высокую самооценку в 2023 году.

При проведении анализа результатов самооценки немедицинского персонала (Таблица 41) выявлено, что среди специалистов с высшим немедицинским образованием первые два места в рейтинге занимают следующие компетенции: Г03 Соблюдение алгоритма идентификации личности пациента, Г05 Соблюдение требований к использованию СИЗ (средств индивидуальной защиты) маски, перчатки, щитки и др. Среди уборщиков производственных помещений наибольшую самооценку получили следующие компетенции: Г22 Соблюдение правил уборки помещений и хранения уборочного инвентаря, Г19 Соблюдение алго-

ритма гигиенической обработки рук постоянно, Г05 Соблюдение требований к использованию СИЗ (средств индивидуальной защиты) маски, перчатки, щитки и др. У всех трех категорий должностей самую низкую позицию в рангах занимает компетенция Г04 Готовность к оказанию экстренной и неотложной помощи пациентам. Это утверждение находит свое подтверждение при определении статистически значимых показателей по результатам опроса в 2023 году: Т-критерий Стьюдента составил 2,09, уровень значимости различий  $p=0,037$ , число степеней свободы 708. Это обусловлено вспомогательной ролью немедицинских работников в процессе оказания экстренной и неотложной помощи. В обоих исследованиях расположение рангов не претерпело значительных различий для всех категорий должностей немедицинских работников. Оценки ниже 8 баллов нет ни по одной из компетенций по результатам 2023 года, и только одна в 2021 году, связанная с готовностью оказания экстренной и неотложной помощи среди уборщиков производственных помещений.

Практически по всем компетенциям среди специалистов с высшим немедицинским образованием и уборщиков производственных помещений отмечается рост средней самооценки. Исключение составляет в обеих категориях должностей только компетенция, связанная с использованием средств индивидуальной защиты. Среди регистраторов отмечается снижение уровня самооценки по всем компетенциям, что может быть связано, не в последнюю очередь, с переоценкой своих знаний и навыков в 2021 году, когда средняя оценка по всем компетенциям регистраторов превышала 9 баллов и составила 9,14 балла, против 8,86 баллов в 2023 году.

**Таблица 41. Ранжирование самооценки сотрудниками (немедицинские работники) своего уровня компетенций, необходимых для осуществления качества и безопасности медицинской деятельности**

<b>Немедицинские работники</b>				
Код вопроса самооценки блока Г	2021 г.		2023 г.	
	Баллы	Ранг	Баллы	Ранг
<b>СВНМО</b>				
Г03	9,33±0,94	2	9,47±0,85	1
Г05	10,0±1	1	9,41±0,91	2

<b>Немедицинские работники</b>				
Код вопроса самооценки блока Г	2021 г.		2023 г.	
	Баллы	Ранг	Баллы	Ранг
Г19	9,33±0,94	3	9,41±0,84	3
Г02	8,67±0,94	6	9,41±0,6	4
Г06	9±1,15	4	9,06±1,11	5
Г04	8,83±0,9	5	8,94±1,3	6
<b>Регистраторы</b>				
Г03	9,52±0,89	1	9,18±1,26	1
Г05	9,49±1,02	2	9,15±1,56	2
Г02	9,42±1,05	3	8,97±1,42	3
Г06	8,79±1,75	5	8,75±1,58	4
Г01	8,85±1,54	4	8,74±1,33	5
Г04	8,74±1,94	6	8,39±1,89	6
<b>УШ</b>				
Г22	9,77±0,5	2	9,82±0,5	1
Г19	9,57±0,92	3	9,64±0,89	2
Г05	9,8±0,6	1	9,62±0,95	3
Г02	9,07±1,67	4	9,15±1,37	4
Г06	9±1,67	5	9,05±1,8	5
Г04	7,6±2,3	6	8,33±2,2	6

Результаты данного ранжирования указывают на ряд компетенций, в уверенном владении которых сотрудники испытывают затруднения. К таким компетенциям следует отнести все компетенции с оценкой ниже 8,5 балла (как соответствующую 85% уровня безопасности). В перечень таких компетенций вошли 12 из 19 предложенных к самооценке специалистам с врачебным образованием (что составляет 63% от количества применимых компетенций), 3 из 11 предложенных к самооценке специалистам со средним медицинским образованием (что составляет 27% от количества применимых компетенций) и 1 из 6 самооценок уборщиков производственных помещений (что составляет 17% от количества применимых компетенций). Перечень компетенций с самооценкой менее 8,5 балла должны стать темами для проведения обучения в приоритетном порядке. Средние самооценки администраторов, регистраторов и специалистов с высшим немедицинским образованием превышают 8,5 по всем применимым компетенциям.

Результаты оценки знаний сотрудников для определения направления их дальнейшего обучения используются и коллегами в других странах. Так, например, в городе Табук (Саудовская Аравия) были определены западающие компетенции врачей первичного звена, работающих в государственных центрах по диагностике и тактике ведения пациентов с фибромиалгией. Это послужило основанием для разработки тематической образовательной программы для семейных врачей в учреждениях первичного звена здравоохранения. Исследователи считают, что важно определить конкретные западающие компетенции для целенаправленного обучения (Alatawi A, Moria HA, Alharfy AA, Sehly MJ, Alotaibi JTA, Alshammari YS, Albalawi AOA, Alanazi SM, Sehly AJ. , 2023).

#### 5.2.4. Заключение по анкетированию

По результатам исследования установлено:

1. Наибольший охват анкетированием был среди категории регистраторов – 79% (2021 год). Наименьший охват оказался среди категории врачей – 49% (2021 год). Данная тенденция прослеживается вне зависимости от периода проведения исследования (и в 2021, и 2023 годах).

2. В 2021 году полнота (ёмкость) выбора необходимых компетенций более выражено зависела от категории должности сотрудника, с амплитудой от 60% до 79,17% ( $\Delta$  19,17%). В 2023 году выраженность данной зависимости снизилась с амплитудой от 84,56% до 71,79% ( $\Delta$  12,77%). Увеличилась доля более полного выбора необходимых компетенций с 71,18% в 2021 году до 80,4% в 2023 году.

3. В 2021 году установлена прямая положительная зависимость стажа работы, как в поликлинике, так и в медицине (для медицинских работников), и полноты выбора необходимых компетенций. В 2023 году данная зависимость не прослеживается.

4. В 2023 году сформировалась статистически значимая зависимость большей полноты выбора среди сотрудников, начавших трудовую деятельность в поликлинике в период активного внедрения ПР НИК РЗН и ВКО. В 2023 году критерий Фишера составил 6,44.

5. Уровень выбора компетенций в 2021 году отмечался в пределах от 46,6% до 87,6% ( $\Delta$  41%). Уровень выбора компетенций в 2023 году отмечался в пределах от 67,8% до 94,6% ( $\Delta$  26,8%).

6. К наиболее часто выбираемым компетенциям (с учетом применимости) в обоих временных промежутках сотрудники определили «Применение клинических рекомендаций и протоколов лечения» (85,8% в 2021 году, 94,6% в 2023 году), «Этику и деонтологию в общении с пациентами и его родственниками» (87,6% в 2021 году, 90,8% в 2023 году) и «Использование средств индивидуальной защиты» (83,6% в 2021 году, 84,5% в 2023 году).

7. К наиболее редко выбираемым компетенциям (с учетом применимости) в обоих временных промежутках сотрудники определили «Действия в чрез-

вычайных ситуациях (обнаружение бесхозных вещей, пожар) (62,4% в 2021 году, 77,2% в 2023 году), «Безопасность информационных систем» (52,0% в 2021 году, 68,3% в 2023 году), «Рациональное назначение антибиотиков» (46,6% в 2021 году, 67,8% в 2023 году).

8. Отмечается увеличение частоты выбора по всем компетенциям в 2023 году по сравнению с 2021 годом.

9. Выявлено увеличение средней оценки сотрудников уровня теоретического обучения с 7,69 балла (2021 год) до 8,18 балла (2023 год).

10. Наиболее высокую оценку теоретическому обучению в 2021 году дали регистраторы (8,07 балла), наиболее низкую – СВНМО (7,5 балла). В 2023 году наиболее высокую оценку организации теоретического обучения дали сотрудники из группы УПП (8,97 балла), а самую низкую – врачи (7,64 балла).

11. Установлена прямая положительная зависимость в 2021 году стажа работы в поликлинике и уровня оценки теоретического обучения. В 2023 году данная зависимость не прослеживается.

12. Выявлено увеличение средней оценки сотрудников уровня практического обучения с 7,86 балла (2021 год) до 8,12 балла (2023 год).

13. Наиболее высокую оценку практическому обучению в 2021 году дали регистраторы (8,51 балла), наиболее низкую – СВНМО (7,0 балла). В 2023 году наиболее высокую оценку организации практического обучения дали сотрудники из группы УПП (9,00 балла), а самую низкую – врачи (7,53 балла).

14. Установлена прямая положительная зависимость и в 2021, и в 2023 годах стажа работы в поликлинике и уровня оценки практического обучения.

15. Выявлено увеличение средней оценки сотрудниками уровня наставничества с 7,53 балла (2021 год) до 7,64 балла (2023 год).

16. Наиболее высокую оценку наставничеству в 2021 году дали УПП (8,63 балла), наиболее низкую – СВНМО (5,50 балла). В 2023 году наиболее высокую оценку организации наставничества дали сотрудники из группы УПП (9,10 балла), а самую низкую – врачи (7,08 балла).

17. Установлена прямая положительная зависимость и в 2021, и в 2023 годах стажа работы в поликлинике и уровня оценки наставничества.

18. Наставничество имеет самую низкую оценку среди всех видов ВКО.

19. Следует особо отметить, что по всем категориям должностей, кроме регистраторов, идет увеличение уровня средней оценки по всем трем направлениям ВКО (теоретическое обучение на 0,26 балла, практическое обучение на 0,66 балла, наставничество на 0,45 балла).

20. Сотрудниками дана высокая самооценка уровня своих компетенций и в 2021 году (8,63 балла), и в 2023 году (8,73 балла). Наиболее высокий уровень самооценки в 2021 году у немедицинских работников (УПП – 8,83 балла, регистраторы – 8,84 балла). Наиболее низкую оценку и в 2021 (8,24 балла), и в 2023 (8,29 балла) годах определяли врачи. По всем категориям, за исключением регистраторов, отмечается незначительное увеличение среднего уровня самооценки – увеличилась от 0,05 балла (среди врачей) до 0,68 балла (среди СВНМО).

21. Зависимость уровня самооценки и длительности стажа работы не в 2021 году, не в 2023 году не установлена.

22. Среди врачей самый высокий уровень самооценки в 2021 году был по компетенции «Соблюдение этики и деонтологии при общении с пациентами и его родственниками» (в 2021 году – 9,21 балла, в 2023 году – 9,04 балла). В 2023 году первое место заняла компетенция «Соблюдение алгоритма идентификации личности пациента» (в 2021 году – 9,20 балла, в 2023 году – 9,04 балла). Самый низкий уровень самооценки по компетенциям в оба периода у «Использования в своей работе правила передачи вербальных назначений (назначения на словах)» (в 2021 году – 7,58 балла, в 2023 году – 7,71 балла).

23. Самая высокая самооценка компетенций среди СМП в 2021 году была по компетенции «Соблюдение этики и деонтологии при общении с пациентами и его родственниками» (в 2021 году – 9,56 балла, в 2023 году – 9,67 балла). В 2023 году – «Соблюдение алгоритма гигиенической обработки рук постоянно» (в 2021 году – 9,59 балла, в 2023 году – 9,64 балла). Самый низкий уровень по компетенциям в оба периода у «Использования в своей работе правила передачи вербаль-

ных назначений (назначения на словах)» (в 2021 году – 8,04 балла, в 2023 году – 8,46 балла).

24. У немедицинских работников с самым низким уровнем самооценки совпадает компетенция «Готовность к оказанию экстренной и неотложной помощи пациентам» (СВНМО: 2021 год – 8,83 балла, 2023 год – 8,94 балла; Регистраторы: 2021 год – 8,74 балла, 2023 год – 8,39 балла; УПП: 2021 год – 7,60 балла, 2023 год – 8,33 балла). Самая высокая оценка у регистраторов и СВНМО отмечается по компетенции «Соблюдение алгоритма идентификации личности пациента» (СВНМО: 2021 год – 9,33 балла, 2023 год – 9,47 балла; Регистраторы: 2021 год – 9,52 балла, 2023 год – 9,18 балла). Среди УПП – по компетенции «Соблюдение правил уборки помещений и хранения уборочного инвентаря» (2021 год – 9,77 балла, 2023 год – 9,82 балла)

25. В 2021 году индекс совпадения оценки в среднем по всем оцениваемым компетенциям превышал на 0,25. В 2023 – на 0,04.

### **5.3. Результаты оценки второго уровня – научение (анализ результатов теоретического и практического обучения)**

Для оценки 2 уровня (научение/обучение сотрудников) нами было применено тестирование по результатам изучения СОПов с использованием личных кабинетов АИС «Контроль качества». Также для оценки второго уровня проведен анализ практического обучения.

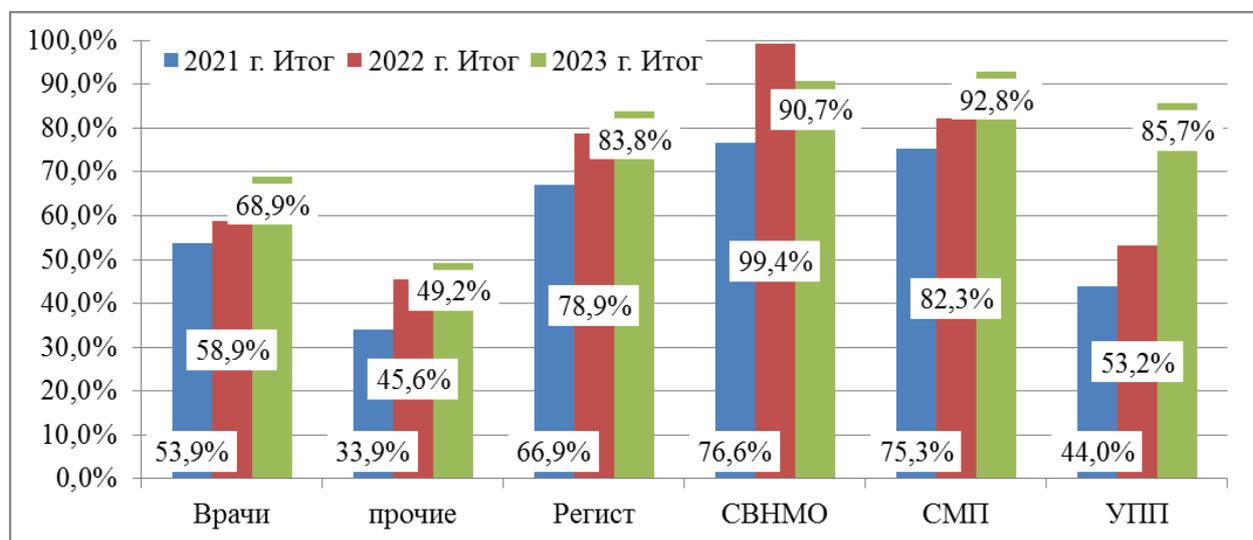
#### **Результаты оценки теоретического обучения**

Автоматизированное персональное тестирование и обработка его результатов проводится с 2019 года. С учетом количества сотрудников (более 1400 человек), количества СОПов (порядка 400), программа позволяла получить данные более чем 110 тысяч случаев контроля ознакомления с СОПами и прохождения тестирования в моменте (Таблица 42).

**Таблица 42. Динамика ознакомления и прохождения тестирования сотрудниками в личных кабинетах в период 2021-2023 гг. в разрезе полугодий и категорий должностей, %**

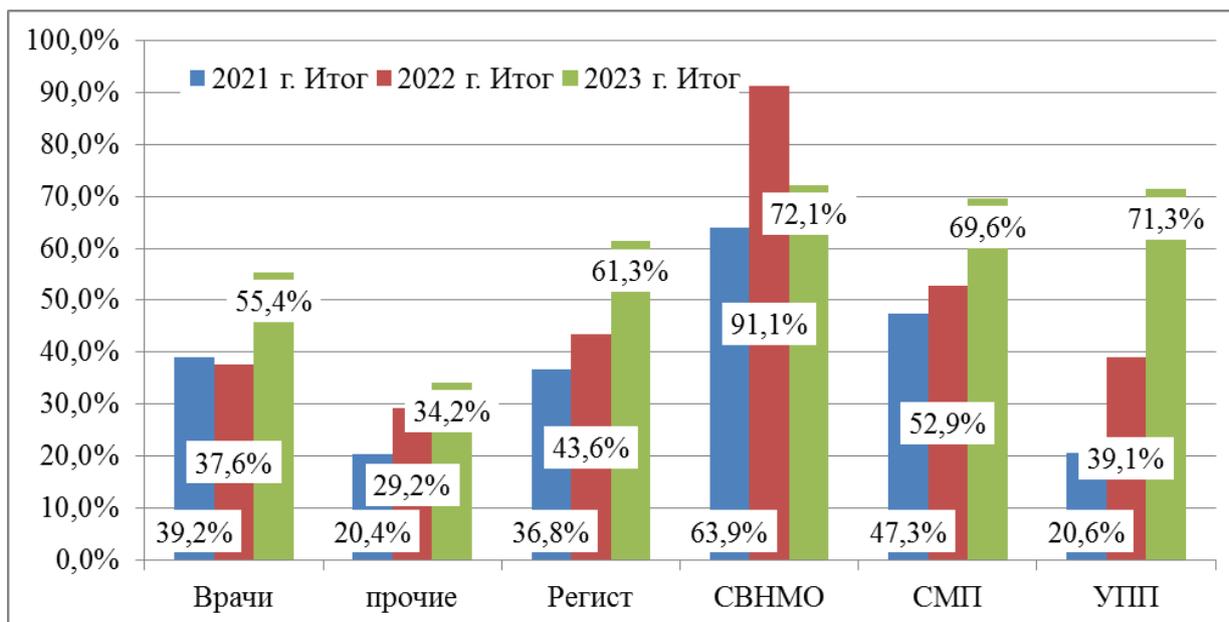
Категории должностей	2021 г.		2022 г.		2023 г.		Min-Max						Max/ Min					
	2021 г.		2022 г.		2023 г.		2021 г.		2022 г.		2023 г.		2021 г.		2022 г.		2023 г.	
	1 п/г	2 п/г	1 п/г	2 п/г	1 п/г	2 п/г	1 п/г	2 п/г	1 п/г	2 п/г	1 п/г	2 п/г	1 п/г	2 п/г	1 п/г	2 п/г	1 п/г	2 п/г
<b>Результаты ознакомления</b>																		
Врачи	47,24	59,6	63,8	54,3	66,75	71	9,71-99,4	0-100	29,5-99,5	16,3-99,4	0-100	28,3-100	10,2	-	3,37	6,1	-	3,53
Прочие	16,29	51,6	55,4	29,9	45,83	52,6	0-45,8	2,4-100	13,5-88,2	13,3-44,5	0-100	0-100	-	41,67	6,53	3,35	-	-
Регистраторы	75,03	61,6	83	75,8	86,58	81	60,2-89,4	0-84,9	53,6-97,9	48,2-97,6	67-100	57,7-95,7	1,49	-	1,83	2,02	1,49	1,66
СВНМО	65,35	87,9	98,8	100	90,55	90,8	50,7-80	75,8-100	98,8-98,8	100-100	81,1-100	82,2-99,4	1,58	1,32	1	1	1,23	1,21
СМП	68,32	79,6	77,7	86,1	93,33	92,4	30,8-99,8	57,5-99,1	49,3-100	47,1-100	51,4-100	78,2-99,1	3,24	1,72	2,03	2,12	1,95	1,27
УПП	46,27	42,6	50,3	54,6	83,38	88	6,41-84	0-88	10,8-100	0-100	33,3-100	42,3-100	13,1	-	9,26	-	3	2,36
Общий итог	50,25	63,8	68,3	65,8	76,96	79,5	0-99,8	0-100	10,8-100	0-100	0-100	0-100	-	-	9,26	-	-	-
<b>Результаты тестирования</b>																		
Врачи	37,47	40,6	35,2	39,9	52,93	57,8	0-91,3	0-83,3	11,1-61,1	9,39-84,2	0-98,4	20-98,5	-	-	5,5	8,97	-	4,93
Прочие	11,55	29,2	34,1	21,3	31,74	36,6	0-35,7	0-65,3	4,7-62,8	9,61-40	0-80	0-80	-	-	13,36	4,16	-	-
Регистраторы	53,58	25,6	33,9	50,8	59,21	63,4	41,3-66,6	0-42,9	13,7-67,7	16,6-82,3	21,6-84,5	25,5-84,5	1,61	-	4,94	4,96	3,91	3,31
СВНМО	59,3	68,6	93,2	89	72,55	71,7	32,1-86,5	47,6-89,5	93,2-93,2	89-89	56,1-89	54,8-88,5	2,69	1,88	1	1	1,59	1,61
СМП	48,65	46,5	40,4	63,4	69,75	69,5	9,34-89,4	21,9-77	19,4-63,4	21-96,1	27-92,6	44,6-91,4	9,57	3,52	3,27	4,58	3,43	2,05
УПП	23,53	18,8	26,2	45,6	67,88	74,8	0-50,9	0-58,5	2,22-73,3	0-100	21,1-100	23,5-100	-	-	33,02	-	4,74	4,26
Общий итог	37,62	38,9	36,8	48,7	58,71	62,5	0-91,3	0-89,5	2,22-93,2	0-100	0-100	0-100	-	-	41,98	-	-	-

Увеличение доли ознакомления с СОПами растет по всем группам категорий сотрудников (Рисунок 42). По состоянию на конец 2023 года, самый высокий показатель по ознакомлению отмечался среди СМП и СВНМО (выше 90%), рост по данным категориям с 2021 года составил около 15%. Менее вовлечены в процесс ознакомления с СОПами прочие специалисты (бухгалтеры, экономисты, водители и другие), но даже по этой категории прирост с 2021 года составил около 15%. Такой же прирост отмечался по результатам контроля ознакомления врачей. В целом по врачам доля ознакомления на конец 2023 года составила почти 70%.



**Рисунок 42. Динамика ознакомления сотрудников с СОПами в личных кабинетах в разрезе категорий должностей по годам (2021-2023 гг.)**

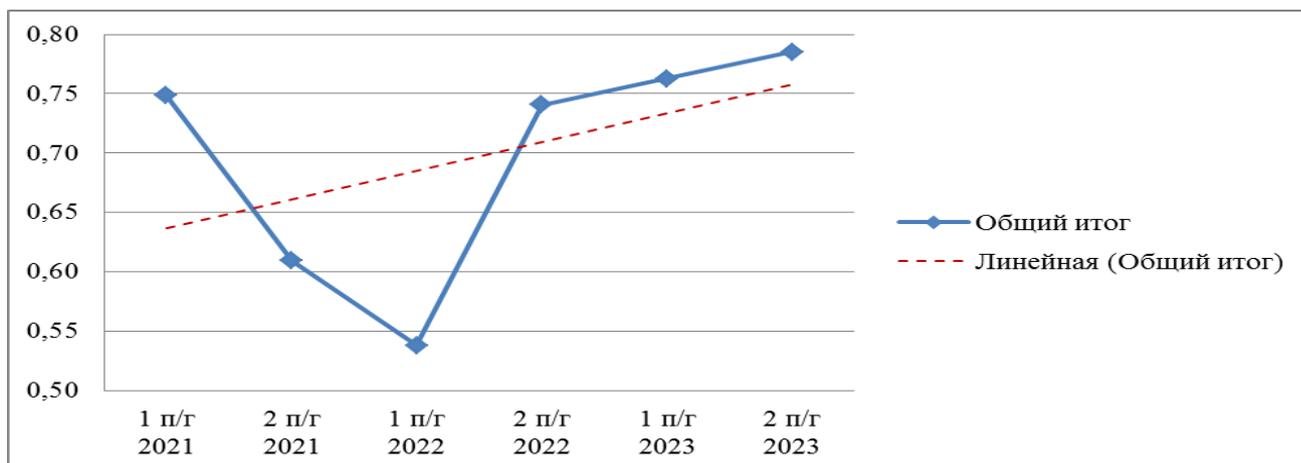
Так же, как и в отношении ознакомления, положительную динамику по всем группам должностей показала доля прохождения тестирования (Рисунок 43).



