

ВІД ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ до залученості медичного персоналу

Стратегії успішного створення ефективної організаційної культури в медичному закладі (практичні кейси клініки Мейо)

Г. М. Науменко,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
м. Київ

Вступ

Виклики, які виникають перед працівниками сфери охорони здоров'я часто призводять до концентрації уваги лише на зовнішніх загрозах. Це може створювати «невидимі зони» на шляху до усвідомлення внутрішніх загроз для здоров'я та ефективного розвитку організації.

Щоб успішно орієнтуватися на зовнішніх викликах, потрібно не тільки сильне керівництво, але й віддані та продуктивні лікарі, які працюють у партнерстві з керівниками.

Управлінська ланка переважно прагне до того, щоб її працівники були залучені, спритні, стійкі та допомагали у створенні ефективніших моделей надання медичної допомоги, що в такий спосіб підвищувало би продуктивність та ефективність організації [1].

На жаль, сьогоднішні керівники охорони здоров'я стикаються із цими викликами, маючи вже достатньо виснажених та зневірених медичних працівників. Згідно з даними національних досліджень, принаймні 50 % лікарів переживають професійне вигорання [2, 3].

Саме тому поява зацікавленості у впровадженні добробуту та комфортних умов для тих, кого наймають, або навчають цілком виправдана, як для системи охорони здоров'я, медичних організацій так і навчальних закладів.

Так, серед ключових проблем і чинників, що чинять вплив на професійну незадоволеність можна виділити:

1. Ступінь професійної автономії.
2. Ефективне лідерство.
3. Колегіальність, справедливість, підтримка колег.
4. Якість та зміст роботи.
5. Підтримка з боку охорони здоров'я та колег.
6. Зарплата, дохід.
7. Проблеми пов'язані з професійною відповідальністю та регулюванням.
8. Реформа системи охорони здоров'я [4].

Професійне вигорання — синдром, який характеризується виснаженням, цинізмом та зниженою ефективністю [5]. Швидкість вигорання серед лікарів різниться залежно від клінічної дисципліни, при цьому переважають спеціальності, які перебувають «на передовій» лінії

надання медичної допомоги (наприклад, сімейна медицина, загальна внутрішня медицина та екстрена медицина) [2].

Велика кількість досліджень свідчить, що вигорання, пов'язане з робочими чинниками стресу та незадоволенням роботою серед медичних працівників [6–8].

Перенавантаження робочого процесу (наприклад, години роботи, частота дзвінків протягом ночі, співвідношення кількості медсестер на одного пацієнта), дисбаланс роботи та особистого життя, організаційна культура (наприклад, культура управління; розлагоджена взаємодія між лікарем та медичною сестрою, ціннісна невідповідність, відсутність можливості професійного росту та соціальної підтримки), а також погіршення контролю, самостійності та сенсу на роботі були пов'язані із вигоранням серед лікарів та медсестер [9–20].

Моральний дистрес, що виникає як наслідок вищевказаних чинників, виражається у відчутті безсилля, знеціненні власних зусиль та досягнень, неадекватному інформуванні та наданні хибної надії пацієнтам, що також є вагомими провісниками вигорання серед медсестер [21, 22].

Наслідки вигорання

Вигорання лікаря призводить до порушення стосунків медичних працівників, алкоголізму та збільшенню самогубств лікарів (рис. 1) [23–29].

За даними дослідження, вигорання лікаря позначається на якості надання допомоги, безпеці та задоволеності пацієнта [30–34].

Недавнє дослідження клініки Мейо* оцінило втрату продуктивності внаслідок вигорання лікаря, як еквівалент ліквідації семи випускних класів у медичних школах [35]. Отже, вигорання може сприяти як нестачі лікарів, так і медичних сестер.

Дистрес лікаря може проявлятися в зниженні ефективності, підвищенні кількості медичних помилок, зниженні прихильності пацієнтів до терапії, зниженні задоволеності пацієнтів медичними послугами [36].

*Клініка Мейо — некомерційна організація (яка не має за мету одержання прибутку від своєї діяльності та не розподіляє отриманий прибуток між учасниками), це один із найбільших приватних медичних і дослідницьких центрів світу, заснованих 1889 року. Станом на 2012 р. клініка Мейо є зразковим медичним центром, у якому працюють 50,9 тис. осіб, серед яких 3800 лікарів і вчених. Дохід клініки за 2012 р. перевищив \$8,8 млрд, близько \$500 млн виділяється на наукові дослідження. Лікувальні установи під егідою Mayo Clinic працюють у 70 містах США, найбільші підрозділи — у Фініксі та Джексонвіллі.