**Рисунок 43. Динамика прохождения сотрудниками тестирования по СОПам в личных кабинетах в разрезе категорий должностей по годам (2021-2023 гг.)**

Рост составил от 1,2 (СВНМО) до 3,5 раза (УПП). Снижение по ознакомлению и тестированию отмечается только среди СВНМО, что связано с размещением 2-х СОПов для данной категории сотрудников (для сотрудников клинико-диагностической лаборатории) менее чем за 10 дней до дня оценки.

Еще одним показателем, характеризующим качество прохождения теоретического обучения, нами был установлен коэффициент соотношения ознакомления и прохождения тестирования (соотношение доли прохождения тестирования к доле ознакомления) (Рисунок 44). В целом отмечается положительный тренд с сокращением разрыва между долей ознакомления и долей прохождения тестирования. Снижение коэффициента отмечалось во 2-м полугодии 2021 года и в 1-м полугодии 2022 года. Данное обстоятельство связано с двумя факторами.



**Рисунок 44. Динамика коэффициента соотношения ознакомления и прохождения тестирования 2021-2023 гг.**

Во-первых, в сентябре 2021 года были открыты два новых филиала, и в этот период происходило активное укомплектование кадрами данных филиалов. По утвержденным требованиям в МО, при трудоустройстве сотрудникам устанавливается срок (3 месяца) на ознакомление и прохождение тестирования. Во-вторых, во 2-й половине 2021 года рабочими группами проводилась активная актуализация СОПов (Таблица 43).

**Таблица 43. Динамика разработки и размещения количества СОПов по годам в разрезе направлений (2021-2023 гг.)**

№	Наименование направления	2021 г.	2022 г.	2023 г.
		Количество СОП, штук		
1.	Управление персоналом.			1
2.	Организация профилактической работы.	23	2	2
3.	Организация работы регистратуры.	25	1	
4.	Идентификация личности пациента.	1		
5.	Организация экстренной и неотложной помощи в поликлинике.	41	7	6
6.	Диспансеризация прикрепленного населения.			3
7.	Диспансерное наблюдение за больными с ХНИЗ.	5	10	14
8.	Стационарзамещающие технологии.	4		5
9.	Преемственность оказания медицинской помощи.	57	4	11
10.	Эпидемиологическая безопасность.	8	1	19
11.	Лекарственная безопасность. Фармаконадзор.	10	2	2
12.	Контроль качества и безопасности обращения МЛ.	7		
13.	Безопасность среды в МО.	1		1
14.	Хирургическая безопасность.	2		
15.	Клинические рекомендации (протоколы лечения).	1	1	2
ЛД <sup>29</sup>	Лабораторная диагностика	27		2
	<b>Общий итог</b>	<b>212</b>	<b>28</b>	<b>68</b>

ЛД<sup>25</sup>

Таким образом, отмечается положительная динамика вовлеченности сотрудников в процесс теоретического обучения в МО среди всех категорий должностей сотрудников.

Данная положительная динамика обусловлена рядом факторов:

1. Непрерывность процесса обучения. Обучение проводилось постоянно, начиная с 2018 года. Достаточный срок и многократность повторения (Крутецкий В. А., 1980) оказались убедительным началом для формирования «эволюции восприятия» (Sani MM, Jafaru Y, Ashipala DO, Sahabi AK. , 2024) необ-

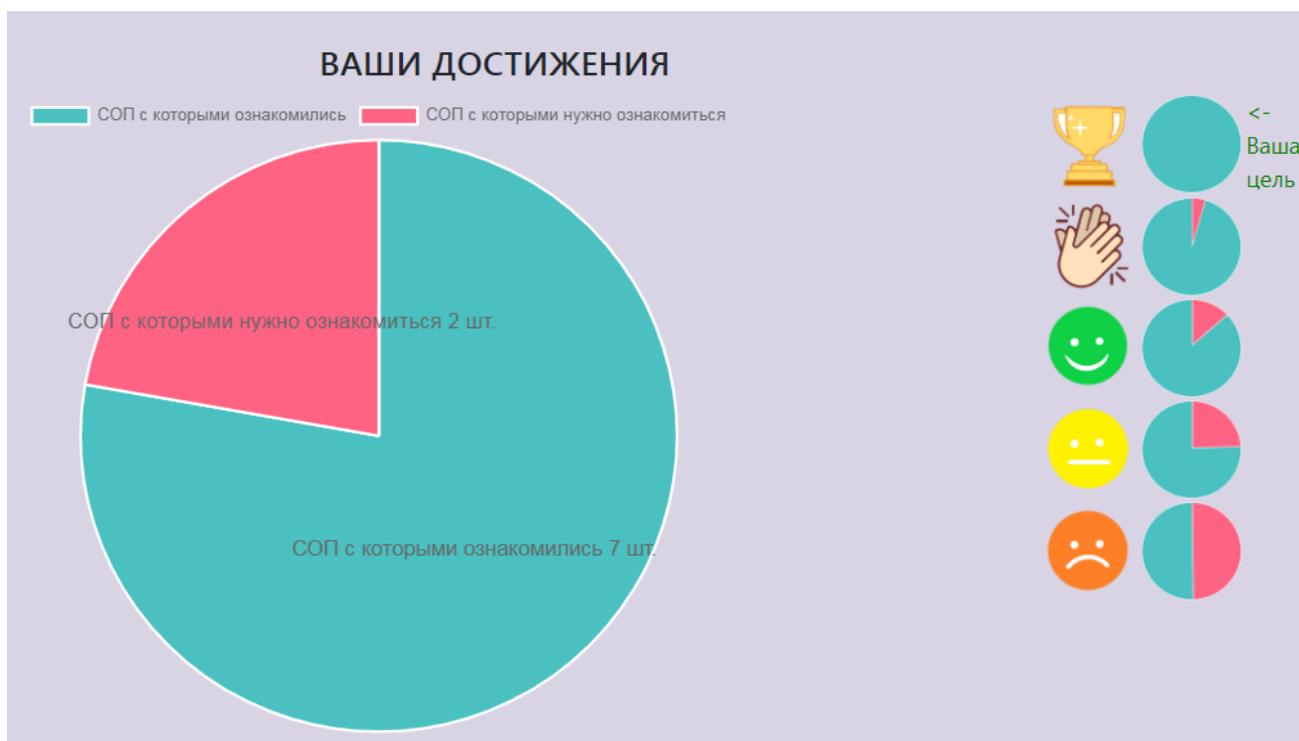
<sup>25</sup> ЛД – лабораторная диагностика

ходимости обучения, сформировалась коллективная привычка учиться непрерывно.

2. Выстроенная система контроля с использованием автоматизированных возможностей. Регулярно, 1 раз в 10 дней, формировался и публиковался рейтинг обучения сотрудников в личных кабинетах в разрезе структурных подразделений.

3. Были учтены данные мотивационного профиля (Рисунок 34).

В частности, для реализации мотиватора «Желание расширить свои профессиональные знания и навыки» (со средней оценкой 8,61 балла) в АИС «Контроль качества» были погружены элементы геймификации (Рисунок 45), в том числе: баннер и с индивидуальными достижениями сотрудников при входе в личный кабинет, одобрительная иконка при положительном прохождении тестирования, формирование индивидуального рейтинга (с объявлением результатов в ходе внутренней конференции).



**Рисунок 45. Элементы индивидуальной геймификации в АИС «Контроль качества»**

Следующим высоко оцененным сотрудниками мотиватором был обозначен «Выбор темы для обучения, непосредственно связанной с моей работой» (со

средней оценкой 8,19 балла). Проведена работа с рабочими группами по актуализации обозначенных ранее в СОПах участников процесса.

Данный подход позволил сократить среднее количество рассылки СОПов на 7,6%, а также, несмотря на увеличение количества введенных внутренних стандартов на 16 СОПов, снизить среднее количество СОПов на одного сотрудника на 3,5 стандарта (Таблица 44).

**Таблица 44. Результаты пересмотра адресности рассылки СОПов в сравнении 2021 и 2023 годов**

Показатель	2021 год	2023 год
Количество личных кабинетов сотрудников, чел.	1 297	1 305
Количество размещенных СОПов в личных кабинетах, шт.	329	345
Количество случаев рассылок СОПов, шт.	117 116	113 161
Среднее количество СОПов на одного пользователя, шт.	90,3±38	86,7±37
Среднее количество пользователей на один СОП, чел.	355±245	328±234

Третьим по уровню значимости сотрудниками был обозначен мотиватор «Наличие возможности обучаться в удобное время» (со средней оценкой 7,95 балла). Для реализации данной возможности обеспечен доступ в личный кабинет сотрудникам через сайт поликлиники (при внесении всех доработок учитывается возможность использования мобильной версии программы).

Отрицательное влияние на качество теоретического обучения сотрудников оказало влияние массового одновременного объема обучающих нормативно-методических материалов (СОПов). Об этом же свидетельствует и указанный сотрудниками демотиватор «Авральный (очень короткий срок) темп ВКО» (со средней оценкой 6,11 балла).

При этом выстроенная система внутреннего теоретического обучения позволила в значительной мере нивелировать действие демотиваторов.

## Результаты оценки практического обучения

Реализация практического обучения привела к ряду положительных эффектов:

1. Обеспечена равномерность распределения практического обучения сотрудников (Рисунок 46).
2. Увеличился охват практическим обучением. В 2,7 раза увеличилось количество человеко-часов. В 2022 году практическое обучение нарастающим итогом прошли 632 сотрудника, в 2023 году – 1689.
3. В 7,6 раза увеличилось количество дней использования симуляционной площадки (с 16 дней в 2022 году до 111 дней в 2023 году).
4. В 4 раза увеличилась доля инициативных проведенных занятий (дополнительно к графику) (в 2022 году – 5,1%, в 2023 году – 19,9%).

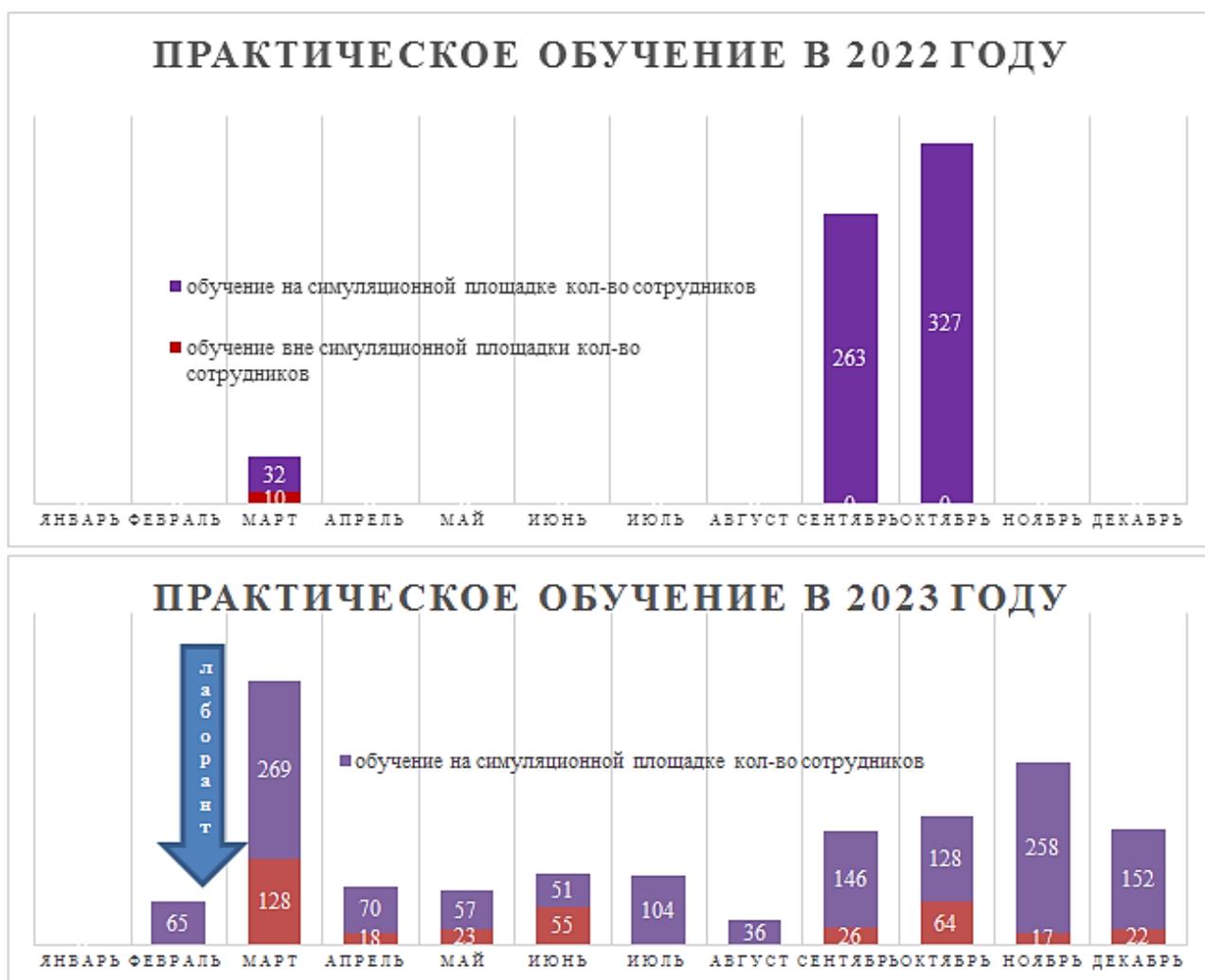


Рисунок 46. Динамика охвата практическим обучением в 2022-2023 годах

5. Произошло расширение тематик практического обучения (3 тематики в 2022 году, 13 тематик в 2023 году).

6. Улучшилось качество проведения практических занятий (внедрение проекта позволило повысить качество проводимого обучения, по мнению сотрудников, на 0,26 балла, количество высоких оценок (8-10 баллов) выросло на 6% – с 63% до 69%).

Разработаны и готовы к тиражированию в любой МО, оказывающей первичную медико-санитарную помощь:

1. Методические рекомендации по проведению практических занятий.
2. Памятка по формированию тематических кейсов.
3. Порядок проведения практических занятий на базе симмуляционной площадки.
4. Должностные инструкции лаборанта симмуляционной площадки.
5. Тематические кейсы:
  - Оказание экстренной помощи;
  - Постановка внутривенных инъекций/катетеров;
  - Проведение ингаляций;
  - Запись и интерпретация критических значений ЭКГ;
  - Гигиеническая обработка рук;
  - Забор мазков из носа и зева;
  - Пропедевтика;
  - Острый живот. Взрослые.
6. Реестр учета результатов практических занятий.
7. Счетчик симмуляционной площадки.
8. Положение о конкурсе.
9. Анкета самооценки сотрудников.
10. Реестр примерного оснащения симмуляционной площадки для поликлиники.
11. Медиатека.
12. Количественные и качественные индикаторы оценки качества работы симмуляционной площадки.

Таким образом, разработанная и внедренная система практического обучения показала свою эффективность. Повысилась вовлеченность сотрудников в прак-

тическое обучение. Были учтены результаты сформированного мотивационного профиля.

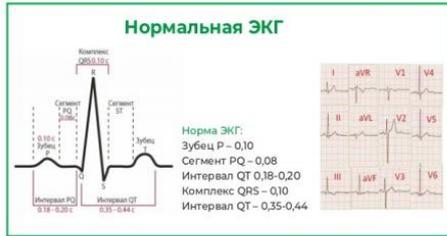
Данные изменения связаны с рядом проведенных мероприятий:

1. Формирование единой образовательной среды в МО, в том числе использование единых наглядных материалов и на базе симуляционной площадки, и на рабочем месте сотрудников, например интерпретация критических значений по результатам записи ЭКГ (Рисунок 47). Данный подход позволяет реализовывать, в том числе, и многократное повторение, что, по мнению исследователей, формирует проспективную память (Vogel A, Arnett C, Blais C, Brewer GA. , 2023).

2. Использование СОПов как нормативно-методических документов. То есть обучение максимально приближено к повседневной практике сотрудника.

3. Сотрудники вовлечены в процесс формирования образовательной среды симуляционной площадки. Учебные столы были оформлены конкурсными работами сотрудников («История в моей профессии»), реализуется сбор и выполнение заявок на дополнительное оснащение симуляционной площадки. Так, в 2023 году появился муляж для отработки базовой СЛР ребенку до года, укомплектована возможность обучения проведению катетеризации мочевого пузыря, постановки внутривенных катетеров.

4. Линейные руководители обеспечены готовыми тематическими кейсами, что не только экономит время на подготовку для каждого руководителя, но и в сумме с каскадным обучением повышает единообразие подачи материала и оценки навыков.



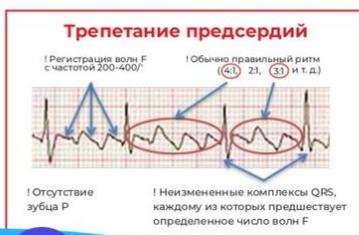
### ЭКГ-признаки острого инфаркта миокарда

Условия	Острейший	Острый	Подострый (режущий, рубцующийся)
Трансмуральный (крупноочаговый) «Инфаркт миокарда с зубцом Q»			
Субэндокардиальный (мелкоочаговый) «Инфаркт миокарда без зубца Q»			



### ЭКГ-признаки локализации острого инфаркта миокарда (отведения):

- I - передняя стенка сердца
- II - суммационное отображение I и III
- III - задняя стенка сердца
- aVR - правая боковая стенка
- aVL - левая передне-боковая
- aVF - задне-нижняя стенка сердца
- V1 и V2 - правый желудочек
- V3 - межжелудочковая перегородка
- V4 - верхушка сердца
- V5 - передне-боковая стенка ЛЖ
- V6 - боковая стенка левого желудочка



### Фибрилляция желудочков

! Полиморфные колеблющиеся желудочковые комплексы без изолинии  
! Конфигурация «волны и зубцы»  
! ЧСС > 300 в минуту

Рисунок 47. Пример наглядного материала<sup>26</sup>

<sup>26</sup> Единый плакат с информацией о критических значениях ЭКГ, включен в СОП «Порядок действий медицинского персонала при направлении взрослого населения на ЭКГ», размещен на базе симуляционной площадки, в кабинетах записи ЭКГ в зоне оценки ЭКГ медицинской сестрой кабинета, в укладках с портативными электрокардиографами

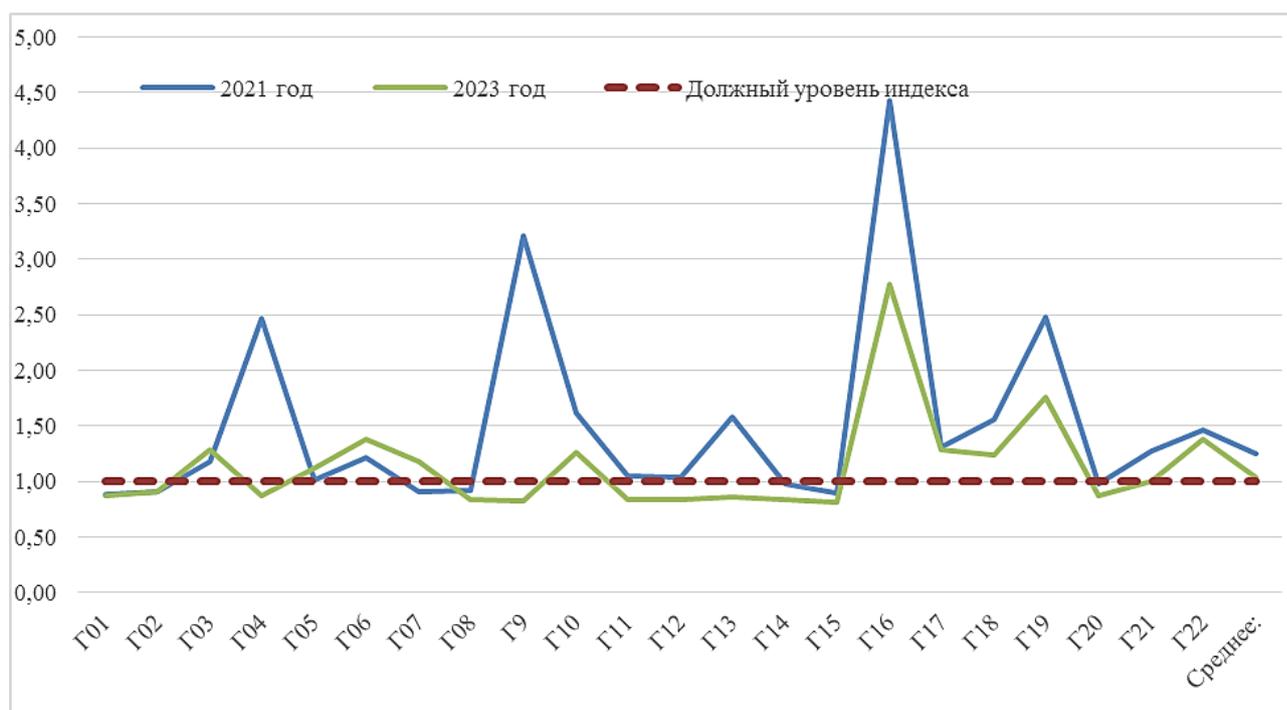
#### **5.4. Результаты оценки третьего уровня – поведение сотрудников на рабочем месте на примере внутренних аудитов, и в сравнении с самооценкой сотрудников**

Для реализации третьего уровня оценки эффективности ВКО использован анализ результатов внутренних аудитов в МО.

Для оценки эффективности обучения, связанного с изменением поведения сотрудников, с учетом проводимых мероприятий, в том числе обучающих, а также оценки понимания степени реалистичности самооценки сотрудников, проведено сравнение среднего значения оценки результатов самооценки по всем компетенциям с результатами проведенного внутреннего аудита в 1-ом полугодии 2021 года и во 2-ом полугодии 2023 года (с учетом сроков проведения анкетирования) по соответствующим показателям ПР НИК РЗН (*Приложение 7*). В учет взяты те показатели аудита, в отношении которых возможно провести сравнение с самооценкой сотрудников. Для обеспечения соизмеримости показателей самооценки и внутреннего аудита, результаты самооценки из баллов переведены в %, с использованием пропорции (10 баллов составляют 100%).

При сравнении результатов самооценки и результатов внутренних аудитов отмечалась завышенная самооценка сотрудников по ряду компетенций.

Для наглядности произведен расчет индекса совпадения оценки для результатов 2021 и 2023 годов (Рисунок 48). В качестве целевого индекса используется значение 1,0 как показатель совпадения самооценки и оценки, полученной в ходе внутренних аудитов. Индекс совпадения более единицы говорит о завышении сотрудниками самооценки, не подтвержденной реальным выполнением на рабочих местах.



**Рисунок 48. Динамика индекса совпадения оценки по результатам опроса сотрудников и внутренних аудитов 2021 и 2023 годов**

В 2021 году индекс совпадения оценки в среднем по всем оцениваемым компетенциям превышал на 0,25, в то время как в 2023 году самооценка стала более реалистичной (индекс превышает всего на 0,04). В 2021 году по четырём компетенциям уровень самооценки более чем в 2 раза превышал результаты аудита:

- «Готовность к оказанию экстренной и неотложной помощи пациентам»;
- «Соблюдение требований по определению групп здоровья и групп диспансерного наблюдения»;
- «Знание перечня СОС (стандартное определение случаев) по своей специальности и порядка действий при выявлении случаев СОС»;
- «Соблюдение алгоритма гигиенической обработки рук постоянно».

В 2023 году более чем двукратное превышение сохраняется только по одной компетенции – «Знание перечня СОС (стандартное определение случаев) по своей специальности и порядка действий при выявлении случаев СОС».

В 2021 году уровень самооценки превышал результаты внутренних аудитов по 16 позициям из 22, в то время как в 2023 году это превышение было уже только по 12 позициям. Кроме того, в 2023 году по одной компетенции уровень самооценки и результатов внутреннего контроля практически совпал («Соблюдение требований условий хранения лекарственных средств (соблюдение условий хранения по температуре и влажности, учитывая сроки хранения)»).

## **5.5. Результаты оценки четвертого уровня эффективности внутреннего обучения**

В большинстве публикаций исследователи описывают использование не более 3 уровней шкалы Киркпатрика. Это связано с тем, что на конечные результаты оказывают свое влияние много факторов, что не позволяет проследить четкую связь с проведенным обучением. При этом корпоративное обучение должно быть нацелено на достижение конкретных производственных результатов и улучшение показателей деятельности, как отдельного сотрудника или процесса, так и организации в целом. Для оценки «результатов» был выбран ряд показателей, на результаты которых в меньшей степени могли повлиять такие факторы, как, например, поведение пациентов, или наличие оснащения, а в большей степени, зависящие от уровня компетенций сотрудников. Оценка проводилась до внедрения мероприятий и спустя год. (Таблица 45). Обязательным элементом при оценке данных показателей применялось тематическое теоретическое обучение с использованием системы личных кабинетов с тестированием. Ряд показателей были включены в постоянные количественные и качественные показатели для контроля на регулярной основе.

Предложенные показатели характеризуют эффективность обучения по ряду процессов различных направлений ПР НИК РЗН.

**Направление 2: «Организация профилактической работы. Формирование здорового образа жизни среди населения. Диспансеризация прикрепленного населения.»**

1. *Доля мазков на онкоцитологию, не имеющих диагностическую ценность (мазки воспалительного типа).* Для повышения эффективности проведения онкоцитологического исследования был стандартизирован процесс направления пациенток врачами и фельдшерами для проведения данного исследования, разработана памятка для пациенток по подготовке к исследованию. Разработан чек-лист опроса пациенток акушеркой в кабинете раннего выявления онкологических заболеваний перед забором мазков на онкоцитологию. Проведено практическое обучение акушерок.

Доля мазков на онкоцитологию, не имеющих диагностическую ценность (мазки воспалительного типа): 10,32% (2021 год) → 2,56% (2022 год).

### **Направление 5: «Организация экстренной и неотложной помощи в поликлинике»**

Для повышения качества и ускорения процесса оказания экстренной и неотложной помощи с привлечением сотрудников неотложной помощи были стандартизированы основные клинические ситуации, требующие оказания экстренной и неотложной помощи. Обеспечен доступ сотрудников к стандартам круглосуточно, в том числе удаленно через мобильную версию. Введено обязательное практическое обучение тематикам оказания экстренной и неотложной помощи не реже 1 раза в 6 месяцев всех медицинских работников. Все эти мероприятия в совокупности с другими привели к ряду положительных изменений.

2. *Длительность ожидания прибытия сотрудников отделения неотложной помощи* (от момента принятия решения о необходимости вызова сотрудников неотложной помощи, до прибытия сотрудников неотложной помощи на место их ожидания). Стандартизирован процесс передачи укладки неотложной помощи в отделение неотложной помощи. На заставку рабочих столов всех персональных компьютеров выведены номера телефонов отделений неотложной помощи с учетом адреса филиала. Проведены учения на рабочих местах всех филиалов.

Среднее время ожидания прибытия сотрудников отделения неотложной помощи: 6,5 мин. (2021 год) → 3,3 мин. (2022 год).

3. *Доля госпитализированных пациентов в экстренном порядке от направленных сотрудниками отделения неотложной помощи.* Дополнительно организовано обучение сотрудников отделения неотложной помощи с привлечением специалистов скорой медицинской помощи, проведение практических занятий с разбором клинических ситуаций, в отношении которых регистрировались нежелательные события (оказание неотложной помощи пациентам с клиникой острого живота, гипертоническим кризом, острыми коронарными состояниями, острыми нарушениями мозгового кровообращения). Данные мероприятия привели к повы-

шению доли госпитализированных пациентов от направленных на экстренную госпитализацию 68% (2022 г.) → 83% (2023 г.).

4. Кроме того, снизилась доля повторных неотложных вызовов пациентов.

Сокращение повторных вызовов 7% (2022 г.) → 1,5% (2023 г.).

#### **Направление 7: «Диспансерное наблюдение за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями»**

5. Частота критических уровней МНО, у пациентов, принимающих варфарин. Для снижения частоты гипер- и гипокоагуляции на фоне приема варфарина, был стандартизован порядок ведения пациентов, в МИС реализована возможность отслеживания пациентов, принимающих варфарин на каждом участке, определен уровень критических показателей МНО, а также единый алгоритм передачи критических показателей.

Частота критических уровней МНО, у пациентов, принимающих варфарин: 2,75% (2022 г.) → 1,33% (2023 г.).

6. Доля взятия на диспансерное наблюдение пациентов с ХНИЗ, от подлежащих с формированием плана диспансерного наблюдения. Для повышения охвата и качества диспансерного наблюдения был стандартизован порядок постановки на диспансерный учет с использованием возможностей МИС, снято обучающее видео по работе в МИС.

Доля взятия на диспансерное наблюдение пациентов с ХНИЗ с формированием плана диспансерного наблюдения: 87,6% (2022 год) → 98,2% (2023 год).

#### **Направление 9: «Преемственность медицинской помощи. Передача клинической ответственности за пациента.»**

7. Частота необоснованного/не дообследованного направления пациентов на консультацию к узким специалистам. Врачами узких специальностей (врачи-урологи, врачи-неврологи, врачи-отоларингологи, врачи-кардиологи) регистрировались нежелательные события в связи с необоснованным направлением пациентов на консультацию врачами-терапевтами и фельдшерами. Был стандартизован процесс направления на консультацию к узким специалистам перечис-

ленных специальностей врачами-терапевтами. Определены показания для экстренной и плановой консультации, объем обследования и исследований перед консультацией. Проведено практическое обучение врачей-терапевтов, фельдшеров с разбором клинических ситуаций.

Доля необоснованных/не дообследованных направлений на консультацию к узким специалистам (по результатам оценки первичной медицинской документации): 18,7% (2022 год) → 12,1% (2023 год).

8. *Затруднения визуализации при проведении УЗИ органов брюшной полости и/или органов малого таза.* Для повышения качества подготовки пациентов при прохождении УЗИ органов брюшной полости и/или органов малого таза был стандартизован порядок направления пациентов на УЗИ обследование, разработана памятка для пациентов по подготовке к проведению обследования.

Доля затруднения визуализации при проведении УЗИ органов брюшной полости и/или органов малого таза (по результатам анализа протоколов УЗИ обследования): 19,1% (2022 год) → 10,3% (2023 год).

**Направление 10: «Эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП))»**

9. *Регистрация случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП).* Для повышения уровня регистрации случаев ИСМП был разработан внутренний стандарт. Ежеквартальный контроль полноты случаев, подлежащих регистрации как ИСМП с доведением информации до сотрудников, в рамках полугодового отчета. Дополнительное обучение сотрудников отделений, в которых отмечались «пропуски» регистрации ИСМП.

Динамика регистрации случаев ИСМП (постоянный показатель с 2021 года): 0 случаев (2021,2022 года) → 1 случай (2023 год) → 11 случаев (2024 год).

10. Удельный вес «гнойных» перевязок (в расчете на 1000 перевязок). Для ускорения заживления послеоперационных гнойных ран был стандартизован порядок проведения бесконтактной перевязки, снят обучающий фильм. Проведено ежегодное практическое обучение.

Удельный вес «гнойных» перевязок (постоянный показатель с 2019 года): 717,5‰ (2019 год) → 625‰ (2020 год) → 563,8‰ (2021 год), → 509,02‰ (2022 год) → 496,92‰ (2023 год) → 425,12‰ (2024 год).

11. *Частота аварийных ситуаций среди медицинских работников.* Стандартизован процесс регистрации аварийных ситуаций, актуализированы внутренние стандарты по проведению внутривенных инъекций, вливаний с учетом анализа причин ранее зарегистрированных ситуаций. Введены на постоянной основе практические занятия по постановке внутривенных инъекций, забору крови, постановке внутривенных катетеров.

Частота аварийных ситуаций среди медицинских работников (постоянный показатель с 2023 года): 5,25‰ (2023 год) → 2,6 ‰ (2024 год).

#### **Направление 11: «Лекарственная безопасность. Фармаконадзор».**

12. *Списания лекарственных средств в связи с истечением срока годности.* Стандартизован алгоритм контроля сроков годности лекарственных препаратов. Количество единиц списанных лекарственных средств (ампулы, флаконы, таблетки, тьюбики): 1160 единиц (2018 год) → 460 единиц (2020 год) → 0 единиц (2021-2023 год) → 5 единиц (2024 год) (5 ампул наркотического обезболивающего препарата, который невозможно было передать в другие структурные подразделения).

#### **Направление 13: «Безопасность среды в медицинской организации. Организация ухода за пациентами (сестринские манипуляции). Профилактика падений и пролежней.»**

13. *Среднее время эвакуации сотрудников, пациентов и посетителей медицинской организации при объявлении пожарной тревоги.* Для обеспечения оперативности эвакуации сотрудников был стандартизован порядок действий при возникновении чрезвычайных ситуаций, в том числе и пожара. Регулярно, не реже 2 раз в год, проводятся учебные эвакуации из зданий.

Среднее время эвакуации сотрудников, пациентов и посетителей медицинской организации при объявлении пожарной тревоги: 12 мин. (2022 год) → 7 мин. (2023 год).

14. *Количество случаев падений в медицинской организации.* Стандартизован порядок регистрации случаев падений, обеспечена возможность регистрации случаев падений через ярлык на рабочем столе персонального компьютера, проведено повторное обучения сотрудников.

Регистрация случаев падения (постоянный показатель с 2020 года): 2 случая (2020,2021) → 3 случая (2022 год) → 11 случаев (2023 год) → 13 случаев (2024 год).

**Направление 15: «Организация оказания медицинской помощи на основе данных доказательной медицины. Соответствие оказываемой медицинской помощи клиническим рекомендациям (протоколам лечения).»**

15. *Соблюдение клинических рекомендаций* по результатам оценки на соответствие критериям качества медицинской помощи (коэффициент качества). Целевое значение - 1 (что соответствует 100% выполнения критериев оценки качества). Для повышения приверженности соблюдения клинических рекомендаций обеспечен оперативный доступ к рубрикатору клинических рекомендаций, ГРЛС, проводится регулярное обучение основам доказательной медицины, сформированы протоколы ведения пациентов по наиболее частым нозологиям. Автоматизирован процесс проведения оценки на соответствие критериям качества в МИС. Проведены практические занятия с разбором клинических ситуаций. Коэффициент качества (постоянный показатель с 2022 года): 0,6 (2022 год) → 0,8 (2023 год) → 0,83 (2024 год).

Безусловно, положительная динамика статистических показателей отражает эффективность всего комплекса мероприятий, направленных на управление качеством медицинской помощи и безопасностью медицинской деятельности. ВКО при этом является неотъемлемой частью данной системы. Стабильную эффективность показывают комбинированные варианты обучения (дистанционное, очное, теоретическое, практическое).

**Таблица 45. Динамика индикаторов для оценки качества и безопасности медицинской деятельности**

Показатель	Единицы измерения	Проведение организационных мероприятий, в том числе по обучению	
		До	После
Доля мазков на онкоцитологию, не имеющих диагностическую ценность (мазки воспалительного типа)	%	10,32	2,56
Длительность ожидания прибытия сотрудников отделения неотложной помощи	минуты	6,5	3,3
Доля госпитализированных пациентов в экстренном порядке от направленных сотрудниками отделения неотложной помощи	%	68	83
Доля повторных неотложных вызовов пациентов	%	7	1,5
Частота критических уровней МНО, у пациентов, принимающих варфарин	%	2,75	1,33
Доля взятия на диспансерное наблюдение пациентов с ХНИЗ от подлежащих с формированием плана диспансерного наблюдения	%	87,6	98,2
Частота необоснованного/не дообследованного направления пациентов на консультацию к узким специалистам	%	18,7	12,1
Затруднения визуализации при проведении УЗИ органов брюшной полости и органов малого таза	%	19,1	10,3
Регистрация случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП)	случаи	0	11
Удельный вес «гнойных» перевязок	‰	717,5	496,92
Частота аварийных ситуаций среди медицинских работников	‰	5,25	2,6
Списания лекарственных средств в связи с истечением их срока годности	единица	1160	5
Среднее время эвакуации сотрудников, пациентов и посетителей медицинской организации при объявлении пожарной тревоги	минуты	12	7
Количество случаев падений в медицинской организации	случаи	3	11
Соблюдение клинических рекомендаций по результатам оценки на соответствие критериям качества медицинской помощи (коэффициент качества)	единица	0,6	0,83

## ГЛАВА 6. АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ВНУТРИКОРПОРАТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ НА УРОВЕНЬ КУЛЬТУРЫ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

### 6.1. Результаты оценки изменения культуры безопасности в МО

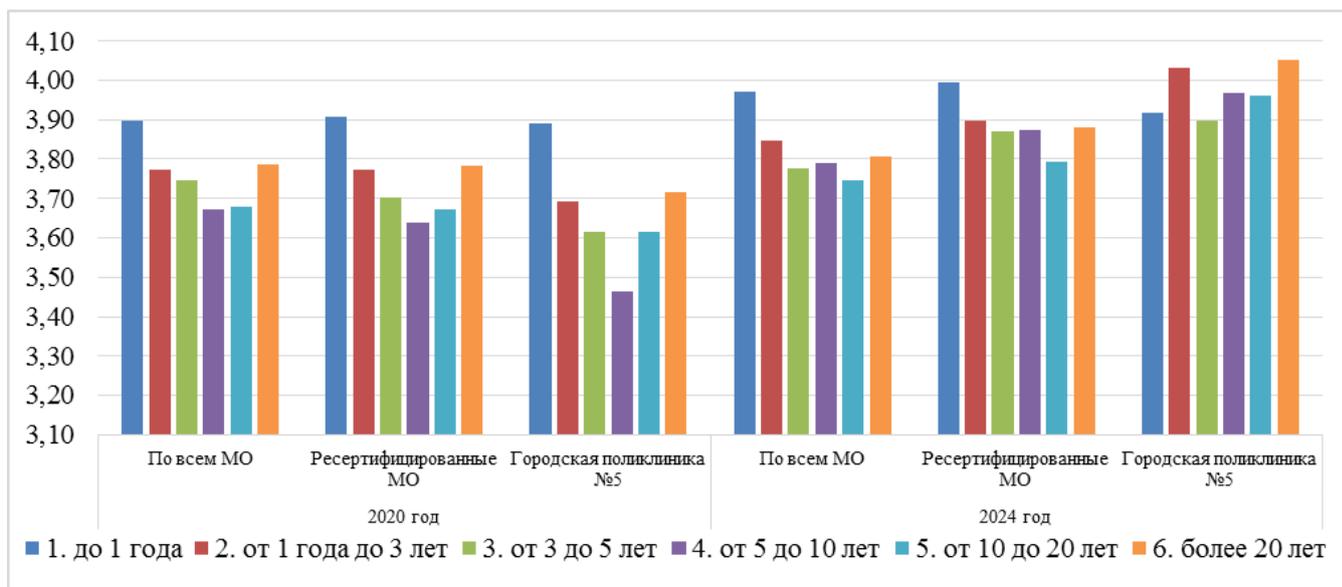
Еще одним из инструментов, который мы использовали для оценки изменения поведения сотрудников, является изменение культуры безопасности.

Одним из элементов культуры безопасности является изменение поведения сотрудников, в том числе как результата ВКО (Higham H, Baxendale B. , 2017), (Bashir H, Barkatullah M, Raza A, Mushtaq M, Khan KS, Saber A, Ahmad S. , 2024). Исследователи считают, что «образовательное вмешательство», включая семинары и самообучение, повышает уровень культуры безопасности в МО (Lassoued L, Gharssallah I, Tlili MA, Sahli J, Kouira M, Abid S, Chaieb A, Khairi H. , 2024). При этом влияние оказывает выбранная форма обучения (Abrishami R, Golestani K, Farhang Ranjbar M, Ghasemie Abarghouie MH, Ghadami A., 2024), проведение контроля знаний сотрудников (Oweidat IA, Atiyeh H, Alostta M, Al-Mugheed K, Saeed Alabdullah AA, Alzoubi MM, Farghaly Abdelallem SM. , 2024) и внешняя оценка уровня качества и безопасности самой МО (Scanlan R, Flenady T, Judd J. , 2024).

По результатам исследования, проведенного Hesgrove B., найдены свидетельства связи уровня культуры безопасности на рабочем месте и культуры безопасности пациентов (Hesgrove B, Zebrak K, Yount N, Sorra J, Ginsberg C. , 2024).

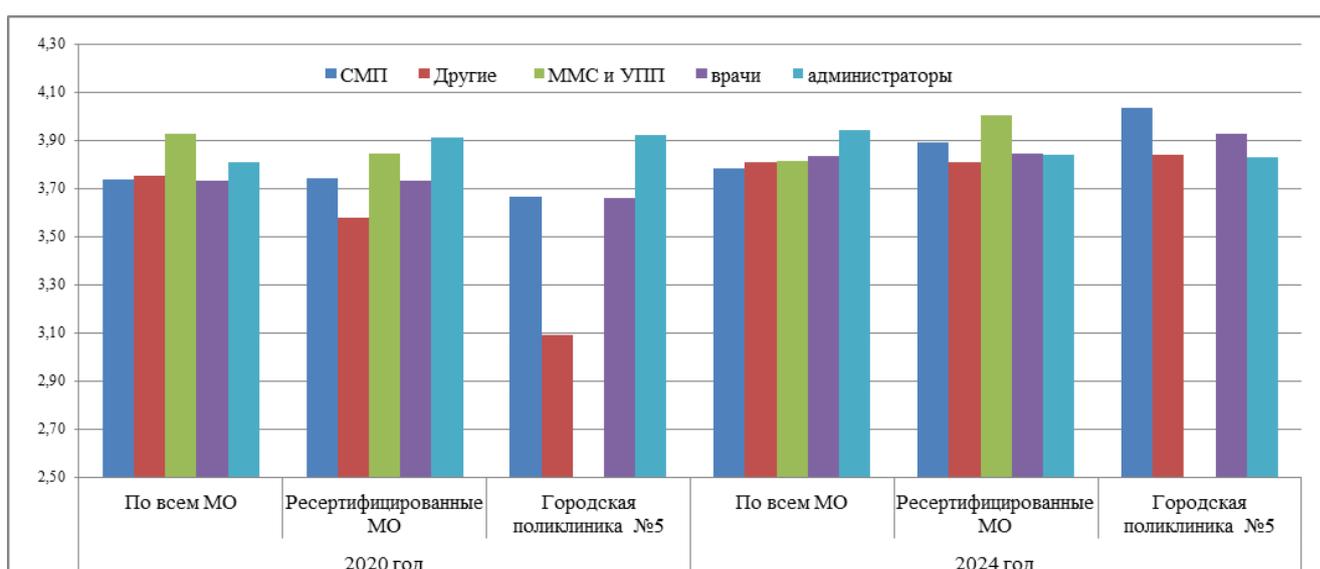
В настоящее время используется ряд опросников, позволяющих оценить уровень корпоративной культуры безопасности. Для изучения мировых подходов были проанализированы различные отечественные и зарубежные подходы (Андоверова Агриппина Георгиевна<sup>1</sup>, Таут Диляра Фаязовна<sup>2</sup>, Иванов Игорь Владимирович<sup>2</sup>, Беленькая Виктория Александровна<sup>1</sup>, Минулин Ильдар Булатович, 2021).

По результатам анализа влияния на уровень культуры безопасности не выявлена выраженная зависимость от длительности стажа работы сотрудников (Рисунок 49).



**Рисунок 49. Динамика влияния стажа работы на уровень культуры безопасности с учетом длительности внедрения ПР НИК РЗН**

Увеличение уровня культуры безопасности наблюдалось только по результатам опроса сотрудников ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» в группе со стажем работы более 3 лет. В 2020 году во всех оцениваемых категориях должности была выявлена разница в уровне культуры безопасности. Более высокий уровень культуры безопасности в целом по области показывали немедицинские работники (Рисунок 50). В контрольной оценке уровня безопасности в 2024 году в целом по региону выявился рост уровня культуры медицинских работников (и врачей, и СМП).



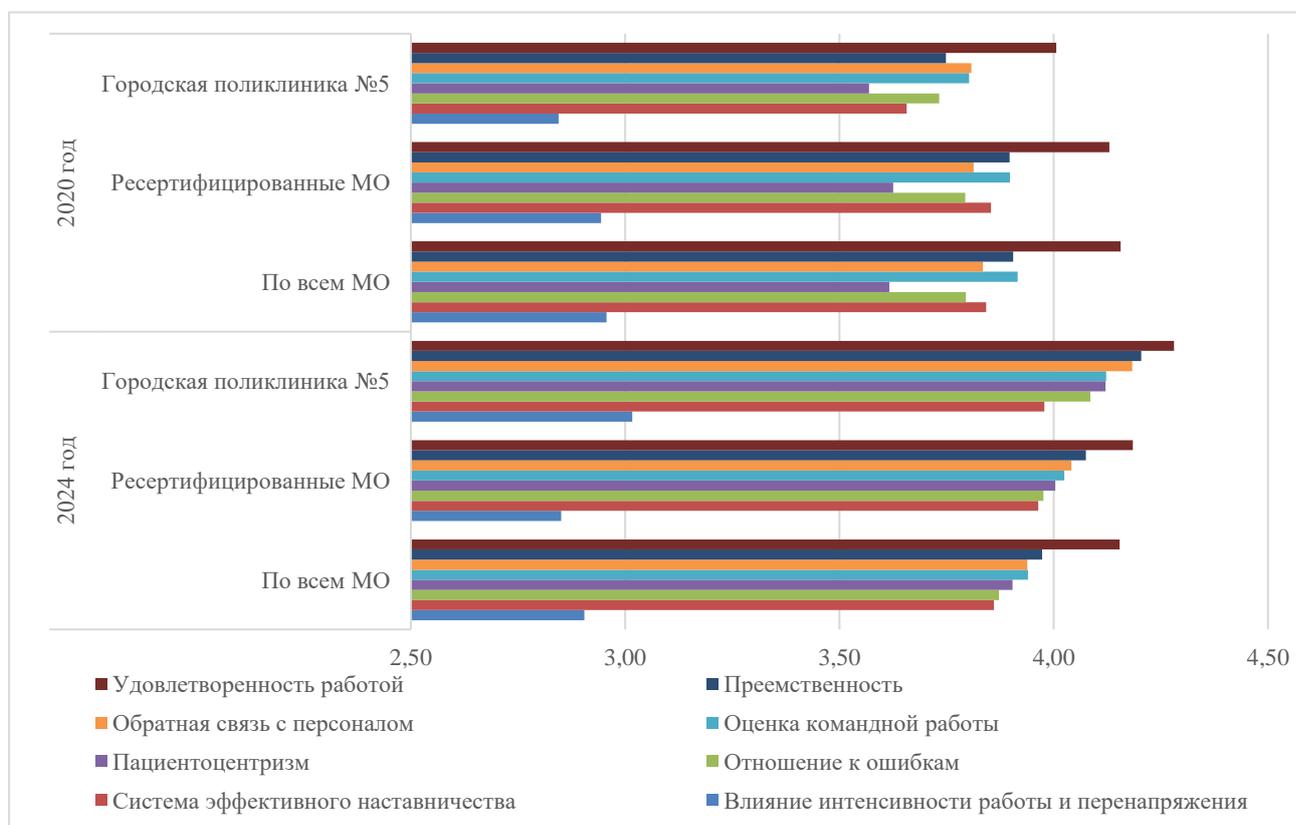
**Рисунок 50. Динамика влияния категории должности на уровень культуры безопасности с учетом длительности внедрения ПР НИК РЗН**

Еще более значимый рост уровня культуры безопасности зарегистрирован по результатам анализа ответов сотрудников МО, прошедших процедуру ресертификации (на 0,14 балла по сравнению с 0,06 балла в целом по региону). В отличие от областных значений, отмечается рост уровня культуры безопасности среди группы ММС и УПП на +0,16 балла, в целом по области у этой группы снижение на -0,11 балла.

При сравнении результатов опроса ресертифицированных МО и ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» выявлены следующие особенности:

- УПП ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» не принимали участие в обоих опросах.
- Отмечается более выраженное увеличение уровня культуры безопасности среди медицинских работников, в том числе врачей на +0,27 балла (по ресертифицированным МО +0,11) и СМП на +0,37 балла (по ресертифицированным МО +0,15).
- Уровень оценки культуры безопасности СМП показал самую высокую оценку и составил 4,03 балла.
- Отмечается более выраженное снижение уровня культуры безопасности по результатам опроса администраторов – 0,09 балла (по ресертифицированным МО – 0,07).