Рисунок 1. Особистісні та професійні наслідки вигорання

Вигорання також пов'язане з підвищенням плинності медичних працівників [37–40]. Фінансові витрати на заміну лікаря (прийом на роботу, навчання, адаптація) оцінюються в 2–3 рази вище від щорічної зарплати лікаря [41, 42].

Саме тому будь-яка організація Охорони Здоров'я, яка виявляє системну проблему, що загрожує якості надання медичної допомоги, знижує задоволеність пацієнтів, має швидко мобілізувати всі організаційні ресурси для розв'язання проблеми. Вигорання є саме такою системною проблемою [43, 44].

Формування залученості персоналу як протипага виникненню професійного вигорання

Науковці виявили, що протипагою для появи професійного вигорання серед медичних працівників є формування залученості персоналу. Поняття залученості охоплює три складники: сила, лояльність, прихильність до роботи [45, 46].

Хибним твердженням багатьох організацій є думка, що зменшення професійного вигорання та підвищення залученості персоналу — це справа рук самого персоналу. Але це односторонній підхід у вирішенні складної проблеми, яка потребує комплексного бачення.

Що ми нерідко спостерігаємо на рівні медичних організацій — це виснаження та зневіру лікарів та молодшого медичного персоналу. Будь-які спроби з боку керівництва та вищої ланки щодо організації семінарів з управління стресом, тренінги з профілактики професійного вигорання, сприймаються працівниками з недовірою та являють собою достатньо вузьке рішення проблем низької залученості, виснаження персоналу та демотивації. Саме тому постає питання щодо формування системних стратегій у розв'язанні вищенаведених проблем.

Варто звернути увагу на два поширені міфи, які можуть стати перешкодами для медичних організацій, що впроваджують ефективні заходи.



Рисунок 2. Драйвери вигорання лікаря

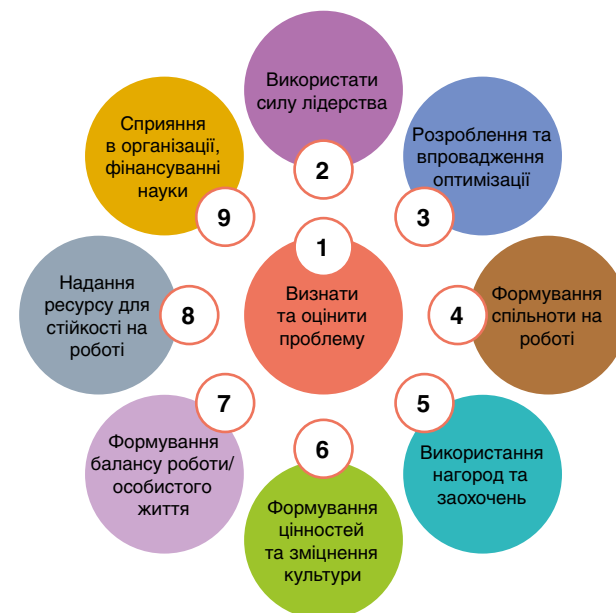


Рисунок 3. Дев'ять стратегій сприяння залученості персоналу та запобігання професійному вигоранню (досвід клініки Мейо)

Перший — це переконання, що кроки, необхідні для покращення добробуту лікаря, будуть суперечити іншим організаційним завданням.

Другий — припущення, що всі ефективні втручання, спрямовані на зменшення вигорання, будуть непосильними щодо витрат. Реальність полягає в тому, що невеликі інвестиції можуть мати великий вплив для досягнення інституційних цілей, а багато ефективних втручань є незначними за витратами.

Широкі докази свідчать про те, що організація та практичне середовище відіграють вирішальну роль у тому, чи залишаються лікарі залученими, чи вигоряють (рис. 2).

Виділяють сім чинників, які можуть призвести до вигорання, або сформувати залученість персоналу, серед них: робоче навантаження, ефективність, гнучкість/контроль за роботою, баланс між робочим та особистим життям, узгодження індивідуальних та організаційних цінностей, соціальна підтримка/спільнота на роботі та ступінь значущості роботи (рис. 3) [47, 48].