При оценке групп вопросов выявлена разница в приоритетах разных блоков культуры безопасности для медицинских организаций в целом и по региону и среди ресертифицированных в последующем МО (процедуру ресертификации МО проходили, начиная с 2021 года), и ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» (Рисунок 51). В 2024 году отмечались единые тренды в значимости различных компонентов, характеризующих культуру безопасности всех оцениваемых категорий МО. Наиболее высокий уровень был определен по вопросам, характеризующим удовлетворенность сотрудников МО своей работой. Следует отметить, что эти вопросы имели самую высокую оценку и в 2020, и в 2024 годах.



**Рисунок 51. Изменение уровня культуры безопасности в МО с учетом уровня внедрения ПР НИК РЗН и различных блоков вопросов**

При сравнении результатов опроса всех МО региона, ресертифицированных МО и ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» выявлены следующие особенности:

– Наиболее значимый рост в среднем по всем МО области отмечался по следующим блокам вопросов: «Пациентоцентризм» на 0,29 балла, «Обратная связь с персоналом» на 0,10 балла и «Отношение к ошибкам» на 0,08 балла.

– Наиболее значимый рост среди ответов сотрудников ресертифицированных МО выявлен по тем же блокам вопросов, что и в целом по региону, но рост более выраженный. Так по блоку «Пациентоцентризм» рост на 0,38 балла, «Обратная связь с персоналом» на 0,23 балла, а «Отношение к ошибкам» на 0,18 балла. Такой же рост отмечался по вопросам, относящимся к блоку «Преемственность» – на 0,18 балла.

– Среди ответов сотрудников ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» рост был выше, чем в целом по области и по сравнению с ресертифицированным МО. Более существенный рост отмечался по следующим блокам вопросов: «Пациентоцентризм» – рост составил 0,55 балла, «Обратная связь с персоналом» – 0,23 балла. Второй по значимости прирост произошел по блоку вопросов, характеризующих отношение к «Преемственности» – 0,46 балла. На третьем месте ответы по блоку «Обратная связь с персоналом» – 0,38 балла. Также отмечается рост результатов ответов по блоку «Отношение к ошибкам» на 0,35 балла.

– Еще одна особенность в оценке сотрудников ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» была отмечена по блоку вопросов, отражающих оценку «Влияния интенсивности работы и перенапряжения». Как в целом по области, так и по ресертифицированным МО сотрудниками отмечалось усиление негативного влияния интенсивности на качество работы. В то время как сотрудники ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» указывали на снижение негативного влияния интенсивности работы.

При анализе результатов ответов сотрудников ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» в разрезе каждого вопроса были выявлены следующие обстоятельства (Таблица 46):

– Увеличилось количество ответов, имеющих среднюю оценку выше 4 баллов. В 2020 году таких вопросов было 5 из 36, а в 2024 году – 25.

– ТОП-5 максимальных оценок в 2024 году составили ответы на следующие вопросы: «Персонал не испытывает трудностей, чтобы задать вопрос коллегам/наставнику/руководителю подразделения, в случае если он чего-то не понимает» (4,39 балла), «В Вашей МО медицинские ошибки обрабатываются (анализируются с соответствующими выводами) надлежащим образом» (4,32 балла), «В Вашей МО нет проблем в процессе оказания помощи/ухода за пациентами» (4,27 балла), «У меня есть необходимая поддержка остального персонала для оказания медицинской помощи/осуществления ухода за пациентами» (4,27 балла), «В моей МО у меня есть хороший опыт сотрудничества/взаимодействия с медсестрами подразделения/отделения» (4,26 балла). В 2020 году по трем вопросам оценка была ниже 3 баллов, в 2024 году по двум. Все вопросы касались влияния интенсивности работы на возможность ошибок.

– ТОП-5 максимального прироста оценок в 2024 году составили ответы на следующие вопросы: «В Вашей МО нет проблем в процессе оказания помощи/ухода за пациентами» (на 1,07 балла), «Я получаю адекватную, своевременную информацию о событиях, которые могут повлиять на мою работу» (на 0,46 балла), «В Вашей МО медицинские ошибки обрабатываются (анализируются с соответствующими выводами) надлежащим образом» (на 0,46 балла), «В моей МО руководство поддерживает мои ежедневные усилия» (на 0,46 балла), «Как пациент, я бы чувствовал себя здесь в безопасности» (на 0,46 балла), «Культура в Вашей МО позволяет легко учиться на ошибках других сотрудников» (на 0,45 балла).

**Таблица 46. Результаты анкетирования (средний балл) сотрудников ГАУЗ  
ТО «Городская поликлиника №5» в 2020 и 2024 годах**

Вопрос анкеты	Средняя оценка, балл	
	2020 г.	2024 г.
Персонал не испытывает трудностей, чтобы задать вопрос коллегам/ наставнику/руководителю подразделения, в случае если он чего-то не понимает.	4,11±0,95	4,39±0,75
В Вашей МО медицинские ошибки обрабатываются (анализируются с соответствующими выводами) надлежащим образом.	4,09±0,84	4,37±0,7
В Вашей МО нет проблем в процессе оказания помощи/ухода за пациентами.	4,12±0,79	4,33±0,69
У меня есть необходимая поддержка остального персонала для оказания медицинской помощи/осуществления ухода за пациентами.	3,91±0,85	4,32±0,74
В моей МО у меня есть хороший опыт сотрудничества/взаимодействия с медсестрами подразделения/отделения.	3,86±0,89	4,32±0,71
Это хорошее место работы.	3,2±1,03	4,27±0,75
Мне нравится моя работа.	3,97±0,87	4,27±0,72
Как пациент, я бы чувствовал себя здесь в безопасности.	3,86±0,89	4,26±0,74
В Вашей МО Вам известны пути передачи информации, по которым можно направлять вопросы о безопасности пациентов.	4±0,82	4,25±0,73
В моей МО у меня есть опыт хорошего сотрудничества/взаимодействия со штатными врачами подразделения/отделения.	3,94±0,88	4,25±0,77
В Вашей МО роль среднего медицинского персонала оценивается/воспринимается положительно.	3,78±0,9	4,24±0,73
Врачи, фельдшера и медсестры работают здесь, как слаженная команда.	4,04±0,79	4,24±0,69
Мои коллеги призывают меня сообщать о любых проблемах, связанных с безопасностью пациентов.	4,01±0,94	4,22±0,79
В Вашей МО работу руководства можно оценить, как хорошую.	3,8±0,87	4,21±0,72
Я горжусь тем, что работаю в данной МО.	3,7±0,98	4,19±0,74
К сотрудникам, которые занимаются решением проблем, члены коллектива подходят конструктивно.	3,77±0,93	4,18±0,77
Я получаю адекватную, своевременную информацию о событиях, которые могут повлиять на мою работу.	3,86±0,91	4,18±0,76
Моральный дух в Вашей МО высок.	3,89±0,88	4,18±0,76
Вся необходимая информация для принятия диагностических и терапевтических решений постоянно доступна для пользования.	3,77±0,82	4,15±0,71
Разногласия в Вашей МО разрешаются соответствующим образом (т.е. не кто прав, а то, что лучше для пациента).	3,7±0,93	4,13±0,73
Мои предложения по безопасности будут приняты во внимание, если я передам их руководству.	3,68±0,93	4,12±0,73
Я получаю соответствующие отзывы о своей работе.	3,73±0,94	4,09±0,78
Культура в Вашей МО позволяет легко учиться на ошибках других сотрудников.	3,62±0,92	4,07±0,69
Работать здесь - все равно, что быть частью большой семьи.	3,64±0,99	4,05±0,77
Стажеры в коллективе по моей специальности адекватно и надлежаще контролируются наставниками.	3,77±0,92	4,04±0,79

Вопрос анкеты	Средняя оценка, балл	
	2020 г.	2024 г.
В Вашей МО НЕ часто встречается нарушение взаимоотношений, коммуникации между членами коллектива, приводящие к задержкам в оказании медицинской помощи.	3,77±0,91	4±0,82
В Вашей МО осуществляется хорошая работа по подготовке новых сотрудников.	3,55±0,91	3,91±0,83
В Вашей МО руководство сознательно не ставит под угрозу безопасность.	3,57±0,94	3,89±0,95
В моей МО руководство поддерживает мои ежедневные усилия.	3,46±0,91	3,89±0,87
В Вашей МО НЕ сложно обсуждать ошибки.	3,57±0,9	3,77±0,89
В моей МО у меня есть хороший опыт сотрудничества с фармацевтами.	3,16±0,91	3,57±0,99
Уровень кадрового обеспечения в Вашей МО достаточен для того, чтобы справиться с потоком пациентов при оказании медицинской помощи.	3,06±1,08	3,4±1,11
Усталость НЕ снижает мою работоспособность во время экстренных ситуаций (например, при проведении экстренной реанимации).	3,22±1,11	3,25±1,17
Скорее всего, я НЕ ошибаюсь в напряженных или неблагоприятных ситуациях.	3,01±1,08	3,18±1,18
Когда моя нагрузка становится чрезмерной, моя производительность НЕ ухудшается.	2,47±1,13	2,64±1,19
Я НЕ менее эффективен на работе, когда устаю.	2,46±1,13	2,59±1,19

## 6.2. Заключение по анкетированию

Таким образом, по результатам анализа выявлено, что:

1. Внедрение ПР НИК РЗН, и ВКО как неотъемлемого компонента, оказало положительное влияние на уровень культуры безопасности в МО Тюменской области.
2. Длительность внедрения ПР НИК РЗН, а также прохождение процедуры внешней оценки оказали более выраженное положительное влияние на уровень культуры безопасности в МО.
3. Разные компоненты, позволяющие оценить уровень культуры безопасности, оцениваются сотрудниками по-разному. Это связано с различной скоростью развития разных компонентов. Об этом же указывается в статье «Взаимосвязь между культурой безопасности пациентов и культурой безопасности на рабочем месте в больничных условиях» (Hesgrove B, Zebrak K, Yount N, Sorra J, Ginsberg C. , 2024).
4. Выстроенная система управления качеством и безопасностью медицинской деятельности, в том числе система ВКО в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5», привела к более динамичному положительному развитию уровня культуры безопасности, а также снизила зависимость безопасности от интенсивности труда.
5. По данным литературы, среди компонентов, оказывающих положительное влияние на уровень культуры безопасности, указывают атмосферу командной работы, общий климат безопасности (Soyer Er Ö, Gül İ. , 2024), длительность проведения мероприятий (Finn M, Walsh A, Rafter N, Mellon L, Chong HY, Najj A, O'Brien N, Williams DJ, McCarthy SE. , 2023), системность подхода (Царанов К.Н., 2022), в том числе обучающие мероприятия, а также снижение вероятности фрагментарности обучения (Shikino K, Sekine M, Nishizaki Y, Yamamoto Y, Shimizu T, Fukui S, Nagasaki K, Yokokawa D, Watari T, Kobayashi H, Tokuda Y. , 2024). Происходит так называемая «эволюция восприятия культуры безопасности медицинскими работниками» (Collado-González B, Ferrero-García-Loygorri C, Escobar-

Castellanos M, Barrera-Brito V, Salvador-Rodríguez M, Marañón R, Mora-Capín A. ,  
2023).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема организации ВКО в медицинских организациях становится со временем более актуальной. Несмотря на большой объем публикаций (преимущественно в зарубежных источниках) и практических работ, тема корпоративного обучения в МО в нашей стране недостаточно изучена с позиции рассмотрения его как целостной системы ВКО для повышения уровня качества и безопасности медицинской деятельности. Между тем ВКО является важным инструментом для выстраивания качества и безопасности медицинской деятельности в МО. Данная форма обучения максимально приближена к потребностям МО.

В МО разных стран используются разные методики и формы ВКО. В последнее время большую актуальность приобрели дистанционные формы обучения, а для практических занятий – симуляционные формы обучения. Комбинация форм обучения показала наибольшую эффективность отработки и формирования различных видов компетенций сотрудников. Выбор формы обучения также зависит от организационной структуры самой клиники. Кроме того, эффективное обучение строится с использованием компетентностного подхода. Большое значение придается мотивации сотрудников.

В ходе исследования была изучена исходная структура ВКО на период начала внедрения ПР НИК РЗН. При изучении исходного состояния применялись методы картирования текущего состояния и проведения SWOT-анализа. При применении данных инструментов удалось выявить проблемы и определить пути дальнейшей модернизации ВКО. К основным проблемам исходного ВКО были отнесены следующие: большие временные затраты линейных руководителей на подготовку, проведение и отчеты по ВКО (11,2-22,6 часов в месяц времени линейных руководителей каждого отделения), недостаточная ориентация на результат (качество и безопасность медицинской деятельности), недостаточная связь с реальной практикой, недостаточная оперативность корректировки обучающих программ. Все это приводило к снижению уровня мотивации к ВКО как у сотрудников, так и у линейных руководителей.

С учетом данных анализа научных публикаций и исходного состояния была разработана и проведена модернизация ВКО, с включением необходимых компо-

нентов по формированию необходимых знаний, умений, навыков всех работников МО. При этом использованы системный и компетентностный подходы, нацеленные на обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности. Разработана и внедрена методика формирования групповой матрицы компетенций для разработки и внедрения нормативно-методической базы по основным направлениям ПР НИК РЗН.

Кроме того, разработана и внедрена АИС «Контроль качества». Внедрение автоматизированной системы позволило существенно сократить временные затраты как линейных руководителей (в 37,3-37,7 раза), так и сотрудников МО (в 2,7-3 раза). Также к обучению были привлечены все категории сотрудников, а не только медицинские работники. Внедрен проект оптимизации работы симуляционной площадки.

В ходе апробации низменной ВКО была выявлена проблема, выражающаяся в сохранении недостаточной мотивации сотрудников. Для определения мотиваторов и демотиваторов был проведен опрос сотрудников. По итогам опроса был сформирован мотивационный профиль сотрудников и определены ведущие мотиваторы и демотиваторы. Установлено, что основными мотиваторами стали следующие факторы: «Желание расширить свои профессиональные знания и навыки» (8,61 балла), «Выбор темы для обучения, непосредственно связанной с моей работой» (8,19 балла), «Наличие возможности обучаться в удобное время» (7,95 балла). Полученные данные были учтены при дальнейшей модернизации системы ВКО.

Для оценки эффективности модернизированной системы ВКО использован адаптированный вариант четырех уровней модели Киркпатрика: реакция, обучение, поведение и результаты.

В рамках решения одной из задач исследования и для оценки первого уровня модели Киркпатрика был проведен социологический опрос сотрудников для оценки динамики степени вовлеченности сотрудников в процесс обучения вопросам качества и безопасности медицинской деятельности. Определена динамика самооценки сотрудников уровня своих компетенций, а также изменения в оценке сотрудниками ВКО.

Проведенная модернизация ВКО позволила снизить влияние возраста сотрудника и стажа работы. В целом возросла вовлеченность сотрудников в процесс обучения вопросам качества и безопасности медицинской деятельности. Сотрудники, работавшие в МО в период активной модернизации ВКО, показали большую вовлеченность сотрудников в процесс обучения вопросам качества и безопасности медицинской деятельности. Кроме того, системное использование ВКО повышает самооценку сотрудников уровня своих компетенций, но при этом делает эту самооценку более соизмеримой с результатами проведенных внутренних аудитов. По результатам реализованных изменений повысилась оценка сотрудниками ВКО в организации по всем трём элементам: теоретическое обучение, практическое обучение и наставничество.

Для реализации оценки уровня эффективности на обучения был проведен анализ реализованного теоретического и практического обучения. По результатам анализа установлено, что увеличилось прохождение тестирования от 1,2 (СВНМО) до 3,5 раза (УПП).

Внедрение проекта по оптимизации работы симуляционной площадки позволило обеспечить равномерность распределения практического обучения в течение года, повысить охват практическим обучением сотрудников на 21%, повысить занятость площадки практическими занятиями более чем в 7 раз, расширить тематику практического обучения, сформировать тематические обучающие кейсы.

При оценке изменения «поведения» учтена динамика результатов внутренних аудитов, проведенных непосредственно на рабочих местах. При этом средний уровень соответствия по оцениваемым показателям вырос на 14,5%. Кроме того, самооценка самих сотрудников стала более реалистичной. По сравнению с 2021 годом, разница индекса совпадения оценки снизилась в 6,3 раза.

Положительное влияние весь комплекс мер, в том числе и ВКО, оказал на уровень культуры безопасности в медицинской организации, в том числе по сравнению с другими МО региона, находящимися на том же этапе внедрения ПР НИК РЗН. Наиболее высокую оценку сотрудники дали по следующим вопросам: «У меня есть необходимая поддержка остального персонала для оказания медицинской помощи».

щи/осуществления ухода за пациентами» (с 3,97 балла в 2020 году до 4,27 балла в 2024 году), «В моей МО у меня есть хороший опыт сотрудничества/взаимодействия с медсестрами подразделения/отделения» (с 4,09 балла в 2020 году до 4,26 балла в 2024 году) и «Это хорошее место работы» (с 4,00 балла в 2020 году до 4,25 балла в 2024 году).

При оценке эффективности ВКО на уровне «результатов» отмечается положительная динамика количественных и качественных показателей в сравнении с «до» и «после» мероприятий, в том числе и обучающих:

в 4 раза снизилась частота мазков на онкоцитологию, не имеющих диагностическую ценность (мазки воспалительного типа), с 10,32% (2021 год) до 2,56% (2022 год);

в два раза сократилась длительность ожидания прибытия сотрудников неотложной помощи с 6,5 мин. (2021 год) до 3,3 мин. (2022 год), на 15% выросла доля госпитализированных пациентов в экстренном порядке от направленных сотрудниками отделения неотложной помощи с 68% (2022 г.) до 83% (2023 г.);

в 4,7 раза снизилась частота повторных неотложных вызовов с 7% (2022 г.) до 1,5% (2023 г.);

повысилась доля взятия на диспансерное наблюдение пациентов с ХНИЗ от подлежащих с формированием плана диспансерного наблюдения с 87,6% (2022 год) до 98,2% (2023 год);

улучшилась подготовка пациентов к проведению УЗИ исследования;

снизилась доля затруднения визуализации при проведении УЗИ органов брюшной полости и/или органов малого таза (по результатам анализа протоколов УЗИ обследования) с 19,1% (2022 год) до 10,3% (2023 год);

улучшилась регистрация случаев ИСМП с 0 до 11 случаев;

снизилась частота аварийных ситуаций среди медицинских работников с 5,25% (2023 год) до 2,6 % (2024 год);

сократилось среднее время эвакуации сотрудников, пациентов и посетителей медицинской организации при объявлении пожарной тревоги с 12 мин. (2022 год) до 7 мин. (2023 год);

повысилась приверженность врачей соблюдению требований клинических рекомендаций, коэффициент качества вырос с 0,6 до 0,83.

Таким образом, в ходе проведения исследования разработана и апробирована система управления внутренним корпоративным обучением в медицинской организации как составной части общей системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности с использованием научно-методических подходов.

Разработана и внедрена АИС «Контроль качества», одним из модулей которой является реализация возможности проведения дистанционного обучения сотрудников. Данная система обеспечила круглосуточный доступ к актуальной базе локально-методических документов по основным направлениям качества и безопасности медицинской деятельности первичной медико-санитарной помощи, в том числе: 400 СОПов и тестов к ним, сформирована «Медиатека», включающая 56 коротких обучающих видеороликов, 38 обучающих презентаций. Использование АИС не имеет ограничений по количеству пользователей в единицу времени.

Реализованы виртуальные индивидуальные/групповые образовательные траектории на основании групповых матриц компетенций.

Разработаны и апробированы 8 тематических кейсов для проведения практических занятий.

Разработана и апробирована методика формирования образовательных кейсов, проведения практических занятий, контроля результатов и последующего анализа.

Разработаны и апробированы анкеты, позволяющие оценивать уровень компетенций и самооценки сотрудников по основным направлениям качества и безопасности медицинской деятельности, а также для определения мотивационного профиля сотрудников медицинской организации.

Разработана и апробирована четырехуровневая система контроля эффективности ВКО.

## ВЫВОДЫ

1. На основании изучения опыта корпоративного обучения выявлена необходимость системного внедрения и развития внутреннего корпоративного обучения в медицинских организациях для формирования необходимых компетенций сотрудников, направленных на обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности как составной части системы непрерывного медицинского образования и непрерывного профессионального развития.

2. Оценка исходного состояния корпоративного обучения показала, что требуется модернизация действовавшей системы внутреннего обучения сотрудников в медицинской организации для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности. Отмечается отдаленность тематик обучения от формирования необходимых компетенций с учетом должностных обязанностей и высокая трудозатратность исходной системы внутреннего обучения. Оценка средних временных затрат на теоретическое обучение составляет от ВПП min 17,6 часа до ВПП max 31,6 часа в месяц для каждого отделения. Коэффициент эффективности процесса в пределах 22,7%.

3. Определяется обоснованность внедрения модернизированной системы управления централизованным корпоративным обучением в МО с использованием научно-методических подходов, в том числе мотивационного профиля, как составной части системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности для обеспечения единых подходов и рационального использования внутренних ресурсов с соблюдением приверженности групповым или индивидуальным образовательным траекториям с учетом должностных обязанностей.. Существует целесообразность обеспечения последовательности, непрерывности, комбинированности корпоративного обучения, включая теоретическое и практическое обучение.

4. Доказана необходимость использования дистанционных форм теоретического обучения. Спроектированная и внедренная АИС «Контроль качества», позволяет повысить эффективность процесса теоретического обучения более чем в 3 раза, централизованное управление практическим обучением позволяет обеспечить равномерность распределения занятий, снизить трудозатраты на подготовку проведения за-

нятий, повысить качество проведенных занятий, обеспечивать формирование навыков с учетом производственной необходимости.

5. Адаптация четырехуровневой модели Киркпатрика (реакция — обучение — поведение — результаты) позволяет проводить оценку эффективности корпоративного обучения для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности в МО.

6. Наблюдается достоверное повышение вовлеченности сотрудников в процесс обучения компетенциям, направленным на обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности и снижение влияния различных факторов на уровень вовлеченности: стажа, должности, возраста сотрудников, а также статистически значимая зависимость большей полноты выбора среди сотрудников, начавших трудовую деятельность в поликлинике в период активного внедрения ПР НИК РЗН и модернизации корпоративного обучения. Имеется рост средней оценки сотрудниками уровня теоретического обучения с 7,69 балла до 8,18 балла, практического обучения с 7,86 балла до 8,12 балла.

7. В результате модернизации системы управления внутренним обучением как элемента системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности с использованием мотивационного профиля определяется улучшение результатов обучения и деятельности медицинской организации. Рост доли прохождения тестирования по СОПам более чем на 20% и рост охвата сотрудников практическим обучением (более чем на 20%). В два раза сокращается длительность ожидания прибытия сотрудников неотложной помощи; на 15% увеличивается доля госпитализированных пациентов в экстренном порядке от направленных сотрудниками отделения неотложной помощи; в 4,7 раза снижается частота повторных неотложных вызовов; в 2 раза снижается частота аварийных ситуаций среди медицинских работников.

8. Корпоративное обучение положительно влияет на формирование культуры безопасности, включающей в себя необходимые компетенции, мотивацию, вовлеченность, приверженность сотрудников, что приводит к непрерывному улучшению качества и безопасности медицинской деятельности. Оценка уровня культуры безопасности демонстрирует положительную динамику различных категорий должно-

стей: среди медицинских работников МО, в том числе врачей на +0,27 балла и СМП на +0,37 балла и показателей. Более значимое увеличение показателей выявлено по блокам: «Пациентоцентризм» – рост составил 0,55 балла, «Обратная связь с персоналом» – 0,23 балла. Второй по значимости прирост произошел по блоку вопросов, характеризующих отношение к «Преемственности» – 0,46 балла.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

### **Руководителям медицинских организаций:**

1. Использовать мотивационный профиль сотрудников медицинских организаций для организации эффективного корпоративного обучения.
2. Использовать методику формирования групповых матриц для определения компетенций, направленных на обеспечение качества и безопасности мед. деятельности с учетом исполняемых трудовых обязанностей.
3. Использовать АИС для проведения дистанционного корпоративного обучения; использовать централизованно разработанное и организованное симуляционное обучение.
4. Выстраивать систему корпоративного обучения как обязательный элемент системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности.

### **Руководителям образовательных организаций в сфере основного и дополнительного образования в здравоохранении:**

1. Формировать навыки стандартизации процессов.
2. Формировать навыки применения педагогических техник.

### **Руководителям органов управления здравоохранением:**

1. Включить корпоративное обучение как обязательную часть непрерывного медицинского образования.

## Список литературы

1. ИСО 7101:2023. Системы менеджмента качества организаций здравоохранения. Требования [Электронный ресурс]. – 2023. – URL : [garant.ru](http://garant.ru) (дата обращения: 23.09.2025).

2. О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года [Электронный ресурс] : указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204. – URL : [garant.ru](http://garant.ru) (дата обращения: 23.09.2025).

3. О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года [Электронный ресурс] : указ Президента Российской Федерации от 07.05.2024 № 309. – URL : [garant.ru](http://garant.ru) (дата обращения: 23.09.2025).

4. О стратегическом развитии здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года [Электронный ресурс] : указ Президента Российской Федерации от 06.06.2019 г. № 254. – URL : [garant.ru](http://garant.ru) (дата обращения: 23.09.2025).

5. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс] : Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323–ФЗ. – URL : [garant.ru](http://garant.ru) (дата обращения: 23.09.2025).

6. Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» [Электронный ресурс] : приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 N 541н (ред. от 09.04.2018). – URL : [normativ.kontur.ru/document](http://normativ.kontur.ru/document) (дата обращения: 23.09.2025).

7. Об утверждении концепции развития непрерывного медицинского и фармацевтического образования в российской федерации на период до 2021 года [Электронный ресурс] : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 ноября 2017 г. № 926. – URL : [garant.ru](http://garant.ru) (дата обращения: 23.09.2025).

8. Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи [Электронный ресурс] : приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н. – URL : [garant.ru](http://garant.ru) (дата обращения: 23.09.2025).

9. Об утверждении положения об организации оказания первичной медико–санитарной помощи взрослому населению [Электронный ресурс] : приказ Минздравсоцразвития от 15.05.2012г. № 543н. – URL : [garant.ru](http://garant.ru) (дата обращения: 23.09.2025).

10. Об утверждении положения об аккредитации специалистов [Электронный ресурс] : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 октября 2022 года №709н. – URL : [garant.ru](http://garant.ru) (дата обращения: 23.09.2025).

11. Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения [Электронный ресурс] : приказ Министерства здравоохранения РФ от 27.04.2021 № 404н г. – URL : [garant.ru](http://garant.ru) (дата обращения: 23.09.2025).

12. Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации [Электронный ресурс] : Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н. – URL : [garant.ru](http://garant.ru) (дата обращения: 23.09.2025).

13. Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности [Электронный ресурс] : приказ МЗ РФ от 31.07.2020 г. № 785н. – URL : [garant.ru](http://garant.ru) (дата обращения: 23.09.2025).

14. О совершенствовании системы управления контролем качества и безопасности медицинской деятельности в поликлиниках Тюменской области [Электронный ресурс] : приказ Департамента здравоохранения Тюменской области и Департамента здравоохранения Администрации города Тюмени от 14.02.2018 года № 86/26–34–102/8. – URL : [garant.ru](http://garant.ru) (дата обращения: 23.09.2025).

15. Предложения (практические рекомендации) по внутреннему контролю качества и безопасности деятельности медицинской лаборатории 2018 г., разработанные ФГБУ «ЦМИКЭЭ» Росздравнадзора [Электронный ресурс]. – 2018. – URL : [roszdravnadzor.gov.ru](http://roszdravnadzor.gov.ru) (дата обращения: 23.09.2025).

16. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике) 2017 г., разработанные ФГБУ «ЦМИКЭЭ» Росздравнадзора [Электронный ресурс]. – 2018. – URL : [roszdravnadzor.gov.ru](http://roszdravnadzor.gov.ru) (дата обращения: 23.09.2025).

17. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике) [Электронный ресурс] : вторая версия (утв. ФГБУ Национальный институт качества Росздравнадзора 01.07.2023). – 2023. – URL : [roszdravnadzor.gov.ru](http://roszdravnadzor.gov.ru) (дата обращения: 23.09.2025).

18. СанПиН 3.3686–21. Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней [Электронный ресурс]. – URL : [garant.ru](http://garant.ru) (дата обращения: 23.09.2025).

19. Реализация проектов по улучшению с использованием методов бережливого производства в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь [Электронный ресурс] : методические рекомендации (утв. Минздравом России). – 2019. – URL : [legalacts.ru>doc/realizatsija-proektov-po-](https://legalacts.ru/doc/realizatsija-proektov-po-) (дата обращения: 23.09.2025).

20. Аксенова, Е. И. Наставничество в здравоохранении: московский опыт [Электронный ресурс] / Е. И. Аксенова, Ю. В. Бурдастова // Московская медицина. – 2023. – № 4 (56). – URL : [niiroz.ru>moskovskaya-meditsina/zhurnal-](https://niiroz.ru/moskovskaya-meditsina/zhurnal-)(дата обращения: 23.09.2025).

21. Алексеева, Е. Е. Совершенствование подготовки и профессиональной реализации специалистов со средним медицинским образованием на региональном уровне : дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Алексеева Елена Евгеньевна. – М., 2018. – 193 с.

22. Архипова, С. В. Оценка трудового потенциала медицинских сестер для организации профессионального развития на рабочем месте / С. В. Архипова // Медсестра. – 2021. – № 5. – С. 62–71.

23. Атлас лучших российских практик наставничества в сфере здравоохранения / О. А. Александрова [и др.] ; Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы. – М., 2020. – 39 с.

24. Бахчёва, П. В. Анализ основных проблем в системе здравоохранения [Электронный ресурс] / П. В. Бахчёва // Молодой ученый. – 2022. – № 17 (412). – С. 158–160. – URL : <https://moluch.ru/archive/412/90871/> (дата обращения: 21.07.2024).

25. Блинов, В. И. Методические рекомендации по разработке профессиональных образовательных программ с учетом требований профессиональных стандартов / В. И. Блинов, Е. Ю. Есенина. – М. : ФИРО РАНХиГС, 2019. – 42 с.

26. Богдашиц, Е. А. Поведенческие модели управления организационными изменениями в VANI-реальности / Е. А. Богдашиц // Веснік Беларускага дзяржаўнага эканамічнага ўніверсітэта. – 2023. – № 3 (158). – С.76–81.

27. Бородина, К. М. Командное обучение междисциплинарной практике в медицинском университете / К. М. Бородина // БГЖ. – 2020. – № 3 (32). – С. 48–50.

28. Бородина, О. Ю. Развитие правовой грамотности врачей в процессе корпоративного обучения / О. Ю. Бородина // Современное образование: традиции и инновации. – 2022. – № 2. – С. 117–120.

29. Бослаф, С. Статистика для всех : практическое руководство / С. Бослаф ; пер. с англ. – 2-е изд. – М. : ДМК Пресс, 2023. – 587 с.
30. Володин, А. В. Состояние и пути развития кадрового потенциала среднего медицинского персонала учреждений здравоохранения : дис. канд. мед. наук / Володин Анатолий Владимирович. – Оренбург, 2023.
31. Габибулаев, Ф. А. Научное обоснование системы организации и повышения качества оказания скорой медицинской помощи взрослому городскому населению : дис. ... докт. мед. наук : 14.02.03 / Габибулаев Фейзулах Адияулахович. – М., 2012.
32. Герасимов, М. В. Внутрифирменное обучение: теоретический аспект / М. В. Герасимов // Молодой ученый. – 2016. – № 5 (109). – С. 319–323.
33. Гиннятулина, Р. И. Система управления качеством медицинской помощи в городской больнице : дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Гиннятулина Руфия Ильдаровна. – Самара, 2020.
34. Гордова, Л. Д. Совершенствование качества организации и оказания медицинской помощи детям, получившим травму, с целью снижения их инвалидизации : дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Гордова Людмила Дмитриевна. – М., 2020. – 189 с.
35. Грин, К. Д. Классика в истории психологии [Электронный ресурс] / К. Д. Грин. – Торонто, 2009. – URL : [psychclassics.yorku.ca](http://psychclassics.yorku.ca) (дата обращения: 23.09.2025).
36. Гусева, Л. В. Интерактивное обучение специалистов сестринского дела в условиях медицинской организации / Л. В. Гусева, Л. А. Карасева // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 3. – С. 668–677.
37. Деминг, Э. Выход из кризиса. Новая парадигма управления людьми, системами и процессами [Электронный ресурс] / Э. Деминг ; пер. с англ. – 7-е изд. – М. : Альпина Паблишер, 2016. – 417 с. – URL : <https://znanium.ru/catalog/product/912671> (дата обращения: 23.09.2025).
38. Екимова, Н. А. Научное обоснование непрерывного профессионального развития специалистов сестринского дела в условиях оказания высокотехнологичной медицинской помощи : дис. канд. мед. наук : 14.02.03 / Екимова Наталия Алексеевна. Самара, 2020. – 218 с.
39. Жукова, А. Н. Наставничество в медицинских организациях: меры материального стимулирования / А. Н. Жукова, О. В. Обухова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 3. – С. 1202–1212.

40. Завалева, Е. В. Организационно-методическое обоснование оптимизации управления адаптацией выпускников медицинских образовательных организаций высшего образования к условиям самостоятельной профессиональной деятельности : дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Завалева Елена Валентиновна. – М., 2016.
41. Зеер, Э. Ф. Теоретико-прикладные основания психологии профессионального развития : монография / Э. Ф. Зеер. – Екатеринбург, 2015. – 194 с.
42. Ильин, Е. П. Мотивация и мотивы / Е. П. Ильин. – СПб. : Питер, 2002. – 512 с. – (Мастера психологии).
43. Информационно-коммуникационные технологии в компетентностно-ориентированном обучении медицинских работников / Н. В. Чистякова [и др.] // Вестник педагогических наук. – 2022. – № 2. – С. 235–238.
44. Канева, Д. А. Развитие мотивационных механизмов в управлении персоналом медицинских организаций различных форм собственности : дис. канд. мед. наук / Канева Д. А. – М., 2019.
45. Капустина, Т. В. Пациентоориентированность в контексте корпоративной культуры медицинской организации / Т. В. Капустина, О. В. Горшкова, Р. В. Кадыров [и др.] // СибСкрипт. – 2024. – Т. 26. – № 5(105). – С. 795–806.
46. «Каскадный» принцип обучения при внедрении системы внутреннего контроля качества и безопасности в медицинских организациях Тюменской области / А. Немков [и др.] // Менеджмент качества в медицине. – 2019. – № 4. – С. 62–66.
47. Каупбаева, Б. Т. Руководство по интерпритации национальных стандартов аккредитации для медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь [Электронный ресурс] : Версия № 6 от 16 марта 2021 года / Б. Т. Каупбаева, Ф. М. Газезов, Д. М. Оспанов ; Центр аккредитации по качеству в здравоохранении. – Нур-Султан, 2019. – 269 с. – URL : [acqh.kz/wp-content/uploads/2021/03/](https://acqh.kz/wp-content/uploads/2021/03/) (дата обращения: 23.09.2025).
48. Каштанова, Е. В. Роль внутренней корпоративной программы обучения персонала в развитии компании / Е. В. Каштанова // Вестник ГУУ. – 2016. – № 3. – С. 204–211.
49. Киеня, Е. А. «Каскадная» технология обучения персонала / Е. А. Киеня // Символ науки : международный научный журнал. – 2016. – № 2. – С. 158.
50. Корнилов, М. Н. Отношение медицинских работников к профессиональному самообразованию и системе постдипломного медицинского образования в России / М.

Н. Корнилов, А. И. Ахметова, Е. А. Тарасенко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – № 30 (3). – С. 479–485.

51. Крутецкий, В. А. Психология : учебник для учащихся пед. училищ / В. А. Крутецкий. – М.: Просвещение, 1980. – 352 с.

52. Культура безопасности в медицинских организациях. Анализ зарубежной и российской литературы / А. Г. Андоверова [и др.] // Менеджмент качества в медицине. – 2021. – № 4. – С. 20–27.

53. Латуха, О. А. Модель управления устойчивым развитием медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях : дис. ... канд. мед. наук : 3.2.3 / Латуха Ольга Александровна. – Новосибирск, 2024. – 469 с.

54. Морозова, Ю. А. Стратегическое планирование в медицинских организациях. Особенности формирования корпоративной стратегии / Ю. А. Морозова, Р. Бошквич // Стратегирование. Теория и практика. – 2024. – № 1. – С. 133–148.

55. Мошкина, О. А. Корпоративное обучение на современном предприятии: понятие, формы, виды и методы / О. А. Мошкина // Лучшая исследовательская статья 2022 : сборник статей IV Международного научно-исследовательского конкурса. – Петрозаводск, 2023. – С. 18–27.

56. Мурашко, М. А. Основы обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности / М. А. Мурашко, И. В. Иванов, Н. Ф. Князюк. – М. : ФГБУ "Национальный институт качества Росздравнадзора", 2020.

57. Наркевич, А. Н. Методы определения минимально необходимого объема выборки в медицинских исследованиях [Электронный ресурс] / А. Н. Наркевич, К. А. Виноградов // Социальные аспекты здоровья населения : элктронный научный журнал. – 2019. – № 65(6):10. – URL : <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1123/30/lang,ru/> (дата обращения: 23.09.2025).

58. Ниязова, С. Б. Обзор проблемы качества непрерывного медицинского образования врачей и основные направления их решения / С. Б. Ниязова // Бюллетень науки и практики. – 2023. – № 2. – С. 283–301.

59. Новиков, П. П. Внутреннее профессиональное обучение работников и профессиональные стандарты [Электронный ресурс] / П. П. Новиков, Т. Р. Новикова // Проблемы науки. – 2016. – № 30 (72). – URL :

<https://cyberleninka.ru/article/n/vnutrennee-professionalnoe-obuchenie-rabotnikov-i-profe> (дата обращения: 23.09.2025).

60. Ньюстром, Д. В. Организационное поведение. Поведение человека на рабочем месте / Д. В. Ньюстром ; пер. с англ. – СПб., 2000. – 447 с.

61. Обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности в Российской Федерации как национальная идея / М. А. Мурашко [и др.] // Общественное здоровье. – 2022. – № 2(3). – С. 5–15.

62. Опыт развития системы адаптации молодых специалистов, как слагаемого безопасности пациентов, в региональном здравоохранении Тюменской области / А. Г. Андоверова, О. П. Горбунова, А. Г. Немков, М. В. Скочина // Общественное здоровье. – 2022. – № 2. – С. 42–49.

63. Организационное поведение [Электронный ресурс] : учеб. пособие / М. И. Элияшева, Т. В. Вырупаева, С. Л. Улина. – Красноярск : СФУ, 2015. – 260 с. – URL : <https://znanium.com/catalog/product/967543> (дата обращения: 23.09.2025).

64. Оценка культуры безопасности медицинских работников для улучшения качества медицинской помощи / Д. Ф. Таут [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 3. – С. 33–50.

65. Паутова, М. А. Подходы к определению понятия «адаптация персонала» / М. А. Паутова, Н. А. Восканян // Экономика и социум. – 2018. – № 6 (49). – С. 880–885.

66. Практические аспекты формализации стандартизации процессов в медицинской организации / А. Г. Андоверова, В. А. Беленькая, Ю. Н. Юмачиков, Ю. С. Решетникова // Современная медицинская организация: тренды, стратегии, проекты / М. А. Акберов [и др.]. – Тюмень : Айвекс, 2022. – С. 89–113.

67. Пьянников, М. М. К вопросу о понятиях «Дистанционное обучение» и «Дистанционное образование» [Электронный ресурс] / М. М. Пьянников // Гуманитарный вектор. Серия: Педагогика, психология. – 2010. – № 1. – С. 41–44. – URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-ponyatiyah-distantsionnoe-obuchenie> (дата обращения: 23.09.2025).

68. Региональный центр компетенций. Системное внедрение надлежащих практик качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях региона / А. Г. Немков [и др.] // Университетская медицина Урала. – 2019. – № 1. – С. 140–142.

69. Репин, В. Бизнес-процессы. Моделирование, внедрение, управление / В. Репин. – 2-е изд. – М. : Манн, Иванов и Фербер, 2014. – 512 с.

70. Ричи, Ш. Управление мотивацией [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Ш. Ричи, П. Мартин ; пер. с англ. ; под ред. Е. А. Климова. — М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2017. – 399 с. – (Зарубежный учебник). – URL : <https://znanium.com/catalog/product/1028829> (дата обращения: 23.09.2025).

71. Романова, Т. Е. Опыт реализации программы наставничества в Нижегородской области / Т. Е. Романова, С. С. Карпова, О. А. Доцанникова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2024. – Т. 23. – № S1. – С. 6–10.

72. Руголь, Л. В. Научное обоснование мероприятий по совершенствованию организации работы центральных районных больниц в современных условиях : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 3.2.3 / Руголь Людмила Валентиновна. – М., 2022 – 48 с.

73. Рудин, В. В. Роль мультидисциплинарного командного тренинга при обучении навыкам оказания экстренной помощи медицинскими работниками в нетипичных условиях / В. В. Рудин, Ю. А. Кабирова, Н. А. Сулимова // Виртуальные технологии в медицине. – 2021. – № 1(4). – С. 214–217.

74. Салливан, Б. Эффект плато. Как преодолеть застой и двигаться дальше / Боб Салливан, Хью Томпсон ; пер. с англ. – М. : Манн, Иванов и Фербер, 2014. – 320 с.

75. Самоукина, Н. В. Эффективная мотивация персонала при минимальных затратах / Н. В. Самоукина. – М. : Русская школа управления, 2019. – 244 с.

76. Симарова И. С. Современные методы корпоративного обучения персонала [Электронный ресурс] / И. С. Симарова, Ю. В. Алексеевичева, Д. В. Жигин // Экономика, право, общество сегодня: оценки, проблемы, пути решения : сб. ст. IV Международной науч.-практ. конф. – Петрозаводск, 2022. – С. 179–184. – URL : [elibrary.ru/item.asp?id=49713711](http://elibrary.ru/item.asp?id=49713711) (дата обращения: 23.09.2025).

77. Система внутреннего обучения как фактор повышения эффективности управления персоналом больницы [Электронный ресурс] / А. В. Вавилов [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2022. – № 5. – URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/sistema-vnutrennego-obucheniya-kak-faktor-po> (дата обращения: 23.09.2025).

78. Смирнова, С. А. Организационные основы профессиональной деятельности врача-терапевта участкового : дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Смирнова Светлана Алексеевна. – М., 2020. – 157 с.

79. Соловьёв, Д. П. Обучение и развитие персонала : учеб. пособие / Д. П. Соловьёв, Л. А. Илюхина. – Самара : Изд-во Самар. гос. экон. ун-та, 2019 – 204 с.
80. Солодянкина, О. В. Разработка документов по моделированию и определению путей формирования компетенций выпускника вуза (теоретические и методические аспекты): учеб. пособие / О. В. Солодянкина, – Ижевск : Удмуртский университет, 2015. – 70 с.
81. Специалистам с высшим образованием // Портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России. – 2025. – URL : <https://edu.rosminzdrav.ru/specialistam/vo/#cz541> (дата обращения: 24.09.2025).
82. Теплова, Е. Разработка комплексной системы внутреннего обучения в компании / Е. Теплова // Управление персоналом. – 2021. – № 2.
83. Томпсон, А. А. Стратегический менеджмент. Искусство разработки и реализации стратегии : учебник для вузов / А. А. Томпсон, А. Д. Стрикланд ; пер. с англ. под ред. Л. Г. Зайцева, М. И. Соколовой. – М. : Банки и биржи, ЮНИТИ, 1998. – 576 с.
84. Труд и занятость в России. 2021 [Электронный ресурс] : стат.сб. / Росстат. – М., 2021. – 177 с. – URL : [http://ssl.rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Trud\\_2021.pdf](http://ssl.rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Trud_2021.pdf) (дата обращения: 23.09.2025).
85. Удовидченко, Р. С. Сравнительный анализ моделей оценки эффективности обучения персонала / Р. С. Удовидченко, В. С. Киреев // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6. – С. 632.
86. Философский энциклопедический словарь [Электронный ресурс]. – URL : <https://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/517081> (дата обращения: 23.09.2025).
87. Фомичева, М. Л. Научное обоснование совершенствования первичной медицинской профилактики на региональном уровне : дис. ... докт. мед. наук / Фомичева Марина Леонидовна. – М., 2023. – 341 с.
88. Формирование образовательной экосреды в медорганизации как ключевого инструмента СМК / Р. Ф. Шавалиев [и др.] // Менеджмент качества в медицине. – 2024. – № 1. – С. 40–50.
89. Хрипкова, Т. П. Корпоративное обучение в системе управления персоналом ЛПУ удаленных территорий : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33 / Хрипкова Татьяна Павловна – М., 2007. – 22 с.

90. Царанов, К. Н. Восприятие культуры безопасности организации медицинскими сотрудниками Германии и России / К. Н. Царанов // Исследования и практика в медицине. – 2022. – № 9(3). – С. 180–191.

91. Чему и как обучать медицинский персонал в медицинской организации. К вопросу о формировании внутренней системы развития кадров // Менеджмент качества в медицине. – 2020. - № 1. – С. 32 – 37.

92. Юрьев, В. К. Самооценка врачами различных специальностей своего социального положения и профессиональной деятельности [Электронный ресурс] / В. К. Юрьев, В. С. Тарханов // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 2. – URL : <https://science-education.ru/ru/article/view?id=12498> (дата обращения: 23.09.2025).

93. Якимова, З. В. Динамика уровня вовлеченности персонала в зависимости от стажа работы в организации / З. В. Якимова, А. С. Пушкина // АНИ : экономика и управление. – 2018. – № 1 (22). – URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/dinamika-urovnya-vovlechenosti> (дата обращения: 23.09.2025).

94. A novel approach to clinical thinking training for medical students: the combined World Café discussion and case-based learning experience introduction / Y. Guo [et al.] // Adv Physiol Educ. – 2024. – Vol. 48(3). – P. 479–487.

95. A Scalable Mentoring Web Platform Deployed in a Large Academic System: Pilot Implementation / M. D. Succi [et al.] // J Am Coll Radiol. – 2023. – Vol. 20(9). – P. 928–932.

96. A survey on the effects of patient safety training programs based on SBAR and FMEA techniques on the level of self-efficacy and observance of patient safety culture in Iran hospital, Shiraz in 2022–2023 / R. Abrishami [et al.] // J Educ Health Promot. – 2024. – Vol. 13. – P. 66.

97. Abrams, J. The importance of simulation-based multi professional training in obstetric anesthesia: an update / J. Abrams, B. Mahoney // Curr Opin Anaesthesiol. – 2024. – Vol. 37(3). – P. 239–244.

98. Accelerated competency-based education in primary care (ACE-PC): a 3-year UC Davis and Kaiser permanente partnership to meet California's primary care physician workforce needs / A. Gonzalez-Flores [et al.] // Med Educ Online. – 2024. – Vol. 29(1). – P. 2385693.

99. An assessment of learning rates in habitual prospective memory / A. Vogel [et al.] // *Psychon Bull Rev.* – 2023. – Vol. 30(4). – P. 1513–1520.
100. An integrative review of the impact of allied health student placements on current staff's knowledge and procedural skills / M. Hamiduzzaman [et al.] // *BMC Med Educ.* – 2024. – Vol. 24(1). – P. 657.
101. An Overview of Continuing Medical Education/Continuing Professional Development Systems in China: A Mixed Methods Assessment / L. Sherman [et al.] // *J CME.* – 2024. – Vol. 13(1). – P. 2363855.
102. Andrew, A. Exploring the role of physician associates in Aotearoa New Zealand primary health care / A. Andrew // *J Prim Health Care.* – 2024. – Vol. 16(2). – P. 210–213.
103. Application of clinical thinking training system based on entrustable professional activities in emergency teaching / L. Wang [et al.] // *BMC Med Educ.* – 2024. – Vol. 24(1). – P. 1294.
104. Applying Cognitive Learning Strategies to Enhance Learning and Retention in Clinical Teaching Settings / A. S. Winn [et al.] // *MedEdPORTAL.* – 2019. – Vol. 15. – P. 10850.
105. Assessing Emergency Department Staff Knowledge, Competency, and Implementation of Pre- and Post-Trauma-Informed Care Training / M. Lamberson [et al.] // *J Emerg Nurs.* – 2025. – Vol. 51(1). – P. 145–157.
106. Assessing the effect of On-site supportive communication training (On-site SCT) on doctor burnout: a randomized controlled trial / K. K. Antonsen [et al.] // *BMC Med Educ.* – 2025. – Vol. 25(1). – P. 112.
107. Assessment of Knowledge, Attitude, and Practices Toward Coronavirus Disease 2019 and the Risks of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection Among Iranian Emergency Medical Services Workers: An Online Cross-Sectional Survey / B. Ebrahimi [et al.] // *Air Med J.* – 2023. – Vol. 42(4). – P. 271–275.
108. Associations between patient safety culture and workplace safety culture in hospital settings / B. Hesgrove [et al.] // *BMC Health Serv Res.* – 2024. – Vol. 24(1). – P. 568.
109. Buja, L. M. Medical education today: all that glitters is not gold / L. M. Buja // *BMC Med Educ.* – 2019. – Vol. 19(1). – P. 110.
110. Changes in Patient Safety Culture Attitudes Among Emergency, Intensive Care, and General Ward Nurses During the COVID–19 Pandemic / J. J. Sun [et al.] // *Hu Li Za Zhi.* – 2024. – Vol. 71(1). – P. 47–59.