На кожен із цих вимірів впливає індивідуальні, робочі підрозділи, організаційні та національні чинники [49]. Зважаючи на цей факт, зменшення вигорання та сприяння

Таблиця 1. Структура проведення фокус-групи

№	Етап	Пояснення
1	Вступ: «Ми тут, тому що ...» (10 хв)	Забезпечте основу для обговорення, коротко (2 хв) сформулювавши драйвери вигорання. Співробітники мають чітко сформулювати робочі чинники, які викликають напруження та перешкоджають ефективній роботі (наприклад, електронна база даних, проблеми з відшкодуванням коштів тощо). Зазначте, що всі коментарі будуть враховані, записані та поширені керівникам. Більшість із цих проблем (наприклад, поліпшення електронної бази даних) вирішується непросто, і обмежений час (< 5 хв) витратиться на цей аспект дискусії. Мета — визнати виклики/проблеми, які перебувають поза контролем клінічного підрозділу та консультативної групи, щоб поділитися ними з керівниками вищого рівня в організації, відповідальній за ці аспекти
2	Визначення конкретних локальних викликів та рішень (50 хв)	Запитайте, який із семи драйверів розглядається як найактуальніший виклик робочого підрозділу (наприклад, неефективність через надмірне службове навантаження). Учасники мають сформулювати конкретні ознаки, як це проявляється (наприклад, немає фільтрації повідомлень, отриманих через портал пацієнтів; повільне виконання рутинних процесів в операційній залі)
2	Які зміни можна здійснити для розв'язання цієї проблеми швидко, якщо Ваш робочий підрозділ та його керівники зробили це пріоритетним завданням?	Прийняття ефективних комплексних рішень, спрямованих на зміни, можливе за сприяння хорошої фасилітації. Спрощені рішення (наприклад, «нам потрібно найняти ще 10 медсестер») мають бути визнані обома сторонами і отримано зворотний зв'язок (наприклад, «Це може бути доцільним, але потребує часу і розвитку ділової справи. Чи є способи використання наявного персоналу, щоб швидше надати цю підтримку? Чи є інші способи досягти прогресу в розв'язанні проблеми у найближчий термін, поки не прийнято рішення щодо збільшення допоміжного персоналу? Що ми могли б зробити для покращення нашого життя за наступні 2–3 місяці?»)
3	Передача естафети назад до керівника робочого підрозділу	Консультативна група описує керівнику місцевого підрозділу 1–2 ключові проблеми, виявлені під час фокус-групи. Виділяють проблему, що викликає найбільше занепокоєння (наприклад, неефективність через надмірне навантаження) з наведенням прикладів того, як це проявляється, а також прикладів типів локальних змін, які були б найкориснішими з погляду групи. Зобов'язання з керівником місцевого робочого підрозділу: надати можливість команді розробити та впровадити одну зміну, покликану досягти прогресу в цій площині вибраного драйвера. Саме консалтингова група, не керівник підрозділу та його команда, має сфокусувати керівника робочого підрозділу на реалізації конкретних змін, які розробляють працівники
4	Керівник робочого підрозділу сприяє зміні	Керівник робочого підрозділу веде решту етапів процесу та очолює керування змінами, необхідними для вдосконалення підрозділу. Консалтингова група переймає на себе позицію супроводу та підтримки роботи керівника підрозділу. Керівник робочої групи надає зворотний зв'язок своїм співробітникам щодо роботи у фокус-групі над розв'язанням проблеми. Зазначає, яка проблема була визначена як ключова (один із семи драйверів), називає особу, яка очолить цільову групу з впровадження згаданої зміни на найближчі 8–10 тижнів
5	Як тільки зміна буде впроваджена, необхідно оцінити її вплив: «Чи допомогла вона? Чи потрібні доопрацювання/уточнення?»	Навіть якщо результат імплементації зміни не виправдав усіх очікувань, сам процес роботи над розв'язанням проблеми може зменшити вигорання та сприяти залученню. Усі учасники відчували значущість власної участі та роль у розвитку ідеї, після чого можуть рухатися далі та знайти інший варіант вирішення і повторити процес від початку, поки не досягнуть бажаного результату

залученню є спільною відповідальністю окремих лікарів та медичних організацій [43, 50, 51].

Той факт, що понад 50 % лікарів зараз вигорає, підтверджує необхідність стратегії на рівні системи охорони здоров'я [9, 52–54].

У представленій статті ми зосереджуємося на стратегіях на рівні організації для зменшення вигорання та сприяння залученню.

Нижче наведено дев'ять організаційних стратегій для покращення організаційної культури та створення комфортних умов для ефективної роботи медичного персоналу, які було розроблено та впроваджено у клініці Мейо. Основоположники згаданих стратегій наголошують, що ці принципи не є вичерпними або остаточними. Швидше, вони представляють відчутні організаційні дії, підкріплені доказами та досвідом. Зазначені далі дев'ять стратегій сприяли зменшенню вигорання на 7 % протягом дворічного періоду [55].

Стратегія 1. Визнати та оцінити проблему

Стратегія 1 передбачає можливість відкритої розмови з керівництвом, ефективної внутрішньої комунікації з наступною демонстрацією того, що організація дбає про благополуччя лікарів. Формати роботи: відеоінтерв'ю, робочі групи, бродкаст розсилки тощо.