111. Characteristics and effectiveness of mentoring programmes for specialized and advanced practice nurses: A systematic review / I. Vlerick [et al.] // *J Adv Nurs*. – 2024. – Vol. 80(7). – P. 2690.

112. Continuity of Care: A Primer for Family Medicine Residencies / G. M. Garrison [et al.] // *Fam Med*. – 2024. – Vol. 56(2). – P. 76–83.

113. Cormier, N. R. Educating for success: ambulatory anesthesia training / N. R. Cormier, J. B. Hyman, M. O'Rourke // *Curr Opin Anaesthesiol*. – 2024. – Vol. 37(6). – P. 624–630.

114. Developing an Effective Off-the-job Training Model and an Automated Evaluation Syst / A. Yasui [et al.] // *J Pediatr Surg*. – 2025. – Vol. 60(2). – P. 161615.

115. Development of a Competency Framework Defining Effective Surgical Educators / N. Sharma [et al.] // *J Surg Educ*. – 2024. – Vol. 81(3). – P. 388–396.

116. Development of an interdisciplinary training program about chronic pain management with a cognitive behavioural approach for healthcare professionals: part of a hybrid effectiveness–implementation study / W. Munneke [et al.] // *BMC Med Educ*. – 2024. – Vol. 24(1). – P. 331.

117. Development of Domains of Competence and Competencies for Physical Therapist Education / S. B. Ambler [et al.] // *J Phys Ther Educ*. – 2025 – Vol. 39(2). – P. 101–109.

118. Distribution of internal medicine rotations among resident physicians in Japan: a nationwide, multicenter, cross–sectional study / K. Shikino [et al.] // *BMC Med Education*. – 2024. – Vol. 24(1). – P. 316.

119. Does exam–targeted training help village doctors pass the certified (assistant) physician exam and improve their practical skills? A cross–sectional analysis of village doctors' perspectives in Changzhou in Eastern China / X. Li [et al.] // *BMC Med Educ*. – 2018. – Vol. 18(1). – P. 107.

120. Duran, L. P. Mentoring Hispanic International Medical Graduates: A Path to Inclusion / L. P. Duran // *Acad Med*. – 2024. – Vol. 99(6). – P. e10.

121. Eales, O. O. Development of practical emergency simulation training in primary health care: Lessons learnt / O. O. Eales, A. Kruger // *Afr J Prim Health Care Fam Med*. – 2024. – Vol. 16(1). – P. e1–e3.

122. Ebert, T. J. Competency–based education in anesthesiology: history and challenges / T. J. Ebert, C. A. Fox // *Anesthesiology*. – 2014. – Vol. 120(1). – P. 24–31.

123. Effect of interventions to improve safety culture on healthcare workers in hospital settings: a systematic review of the international literature / M. Finn [et al.] // *BMJ Open Qual.* – 2024. – Vol. 13(2). – P. e002506.
124. Effectiveness of electrocardiogram interpretation education program using mixed learning methods and webpage / S. Lee [et al.] // *BMC Med Educ.* – 2024. – Vol. 24(1). – P. 1039.
125. Empowering trainees through understanding learning theory and changes in medical education / P. Singhal [et al.] // *MedEdPublish.* – 2022. – Vol. 12. – P. 30.
126. Engagement of general practice preceptors in teaching residents in outpatient settings in China: a national cross-sectional study / L. Wu [et al.] // *BMC Med Educ.* – 2024. – Vol. 24(1). – P. 1486.
127. Evaluation of TALK© training for interprofessional clinical debriefing in Latin America / C. Diaz-Navarro [et al.] // *Arch Med Res.* – 2024. – Vol. 55(7). – P. 103060.
128. Evaluating the application of ChatGPT in China's residency training education: An exploratory study / L. Shang [et al.] // *Med Teach.* – 2025. – Vol. 47(5). – P. 858–864.
129. Evidence-based practice education for healthcare professions: an expert view / E. Lehane [et al.] // *BMJ Evid Based Med.* – 2019. – Vol. 24(3). – P. 103–108.
130. Evolución de la percepción de la cultura de seguridad de los profesionales sanitarios en una urgencia pediátrica / B. Collado-González [et al.] // *Journal of healthcare quality research.* – 2024. – Vol. 39(1). – P. 41–49.
131. Examination of the effects of a role-playing training program for the improvement of planning and management skills of public health nurses / M. Arakida [et al.] // *Nihon Koshu Eisei Zasshi.* – 2020. – Vol. 67(12). – P. 881–891.
132. Exploring perspectives of personal learning plans in a residency programme / S. Awad [et al.] // *Clin Teach.* – 2024. – Vol. 21(2). – P. e13677.
133. Farina, C. L. Using Simulation to Improve Communication Skills / C. L. Farina, J. Moreno, T. Schneidereith // *Nurs Clin North Am.* – 2024. – Vol. 59(3). – P. 437–448.
134. Fostering the clinician as teacher: A realist review / H. J. Brouwer [et al.] // *Med Educ.* – 2025. – Vol. 59(2). – P. 151–163.
135. Gask, L. An evaluation of the implementation of cascade training for suicide prevention during the 'Choose Life' initiative in Scotland – utilizing Normalization Process Theory / L. Gask, N. Coupe, G. Green // *BMC Health Res.* – 2019. – Vol. 19 (1). – P. 588.

136. General practice on-the-job training in Chinese urban community: a qualitative study on needs and challenges / Y. Zhao [et al.] // *PLoS One*. – 2014. – Vol. 9(4). – P. e94301.
137. Ghimire. N. Touch of Medical Ethics at the Beginning of Medical School / N. Ghimire, D. Yadav // *JNMA J Nepal Med Assoc*. – 2024. – Vol. 62(273). – P. 350–352.
138. Graddy, R. Coaching Residents in the Ambulatory Setting: Faculty Direct Observation and Resident Reflection / R. Graddy, S. S. Reynolds, S. M. Wright // *J Grad Med Educ*. – 2018. – Vol. 10(4). – P. 449–454.
139. Higham, H. To err is human: use of simulation to enhance training and patient safety in anaesthesia / H. Higham, B. Baxendale // *Br J Anaesth*. – 2017. – Vol. 119(suppl. 1). – P. i106–i114.
140. Holistic support framework for doctors training as rural and remote general practitioners: a realist evaluation of the RVTS model / B. G. O'Sullivan [et al.] // *Med J Aust*. – 2024. – Vol. 221 (Suppl 7). – P. S16–S22.
141. How training quality, trainer competence, and satisfaction with training affect vocational identification of apprentices in vocational education programs / E. Wuttke [et al.] // *Front Psychol*. – 2024 – Vol. 15. – P. 1200279.
142. Hsu, H. C. The impact of an educational program on nurses' shared decision-making attitudes: A randomized controlled trial / H. C. Hsu, M. H. Lin // *Appl Nurs Res*. – 2022. – Vol. 65. – P. 151587.
143. Impact of a social media-delivered distance learning program on mhGAP training among primary care providers in Jalisco, Mexico / J. A. Aldana Lopez [et al.] // *BMC Med Education*. – 2024. – Vol. 24(1). – P. 965.
144. Impact of an educational intervention on patient safety culture among gynecology–obstetrics' healthcare professionals / L. Lassoued [et al.] // *BMC Health Serv Res*. – 2024. – Vol. 24(1). – P. 704.
145. Improving Pediatric Fellows' Feedback Skills and Confidence Through Objective Structured Examinations / J. C. Yu [et al.] // *J Grad Med Educ*. – 2024. – Vol. 16(1). – P. 64–69.
146. Influence of work–related stress on patient safety culture among nurses in a tertiary hospital: a cross–sectional study / M. M. Sani [et al.] // *BMC Nurs*. – 2024. – Vol. 23(1). – P. 81.

147. Is knowledge retained by healthcare providers after training? A pragmatic evaluation of drug-resistant tuberculosis management in China / S. Wu [et al.] // *BMJ Open*. – 2019. – Vol. 9(3). – P. e024196.
148. Joint Commission International (JCI) Accreditation Standards for Ambulatory Care [Electronic resource] : effective 1 January 2015. – 3rd ed. – 2014. – URL : [acreditacionfa-da.org/uploads/documentosJCI/](https://www.acreditacionfa-da.org/uploads/documentosJCI/) (accessed 24.09.2025).
149. Kirkpatrick, D. L. Evaluating training programs: The four levels / Donald L. Kirkpatrick, J. D. Kirkpatrick. – 3rd ed. – San Francisco: Berrett-Koehler, 2006. – 229 p.
150. Knowledge, Attitude, and Practice Regarding Fibromyalgia Among Primary Care Physicians in Tabuk, Saudi Arabia / A. Alatawi [et al.] // *Cureus*. – 2023. – Vol. 15(2). – P. e35097.
151. Knowledge and Skills in Cardiopulmonary Resuscitation and Effect of Simulation Training on it among Healthcare Workers in a Tertiary Care Center in India / A. Agarwal [et al.] // *Indian J Crit Care Med*. – 2024. – Vol. 28(4). – P. 336–342.
152. Langins, M. Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/ integrated health services / M. Langins, L. Borgermans // *Journal of Integrated Care*. – 2016. – Vol. 16(6). – P. 231.
153. Long-term retention assessment after simulation-based-training of pediatric procedural skills among adult emergency physicians: a multicenter observational study / R. Ansquer [et al.] // *BMC Med Educ*. – 2019. – Vol. 19(1). – P. 348.
154. Meisinger, K. Walking the Walk in Team-Based Education: The Crimson Care Collaborative Clinic in Family Medicine / K. Meisinger, D. Wohler // *AMA J Ethics*. – 2016. – Vol. 18(9). – P. 910–916.
155. Melo, E. Military Health Care Team Cohesion and Performance During Simulation Training / E. Melo, R. Cole // *Mil Med*. – 2024. – Vol. 189(7–8). – P. e1552–e1561.
156. Memento for interprofessional learning / P. J. T. A. Groenen, A. W. Langerak, F. Fend, J. H. J. M. van Krieken // *Virchows Arch*. – 2020. – Vol. 477(5). – P. 755–756.
157. Merghani, T. Development and application of a learning enjoyment scale for pedagogical activities / T. Merghani, R. Babiker, A. O. Alawad // *F1000Res*. – 2024. – Vol. 13. – P. 273.
158. Mid-level healthcare workers knowledge on non-communicable diseases in Tanzania: a district-level pre-and post-training assessment / P. Karoli [et al.] // *BMC Health Serv Res*. – 2024. – Vol. 24(1). – P. 612.

159. Mire-Sluis, A. Patient–Centric Quality Standards / A. Mire-Sluis [et al.] // *J Pharm Sci.* – 2024. – Vol. 113(4). – P. 837–855.

160. Modelling the economic constraints and consequences of anaesthesia associate expansion in the UK National Health Service: a narrative review / S. B. Hanmer [et al.] // *Br J Anaesth.* – 2024. – Vol. 132(5). – P. 867–876.

161. Moon, S. H. Exploring the impact of the mentoring new nurses for transition and empowerment program led by clinical nurse educators in South Korea: A mixed-methods study / S. H. Moon, H. W. Jeong, U. S. Jung // *Nurse Educ Today.* – 2024. – Vol. 140. – P. 106251.

162. Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin [Elektronische Ressource] : Version 2.0. // LOOP : Learning Opportunities, Objectives and Outcomes Platform. – URL : <https://nklm.de/zend/objective/list/orderBy/@objectivePosition/studiengang/Info> (accessed 24.09.2025).

163. No education without feedback: why and how to give it in the clinical setting / L. Bergqvist [et al.] // *Rev Med Suisse.* – 2024. – Vol. 20(892). – P. 1945–1949.

164. Nudging clinical supervisors to provide better in–training assessment reports / V. Dory [et al.] // *Perspect Med Educ.* – 2020. – Vol. 9(1). – P. 66–70.

165. Nurses' adherence to ethical principles – A qualitative study / V. Wong [et al.] // *Nurs Ethics.* – 2025. – Vol. 32(4). – P. 1162–1176.

166. Optimizing Triage of Ambulatory Patients / K. D. Aaronson [et al.] // *Journal of Pakistan Medical Association.* – 2024. – Vol. 66. – № 2. – P.

167. Oshodi, T. O. Nursing students' perceptions of inadequate nurse staffing in the clinical learning environment – a systematic narrative review / T. O. Oshodi, D. Sookhoo // *Nurse Educ Pract.* – 2025. – 82. – P. 104221.

168. O'Sullivan, B. G. Perceived stakeholder benefits of continuously training general practitioners in the same rural or remote practice: interviews exploring the Remote Vocational Training Scheme / B. G. O'Sullivan, P. Giddings, M. R. McGrail // *Med J Aust.* – 2024. – Vol. 221 (Suppl 7). – P. S29–S34.

169. Personalisation and embodiment in e-Learning for health professionals: A randomised controlled trial / L. P. Skrupky [et al.] // *Med Educ.* – 2024. – Vol. 58(5). – P. 566–574.

170. Perspectives on Training and Working in the VHA: Implications for Primary Care Physician Recruitment and Retention / M. Moldestad [et al.] // *Acad Med.* – 2022. – Vol. 97(8). – P. 1175–1183.

171. Physician preferences for Online and In-person continuing medical education: a cross-sectional study / M. R. Mueller [et al.] // BMC Med Educ. – 2024. – Vol. 24(1). – P. 1142.

172. Porto, V. Mentorat en milieu hospitalier : qu'en est-il ? [Mentoring in a hospital setting: where do we stand?] / V. Porto, D. Vetterli, M. Nendaz // Rev Med Suisse. – 2024 – 20(892): –1938–1943.

173. Practices Used to Improve Patient Safety Culture Among Healthcare Professionals in a Tertiary Care Hospital / H. Bashir [et al.] // Glob J Qual Saf Healthc. – 2024. –Vol. 7(1). – P. 9–14.

174. Primary care emergency team training in situ means learning in real context / H. Brandstorp [et al.] // Scand J Prim Health Care. – 2016. – Vol. 34(3). – P. 295–303.

175. Professional development through mentoring: Final evaluation of the pilot mentoring programme of the European society of radiotherapy and oncology [Electronic resource] / S. F. Petit [et al.] // Radiotherapy and Oncology. – 2024. – Vol. 195. – URL : [thegreenjournal.com/article/S0167-8140\(24\)00148-8](http://thegreenjournal.com/article/S0167-8140(24)00148-8) (accessed 24.09.2025).

176. Redesigning Continuous Professional Development: Aligning Learning Needs With Clinical Practice / M. M. Hammoud [et al.] // Clin Obstet Gynecol. – 2024. – Vol. 67(3). – P. 474–482.

177. Registrars as teachers: a qualitative study exploring the experiences of Australian general practice registrars in teaching roles / K. Fisher [et al.] // BMC Med Education. – 2024. – Vol. 24(1). – P. 1203.

178. Right-sizing interprofessional team training for serious-illness communication: A strength-based approach / L. Eskola [et al.] // PEC Innov. – 2024. – № 4. – P. 100267.

179. Roser, D. Navigating the learning landscape: Comprehensive training in third space endoscopy – training, techniques, and practical recommendations / D. Roser, S. Nagl, A. Ebigbo // Best Pract Res Clin Gastroenterol. – 2024. – Vol. 71. – P. 101918.

180. Scanlan, R. Impact of short-notice accreditation assessments on hospitals' patient safety and quality culture—A scoping review / R. Scanlan, T. Flenady, J. Judd // J Adv Hypc. – 2024. – Vol. 80(10). – P. 3965–3976.

181. Schumacher, D. J. Competency-based medical education: Connecting training outcomes to patient care / D. J. Schumacher, K. Gielissen, B. Kinnear B. // Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. – 2024. – Vol. 54(10). – P. 101675.

182. Self-Appraisal of Clinical Competence in Echocardiography of Chinese Intensivists Post Basic Echocardiography Training / W. He [et al.] // *Chin Med Sci J.* – 2023. – Vol. 38(2). – P. 125–129.
183. Simulation-based education at level 4: The role of multidisciplinary team input in the design and facilitation of a simulated radiographic placement / R. Scott [et al.] // *Radiography (Lond).* – 2024. – Vol. 30 (Suppl 2). – P. 158.
184. Simulation-Based Learning as a Strategy to Optimizing Efficiency of Upper Endoscopy and Colonoscopy / R. M. Soetikno [et al.] // *Gastroenterol Clin North Am.* – 2024. – Vol. 53(4). – P. 531–538.
185. Siu, J. M. Assessing institutional pediatric airway emergency readiness: key components and practices / J. M. Siu, N. E. Wolter, E. J. Propst // *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* – 2024. – Vol. 32(6). – P. 428–437.
186. Smith, C. C. Those Who Teach, Can Do: Characterizing the Relationship Between Teaching and Clinical Skills in a Residency Program / C. C. Smith, L. R. Newman, G. C. Huang GC. // *J Grad Med Educ.* – 2018. – Vol. 10(4). – P. 459–463.
187. Soyer, Er. Ö. The Speaking Up Climate of Nurses for Patient Safety Concerns and Unprofessional Behaviors: The Effects of Teamwork and Safety Climate / Soyer Er Ö, Gül İ. // *J Perianesth Nurs.* – 2024. – Vol. 39(5). – P. 782–788.
188. Song J, Wei G, Cheng H, Yan Y, Yang S. Establishing a set of qualities for clinical teaching faculty in undergraduate medical internship. *BMC Med Educ.* 2025 Feb 24;25(1):298. doi: 10.1186/s12909-025-06868-7. PMID: 39994785; PMCID: PMC11854011.
189. Stakeholder views on continuing professional development for doctors working in public primary care facilities in central Uganda: a qualitative study / J. F. Namatovu [et al.] // *Pan Afr Med J.* – 2024. – Vol. 47. – P. 97.
190. Structured on-the-job training to improve retention of newborn resuscitation skills: a national cohort Helping Babies Breathe study in Tanzania / M. Drake [et al.] // *BMC Pediatr.* – 2019. – Vol. 19(1). – P. 51.
191. Szarek, J. L. Transforming pharmacology education: Insights from the pharmacology education project in the era of digital learning / J. L. Szarek, C. Guilding, S. Maxwell // *Eur J Pharmacol.* – 2025. – Vol. 989. – P. 177258.
192. Suliman S, Allen M, Chivese T, de Rijk AE, Koopmans R, Könings KD. Is medical training solely to blame? Generational influences on the mental health of our medical train-

ees. *Med Educ Online*. 2024 Dec 31;29(1):2329404. doi: 10.1080/10872981.2024.2329404. Epub 2024 Mar 15. PMID: 38488138; PMCID: PMC10946265.

193. Takahashi, S. G. Epidemiology of competence: a scoping review to understand the risks and supports to competence of four health professions / S. Glover Takahashi, M. Nayer, L. M. M. St Amant // *BMJ*. – 2017. – Vol. 7(9). – P. e014823.

194. Tariq, R. A. Patient Confidentiality [Electronic resource] / R. A. Tariq, P. B. Hackert. – Treasure Island (FL) : StatPearls Publishing, 2025. – URL : [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30137825/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30137825/) (accessed 24.09.2025).

195. Teaching medical ethics and medical professionalism in Saudi public and private medical schools / M. AlRukban [et al.] // *PLoS One*. – 2024. – Vol. (2). – P. e0298605.

196. The, K. H. Evaluation of the retention of knowledge, skills and competency of post-neonatal resuscitation training among house officers / K. H. Teh, I. L. Lee, C. H. Hariffadzilah // *Med J Malaysia*. – 2024. – Vol. 79(4). – P. 393–396.

197. The application of blended teaching in medical practical course of clinical skills training / Z. He [et al.] // *BMC Med Educ*. – 2024. – Vol. 24(1). – P. 724.

198. The association of recent simulation training and clinical experience of team leaders with cardiopulmonary resuscitation quality during in-hospital cardiac arrest / J. Wittig [et al.] // *Resuscitation*. – 2024. – Vol. 199. – P. 110217.

199. The Core Competencies in Hospital Medicine–Clinical Conditions 2023 Update / S. Nichani [et al.] // *J Hosp Med*. – 2023. – Vol.18 (Suppl 2). – P. S6–S43.

200. The effect of scenario-based training versus video training on nurse anesthesia students' basic life support knowledge and skill of cardiopulmonary resuscitation: a quasi-experimental comparative study / V. Saidkhani [et al.] // *BMC Med Education*. – 2024. – Vol. 24(1). – P. 488.

201. The Effect of Spaced Repetition on Learning and Knowledge Transfer in a Large Cohort of Practicing Physicians / D. W. Price [et al.] // *Acad Med*. – 2025. – Vol. 100(1). – P. 94–102.

202. The influence of hospital accreditation on nurses' perceptions of patient safety culture / I. A. Oweidat [et al.] // *Hum Resour Health*. – 2024. – Vol. 22(1). – P. 36.

203. The outcomes of team-based learning vs small group interactive learning in the obstetrics and gynecology course for undergraduate students / I. Sterpu [et al.] // *Acta Obstet Gynecol Scand*. – 2024. – Vol. 103(6). – P. 1224–1230.

204. The Tango to Modern Collaboration and Patient–Centric Value Generation in Health Care – a real–world guide from practitioners for practitioners / L. Hefti [et al.] // *Curr Med Res Opin.* – 2025. – Vol. 41(1). – P. 31–41.

205. The "Warrior" system: a new useful emergency simulator to train clinical pharmacists in emergency medicine / C. Huang [et al.] // *Medicine (Baltimore).* – 2020. – Vol. 99(22). – P. e20047.

206. Training needs for Ugandan primary care health workers in management of respiratory diseases: a cross sectional survey / R. Nantanda [et al.] // *BMC Health Serv Res.* – 2020. – Vol. 20 (1). – P. 402.

207. Urade T, Yamasaki N, Uemura M, Hirata J, Okamura Y, Mitani Y, Hattori T, Nanchi K, Ozawa S, Chihara Y, Chinzei K, Fujisawa M, Fukumoto T. Assessment of first-touch skills in robotic surgical training using hi-Sim and the hinotori surgical robot system among surgeons and novices. *Langenbecks Arch Surg.* 2024 Nov 1;409(1):332. doi: 10.1007/s00423-024-03514-6. PMID: 39482467; PMCID: PMC11527936.

208. Understanding the barriers to integrating maternal and mental health at primary health care in Vietnam / D. T. H. Trang [et al.] // *Health Policy Plan.* – 2024. – Vol. 39(6). – P. 541–551.

209. Use of a 2-year continuing professional development programme to change Japanese physicians' attitudes to learning primary care: a qualitative study / M. Seki [et al.] // *BMJ Open.* – 2022. – Vol. 12(7). – P. e059925.

210. Use of digital technologies for staff education and training programmes on newborn resuscitation and complication management: a scoping review / S. Horiuchi [et al.] // *BMJ Paediatr Open.* – 2024. – Vol. 8(1). – P. e002105.

211. Using simulation-based interprofessional education to change attitudes towards collaboration among higher specialty trainee physicians and registered nurses: a mixed methods pilot study / P. I. Ehilawa [et al.] // *J Interprof Care.* – 2023. – Vol. 37(4). – P. 595–604.

212. Vest, T. A. Success of an expedited health system–based pharmacy technician training program to address the workforce needs of an institution / T. A. Vest, M. J. Kelm // *Am J Health Syst Pharm.* – 2024. – Vol. 81(22). – P. 1179–1186.

213. Virtual reality and augmented reality in medical education: an umbrella review / T. Tene [et al.] // *Front Digit Health.* – 2024. – Vol. 6. – P. 1365345.

214. Wearable Digital Health Technologies for Monitoring in Cardiovascular Medicine / E. S. Spatz [et al.] // *N Engl J Med.* – 2024. – Vol. 390(4). – P. 346–356.

215. Winderbaum, J. The benefits, barriers and facilitators of mentoring programs for first-year doctors: A systematic review / J. Winderbaum, L. L. Coventry // *Med Educ.* – 2024. – Vol. 58(6). – P. 687–696.

216. Yean, L. E. Role of surgical simulation on self-reported confidence level on cardiothoracic surgical trainees / L. E. Yean, S. A. B. Hashim // *J Cardiothorac Surg.* – 2024. – Vol. 19(1). – P. 293.

217. Yuan, L. Effect of Educational Interventions for Improving the Nurses' Knowledge, Attitude, and Practice of Pediatric Pain Management: A Aystematic Review and Meta-Analysis / L. Yuan // *Pain Manag Nurs.* – 2024. – Vol. 25(4). – P. e271–e278.

218. Zeng, B. How does item wording affect participants' responses in Likert scale? Evidence from IRT analysis / B. Zeng, M. Jeon, H. Wen // *Front Psychol.* – 2024. – Vol. 15. – P. 1304870.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1. Перечень основных вариантов проведения корпоративного обучения

Вариант обучения	Форма обучения	Методы обучения	Преимущества данного варианта	Недостатки данного варианта	Возможности применения в МО
Модульное обучение	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ очная/ дистанционная/ комбинированная форма;</li> <li>✓ индивидуальная/групповая форма;</li> <li>✓ внешние/внутренние преподаватели;</li> <li>✓ линейная/каскадная форма.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ традиционный/инновационный/комбинированный методы;</li> <li>✓ словесно-наглядный/практический/комбинированный метод</li> </ul>	системный подход в достижении цели обучения, в том числе для формирования необходимых знаний и навыков;	значительные временные ресурсы для подготовки тематических блоков	обучение сотрудников по основным направлениям качества и безопасности медицинской деятельности
Дистанционное обучение - использование различных платформ (видеоуроки, онлайн-вебинары, онлайн-курсы, цифровую библиотеку моделирование виртуальной реальности)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ дистанционная форма;</li> <li>✓ индивидуальная/групповая форма;</li> <li>✓ внешние/внутренние преподаватели</li> <li>✓ линейная/каскадная форма.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ инновационный метод;</li> <li>✓ словесно-наглядный/практический/комбинированный метод</li> <li>✓ разовое обучение, периодическое, модульное обучение</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ доступность;</li> <li>✓ оперативность изменений программы обучения;</li> <li>✓ возможность массового обучения в короткий временной промежуток;</li> <li>✓ возможность организации учебы на рабочем месте;</li> <li>✓ возможность самостоятельного выбора тематик, времени обучения, как медорганизацией, так и сотрудником;</li> <li>✓ потенциальное сни-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ необходимость обеспечения доступа к интернету;</li> <li>✓ необходимость технического оснащения компьютером или иной техникой.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ входное /выходное тестирование;</li> <li>✓ обучение по вопросам коммуникативных навыков;</li> <li>✓ формирование теоретических знаний;</li> <li>✓ формирование практических навыков с применением возможностей виртуальной реальности.</li> </ul>

Вариант обучения	Форма обучения	Методы обучения	Преимущества данного варианта	Недостатки данного варианта	Возможности применения в МО
			жение стоимости обучения за счет массовости и длительности применения.		
Симуляционное обучение	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ очная/ комбинированная форма;</li> <li>✓ индивидуальная/групповая форма;</li> <li>✓ внешние/внутренние преподаватели;</li> <li>✓ линейная/каскадная форма.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ традиционный/инновационный/комбинированный метод;</li> <li>✓ практический/комбинированный метод;</li> <li>✓ разовое обучение, периодическое, модульное обучение.</li> </ul>	формирование устойчивых умений и навыков сотрудников;	высокая стоимость	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ отработка манипуляционных навыков (постановка инъекций);</li> <li>✓ отработка проведения различных видов обследования);</li> <li>✓ отработка проведение сердечно-легочной реанимации.</li> </ul>
Командное/групповое обучение	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ очная/ комбинированная форма;</li> <li>✓ групповая форма;</li> <li>✓ внешние/внутренние преподаватели;</li> <li>✓ линейная/каскадная форма.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ традиционный/инновационный/комбинированный метод;</li> <li>✓ практический/комбинированный метод;</li> <li>✓ разовое обучение, периодическое, модульное обучение.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ выстраивание слаженности работы;</li> <li>✓ выстраивание у сотрудников навыков принятия решения и расширение границ самостоятельности;</li> <li>✓ повышение общественной значимости сотрудников за счет осознания степени своего влияния на ситуацию внутри организации.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ сложность организации обучения с учетом необходимости вовлечения нескольких сотрудников, организации помещения для проведения обучения;</li> <li>✓ финансовые затраты на оснащение</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ отработка навыков операционной бригады, бригады по проведению неотложной/экстренной помощи);</li> <li>✓ отработка коммуникативных навыков.</li> </ul>
Решение ситуа-	✓ очная/ дистанцион-	✓ традиционный	✓ возможность массо-	временные ресурсы	формирование

Вариант обучения	Форма обучения	Методы обучения	Преимущества данного варианта	Недостатки данного варианта	Возможности применения в МО
ционных задач	<p>ная/ комбинированная форма;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ индивидуальная/групповая форма;</li> <li>✓ внешние/внутренние преподаватели;</li> <li>✓ линейная/каскадная форма.</li> </ul>	<p>метод;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ словесно-наглядный метод;</li> <li>✓ периодическое, модульное обучение.</li> </ul>	<p>вого обучения в короткий временной промежуток;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ возможность организации учебы на рабочем месте;</li> <li>✓ выстраивание у сотрудников навыков принятия решения и расширение границ самостоятельности;</li> </ul>	<p>для подготовки контрольно-измерительных материалов.</p>	<p>навыков принятия врачебных решений</p>
Стажировка на рабочем месте	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ очная форма;</li> <li>✓ индивидуальная форма</li> <li>✓ внутренние преподаватели</li> <li>✓ линейная форма</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ традиционный метод;</li> <li>✓ практический метод;</li> <li>✓ разовое обучение.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ облегчение процесса адаптации новых сотрудников;</li> <li>✓ облегчение процесса адаптации при смене рода деятельности;</li> <li>✓ взаимозаменяемость;</li> <li>✓ экономичность.</li> </ul>	<p>временные затраты внутренних преподавателей .</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Наставничество;</li> <li>✓ ротация кадров;</li> <li>✓ первичный инструктаж.</li> </ul>
Лекции, семинары, инструктаж	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ очная/ дистанционная/комбинированная форма;</li> <li>✓ индивидуальная/групповая форма;</li> <li>✓ внешние/внутренние преподаватели;</li> <li>✓ линейная/каскадная форма.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ традиционный метод;</li> <li>✓ словесно-наглядный метод;</li> <li>✓ разовое обучение, периодическое, модульное обучение.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ возможность массового обучения;</li> <li>✓ низкие финансовые затраты.</li> </ul>	<p>низкая эффективность при изолированном использовании</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ врачебные/сестринские конференции</li> <li>✓ вводное обучение</li> </ul>

**Приложение 2. Анкета для исследования динамики уровня самооценки сотрудников по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности**

**Ваша должность (выберите 1 верный ответ)**

1. **Административно-управленческий персонал (прочие специалисты)** администратор, Регистратор,
2. **Врачи** врач, заведующий отделением, заведующий поликлиникой, заведующий сектором
3. **Специалисты с высшим (немедицинским) образованием** Биолог, Врач клинической лабораторной диагностики, Заведующий лабораторией, врач-лаборант, Инструктор методист по ЛФК, Инструктор по лечебной физкультуре
4. **Средний медицинский персонал** Акушерка, Гигиенист стоматологический, Зубной врач, Медицинская сестра/брат, Медицинский лабораторный техник, Рентген лаборант, Старшая медицинская сестра, Старшая медицинская сестра поликлиники, Старшая медицинская сестра/брат регистратуры, Старший лаборант, Старший фельдшер, Фельдшер
5. **Хозяйственно-обслуживающего персонал** Уборщик

1. **Административно-управленческий персонал (прочие специалисты)**  
администратор, регистратор

**1.1. Укажите Ваш стаж работы в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5»**  
(если работаете в поликлинике меньше года, то укажите количество месяцев, например, «2 мес.», если больше года, то количество полных лет, например, «5 лет»)

**1.2. Ваш возраст? (выберите 1 верный ответ)**

1. 20-29
2. 30-39
3. 40-49
4. 50-59
5. 60 и старше

**1.3. Как Вы думаете, знания и умения, по каким направлениям обеспечивают качество и безопасность выполнения Ваших обязанностей? (выберите все нужные ответы)**

1. Идентификация пациентов
2. Оказание экстренной и неотложной помощи
3. Этика и деонтология в общении с пациентами и его родственниками
4. Использование средств индивидуальной защиты
5. Действия в чрезвычайных ситуациях (обнаружение бесхозных вещей, пожар)

6. Безопасность информационных систем
7. Свой вариант

**1.4.Оцените, насколько хорошо организована возможность получения теоретических знаний «на рабочем месте» (в том числе с использованием возможностей личного кабинета) в вашей поликлинике по шкале от 1 до 10 (1 - хуже всего, 10 – лучше всего):**

**1.5.Оцените, насколько хорошо организована возможность отработки практических навыков «на рабочем месте» в вашей поликлинике по шкале от 1 до 10 (1 - хуже всего, 10 – лучше всего):**

**1.6.Оцените, насколько хорошо организована система наставничества для новых сотрудников «на рабочем месте» в вашей поликлинике по шкале от 1 до 10 (1 - хуже всего, 10 – лучше всего):**

**1.7.Оцените свой уровень уверенного применения в работе перечисленных навыков по шкале от 1 до 10 (1 – хуже всего, 1 – лучше всего):**

1. Предоставление информации пациентам (при личном обращении пациентов; по телефону)
2. Соблюдение этики и деонтологии при общении с пациентами и его родственниками
3. Соблюдение алгоритма идентификации личности пациента
4. Готовность к оказанию экстренной и неотложной помощи пациентам
5. Соблюдение требований к использованию СИЗ (средств индивидуальной защиты) маски, перчатки, щитки и др.
6. Знание того, какие пациенты составляют группу риска по возможности падения, и что делать в случае, если пациент упал в вашем присутствии

**2. Врачи (врач, заведующий отделением, заведующий поликлиникой, заведующий сектором)**

**2.1.Укажите Ваш стаж работы в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5»** (если работаете в поликлинике меньше года, то укажите количество месяцев, например, «2 мес.», если больше года, то количество полных лет, например, «5 лет»)

**2.2.Укажите Ваш работы в медицине** (если работаете в поликлинике меньше года, то укажите количество месяцев, например, «2 мес.», если больше года, то количество полных лет, например, «5 лет»)

**2.3.Ваш возраст? (выберите 1 верный ответ)**

1. 20-29
2. 30-39
3. 40-49

4. 50-59
5. 60 и старше

**2.4. Как Вы думаете, знания и умения по каким направлениям обеспечивают качество и безопасность выполнения Ваших обязанностей? (выберите все нужные ответы)**

1. Идентификация пациентов
2. Оказание экстренной и неотложной помощи
3. Этика и деонтология в общении с пациентами и его родственниками
4. Использование средств индивидуальной защиты
5. Гигиеническая обработка рук
6. Действия в чрезвычайных ситуациях (обнаружение бесхозных вещей, пожар)
7. Применение клинических рекомендаций и протоколов лечения
8. Правила общения между медицинскими работниками
9. Рациональное назначение антибактериальной терапии
10. Безопасность информационных систем

**2.5. Оцените, насколько хорошо организована возможность получения теоретических знаний «на рабочем месте» (в том числе с использованием возможностей личного кабинета) в вашей поликлинике по шкале от 1 до 10 (1 - хуже всего, 10 – лучше всего):**

**2.6. Оцените, насколько хорошо организована возможность отработки практических навыков «на рабочем месте» в вашей поликлинике по шкале от 1 до 10 (1 - хуже всего, 10 – лучше всего):**

**2.7. Оцените, насколько хорошо организована система наставничества для новых сотрудников «на рабочем месте» в вашей поликлинике по шкале от 1 до 10 (1 - хуже всего, 10 – лучше всего):**

**2.8. Оцените свой уровень уверенного применения в работе перечисленных навыков по шкале от 1 до 10 (1 – хуже всего, 10 – лучше всего):**

1. Консультирование пациентов по формированию здорового образа жизни, профилактике обострений хронических заболеваний
2. Оформление листков временной нетрудоспособности
3. Соблюдение этики и деонтологии при общении с пациентами и его родственниками
4. Соблюдение алгоритма идентификации
5. Готовность к оказанию экстренной и неотложной помощи пациентам
6. Соблюдение требований по определению групп здоровья и групп диспансерного наблюдения
7. Соблюдение алгоритмов динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями

8. Информирование пациентов и их сопровождающих о порядках динамического наблюдения, о плане обследований, дачи рекомендаций пациентам с ХНИЗ
9. Исполнение алгоритмов динамического наблюдения за маломобильными пациентами, страдающими хроническими заболеваниями
10. Исполнение алгоритма по отбору и направлению пациентов в дневной стационар
11. Учет рекомендаций, указанных в выписке из дневного стационара, для определения тактики дальнейшего ведения пациента
12. Использование в своей работе памятки для подготовки пациентов к проведению обследований, скрипты команд при проведении осмотра/обследования, выдачу рекомендаций после проведения медицинского вмешательства
13. Использование в своей работе правила передачи вербальных назначений (назначения на словах)
14. Знание перечня СОС (стандартное определение случаев) по своей специальности и порядка действий при выявлении случаев СОС
15. Соблюдение алгоритма гигиенической обработки рук постоянно
16. Соблюдение требований к использованию СИЗ (средств индивидуальной защиты) маски, перчатки, щитки и др.
17. Соблюдение требований к назначению лекарственных средств с учетом клинических рекомендаций, лекарственного взаимодействия, индивидуальных особенностей (возраст, беременность, аллергия)
18. Знание того, какие пациенты составляют группу риска по возможности падения, и что делать в случае, если пациент упал в вашем присутствии
19. Соблюдение требований клинических рекомендаций, протоколов лечения

**3. Специалисты с высшим (немедицинским) образованием (Биолог, Врач клинической лабораторной диагностики, Заведующий лабораторией, врач-лаборант, Инструктор методист по ЛФК, Инструктор по лечебной физкультуре)**

**3.1. Укажите Ваш стаж работы в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5»**  
(если работаете в поликлинике меньше года, то укажите количество месяцев, например, «2 мес.», если больше года, то количество полных лет, например, «5 лет»)

**3.2. Ваш возраст? (выберите 1 верный ответ)**

1. 20-29
2. 30-39

3. 40-49
4. 50-59
5. 60 и старше

**3.3. Как Вы думаете, знания и умения по каким направлениям обеспечивают качество и безопасность выполнения Ваших обязанностей? (выберите все нужные ответы)**

1. Идентификация пациентов
2. Оказание экстренной и неотложной помощи
3. Этика и деонтология в общении с пациентами и его родственниками
4. Использование средств индивидуальной защиты
5. Гигиеническая обработка рук
6. Действия в чрезвычайных ситуациях (обнаружение бесхозных вещей, пожар)
7. Правила общения между медицинскими работниками
8. Безопасности информационных систем
9. Свой вариант

**3.4. Оцените, насколько хорошо организована возможность получения теоретических знаний «на рабочем месте» (в том числе с использованием возможностей личного кабинета) в вашей поликлинике по шкале от 1 до 10 (1 - хуже всего, 10 – лучше всего):**

**3.5. Оцените, насколько хорошо организована возможность отработки практических навыков «на рабочем месте» в вашей поликлинике по шкале от 1 до 10 (1 - хуже всего, 10 – лучше всего):**

**3.6. Оцените, насколько хорошо организована система наставничества для новых сотрудников «на рабочем месте» в вашей поликлинике по шкале от 1 до 10 (1 - хуже всего, 10 – лучше всего):**

**3.7. Оцените свой уровень уверенного применения в работе перечисленных навыков по шкале от 1 до 10 (1 – хуже всего, 10 – лучше всего):**

1. Соблюдение этики и деонтологии при общении с пациентами и его родственниками
2. Соблюдение алгоритма идентификации
3. Готовность к оказанию экстренной и неотложной помощи пациентам
4. Соблюдение алгоритм гигиенической обработки рук постоянно
5. Соблюдение требований к использованию СИЗ (средств индивидуальной защиты) маски, перчатки, щитки и др.
6. Знание того, какие пациенты составляют группу риска по возможности падения, и что делать в случае, если пациент упал в вашем присутствии

**4. Средний медицинский персонал (Акушерка, Гигиенист стоматологический, Зубной врач, Медицинская сестра/брат, Медицинский лабораторный техник, Рентген лаборант, Старшая медицинская сестра, Старшая медицинская сестра поликлиники, Старшая медицинская сестра/брат регистратуры, Старший лаборант, Старший фельдшер, Фельдшер)**

**4.1. Укажите Ваш стаж работы в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5»** (если работаете в поликлинике меньше года, то укажите количество месяцев, например, «2 мес.», если больше года, то количество полных лет, например, «5 лет»)

**4.2. Укажите Ваш работы в медицине** (если работаете в поликлинике меньше года, то укажите количество месяцев, например, «2 мес.», если больше года, то количество полных лет, например, «5 лет»)

**4.3. Ваш возраст? (выберите 1 верный ответ)**

1. 20-29
2. 30-39
3. 40-49
4. 50-59
5. 60 и старше

**4.4. Как Вы думаете, знания и умения по каким направлениям обеспечивают качество и безопасность выполнения Ваших обязанностей? (выберите все нужные ответы)**

1. Идентификация пациентов
2. Оказание экстренной и неотложной помощи
3. Этика и деонтология в общении с пациентами и его родственниками
4. Использование средств индивидуальной защиты
5. Гигиеническая обработка рук
6. Действия в чрезвычайных ситуациях (обнаружение бесхозных вещей, пожар)
7. Правила общения между медицинскими работниками
8. Рациональное назначение антибактериальной терапии
9. Безопасность информационных систем

**4.5. Оцените, насколько хорошо организована возможность получения теоретических знаний «на рабочем месте» (в том числе с использованием возможностей личного кабинета) в вашей поликлинике по шкале от 1 до 10 (1 - хуже всего, 10 – лучше всего):**

**4.6. Оцените, насколько хорошо организована возможность отработки практических навыков «на рабочем месте» в вашей поликлинике по шкале от 1 до 10 (1 - хуже всего, 10 – лучше всего):**

**4.7. Оцените, насколько хорошо организована система наставничества для новых сотрудников «на рабочем месте» в вашей поликлинике по шкале от 1 до 10 (1 - хуже всего, 10 – лучше всего):**

**4.8. Оцените свой уровень уверенного применения в работе перечисленных навыков по шкале от 1 до 10 (1 – хуже всего, 10 – лучше всего):**

1. Соблюдение этики и деонтологии при общении с пациентами и его родственниками
2. Соблюдение алгоритма идентификации
3. Готовность к оказанию экстренной и неотложной помощи пациентам
4. Исполнение алгоритмов динамического наблюдения за маломобильными пациентами, страдающими хроническими заболеваниями
5. Использование в своей работе памятки для подготовки пациентов к проведению обследований, скриптов команд при проведении осмотра/обследования, выдачи рекомендаций после проведения медицинского вмешательства
6. Использование в своей работе правила передачи вербальных назначений (назначения на словах)
7. Знание перечня СОС (стандартное определение случаев) по своей специальности и порядка действий при выявлении случаев СОС
8. Соблюдение алгоритм гигиенической обработки рук постоянно
9. Соблюдение требований к использованию СИЗ (средств индивидуальной защиты) маски, перчатки, щитки и др.
10. Соблюдение требований условий хранения лекарственных средств (соблюдение условий хранения по температуре и влажности, учитывая сроки хранения)
11. Знание того, какие пациенты составляют группу риска по возможности падения, и что делать в случае, если пациент упал в вашем присутствии

**5. Хозяйственно-обслуживающего персонала (Уборщик производственных помещений)**

**5.1. Укажите Ваш стаж работы в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» (если работаете в поликлинике меньше года, то укажите количество месяцев, например, «2 мес.», если больше года, то количество полных лет, например, «5 лет»)**

**5.2. Ваш возраст? (выберите 1 верный ответ)**

1. 20-29
2. 30-39
3. 40-49
4. 50-59
5. 60 и старше

**5.3. Как Вы думаете, знания и умения по каким направлениям обеспечивают качество и безопасность выполнения Ваших обязанностей? (выберите все нужные ответы)**

1. Оказание экстренной и неотложной помощи
2. Использование средств индивидуальной защиты
3. Гигиеническая обработка рук
4. Действия в чрезвычайных ситуациях (обнаружение бесхозных вещей, пожар)

**5.4. Оцените, насколько хорошо организована возможность получения теоретических знаний «на рабочем месте» (в том числе с использованием возможностей личного кабинета) в вашей поликлинике по шкале от 1 до 10 (1 - хуже всего, 10 – лучше всего):**

**5.5. Оцените, насколько хорошо организована возможность отработки практических навыков «на рабочем месте» в вашей поликлинике по шкале от 1 до 10 (1 - хуже всего, 10 – лучше всего):**

**5.6. Оцените, насколько хорошо организована система наставничества для новых сотрудников «на рабочем месте» в вашей поликлинике по шкале от 1 до 10 (1 - хуже всего, 10 – лучше всего):**

**5.7. Оцените свой уровень уверенного применения в работе перечисленных навыков по шкале от 1 до 10 (1 – хуже всего, 10 – лучше всего):**

1. Соблюдение этики и деонтологии при общении с пациентами и его родственниками
2. Готовность к оказанию экстренной и неотложной помощи пациентам
3. Соблюдение правил уборки помещений и хранения уборочного инвентаря
4. Соблюдение алгоритма гигиенической обработки рук постоянно
5. Соблюдение требований к использованию СИЗ (средств индивидуальной защиты) маски, перчатки, щитки и др.
  6. Знание того, какие пациенты составляют группу риска по возможности падения, и что делать в случае, если пациент упал в вашем присутствии

### Приложение 3. Кодировка вопросов блока Г

<i>Код</i>	<i>Вопрос анкеты блока Г</i>
Г01	Предоставление информации пациентам (при личном обращении пациентов; по телефону).
Г02	Соблюдение этики и деонтологии при общении с пациентами и его родственниками.
Г03	Соблюдение алгоритма идентификации личности пациента.
Г04	Готовность к оказанию экстренной и неотложной помощи пациентам.
Г05	Соблюдение требований к использованию СИЗ (средств индивидуальной защиты) маски, перчатки, щитки и др.
Г06	Знание того, какие пациенты составляют группу риска по возможности падения, и что делать в случае, если пациент упал в вашем присутствии.
Г07	Консультирование пациентов по формированию здорового образа жизни, профилактике обострений хронических заболеваний.
Г08	Оформление листков временной нетрудоспособности.
Г9	Соблюдение требований по определению групп здоровья и групп диспансерного наблюдения.
Г10	Соблюдение алгоритмов динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями.
Г11	Информирование пациентов и их сопровождающих о порядках динамического наблюдения, о плане обследований, дачи рекомендаций пациентам с ХНИЗ.
Г12	Исполнение алгоритмов динамического наблюдения за маломобильными пациентами, страдающими хроническими заболеваниями.
Г13	Исполнение алгоритма по отбору и направлению пациентов в дневной стационар.
Г14	Учет рекомендаций, указанных в выписке из дневного стационара, для определения тактики дальнейшего ведения пациента.
Г15	Использование в своей работе правила передачи вербальных назначений (назначения на словах).
Г16	Знание перечня СОС (стандартное определение случаев) по своей специальности и порядка действий при выявлении случаев СОС.
Г17	Соблюдение требований к назначению лекарственных средств с учетом клинических рекомендаций, лекарственного взаимодействия, индивидуальных особенностей (возраст, беременность, аллергия).
Г18	Соблюдение требований клинических рекомендаций, протоколов лечения.
Г19	Соблюдение алгоритм гигиенической обработки рук постоянно.
Г20	Использование в своей работе памятки для подготовки пациентов к проведению обследований, скриптов команд при проведении осмотра.
Г21	Соблюдение требований условий хранения лекарственных средств (соблюдение условий хранения по температуре и влажности, учитывая сроки хранения).
Г22	Соблюдение правил уборки помещений и хранения уборочного инвентаря.