Виявлено, що озвучування та проговорення проблеми та готовність вислухати позицію працівників, сприяє формуванню довіри до лікарів, керівників та стимулює налагодження партнерських відносин.

Варто застосовувати метрики психологічного самопочуття медичних працівників: вигорання, втоми, емоційне здоров'я (стрес), якість життя, задоволення від роботи лікаря, залучення лікаря, баланс робота/особисте життя, задоволеність роботою.

Керівники закладів охорони здоров'я мають визнати вигорання як системну проблему та пропагувати культуру самопомогли серед своїх працівників, починаючи зверху вниз. Щоб допомогти досягти цього, деякі лікарні, такі як Стенфорд та Маунт-Сінай, створили адміністративну посаду лікаря, який відповідає за добробут співробітників [56].

Прикладами роботи ефективної внутрішньої комунікації в закладі на рівні медичної команди можуть бути: проведення фокус-групи, спеціальних нарад, сфокусованих на розв'язанні робочих проблем та викликів (табл. 1).

Отже, перед впровадженням будь-якої зміни в медичному закладі, команда в середньому проводить 2–3 фокус-групи (по 60 хв кожна) з лікарями одного робочого підрозділу ($n = 7-8$).

Стратегія 2. Використати силу лідерства

Важливий акцент слід робити на відборі «правильних» лідерів, які мають відповідні компетенції.

Серед ключових навичок успішного лідера в медичній сфері клініка Мейо виділила:

1. Навички активного слухання.
2. Надання зворотного зв'язку.
3. Залучення лікарів.
4. Допомога в розвитку та наставництво.
5. Сприяння адаптації нових працівників.
6. Розпізнавання талантів та сильних сторін кожного члена команди.
7. Розуміння мотивації окремого лікаря.

Розвиток автономії лікарів досягається керівниками клініки Мейо завдяки чіткому розподілу робочого дня: 80 % часу — завдання, які ставить медична організація та керівництво, 20 % часу — активність, яка мотивує лікаря. Це, наприклад, просвітницька діяльність, робота з інтернами, студентами, наукова активність, самоосвіта (електронні курси) тощо.

Не менш важливим також є оцінювання роботи управлінців власним персоналом. Серед оцінки успішності лікаря можуть бути критерії досягнення поставленої мети організації та оцінювання способів, якими її було досягнуто.

Відповідно медична організація має мати мужність та достатній рівень автономії до зміни керівників згідно з їхніми критеріями ефективності.

Стратегія 3. Розроблення та впровадження оптимізації роботи

Драйверами для вигорання можуть бути наявність або відсутність ефективних процесів та процедур внутрішньої взаємодії та розв'язання робочих проблем. Наприклад, оформлення документації, лікарняного, відкритий доступ до міжнародних протоколів та новітніх досліджень.

Також, важливим чинником успішності внутрішніх процесів є можливість проведення дослідження на рівні різних медичних відділів за критеріями: вигорання, залучення, задоволення від роботи в межах окремого підрозділу. Згадані критерії дають змогу керівникам ідентифікувати підрозділи «з високими можливостями».

Після виявлення таких підрозділів, керівництво систематично залучає їх для визначення чинників, які сприяють зменшенню вигорання та підвищенню задоволеності персоналу. Уся взаємодія керівників та підлеглих базується на принципі спільного прийняття рішення [54].

Цей підхід також допомагає трансформувати спосіб мислення лікарів від жертви в «зламаний, застарілий системі», до уповноваженого партнера, який працює спільно з керівниками та покращує спільне майбутнє в організації [57].

Стратегія 4. Формування спільноти на роботі

Медичні працівники вирішують складні та надважливі питання, пов'язані з якістю життя та здоров'ям пацієнтів. Нерідко явище медичних помилок, або зловживання службовими обов'язками.

У вирішенні всіх вищенаведених викликів, працівнику важливо орієнтуватися на підтримку колег. Ця підтримка може виражатися у широкому спектрі заходів.

Серед яких: відзначення досягнень (церемонії нагород та вдячностей), вирішення клінічних викликів, пов'язаних зі смертю пацієнта, медичними помилками, судовими позовами, або ж робочі зустрічі, на яких відбувається обмін ідеями щодо підвищення ефективності та результатів роботи. Важливим чинником такого об'єднання людей є спільна місія та мета роботи, співпраця на благо репутації медичних працівників та престижу клініки, у якій працюють.

Останніми роками спостерігається зменшення особистої взаємодії між лікарями. Збільшення вимог до документації та зростання електронних ресурсів роботи призвели до того, що медики витрачають усе більше часу на комп'ютерні системи. Відсутність простору для медичних працівників (наприклад, кімнати відпочинку, їдальні, кімнати для зняття стресу) призводить до появи культури ізоляції та недовіри в медичній організації [58].

Хорошим прикладом слугує організація Мейо, яка з 2012 р. запровадила раз на два тижні зустрічі з колегами за межами медичної організації. А саме: робоча група у кількості 6–8 осіб що другого тижня обирає ресторан/кафе для проведення спільної обідньої перерви. Триває така зустріч близько години. Перші 20 хв часу зібрання витрачають на обговорення ідей щодо поліпшення умов роботи лікаря, способів зниження професійного вигорання, складнощів в медичній практиці, решта часу присвячують невимушеному спілкуванню за обідом. Результати рандомізованого дослідження виявили поліпшення показників значущості роботи та рівня професійного задоволення, зниження показників вигорання [59].

Базуючись на цих показниках, клініка Мейо зробила групи КОМПАС доступними для всіх 3755 лікарів і вчених у всіх філіях клініки. Понад 1 100 медичних працівників приєдналися до груп за перші 10 місяців.

Ці дані свідчать про те, що заохочення солідарності лікарів зменшує вигорання. Коли лікарі Мейо щотижня вели одну годину невеликої групової дискусії, вони відчували значне зниження деперсоналізації та емоційного виснаження [60].

Одним із простих способів сприяння взаємодії лікарів може стати створення простору для надання кави та перекусів медичним працівникам. Нещодавно Стенфорд застосував креативніший підхід, забезпечивши оплату групі лікарів для спільної вечері у місцевих ресторанах [61].

Стратегія 5. Використання нагород та заохочень

Багато систем охорони здоров'я мотивують лікарів фінансовою винагородою, коригуючи їхню зарплату на підставі продуктивності (тобто отримання доходу), або роздаючи бонуси на основі ефективності [62].

Здебільшого лікарі підвищують продуктивність праці та дохід завдяки:

- 1) скороченню часу, витраченого на пацієнта;
- 2) замовленню більше тестів/процедур;
- 3) подовженню робочого часу.

Перші два підходи можуть погіршити якість обслуговування, а третій — збільшує ризик лікаря вигоріти і, отже, може бути невиправданим у довгостроковій перспективі. Можна зробити висновок, що компенсація базована на продуктивності, збільшує ризик лікаря до вигорання [63, 64].

Іншими індикаторами успішності лікаря можуть бути виміри задоволеності пацієнтів та якості наданих послуг [65–68]. Але тут постає інша проблема — показники продуктивності можуть зменшуватись, а оцінити фінансові результати можливо буде лише в довгостроковій перспективі. Виникає третя проблема — оплата праці лікаря на підставі його продуктивності, що підвищує ризик перевтоми та вигорання лікарів.

Моделі компенсації заробітної плати — це спосіб подолати згадане питання [65]. Інші інноваційні центри почали додавати показники догляду за собою та організацію власного добробуту медичними працівниками як складові формули розрахунку оплати на основі продуктивності. Таке рішення може запобігти появі перевтоми в подальшій роботі.

Важливо зазначити значущість нагород та бонусів для працівників у вигляді гнучкішого робочого дня, або заохочення виділення робочого часу для реалізації особистісно значущих аспектів роботи (наприклад, робота з підвищення якості, громадська просвітницька діяльність, дослідження, освіта чи наставництво) може дозволити більш продуктивним лікарям формувати свою роботу для підвищення особистого та професійного зростання.

На відміну від цього, використання простого фінансового стимулювання може бути менш ефективним та сприяти перевиконанню робочого часу [68–70].

Зрештою немає правильної чи неправильної моделі компенсації. Однак важливо зважити потенційні ризики кожної моделі, щоб у подальшому сприяти поліпшенню індивідуального та організаційного здоров'я в довгостроковій перспективі.

Стратегія 6. Формування цінностей та зміцнення корпоративної культури

Більшість організацій охорони здоров'я має альтруїстичний характер заяв про місію, яка зосереджена на служінні пацієнтам та наданні їм найкращої медичної допомоги.

Культура організації, її цінності та принципи значною мірою визначають, чи досягне вона своєї місії. Важливо розуміти чинники, які впливають на формування культури, проводити перевірку цінностей та відповідно вирівнювати їх та дії.

У клініці Мейо основна цінність «потреби пацієнта в пріоритеті» вбудована в принципи лідерства лікарів, систему оплати, партнерство лікарів та адміністративного персоналу, мультидисциплінарний підхід, лімітований строк керівництва усіма відділами (зокрема, і генеральним директором) та організаційну політику, яка сприяє тривалому терміну роботи медичних працівників та низькій плинності кадрів.