## Приложение 4. Оценка мотивационного профиля сотрудников для организации эффективного корпоративного обучения в МО

Уважаемые коллеги! Мы проводим анкетирование в целях разработки эффективной системы мотивации корпоративного обучения. Ответьте на вопросы, предлагаемые в этой анкете. Ваши ответы обязательно будут учтены при построении системы мотивации в нашей МО.

1. Оцените свои профессиональные знания по 10 балльной шкале, где 0 баллов самый низкий уровень, а 10 самый высокий уровень	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Оцените свои профессиональные навыки (умение применять знания на практике) по 10 балльной шкале, где 0 баллов самый низкий уровень, а 10 самый высокий уровень	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Оцените свою потребность к повышению уровня знаний для качества и безопасности работы по 10 балльной шкале, где 0 баллов самый низкий уровень, а 10 самый высокий уровень	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Оцените свою потребность к повышению уровня навыков для качественной и безопасной работы по 10 балльной шкале, где 0 баллов самый низкий уровень, а 10 самый высокий уровень	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Определите, пожалуйста, в порядке убывания факторы, которые мотивируют Вас обучаться в МО для получения необходимых знаний и навыков. 1 – больше всего мотивируют (стимулируют), 10- меньше всего мотивируют (стимулируют).											
<b>ЧТО МОТИВИРУЕТ?</b>											
<i>Возможность учета результатов обучения на рабочем месте в системе НМО 1</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Равномерное распределение учебной нагрузки по объему в течение года 2</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Наличие возможности обучаться в удобное время 1</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Наличие возможности обучаться в специально выделенном месте. 2</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Помощь руководителя, коллег, при обучении. 3</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Техническое оснащение места обучения (симуляционная площадка). 2,3</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Выбор темы для обучения непосредственно связанный с моей работой. 2,3</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Желание расширить свои профессиональные знания и навыки. 5</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Желание продвигаться по службе. 4,5</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Оценка результатов моей учебы руководителем и коллегами. 4</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Желание делиться с коллегами своими знаниями. 3,5</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Свой вариант</i>											
6. Определите, пожалуйста, в порядке убывания факторы, которые снижают Ваше желание обучаться в МО для получения необходимых знаниям и навыкам. 1 – больше всего снижают желание, 10- меньше всего снижают желание.											
<b>ЧТО ДЕМОТИВИРУЕТ?</b>											
<i>Отсутствие учета ВКО в рамках НМО 1</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Авральный темп ВКО 2</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Отсутствие свободного времени для ВКО 2</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Отсутствие качественного оснащения симуляционной площадки (муляжи, обучающий материал) 2,3</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Различия руководителей результатам моего обучения 4</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Свой вариант</i>											

Спасибо за ваши ответы!

## Приложение 5. Перечень вопросов анкеты, объединенных в смысловые группы-направления

<b>1. Пациентоцентризм</b>
2. Можно утверждать, что в данном МО не существуют проблем в процессе оказания помощи/ухода за пациентами <sup>32</sup> .
3. Разногласия в данном МО разрешаются соответствующим образом (т.е., не кто прав, а то, что лучше для пациента).
7. Как пациент, я бы чувствовал себя здесь в безопасности.
25. В данном МО руководство сознательно не ставит под угрозу безопасность.
<b>2. Оценка командной работы</b>
1. В данном МО роль среднего медицинского персонала <sup>2</sup> оценивается/воспринимается положительно <sup>33</sup> .
4. У меня есть необходимая поддержка остального персонала для оказания медицинской помощи/осуществления ухода за пациентами.
6. Врачи, фельдшера <sup>34</sup> и медсестры работают здесь, как слаженная команда.
16. Работать здесь - все равно, что быть частью большой семьи.
19. Моральный дух в данном МО высок.
27. К сотрудникам, которые занимаются решением проблем, члены коллектива подходят конструктивно.
33. В данном МО у меня есть хороший опыт сотрудничества/взаимодействия с медсестрами подразделения/отделения.
34. В данном МО у меня есть опыт хорошего сотрудничества/взаимодействия со штатными врачами подразделения/отделения.
35. В данном МО у меня есть хороший опыт сотрудничества с фармацевтами.
36. В данном МО редко встречается нарушение взаимоотношений, коммуникации между членами коллектива, приводящие к задержкам в оказании медицинской помощи <sup>35</sup> .

<sup>32</sup> данный вопрос был перефразирован для возможности единообразного смысла при балльной оценке (в сторону нарастания или снижения балльной оценки)

<sup>33</sup> «вклад медицинской сестры» заменен на «вклад среднего медицинского персонала», исходя из организационной разницы функциональных обязанностей в здравоохранении РФ

<sup>34</sup> добавлена должность «фельдшер» с учетом организационной разницы функциональных обязанностей в здравоохранении РФ;

<sup>35</sup> данный вопрос был перефразирован для возможности единообразного смысла при балльной оценке (в сторону нарастания или снижения балльной оценки)

<b>3. Преемственность. Передача клинической информации о пациенте (может быть подразделом командной работы)</b>
28. Я получаю адекватную, своевременную информацию о событиях, которые могут повлиять на мою работу.
31. Вся необходимая информация для принятия диагностических и терапевтических решений постоянно доступна для пользования.
<b>4. Система эффективного наставничества (может быть подразделом командной работы)</b>
30. В данном МО осуществляется хорошая работа по подготовке новых сотрудников.
32. Стажеры в коллективе по моей специальности адекватно и надлежаще контролируются наставниками.
<b>5. Обратная связь с персоналом</b>
5. Персонал не испытывает трудностей, чтобы задать вопрос коллегам/наставнику/руководителю подразделения, в случае если он чего-то не понимает.
9. В данном МО мне известны пути передачи информации, по которым можно направлять вопросы о безопасности пациентов.
10. Я получаю соответствующие отзывы о своей работе.
14. Мои предложения по безопасности будут приняты во внимание, если я передам их руководству.
24. В данном МО руководство поддерживает мои ежедневные усилия.
26. В данном МО работу руководства можно оценить, как хорошую.
<b>6. Отношение к ошибкам</b>
8. В данном МО медицинские ошибки обрабатываются (анализируются с соответствующими выводами) надлежащим образом.
11. В данном МО не сложно обсуждать ошибки <sup>36</sup> .
12. Мои коллеги призывают меня сообщать о любых проблемах, связанных с безопасностью пациентов.
13. Культура в данном МО позволяет легко учиться на ошибках других сотрудников.
<b>7. Влияние интенсивности работы и перенапряжения</b>
20. Когда моя нагрузка становится чрезмерной, моя производительность ухудшается.
21. Я менее эффективен на работе, когда устаю.
22. Скорее всего, я ошибаюсь в напряженных или неблагоприятных

<sup>36</sup> данный вопрос был перефразирован для возможности единообразного смысла при балльной оценке (в сторону нарастания или снижения балльной оценки)

ситуациях.
23. Усталость снижает мою работоспособность во время экстренных ситуаций (например, при проведении экстренной реанимации).
29. Уровень кадрового обеспечения в данном МО не достаточен для того, чтобы справиться с потоком пациентов при оказании медицинской помощи <sup>37</sup> .
<b>8. Удовлетворенность работой</b>
15. Мне нравится моя работа.
17. Это хорошее место работы.
18. Я горжусь тем, что работаю в данном МО.

---

<sup>37</sup> данный вопрос был перефразирован для возможности единообразного смысла при бальной оценке (в сторону нарастания или снижения бальной оценки)

## Приложение 6. Изучение причин и возможных путей решения для повышения заинтересованности сотрудников к внутреннему практическому обучению

Краткое описание проблемы	Причина	Решения	Ожидаемый результат
Отсутствие гибкости графика.	Недостаток времени у сотрудников СВК для согласования изменений всех участников практического обучения.	Лаборант симуляционной площадки составляет и корректирует график.	Возможность оперативно корректировать график обучения, в том числе согласовывать сроки проведения внеплановых занятий.
Сложности корректировки графика.			
Формальный подход к регистрации результатов практического обучения. Не во всех случаях регистрировались результаты практических занятий.	Отсутствие внешнего контроля полноты и качества проводимых занятий.	Лаборант симуляционной площадки контролирует факт и качество (с использованием единого чек-листа) проведения занятия.	Повышение качества проводимых занятий. Достоверная статистика результатов проводимого обучения.
Отсутствие визуального контроля проведения факта и качества занятий.	Недостаток времени у сотрудников СВК.	Лаборант симуляционной площадки контролирует факт проведения занятия.	Реально проводимые практические занятия.
Необходимость многократного напоминания о предоставлении ведомостей.	Загруженность УПК работой.	Лаборант симуляционной площадки собирает ведомости сразу после проведения занятия.	Достоверная и своевременная статистика результатов проводимого обучения.
Вероятность утери части ведомостей.			
Необходимость за короткий промежуток времени проведения большого объема зачетных мероприятий.	Организация централизованного контроля 1 раз в год.	Выборочный контроль на базе площадки. Предварительное обучение-допуск к обучению сотрудников линейных руководителей.	Равномерное распределение контрольной нагрузки СВК.
Подмена практических занятий общим контрольным зачетом.		Обеспечение планового обучения под контролем лаборанта.	Повышение качества обучения.
Авральный режим обучения перед зачетом.			Равномерное распределение нагрузки сотрудников, УПК.
УПК1 забывали о датах проведения практических занятий по графику.	Загруженность УПК работой.	Лаборант симуляционной площадки напоминает УПК о сроках обучения его отделения.	Своевременное прохождение обучения в рамках общего графика.
Определение только 2 обязательных тем для обучения (СЛР, гигиеническая обработка рук).	Недостаток времени у сотрудников СВК контроля фактического исполнения	Оптимизация процесса разбора инцидентов, в том числе зарегистрированных по итогам разборов ВК.	Профилактика повторного возникновения нежелательных событий.

Краткое описание проблемы	Причина	Решения	Ожидаемый результат
Отсутствие учета результатов разборов инцидентов, результатов внутренних аудитов в тематике практического обучения.	плана корректирующих мероприятий. Отсутствие практики разработки обучающих кейсов.	Формирование плана разработки первоочередных обучающих кейсов.	
Отсутствие единого подхода к проведению занятий.	Отсутствие единых тематических кейсов.	Разработка тематических обучающих кейсов. Формирование образовательной среды сим. Площадки с учетом тематик, включенных в кейсы.	Облегчение задачи линейным руководителям для проведения занятий. Формирование компетенций единого уровня у всех сотрудников.
Недостаточные преподавательские навыки УПК1.	Отсутствие знаний и опыта профессионального преподавания.	Организация обучения линейных руководителей методике проведения практических занятий с использованием единых тематических кейсов.	Повышение качества проводимых занятий.
Недостаточное техническое и методическое укомплектование сим. Площадки.	Недостаточность финансовых ресурсов.	Сбор заявок на укомплектование сим площадки. Составление плана закупок. Использование внутренних ресурсов.	Повышение качества проведения практических занятий.
Недостаточная вовлеченность руководителей служб в практическое обучение	Недостаточная мотивация руководителей	Формирование конкурсного движения.	Повышение вовлеченности сотрудников на всех уровнях.
Формальное или безответственное отношения ряда УПК1 к проведению занятий.	Низкая мотивация линейных руководителей.	Ранжирование результатов обучения. Конкурсное движение. Контроль лаборантом проводимых занятий.	Повышение качества проводимых практических занятий.
Низкая мотивация сотрудников к проведению практического обучения.	Отсутствие системы мотивации сотрудников к обучению.	Разработка системы мотивации на основе изучения мотивационного профиля по итогам анкетирования сотрудников. Обратная связь с сотрудниками (анкетирование, опрос).	Повышение охвата сотрудников практическим обучением.
Неудобно добираться до симуляционной площадки из отдаленных филиалов.	Структура поликлиники включает 11 филиалов	Выделение автотранспорта поликлиники при необходимости.	Соблюдение сроков и повышение охвата практическим обучением.

**Приложение 7. Соотношение результатов самоанализа сотрудников своего уровня компетенций для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности, и результатов внутренних аудитов**

Результаты анкетирования, %			Результаты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, %		
Вопросы анкеты	2021 г.	2023 г.	2021 г.	2023 г.	Наименование показателя практических рекомендаций
Г01 Предоставление информации пациентам (при личном обращении пациентов; по телефону)	88,5±15,4	87,4±13,3	100±0	100,0±0	3.2.9. Оценить методом прямого наблюдения систему предоставления информации и управления потоками пациентов
Г02 Соблюдение этики и деонтологии при общении с пациентами и его родственниками	91,2±13,1	91±13,3	100±0	100,0±0	3.9.3. Оценить методом наблюдения коммуникацию медицинского персонала и пациентов на предмет соблюдение алгоритмов коммуникации, соблюдение этики и деонтологии, проверить ≥3-х случаев
Г03 Соблюдение алгоритма идентификации личности пациента	92,8±12,9	92,7±12,4	78,6±15,6	72,2±22,7	4.2.1. и 4.2.2. Оценить методом наблюдения соблюдение алгоритма идентификации личности ≥ 5 случаев обращения пациентов в МО
Г04 Готовность к оказанию экстренной и неотложной помощи пациентам	85,8±18	86,7±17	34,8±30,2	100,0±0	5.8.3. Оценить навыки персонала по оказанию экстренной помощи методом наблюдения, проведя тренинг с решением клинических задач с привлечением ≥2-х команд из разных подразделений МО
Г05 Соблюдение требований к использованию СИЗ (средств индивидуальной защиты) маски, перчатки, шитки и др.	94,9±12,1	93,9±12,8	93,3±1,5	84,0±3,6	10.10.2. Оценить методом наблюдения соблюдение алгоритмов по использованию средств индивидуальной защиты персоналом во всех подразделениях МО
Г06 Знание того, какие пациенты составляют группу риска по возможности падения, и что делать в случае, если пациент упал в вашем присутствии	89,3±15,9	89±15,5	73,7±12,5	64,3±20,7	13.9.3. Оценить знания алгоритма персоналом, опросить не менее 5-ти сотрудников на предмет знания алгоритма, включая оценку риска падений
Г07 Консультирование пациентов по формированию здорового образа жизни, профилактике обострений хронических заболеваний	84,1±17,4	84,3±16,3	92,9±1,2	71,4±22,3	2.3.6. Оценить методом прямого наблюдения консультирование пациентов по формированию здорового образа жизни, профилактике обострений хронических заболеваний, ≥3-х случаев
Г08 Оформление листков временной нетрудоспособности	78,8±26,7	83,2±20,5	85,7±15,3	100,0±0	3.6.5. Оценить методом прямого наблюдения процесс оформления листков временной нетрудоспособности, их регистрации по установленной форме, справок и иной медицинской документации медицинскими регистраторами
Г9 Соблюдение требований по определению групп здоровья и групп диспансерного наблюдения	80,3±22,7	82,5±19,9	25±30,2	100,0±0	6.6.4. Проверить ≥10 АК в МО на предмет соответствия определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения состоянию здоровья пациента

Результаты анкетирования, %			Результаты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, %		
Вопросы анкеты	2021 г.	2023 г.	2021 г.	2023 г.	Наименование показателя практических рекомендаций
Г10 Соблюдение алгоритмов динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями	80,9±22,1	81,9±18,8	50±27,7	65,0±17,3	7.2.5. Проверить $\geq 10$ АК (включая контрольные карты диспансеризации (формы 030_У, учетной формы 025-12/у), пациентов, находящихся на учете на предмет соответствия алгоритмам наблюдения
Г11 Информирование пациентов и их сопровождающих о порядках динамического наблюдения, о плане обследований, дачи рекомендаций пациентам с ХНИЗ	82,2±21,2	83,1±18,8	78,6±	100,0±0	7.2.6. Оценить качество информирования пациентов и их сопровождающих о порядках динамического наблюдения, о плане обследований, данных рекомендациях, опросить $\geq 10$ пациентов/или их родственников на предмет соответствия алгоритмам наблюдения, качестве данных рекомендаций
Г12 Исполнение алгоритмов динамического наблюдения за маломобильными пациентами, страдающими хроническими заболеваниями	81,2±22,9	83,2±18,9	78,6±13,4	100,0±0	7.3.3. Оценить знания персонала алгоритмов динамического наблюдения за маломобильными пациентами, страдающими хроническими заболеваниями на дому
Г13 Исполнение алгоритма по отбору и направлению пациентов в дневной стационар	79,1±24	80±22,2	50±22,8	92,9±5,7	8.2.4. Оценить исполнение алгоритма по отбору и направлению методом наблюдения, не менее 5 случаев поступления пациентов в дневной стационар
Г14 Учет рекомендаций, указанных в выписке из дневного стационара, для определения тактики дальнейшего ведения пациента	83,4±21,9	83,5±19,9	85,7±12,1	100,0±0	8.4.6. Оценить качество консультирования, опросить $\geq 5$ пациентов, выписанных из дневного стационара МО, на предмет понимания пациентом плана дальнейшего лечения/реабилитации, данных рекомендаций
Г15 Использование в своей работе правила передачи вербальных назначений (назначения на словах)	78,6±26,5	81,7±23,7	87,5±11,5	100,0±0	9.7.2. Оценить методом наблюдения качество коммуникации «медработник-медработник» в разных подразделениях МО и в разных ситуациях (при возможности $\geq 10$ случаев), например, при оказании помощи, вызове дежурного врача, при передаче дежурств, обсуждении клинического случая и т.д.
Г16 Знание перечня СОС (стандартное определение случаев) по своей специальности и порядка действий при выявлении случаев СОС	80,5±23	83,4±19,6	18,2±29,7	30,0±20,3	10.2.2. Оценить знания персонала, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений МО на предмет знания основных СОС
Г17 Соблюдение требований к назначению лекарственных средств с учетом клинических рекомендаций, лекарственного взаимодействия, индивидуальных особенностей (возраст, беременность, аллергия)	86,2±21,5	89,2±15,3	65,8±19,7	69,6±15,2	11.8.2. Оценить соответствие дозировок ЛП клиническим рекомендациям, коррекция дозы с учетом индивидуальных особенностей пациента, наличие калькуляторов расчета
Г18 Соблюдение требований клинических рекомендаций, протоколов лечения	87,9±18,4	87,7±16,9	56,25±22,4	70,8±14,9	15.3.1. Оценить соответствие ведения пациентов клиническим рекомендациям, проверить $\geq 10$ АК, в каждом подразделении МО, отобранных методом случайной выборки, включая пролеченных пациентов в течение последнего месяца, предшествующего аудиту

Результаты анкетирования, %			Результаты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, %		
Вопросы анкеты	2021 г.	2023 г.	2021 г.	2023 г.	Наименование показателя практических рекомендаций
Г19 Соблюдение алгоритм гигиенической обработки рук постоянно	93,9±12,6	93,8±13,4	37,93±23,7	53,3±18,9	10.9.3. Оценить методом наблюдения соблюдение алгоритма обработки рук ( $\geq 10$ случаев в разных подразделениях МО, включая: процедурные кабинеты, эндоскопические кабинеты, дневной стационар и другие).
Г20 Использование в своей работе памятки для подготовки пациентов к проведению обследований, скриптов команд при проведении осмотра/обследования, выдачи рекомендаций после проведения медицинского вмешательства	85,3±20,6	87,3±18,6	87,5±13,8	100,0±0	9.6.2. Оценить методом наблюдения качество коммуникации «медработник-пациент» в разных подразделениях МО (при возможности $\geq 10$ случаев), включая, например, при направлении на госпитализацию, при направлении на консультации к специалистам, на лабораторно-инструментальные обследования внутри МО, при направлении на консультации в другие МО
Г21 Соблюдение требований условий хранения лекарственных средств (соблюдение условий хранения по температуре и влажности, учитывая сроки хранения)	95,3±12,5	96±10,7	75±16,3	95,7±2,1	11.4.7. Проверить методом случайной выборки соблюдение правил хранения по 5 ЛП в каждом подразделении на соответствие условий хранения требованиям производителей
Г22 Соблюдение правил уборки помещений и хранения уборочного инвентаря	97,7±5	98,2±5	66,7±22,6	71,4±16,5	10.6.9. Оценить качество уборки помещений методом наблюдения во всех подразделениях МО в соответствии с СОПами
<b>Среднее значение</b>	<b>86,3±18,5</b>	<b>87,3±16,5</b>	<b>69,2±23,5</b>	<b>83,7±13,9</b>	<b>Среднее значение</b>

## **СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ**

АИС «Контроль качества» – автоматизированная информационная система «Контроль качества»

АК – амбулаторная карта

ВКО – внутрикорпоративное обучение

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» – Государственное автономное учреждение здравоохранения Тюменской области «Городская поликлиника №5»

ГАУ ТО «МИАЦ» – Государственное автономное учреждение здравоохранения Тюменской области «Медицинский информационно-аналитический центр»

КИМ – контрольно-измерительные материалы

ЛНА – локально-нормативные акты

ЛК – личный кабинет

ЛП – лекарственные препараты

ЛФК – лечебная физкультура

МИ – медицинские изделия

МИС – медицинская информационная система

МО – медицинская организация

НМО – непрерывное медицинское образование

НМД – нормативно-методический документ

ПР НИК РЗН – Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в

медицинской организации ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора

СВК – служба внутреннего контроля

СВНМО – специалисты с высшим немедицинским образованием

СИЗ – средства индивидуальной защиты

СЛР – сердечно-легочная реанимация

СМП – средний медицинский персонал

СОП – стандартная операционная процедура

СОС – стандартное определение случаев

ТПГГ – территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

УКМПиБМД – управление качеством медицинской помощи и безопасностью медицинской деятельности

УПК1 – уполномоченный по качеству 1-го уровня (линейный руководитель)

УПК2 – уполномоченный по качеству 2-го уровня (руководитель укрупненного подразделения)

УПП – уборщики производственных помещений

ХНИЗ – хронические неинфекционные заболевания

ЭКГ – электрокардиограмма

## СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

**Адаптация сотрудника** – процесс вхождения нового сотрудника в рабочую среду (Паутова М.А., 2018)

**Безопасность медицинской деятельности** – совокупность характеристик, составляющих безопасность работ, услуг, ресурсов, в том числе кадровых и технических, лекарственных средств, медицинских изделий и условий оказания медицинской помощи» (ПР НИК РЗН)

**Дистанционная форма обучения** – специально организованный, целенаправленный процесс взаимодействия учителя и учеников (Пьянников, 2010)

**Каскадное обучение** – принцип обучения предусматривает многоступенчатость и позволяет проводить обучение персонала организаций с количеством сотрудников от нескольких сотен до нескольких тысяч человек. Принцип построения обучения заключается в том, что сотрудники, относящиеся к более высокому уровню, выступают в качестве преподавателей (учителей) для сотрудников нижестоящей степени (А. Немков, О. Куликов, В. Беленькая, А. Толкачева, А. Юмачиков, 2019), (Gask L, Coupe N, Green G., 2019)

**Качество медицинской помощи** — совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата

**Компетенции** — это способность применять знания, умения и личностные качества для успешной деятельности в определённой области (Солодянкина О.В., 2015)

**Контрольно-измерительные материалы** — задание или совокупность заданий различного вида, предназначенные для осуществления контроля результатов учебной деятельности обучающихся при проведении их аттестации или для оценки (оценивания) компетенций абитуриентов в целях отбора лиц, наиболее подготовленных для освоения содержания образовательных программ (Солодянкина О.В., 2015)

**Корпоративное обучение** — это обучение сотрудников внутри одной компании. Главная особенность такого внутрифирменного обучения – точное соответствие учебных мероприятий целям и задачам организации

**Мотивационный профиль** – это персональная комбинация наиболее и наименее актуальных потребностей для конкретного индивидуума

**Мотивация персонала** – это материальные и нематериальные стимулы со стороны компании, которые побуждают сотрудников работать эффективнее

**Наставничество** – отношения, в которых опытный или более сведущий человек помогает менее опытному или менее сведущему усвоить определенные компетенции

**Непрерывное медицинское образование** – это система образования, обеспечивающая непрерывное совершенствование профессиональных знаний и навыков медицинских работников в течение всей жизни, а также постоянное повышение их профессионального уровня и расширение профессиональных компетенций

**Педагогическая техника** - это совокупность приемов и средств педагогического воздействия на окружающих людей<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> П с и х о л о г и я педагогического мастерства. Учебно-методическое пособие Дагестанский государственный педагогический университет. – Махачкала, 2022.- 100 с.