Проводять систематичне оцінювання серед співробітників того, наскільки заявлені цінності виконуються

та створені необхідні умови для їхньої реалізації. У разі виникнення труднощів на будь-якому рівні реалізації цінностей, створюють робочу групу в складі керівників, медичних працівників та науковців, щоб визначити проблему та знайти рішення.

Цей процес моніторингу наявних цінностей сприяє:

- формуванню партнерства між організацією та лікарями, кожен із яких працює на спільну мету;
- забезпеченню зворотного зв'язку щодо того, де необхідні вдосконалення;
- створенню документа, що визначає принципи, які є основоположними для партнерства між Клінікою Мейо та її працівниками; саме цей документ надалі використовують для набору нових працівників, він є основою внутрішньої комунікації та джерелом принципів упровадження спільного прийняття рішення [54].

Стратегія 7. Формування балансу роботи/особистого життя

Медична сфера має чимало драйверів для появи професійного вигорання медичних працівників. Зважаючи на рушійний вплив цих стресорів на здоров'я й ефективність лікарів, якість медичної допомоги, необхідно систематично проводити моніторинг.

У США дані дослідження підтвердили, що лікарі майже вдвічі частіше невдоволені балансом між робочим та особистим життям, ніж працівники інших сфер. Ця проблема, ймовірно, частково пояснюється розбіжностями в робочих годинах. Приблизно 45 % лікарів працюють понад 60 годин на тиждень порівняно з менш ніж 10 % працівників інших спеціальностей у США [2, 3].

Докази свідчать про те, що зменшення годин роботи можуть допомогти медичним працівникам відновитися від вигорання [71]. Хоча залежно від спеціальності та чисельності організації, це не завжди можливо реалізувати. Проте організації мають прагнути цього. З огляду на спрогнозований «кадровий голод» на найближчі 10 років важливо своєчасно надавати необхідні умови для лікарів завдяки гнучкому робочому графіку [47, 72–74].

Це може сприяти реалізації стратегії набору та утримання персоналу. Наприклад, дозволити лікарям розпочати робочий день раніше/пізніше або працювати більше годин в одні дні тижня і менше — в інші.

Такий простий спосіб може суттєво полегшити життя лікаря, завдяки можливості виконувати індивідуальні зобов'язання, не зменшуючи при цьому трудових зусиль.

Згаданий спосіб може бути корисним та безпрограшним для організацій, у яких лікарі працюють неповний робочий день.

Інституції також мають переглянути структуру наявних пільг щодо відпустки, покриття життєвих подій (народження дітей, хвороба/втрата близьких тощо).

Ще одним рішенням вказаної проблеми може бути дозвіл лікарям приділяти більше часу своєму улюбленому виду діяльності (наприклад, догляду пацієнтів, освіті, адміністративній роботі чи дослідженню).

Лікарі, які витрачають щонайменше 20 % свого часу на ту частину роботи, яку вони вважають найефективнішою, значно знижують шанси на вигорання [75].

Таблиця 2. Чинники ризику, пов'язані з вигоранням, та стратегії для зменшення ризику вигорання

№	Чинник ризику	Приклад	Стратегії зниження ризику
1	Робоче навантаження	Робочі надвимоги, які перевищують обмеженість співробітника у ресурсі, часі для відновлення. Стрес навантаження, зокрема робота з термінальними хворими, часті травматичні випадки та смерті на робочому місці	Стратегії планування часу, надання умов для самопомогі та відновлення
2	Контроль	Нечіткі та непрозорі очікування з боку керівництва викликають рольовий конфлікт, відсутність розуміння наряду роботи, втрату самостійності на роботі, зменшення контролю за робочим середовищем, неефективне використання часу через адміністративні вимоги та втрату підтримки колег, некомплаєнс пацієнтів	Визначення чітких ролей та очікування керівництва
3	Нагорода	Невідповідна фінансова, інституційна, соціальна нагорода, нестача визнання від стейкхолдерів (пацієнтів, колег, керівників)	Надання зворотного зв'язку співробітникам, введення прозорості та чіткої системи винагороди, надати доступ до навчання та розвитку, гнучкий графік роботи
4	Медична спільнота	Невідповідність умов для якісної соціальної взаємодії на роботі; невідповідність розвитку навичок вирішення конфлікту, недостатні умови надання взаємопідтримки, відсутність командної роботи	Залучати медичний персонал до спільного прийняття рішень, розв'язання проблемних ситуацій, інших організаційних процесів
5	Справедливість	Упередженість керівництва, невідповідність прикладених зусиль медичного працівника до отриманої допомоги	Прозорість у прийнятті рішень, визнання, стабільність, гнучкі графіки роботи, професійне зростання та адекватний нагляд
6	Цінності	Індивідуальні цінності відрізняються від організаційних	Допомога в оцінці, формуванні адекватних очікувань
7	Особистісна невідповідність робочому місцю	Співробітник не відповідає вимогам організації щодо функціональних (професійних) та нефункціональних компетенцій	Прозорий профіль компетенцій, наявність ресурсу до вимірювання та вирівнювання робочих обов'язків з особистими та професійними очікуваннями (HR-відділ)

На індивідуальному рівні медики можуть працювати над вдосконаленням навичок управління часом. Розв'язання проблеми тайм-менеджменту, який неефективно використовується на роботі, дає змогу більше часу проводити вдома.

Стратегія 8. Надання ресурсу для стійкості на роботі та розвиток культури самопомогі

Психічне здоров'я нині лишається табуованою проблемою серед лікарів, і багато хто неохоче проводить лікування через потенційні ризики: відчуття сорому, втрати доходу чи ліцензування [76].

Організації мають скерувати зусилля на руйнування цієї стигми, розвиваючи серед лікарів культуру самопомогі, звернення до спеціалістів у разі психологічних проблем.

Важливо зазначити, що індивідуальні стратегії подолання стресових ситуацій на робочому місці мають бути частиною ширшої стратегії, яка демонструє, що організація теж робить усе залежне від неї для створення необхідних умов для медичних працівників.

Серед таких ресурсів можуть бути заходи, спрямовані на формування балансу робота/особисте життя. Наприклад, забезпечення здоровим харчуванням у кафетеріях, доступ до кризових психологічних служб допомоги в разі стресових ситуацій на роботі чи вдома, розвиток фізичної культури через надання членства в місцевих тренажерних залах [77].

Крім того, лікарі повинні мати додатковий час, щоб реалізовувати згадані заходи самопомогі [47, 78–80].

Доведено, що лікарі, які краще дбають про власне здоров'я, забезпечують ефективніше консультування та обстеження своїх пацієнтів.

Тобто, заохочуючи таку поведінку своїх співробітників, організація отримує подвійну вигоду: з одного боку, ріст якості послуг, а з іншого — ріст задоволеності медичних працівників та запобігання виникненню професійного вигорання [81, 82].

Саме тому дуже важливо, щоб на систематичній основі проводили навчання навичок стресостійкості, вирішення складних робочих ситуацій, формування комунікативної компетентності лікарів та ін. [82, 84–86].

Стратегія 9. Сприяння організації розвитку науки

Розуміння необхідності доказової бази для медичної сфери актуалізує вкладання ресурсу в розвиток науки (рандомізовані випробовування, аналітика, доступність ресурсів для вивчення та публікацій). Зокрема, на прикладі Медичної школи університету Стенфорда, який зробив фінансовий внесок для запуску програми дослідження чинників дистресу серед медичних працівників та сприяння росту медичного благополуччя.

Основна увага таких програм — створення нових знань та доказової бази того, як зменшити вигорання та сприяти залученню лікарів через організаційну науку. Зважаючи на хороший ефект цієї програми на самопочуття лікарів, підвищення якості обслуговування, задоволеності пацієнтів, такі знання будуть критично важливі для здоров'я та життєздатності національної системи надання медичної допомоги [87].

Запобігання вигоранню серед студентів медичних спеціальностей

Додатково варто зазначити, що проблему професійного вигорання необхідно починати розв'язувати ще з початку навчання в медичному вищому навчальному закладі (ВНЗ), оскільки часто на робочі місця до лікарні, нові співробітники потрапляють уже з ознаками вигорання. Цей чинник відображається на якості медичної допомоги. Зокрема, резиденти (молодші лікарі) в Ірландії, у яких були наявні ознаки професійного вигорання, мали на 22 % вище медичних помилок, порівняно з тими резидентами, які не мали вигорання [88]. Важливо додати, що нове покоління лікарів є вразливішим до критики та робочих викликів, менш цілеспрямованим та нетерпеливим [89–91].

Є приклади успішних кейсів запобігання професійному вигоранню серед студентів-медиків. Один із них — Медична школа університету Вандербілта, що реалізує оздоровчу програму, де студенти пропагують здорові звички та формують відповідальність самопомоги [90].

Мабуть, найкардинальніші зміни внесено до Медичної школи університету Сент-Луїса (СЛУ), де навчальний план був перероблений за останнє десятиліття, щоб зменшити стрес студентів та створити менш токсичне освітнє середовище. Зміни охоплюють упровадження системи оцінювання пропусків/невдач, зменшення непотрібних вимог до курсових робіт та впровадження факультативів протягом доклінічних років. Як результат, студенти ВНЗ відчували зменшення депресії, стресу та тривоги, зберігаючи стабільний рівень навчальної успішності [89].

Висновки та рекомендації

Професійне вигорання медичних працівників стало основною проблемою для багатьох країн, що створює суттєві виклики та призводить до втрат у медицині XXI століття. Якщо їх не розв'язувати, епідемія вигорання може продовжувати поширюватись на шкоду як пацієнтам, так і медичним працівникам (табл. 2) [91].

Експерти клініки Мейо визначили хороші стратегії для розв'язання цієї проблеми, і настав час і українським медичним закладам починати реалізовувати необхідні дії у цьому напрямі.

Управлінській ланці слід проявляти ініціативу щодо розуміння проблем із досягнення добробуту лікаря, пропонуючи обґрунтованіші доказові рішення та своєчасно перевіряючи їхню ефективність. Сюди входять своєчасні обстеження з використанням різних доказових шкал, які оперативно вимірюють фізичне, емоційне та розумове виснаження клініцистів. Отримані дані можуть допомогти зрозуміти сфери, необхідні для вдосконалення, і слугують базою для порівняння майбутніх аналогічних опитувань. Підсилення ролі та впливу відділу Управління людськими ресурсами (HRM) має сфокусувати увагу на зменшенні адміністративного навантаження лікарів, зокрема заповнення медичної документації, супровід пацієнтів на діагностичне обстеження тощо.

Ці робочі завдання можна делегувати іншим медичним працівникам, наприклад медичним асистентам, які набувають необхідне навчання. У такий спосіб лікарі суттєво підвищуватимуть якість спілкування з пацієнтами

та будуватимуть партнерські відносини для сприяння формуванню прихильності до лікування.

За таких інтенсивних умов, як швидка медична допомога чи реанімація, керівники мають пам'ятати про графіки роботи лікарів. Медики постійно оточені ситуаціями захворюваності та смертності, тому ризики виснаження високі. Своєчасні перерви та вихідні дні слід ретельно планувати. Крім того, лікарів слід заохочувати до занять релаксаційними методами, такими як йога, медитація, звернення до кризової психологічної допомоги та ін. Це може допомогти їм повернутися до роботи відновленими, підвищити їхню ефективність і результати роботи.

Література

- Swensen S., Kabacene A., Shanafelt T. Physician-organization collaboration reduces physician burnout and promotes engagement: the Mayo Clinic experience. *J Healthc Manag.* 2016. Vol. 61, № 2. P. 105–27. PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27111930/>
- Shanafelt T.D., Boone S., Tan L. et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med.* 2012. Vol. 172, № 18. P. 1377–85. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22911330/>
- Shanafelt T.D., Hasan O., Dyrbye L.N. et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc.* 2015. Vol. 90, № 12. P. 1600–13. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26653297/>
- Friedberg M.W., Chen P.G., Van Busum K.R. et al. Factors affecting physician professional satisfaction and their implications for patient care, health systems, and health policy. *Rand Health Q.* 2014. Vol. 3, № 4. P. 1. PMID: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28083306>
- Maslach C., Jackson S., Leiter M. Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1996.
- Williams E.S., Konrad T.R., Linzer M. et al. Physician, practice, and patient characteristics related to primary care physician physical and mental health: Results from the Physician Worklife Study. *Health Serv Res.* 2002. Vol. 37, № 1. P. 119–41. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/2F1475-6773.00007>
- Williams E.S., Manwell L.B., Konrad T.R., Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: Results from the MEMO study. *Health Care Manag Rev.* 2007. Vol. 32, № 3. P. 203–12. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.hmr.0000281626.28363.59> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17666991/>
- Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M., Sochalski J., Silber J.H. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA.* 2002. Vol. 288, № 16. P. 1987–93. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12387650/>
- McHugh M.D., Kutney-Lee A., Cimiotti J.P., Sloane D.M., Aiken L.H. Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Aff.* 2011. Vol. 30, № 2. P. 202–10. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0100> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21289340/>
- Shanafelt T.D., Balch C.M., Bechamps G.J. et al. Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Ann Surg.* 2009. Vol. 250, № 3. P. 463–71. DOI: <https://doi.org/10.1097/sla.0b013e3181ac4dfd> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19730177/>
- Leiter M.P., Maslach C. Nurse turnover: The mediating role of burnout. *J Nurs Manag.* 2009. Vol. 17, № 33. P. 331–9. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01004.x> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19426369/>

Повний список літератури, який уміщує 91 джерело, знаходиться в редакції.

Психосоматична медицина та загальна практика.
2020. Т. 5, № 2. DOI: 10.26766/pmgrp.v5i2.238.